

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Life Sciences / Department Health Sciences
Lohbrügger Kirchstraße 65, 21033 Hamburg

**Die soziale Reintegration von schwerst Opiatabhängigen unter
der Substitutionsbehandlung mit Diamorphin**

Referat:

Prof. Dr. Dr. Karl-Heinz Wehkamp
Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Department Health Sciences
Lohbrügger Kirchstraße 65, 21033 Hamburg

Koreferat:

Priv.-Doz. Dr. Uwe Verthein
Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg
Martinistraße 52,
20246 Hamburg

vorgelegt von:

Kai Schnackenberg

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Inhaltsverzeichnis:

Inhaltsverzeichnis.....	2
Abkürzungsverzeichnis.....	4
1. Zusammenfassung.....	5
2. Abhängigkeit, schädlicher Gebrauch, Sucht, Missbrauch.....	7
3. Drogen.....	9
3.1 Klassifikation nach Substanzen.....	11
3.2 Weitere Klassifikationen.....	12
3.3 ICD-10 Klassifikation.....	13
4. Opiate und Opioide.....	15
4.1 Geschichte.....	15
4.2 Akute Wirkung.....	19
4.3 Nebenwirkung.....	19
4.4 Chronische Wirkung.....	20
4.5 Entzugssymptomatik	20
4.6 Epidemiologie.....	20
4.7 Komorbidität.....	21
5. Ziele der Suchttherapie.....	22
6. Harm Reduktion.....	24
6.1 Entstehung.....	24
6.2 Substitutionsbehandlung.....	25
6.2.1 Rechtliche Rahmenbedingungen.....	26
6.2.2 Psychosoziale Betreuung.....	29
6.2.3 Einzelne Substitute.....	29
7. Soziale Integration.....	33
7.1 Definition.....	33
7.2 Drogenabhängigkeit und sozialer Status.....	34
7.3 Umgang mit sozialen Begleiterscheinungen des Drogenkonsums.....	35
7.4 Soziale Reintegration.....	36
8. Hintergrund der Diamorphinstudie	36

9.	Ziel der Arbeit.....	37
10.	Methoden.....	38
10.1	Datenerhebung.....	38
10.2	Analyse der Parameter.....	38
10.3	Qualitative Untersuchung.....	40
11.	Auswertung.....	41
12.	Ergebnisse.....	42
12.1	Arbeits- und Unterhaltssituation.....	42
12.2	Rechtliche Situation.....	45
12.3	Familie und soziale Situation.....	47
13.	Fazit.....	56
	Abbildungsverzeichnis.....	61
	Literaturverzeichnis.....	62
	Anhang	

Abkürzungsverzeichnis:

APA – American Psychiatric Association

BKA - Bundeskriminalamt

BtMG - Betäubungsmittelgesetz

BtMVV - Verordnung über das Verschreiben, die Abgabe und den Nachweis des Verbleibs von Betäubungsmitteln

BUB- Richtlinien - Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Bewertung und Behandlung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 135 Abs. 1

HIV – Human Immunodeficiency Virus

HCV – Hepatitis c Virus

I.V. – Intravenös

UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime

WHO – World Health Organisation

Zur besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit die männliche Anrede verwendet. Wenn nicht ausdrücklich darauf hingewiesen wird, sind beide Geschlechter gemeint.

1. ZUSAMMENFASSUNG

Soziale Reintegration ist eine der zentralen Zielsetzungen der Substitutionstherapie (vgl. Verster et al., 2003, S. 4). Jedoch kommen verschiedene Studien zu sehr heterogenen Ergebnissen, in welchem Ausmaß Patienten der Substitutionstherapie von dieser im Bereich der sozialen Reintegration profitieren können (vgl. Busch et al., 2007, S. 13). Grund hierfür kann unter anderem die Verweildauer der Patienten in Behandlung sein. Die soziale Wiedereingliederung ist ein Prozess, der einen längeren Zeitraum benötigt als z.B. gesundheitliche Stabilisierung. So verweist Ward in einer Studie darauf, dass eine erhöhte Verweildauer mit einer erhöhten sozialen Reintegration einhergeht (vgl. Ward et al., 1999, S. 221).

Steigende Mortalitätsraten unter I.V.-Drogenabhängigen und insbesondere die Ausbreitung von HIV/Aids führten zu Beginn der 1990er Jahre in der Bundesrepublik Deutschland zu Überlegungen bezüglich neuer Wegen der Intervention. So entstand eine kontroverse Diskussion über die Einführung einer Substitutionstherapie mit Heroin (Diamorphin) für Schwerstabhängige (vgl. Verthein, 2008, S. 23).

Es konnte hierbei auf Erfahrungen aus dem Ausland verwiesen werden wie z.B. aus Großbritannien, wo eine Behandlung mit Heroin seit 1920 möglich ist und heute etwa ein bis zwei Prozent der Substitutionstherapien hiermit durchgeführt werden. In der Schweiz wurde 1994 eine Untersuchung (PROVE) mit 1.146 Patienten begonnen und 1996 abgeschlossen. In dieser recht großen Studie zeigten sich positive Effekte der Heroinsubstitution in der gesundheitlichen Entwicklung, der sozialen Reintegration und in besonderem Maße im deutlichen Rückgang des Delinquenzverhaltens. Eine weitere wichtige Studie zur Substitutionsbehandlung mit Heroin stammt aus den Niederlanden. In der 1998 begonnen Studie wurden Patienten in Methadonbehandlung mit Patienten, die Methadon sowie zusätzlich Heroin verschrieben bekamen, verglichen. In dieser Untersuchung zeigte sich die kombinierte Methadon-Herointherapie gegenüber einer alleinigen Methadontherapie als überlegen (vgl. Verthein et al., 2008, S. 31-41). Im Jahr 2002 begann in der Bundesrepublik Deutschland die bisher einzige Studie zur Substitutionstherapie mit Diamorphin (siehe unten).

Ziel der vorliegenden Untersuchung ist eine Sekundäranalyse der Daten, die im Rahmen des bundesdeutschen Modellprojektes zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger in Bezug auf soziale Reintegration gewonnen wurden.

Hierzu erfolgt eine deskriptive Analyse der Variablen zur sozialen Situation zum Studienbeginn, zum Zwei- und Vierjahresuntersuchungszeitpunkt. Besonderes Augenmerk liegt hierbei auf dem Zeitpunkt, an dem die Veränderung eintritt. Zur ergänzenden Analyse und um die quantitativen Ergebnisse besser deuten zu können, erfolgen qualitative Interviews mit Langzeitpatienten des Diamorphinprogramms. Die hieraus gewonnen Erkenntnisse sollen helfen, das subjektive Empfinden der Patienten besser nachvollziehen zu können und hierdurch den Stellenwert der Therapie auf die soziale Situation einschätzen zu können.

Im Ergebnis zeigte sich eine deutliche Besserung der sozialen Situation der Patienten, aber in den verschiedenen Bereichen (Arbeits- Unterhaltssituation, rechtliche Situation, Familie und soziales Umfeld) waren die Effekte durchaus unterschiedlich. Während es kaum Entwicklungen in der Bildungssituation gab, stieg der Anteil der Patienten die berufstätig sind deutlich und dies vor allem in der zweiten Studienhälfte. Im Bereich der finanziellen Situation zeigte sich, dass immer weniger Patienten Schulden haben, die durchschnittliche Schuldenhöhe sich aber nur wenig ändert. Die rechtliche Situation der Patienten verbesserte sich deutlich und dies auch schon recht früh im Studienverlauf. In der familiären Situation ergaben sich nur minimale Unterschiede im Familienstand und dem Wohnort der Kinder. Deutlich steigerte sich hingegen die Zufriedenheit mit der Situation und schwerwiegende Probleme in diesem Bereich nahmen ab. Auch die Wohnsituation stabilisierte sich im Verlauf der Behandlung, ebenso wie Beziehungen zu Freunden und Arbeitskollegen.

Die Ergebnisse der qualitativen Interviews stimmten weitgehend mit den quantitativen Ergebnissen über ein und zeigten auf, wie die Patienten die Auswirkung der Behandlung auf ihre soziale Situation empfinden.

2. ABHÄNGIGKEIT, SCHÄDLICHER GEBRAUCH, SUCHT, MISSBRAUCH

Der Begriff Sucht stammt vom gotischen „siukan“ ab, der gleichbedeutend mit dem lateinischen Morbus ist und „krank sein“ bedeutet. Dies ist auch die ursprüngliche Bedeutung des Begriffes Sucht, nämlich jede körperliche Krankheit, die nicht durch Unfälle oder Verletzungen herbeigeführt wurde. Im 16. Jahrhundert begann sich die Bedeutung des Suchtbegriffes zu ändern. Er wurde nur genutzt, wenn sich Personen bewusst altertümlich, ironisch oder metaphorisch ausdrücken wollten. Die Bedeutung des Begriffes Sucht verlagerte sich zunehmend auf ein Laster, einen extremen Hang oder eine die Persönlichkeit dominierende negativ Tendenz. Im Zuge dieser Entwicklung änderte sich die Bedeutung von Krankheit hin zu einer negativen Charaktereigenschaft. Es entwickelten sich neue Wortschöpfungen wie z.B. die Geldsucht, Gewinnsucht oder die Rachsucht, die allesamt moralische Unwerturteile und nicht pathogenes Verhalten meinen. Als Ausnahme ist hier der Begriff der „sehnenen Sucht“, der leicht spottend den veränderten Seelenzustand im Verliebtsein beschreibt und später zu dem Begriff Sehnsucht wird, der als Schlüsselbegriff der Romantik gilt (vgl. Legnaro A., 2000, S. 8-21). Im 19. Jahrhundert änderte sich die Bedeutung des Suchtbegriffes dahingehend, dass nun eine Monomanie darunter verstanden wurde, die das Denken und Handeln auf die Erreichung bestimmter Ziele konzentriert. Aufgrund der Stetigkeit und Unersättlichkeit der Verhaltensweisen bekam der Begriff Sucht nun auch eine begriffsimmanente negative Wertung. Des Weiteren wurde im 19. Jahrhundert die Trunksucht, die bis dahin als Laster gesehen wurde, von Medizinern erforscht sowie beschrieben und somit zu einer Krankheit. Im Jahre 1784 klassifizierte der amerikanische Mediziner Benjamin Rush erstmals den Alkoholismus als Krankheit. Dies stellte einen bedeutsamen Wendepunkt dar, denn nun wurden immer mehr Formen des Substanzkonsums ähnlich dem Alkoholismus bewertet, was dazu führte, dass der Begriff Sucht zu einem medizinischen Fachbegriff wurde.

Im Laufe des 19. und 20. Jahrhunderts wurden immer mehr psychotrope Wirkstoffe isoliert und synthetisiert, die wiederum zu Abhängigkeiten führten und somit die Anzahl der Süchte steigerte. Es folgten Überlegungen, was den

verschiedenen Süchten gemein sei, und welcher Sammelbegriff sich zur Beschreibung eignet. In der Zeit zwischen dem ersten und zweiten Weltkrieg entstanden die Begriffe „Giftsucht“ sowie „Rauschgiftsucht“ und der Begriff Sucht wurde zunehmend als medizinischer Terminus für krankhafte Substanzabhängigkeit verstanden. Um 1950 verstand man letztendlich unter Sucht allein die Abhängigkeit von psychotropen Substanzen (vgl. Legnaro A., 2000, S. 8-21).

Eine Definition des Suchtbegriffes der WHO aus diesem Jahre beschreibt diesen als einen: „Zustand periodischer oder chronischer Intoxikation, die für das Individuum und für die Gesellschaft schädlich ist, und hervorgerufen wird durch den wiederholten Gebrauch einer natürlichen oder synthetischen Droge“ (vgl. WHO abuse terminology lexicon, 2009).

Es herrschte in dieser Zeit ein stark pharmakologisch geprägtes Suchtverständnis, das sich auf das Vorliegen einer körperlichen Abhängigkeit konzentrierte. Dieses Verständnis führte jedoch zu einer Widersprüchlichkeit zwischen medizinischen Befunden und politischen Vorgaben. So wurde zum Beispiel Cannabis rechtlich als Suchtstoff behandelt, obwohl es nicht (oder in sehr geringem Maße) eine körperliche Abhängigkeit erzeugt und so die Definitionsmerkmale für Suchtstoffe nicht erfüllt. Dieser Gegebenheit schuldend, versucht die WHO seit 1957 Substanzen entweder der Kategorie „suchterzeugend“ oder „gewöhnungserzeugend“ zuzuordnen, was sich als nicht praktikabel erwies. Infolge dessen entschied sich die WHO einen deutlichen Schnitt zu tun, sie verzichtete nun vollends auf den Suchtbegriff und führte stattdessen 1964 den Begriff der Abhängigkeit ein. Zur Differenzierung von körperlicher und seelischer Abhängigkeit wurde die Unterteilung in physische und psychische Abhängigkeit eingeführt (vgl. Scheerer, 1995, S. 7-14).

Heute stellen die Definitionen der WHO (International Classification of diseases ICD-10, S. 1-2) sowie der American Psychiatric Association (APA) (Diagnostic Statistical Manual of Mental Diseases DSM-IV, S.1) die am weitesten verbreiteten Begriffsbestimmungen dar. Es besteht Übereinstimmung darüber, dass Abhängigkeit eine Gruppe von körperlichen, verhaltens- sowie kognitiven Phänomenen darstellt, bei denen das Verlangen nach der Einnahme des

Suchtmittels im Mittelpunkt steht (Craving). Auslöser und Folgen der Abhängigkeit können psychischer, physischer oder sozialer Art sein.

Die von der WHO eingeführte Unterscheidung in physische und psychische Abhängigkeit ist heute weitestgehend aufgegeben worden. Einerseits, da oft klinisch die Unterscheidung nicht möglich ist und andererseits von einer generellen organischen Komponente der Abhängigkeit ausgegangen wird. (Vgl. Uchtenhagen, 2000, S.2) In der bisherigen Beschreibung wurden die Begriffe Sucht und Abhängigkeit quasi als Synonyme verwendet. Dies geschieht auch meist im allgemeinen Sprachgebrauch, die genaue Semantik der Begriffe meint doch aber etwas anderes. Der Begriff der Abhängigkeit bezieht sich auf eine Gegebenheit, die wir benötigen, um unsere Existenz oder unser Wohlbefinden nicht zu gefährden. Es gibt auch eine Menge Abhängigkeiten, die einfach zum Leben gehören, wie z.B. von Essen, Schlaf, sozialen Beziehungen usw. Abhängigkeiten bewegen sich auch auf einem Kontinuum zwischen Gewohnheiten, die man gerne beibehält, und extremen Abhängigkeitsformen, wie z.B. der biologischen Abhängigkeit nach Sauerstoff. Im Gegensatz hierzu ist kein Mensch von Natur aus süchtig, der Begriff ist im heutigen Verständnis von vorn herein negativ belegt und stellt immer ein Extrem dar (vgl. Scheerer, 1995, S. 25– 34).

Abschließend wird noch der Begriff des schädlichen Drogengebrauchs erläutert, der den Begriff Missbrauch ersetzt. Unter schädlichem Gebrauch wird eine Form des Drogenkonsums verstanden, bei der keine Abhängigkeit besteht, aber es infolge dessen zu gesundheitlichen oder sozialen Schäden kommt (vgl. Uchtenhagen, 2000, S.2).

3. DROGEN

Der in dieser Arbeit verwendete Begriff „Droge“ richtet sich nach dem von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) geprägten Sprachgebrauch. Es werden hiermit alle Substanzen bezeichnet, deren Konsum psychische oder Verhaltensveränderungen bewirken können und somit den Begriffen psychoaktive oder psychotrope Substanz gleich zu setzen sind. All diesen Substanzen ist gemein, dass sie beim Menschen Veränderungen der

Befindlichkeit und/oder des Bewusstseins und/oder des Verhaltens auslösen. Die Definition des Begriffes „Droge“ beinhaltet Genussmittel wie Alkohol und Tabak, toxische Substanzen wie Lösungsmittel, Medikamente wie Schlaf- und Schmerzmittel, pflanzliche Bestandteile wie Opiate, sowie synthetische Wirkstoffe wie Amphetaminderivate eingeschlossen und nicht nur, wie oft fälschlich im Allgemeinsprachgebrauch verwendet, illegale Substanzen. Als psychotrope Effekte sind nach dem Psychotropenabkommen des Jahres 1971 Halluzinationen, Störungen der Motorik, des Denkens, des Verhaltens, der Wahrnehmung oder der Stimmung eingestuft (vgl. Uchtenhagen, 2000, S.2).

Substanzen, die ein Abhängigkeitspotential haben, werden als Suchtmittel bezeichnet. Diese Substanzeigenschaft lässt aber noch keine Schlussfolgerung auf eine etwaige Gefährlichkeit zu, ebenso wenig wie über ihre Kontrolle durch das Betäubungsmittelgesetz. Es werden folgende Kategorien von Betäubungsmitteln unterschieden:

Legale Suchtmittel – Substanzen die frei von Strafandrohung konsumiert, erworben, verkauft, eingeführt und produziert werden dürfen. Einschränkungen sind jedoch möglich, z.B. Abgabeverbot von Alkohol und Tabakwaren an Jugendliche sowie Rezeptpflicht für Medikamente wie Beruhigungs- und Schmerzmittel (Scheerer, 1995, S. 35).

Nicht verkehrsfähige Betäubungsmittel – Hier sind alle Substanzen zugeordnet, die in keiner Form auf den Markt oder verschrieben werden dürfen. Diese Klassifizierung enthält eine Wertung, dass diese Substanzen weder einen medizinischen, noch irgendeinen anderen Nutzen haben (vgl. Albrecht H., 2000, S.520).

3.1. Klassifikation nach Substanzen

Psychotrope Substanzen werden von der WHO in folgende Kategorien unterteilt:

- Alkohol
- Opioide
- Cannabinoide
- Sedativa und Hypnotika
- Kokain
- Andere Stimulanzien einschließlich Koffein
- Halluzinogene
- Tabak
- Flüchtige Lösungsmittel
- Multipler Substanzgebrauch (WHO, 2009, S. 1 – 10)

Die APA unterscheidet in ihrer Klassifikation zusätzlich noch folgende Substanzgruppen:

- Phencyklidin und ähnliche Arylzyklohexylamine
- Amphetamine (APA, 2009)

Substanzen mit ähnlichen Eigenschaften werden von Uchtenhagen folgenden Gruppen zugeordnet:

- „Alkohol, Sedativa, Anxiolytika, Hypnotika, Opiate
- Kokain, Amphetamin und ähnlich wirkende Sympathomimetika

- Halluzinogene, Phencyklidin und ähnlich wirkende Arylzyklohexylamine“ (vgl. Uchtenhagen, 2000, S. 3 - 4)

3.2. Weitere Klassifikation

Substanzkonsum kann weiterhin auf verschiedene Weise klassifiziert werden. So können die sozialen Folgeerscheinungen von Abhängigkeit in kompensierte und dekompenzierte Abhängigkeit unterteilt werden. Bei kompensierter Abhängigkeit ist die betroffene Person noch in der Lage, Pflichten und Interessen wahr zu nehmen und weiterhin die sozialen Kontakte zu pflegen. Im Gegensatz hierzu ist dies bei dekompenzierter Abhängigkeit nicht mehr möglich.

Weiterhin kann Substanzkonsum nach Stadien unterteilt werden. Diese Unterteilung ist sinnvoll, wenn Folgen des Konsums nicht direkte Wirkungen eines einmalige, bzw. eines sporadischen Konsums sind, sondern wenn dieser sich über einen längeren Zeitraum manifestiert. Uchtenhagen unterteilt folgende Stadien der Abhängigkeit:

- „Drohende Abhängigkeit
- Floride oder manifeste Abhängigkeit
- Sozial dekompenzierte Abhängigkeit
- Vorübergehende Remission
- Residualzustand
- Heilung“ (Uchtenhagen, 2000, S.7)

Hierbei ist zu beachten, dass die hier beschriebenen Phasen nicht zwangsläufig durchlaufen werden, und dass der Ablauf sich durchaus unterschiedlich gestalten kann.

Des Weiteren kann Substanzkonsum nach dem Ausmaß der Symptomatik sowie der Behandlungsbedürftigkeit unterteilt werden. Dies ist im besonderen Maße für Forschungszwecke sinnvoll, wenn es darum geht, Unterschiede im Krankheits- sowie im Behandlungsverlauf zu beschreiben. Es ist allerdings zu beachten, dass das Maß der Behandlungsbedürftigkeit nicht mit dem Schweregrad der Erkrankung übereinstimmen muss (vgl. ebd).

3.3. ICD-10 Klassifikation

Die wohl bedeutendste Klassifikation ist die ICD-10-Klassifikation (International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems) der WHO. In die fünfstelligen Diagnoseziffern fließen einige der oben beschriebenen Unterteilungen mit ein und es werden Aussagen zu Substanz, Art des Störungsbildes, der Symptomatik sowie der daraus folgenden Komplikationen getroffen (vgl. WHO, 2009, 1 - 10).

Die ICD-10-Klassifikation versucht unter anderem Symptome, Verlaufsmerkmale und Korrelationen so darzustellen, dass sie eine weitgehend vollständige Bandbreite klinisch möglicher Krankheitszustände erfasst, den internationalen Konsens reliabel und reproduzierbar widerspiegelt und sowohl klinisch als auch wissenschaftlich anwendbar ist (vgl. Wittchen, 2000, S. 23 –24).

Im fünften Kapitel der ICD-10-Klassifikation werden unter der Nummer F1 psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen beschrieben. Die Substanzklasse wird mit der zweiten Stelle kodiert (F11 = Opiate), und an vierter sowie gegebenenfalls fünfter Stelle werden die jeweiligen klinischen Erscheinungsbilder beschrieben. Im folgenden sollen nun die wichtigsten Einzelkodierungsoptionen der vierten und fünften Stelle beschrieben werden:

- F11.0 – **Akute Intoxikation:** Beschreibt ein vorübergehendes Zustandsbild nach Opiateinnahme mit Störungen des Bewusstseins, kognitiver Funktionen, der Wahrnehmung, des Affekts.
- F11.1 – **Schädlicher Gebrauch:** Hierbei kommt es durch den Opiatkonsum zu nachweisbaren Gesundheitsschäden. Die Art der Schädigung kann sowohl physisch (z.B. Hepatitis-Infektion), als auch psychisch (z.B. Depressive Episode) sein.
- F11.2 – **Abhängigkeitssyndrom:** Hierbei müssen mindestens drei der folgenden Merkmale innerhalb des letzten Jahres gleichzeitig vorgelegen haben.
 - Ein starker Wunsch Opiate zu konsumieren
 - Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich Beginn, Beendigung und Menge des Konsums

- nachgewiesene Toleranzentwicklung
- Entzugssymptomatik beim Absetzen der Substanz
- Vernachlässigung sozialer Aktivitäten und Kontakte zugunsten des Opiatkonsums
- Anhaltender Konsum trotz negativer Folgen
- F11.3 – **Entzugssyndrom:** Die Symptome können in Art und Stärke variieren und entstehen, wenn Opiate, die über einen längeren Zeitraum konsumiert werden, abgesetzt werden. Hierbei handelt es sich um einen Zustand der zeitlich begrenzt und abhängig von der vor dem Absetzen konsumierten Dosis ist. Es ist Teil des oben beschriebenen Abhängigkeitssyndrom und sollte nur gesondert beschrieben werden, wenn das Erscheinungsbild, auf Grund seiner Schwere, besondere medizinische Maßnahmen erfordert.
- F11.4 – **Psychotische Störungen:** Hier handelt es sich um Störungen, die in Folge des Opiatkonsums auftreten. Symptome sind unter anderem Halluzinationen, Wahnvorstellungen und Personenverkennung. Diese Kategorie soll es ermöglichen, diese Symptome von im engeren Sinne schweren psychiatrischen Störungen wie der Schizophrenie zu unterscheiden.
- F11.6 – **Amnestisches Syndrom:** Hierbei ist das Kurzzeitgedächtnis in erheblichen Maße beeinträchtigt und das Langzeitgedächtnis kann auch mit betroffen sein.
- F11.7 – **Restzustand und verzögert auftretende Effekte:** Hier werden Störungen beschrieben, die nach Beendigung der Substanzwirkung weiter bestehen. Diese können Veränderungen der kognitiven Fähigkeiten, des Affektes sowie der Persönlichkeit beinhalten.
- F11.8 – **Andere und sonstige:** Hier handelt es sich um Störungen, die durch den Opiatkonsum entstanden sind, aber nicht in die obigen Kategorien eingeordnet werden können. (Vgl. WHO, 2009, S. 1 – 10)

4. OPIATE UND OPIOIDE

4.1. Geschichte

Die ältesten Funde von Mohnsamen stammen aus dem 3. Jahrtausend v. Chr., also aus der jüngeren Steinzeit. Funde gab es in der Schweiz, Italien und Frankreich. Hauptsächlich wurden die Mohnsamen verzehrt und nicht als Medizin oder Droge verwandt.

In der Wildform gibt es über 700 Arten des Mohns, die weitaus bedeutendste Art ist der Schlafmohn, der eine Jahrtausende alte Kulturpflanze ist. Schon in der griechischen Mythologie hat die Mohnpflanze einen hohen Stellenwert. Die Griechen haben dem Saft des Mohnes auch den Namen gegeben, der bis heute noch verwendet wird, Opium. Die Stadt Mekone war das griechische Mohnzentrum. In ihr sollte der Sage nach Demeter den Menschen den Mohn überreicht haben. Und von ihrem Namen leitet sich auch das Wort Mohn ab. Ein weiterer wichtiger Schritt in der Verbreitung des Mohns war die Gründung der Stadt Alexandria durch Alexander von Makedonien und der damit verbundenen Gründung der Universität. Alexandria entwickelte sich zu einem bedeutenden Zentrum der Medizin und es wurde viel mit Opium experimentiert. Schon bald galt das Opium von Theben als das qualitativ hochwertigste. Nun wurde Opium nicht mehr ausschließlich in Griechenland gewonnen, sondern auch auf dem Gebiet des heutigen Ägyptens.

Die Griechen brachten das Opium auch nach Rom. Fast die ganze römische Medizin lag in Händen griechischer Ärzte und so verbreitete sich auch eines ihrer wichtigsten Medikamente. Bis zur Zeitwende hatte sich Opium bis nach Spanien ausgebreitet. In den folgenden Jahrhunderten weiteten die Araber zunehmend ihren Einflussbereich aus und eroberten im Jahr 620 Ägypten und 711 Teile Spaniens. Im 11. Jahrhundert eroberten die Seldschuken Kleinasien und somit befanden sich die wichtigsten Gebiete der Opiumproduktion in arabischer Hand. Die arabischen Händler und Missionare sorgten für eine immense Verbreitung des Schlafmohns. Sie brachten die Pflanze erst nach Persien und darauf nach Assam und Bengalen, bis der Mohn schließlich in Zentralasien und China angebaut wurde (vgl. Seefelder, 1996, S. 9–23).

Opium galt im Mittelalter vorwiegend als Heilmittel. Paracelsus preist es als „Laudanum“ an, andererseits gibt es auch kritische Stimmen, die Opium skeptisch gegenüberstehen (vgl. Legnaro, 2000, S. 11). In dem Buch „Das Große vollständige Universal-Lexicon Aller Wissenschaften und Künste, Welche bißhero durch menschlichen Verstand und Witz erfunden und verbessert worden“ (Band 12) aus dem Jahre 1735 wird Opium eine Vielzahl an heilenden Eigenschaften zugesprochen. Es wird allerdings auch auf Gefahren des Opiumgebrauchs hingewiesen, im Besonderen auf eine unangemessene Dosierung (vgl. Legnaro, 2000, S. 16–17).

Einen wichtigen Einfluss auf die weitere Geschichte hatte der stetig wachsende Teekonsum der Engländer ein. Tee war in England bis Mitte des 17. Jahrhunderts weitgehend unbekannt. Danach stieg der Teeverbrauch stetig von unter einer Millionen Pfund im Jahr 1730 auf über 10 Millionen Pfund 1780 und lag 1820 schon bei 30 Millionen Pfund. Dies führte zu einer negativen Handelsbilanz der Briten gegenüber China, woher sie den Tee bezogen und somit zu schrumpfenden Silbervorräten, da China nur Silber als Zahlungsmittel akzeptierte. Es zeigte sich, dass Opium die einzige Ressource der Briten darstellte, mit der sie die Handelsbilanz zu ihren Gunsten verändern konnten. Es wurde höchste Priorität darauf gelegt, dass das Opium, das in Indien erzeugt wurde und auf das die East India Company das Monopol hatte, nach China verkauft wurde (vgl. Seefelder, 1996, S. 113–121).

Im 17. Jahrhundert wurde der Opiumkonsum in China zunehmend populär und führte zu ersten Suchtproblemen, die sich in kurzer Zeit in solch einem Ausmaß ausweiteten, dass im 18. Jahrhundert der Anbau und Handel mit Opium verboten wurde (vgl. Metzger, 2005, S.9). In Folge dessen wurde auch das Rauchen des Opiums verboten, so dass den Briten dieser wichtige Markt wegzubrechen drohte. Es entstand darauf ein lebhafter Schmuggel des Opiums, von dem unter anderem viele chinesische Beamte profitierten. Der chinesische Hof versuchte mit immer drastischeren Mitteln den Opiumschmuggel zu verbieten, die in der Vernichtung von 1230 Tonnen Opium durch Kommissar Lin in Hongkong und einem Verlust von 6 – 10 Millionen Dollar der britischen Händler gipfelten. England wollte sich dies nicht bieten lassen und den Einfluss in China stärken. Es wurde die Forderung an China gestellt, den Verlust der Händler von zwei

Millionen Pfund zu ersetzen. Da China sich weigerte dieser Forderung nachzukommen, entschloss sich das englische Kabinett 1840 gegen China in den Krieg zu ziehen.

Eigentlich ging es auch nicht um das Opium, sondern um den günstigen Einkauf des Tees, der von hoher wirtschaftlicher Bedeutung war. 1841 überfielen englische Truppen die Provinz Zhoushan und besetzten Dinghai. Nach weiteren Erfolgen der Engländer gaben die Chinesen 1842 auf. Sie akzeptierten die Forderungen der Engländer und traten Hongkong als Handels- und Siedlungsplatz ab. Da aber durch die Kriegswirren der Preis für das Opium niedrig und für Tee hoch war, liefen die Geschäfte der Engländer schlecht. Dies führte zu weiteren kriegerischen Handlungen der Engländer. Die Aggressionen dauerten bis 1860, Peking wurde besetzt und der Sommerpalast zerstört. In Folge dessen ließen die Chinesen die Einfuhr des Opiums wieder zu und die Engländer konnten es in den geöffneten Häfen verkaufen (vgl. Seefelder, 1996, S. 132 – 137).

In Europa kam es in dieser Zeit auf einem anderen Gebiet zu geschichtsträchtigen Entwicklungen, die in Zusammenhang mit Opium stehen. Der angehende Apotheker Wilhelm Sertürner isolierte 1805 in Paderborn das Morphin. Nach anfänglicher Skepsis seiner Kollegen setzte sich seine Sichtweise durch und es wurden in zunehmenden Maße die einzelnen Bestandteile des Opiums isoliert. Im Jahr 1817 entdeckte Robiquet das Narkotin, 1832 gelang dies Pelletier mit Narcein und 1833 isolierte Robiquet das Kodein. Von großer Bedeutung für den Konsum von Opiaten ist die Erfindung der Injektionsspritze 1853 durch Charels Gabriel (vgl. Seefelder, 1996, S. 143–148).

Im Jahr 1874 wurde Morphin zum ersten Mal in Diacetylmorphin umgewandelt. Der Brite Wright erzielte dies durch Umwandlung mit Essigsäure. Mitarbeiter der Firma Bayer untersuchten diese Verbindung und 1898 vermarktete Bayer ihr neues Produkt unter dem Namen Heroin. Das Mittel wurde als Husten- und Schmerzmedikament vertrieben und kurzzeitig als Mittel zur Behandlung der Morphinabhängigkeit verwendet. Durch die orale Applikationsform und eine sehr niedrige Dosierung stand die abhängigkeiterzeugende Wirkung anfangs im Hintergrund. Als sich dies änderte und das Suchtpotential des Heroins erkannt

wurde, geriet es immer stärker in Verruf und wurde letztendlich in den 1920er Jahren vom Markt genommen (vgl. Ziegelgänsberger, 2000, S. 95).

Das in Deutschland konsumierte Heroin, stammt weitgehend aus Südwestasien und hier vor allem aus Afghanistan. (vgl. Reitox, 2007, S. 118) Im Jahr 2002 produzierte Afghanistan alleine 75 Prozent der Opiate weltweit. Zusammen mit Myanmar stellen die beiden Länder ca. 90% der Opiate her und sind somit Hauptproduzenten. (vgl. BKA: Rauschgiftkriminalität, 2008, S.8)

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Afghanistan	1.120	1.200	1.570	1.980	1.970	2.330	3.416	2.335	2.248	2.804	2.693	4.565	3.276	185	3.400
Myanmar	1.125	1.544	1.621	1.728	1.660	1.791	1.583	1.664	1.760	1.676	1.303	895	1.087	1.097	828
Sonstige	549	651	569	566	513	489	621	453	347	343	350	304	328	344	372
Total	2.794	3.395	3.760	4.274	4.143	4.610	5.620	4.452	4.355	4.823	4.346	5.764	4.691	1.626	4.600

Abbildung 1: Entwicklung der weltweiten Opiumproduktion

Anmerkung: Die Angaben (in t) beruhen auf einer Umrechnung des für das jeweilige Land geschätzten Anbaus von Schlafmohn. Die Produktion des Rauschgifts Heroin muss nicht im jeweiligen Land erfolgen.

Quelle: UNODCCP, „Global Illicit Drug Trends 2002“, S. 47

Ein weiteres Anbauggebiet von zunehmender Wichtigkeit ist Mexiko. Der Mohnanbau wurde während des zweiten Weltkriegs stark von den USA unterstützt, um ausreichend Morphin für ihre verwundeten Soldaten zu produzieren. Nach Beendigung des Vietnamkrieges ging die Nachfrage der USA stark zurück, die Pflanzungen blieben jedoch bis heute weitgehend bestehen. Als zu Beginn des 21. Jahrhunderts das Ein-Parteien-System verschwand und sich wieder eine Demokratie entwickelte, nutzten die Drogenkartelle die Wirren dieser Zeit und bauten ihre Machtposition in Mexiko massiv aus. Seither nimmt Mexiko eine immer bedeutendere Rolle in der Opiumproduktion ein und produziert einen erheblichen Teil der Opiate, des amerikanischen Drogenmarktes (vgl. Ceballos Betancur, 2009, S.11).

4.2. Akute Wirkung

Die Wirkung der Opiate (natürliche, halbsynthetische sowie synthetische Opiatagonisten und Opioide (opiatartig wirkende Substanzen) findet insbesondere in der Schmerztherapie Anwendung (analgetisch). Weitere Eigenschaften dieser Substanzgruppe, die therapeutisch genutzt wird, sind zum einen die Unterdrückung des Hustenreflexes (antitussiv) sowie die hemmende Wirkung auf die Magen-Darm-Passage (antidiarrhöisch). Weiterhin wirken Opiate und Opioide sowohl sedierend und hypnotisch-narkotisch als auch antidepressiv (vgl. Ziegelgänsberger, 2000, S. 87).

4.3. Nebenwirkungen

Nebenwirkungen treten in dieser Substanzgruppe recht häufig auf. Ziegelgänsberger beschreibt folgende Nebenwirkungen, die beim Gebrauch von Opiaten auftreten können:

„Euphorie (oder gelegentlich auch Dysphorie), Sedation, Erbrechen, Atemdepression, Pupillenverengung, Erhöhung des Sphinktertonus von Hohlorganen, Störung der Temperaturregulation und des Blutdrucks (u.a. durch Freisetzung von Histamin) sowie neuroendokrine Veränderungen“ (Ebd.)

Bei Personen, die keinerlei Erfahrungen mit Opiaten haben, stehen bei den ersten Applikationen, im Besonderen bei Injektion, Verwirrheitszustände und Sedation im Vordergrund. Erst nach mehrmaliger Applikation tritt zunehmend die euphorisierende Wirkung hervor. Ein rasches Anfluten des Wirkstoffes spielt eine Schlüsselrolle in der Entstehung der euphorisierenden Wirkung (z.B. durch Injektion). Die hohe Lipidlöslichkeit des Diacetylmorphins (Heroin) lässt diesen Stoff besonders rasch anfluten, was die stark euphorisierende Wirkung beeinflusst (vgl. ebd.).

4.4. Chronische Wirkung

Bei wiederholter Verabreichung von Opiatagonisten entsteht rasch eine Toleranz, so dass Dosen, die vor dieser Entwicklung evtl. tödlich waren, benötigt werden um einen entsprechenden Effekt zu erzielen. Diese Toleranzentwicklung geschieht durch eine Veränderung der Opiatbindungsrezeptoren, die sich durch die dauernde Anwesenheit des Agonisten verändern (vgl. ebd).

4.5. Entzugssymptomatik

Die oben beschriebene Toleranzentwicklung hat zur Folge, dass das Nervensystem nur noch bei Anwesenheit von Agonisten normal funktioniert. Ist dies nicht der Fall, so kommt es zu Entzugssymptomen. Wenn in solch einem Fall dem Organismus keine Opiate mehr zugeführt werden, setzen erste Erscheinungen nach acht bis zwölf Stunden ein. Nach 48 Stunden erreichen sie ihren Höhepunkt und klingen nach fünf bis sieben Tagen wieder ab. Somatische Symptome hierbei sind Veränderungen des Blutdrucks, des Pulses, der Temperatur, des Tränenflusses, der Pupillenweite sowie vermehrtes Schwitzen, Erbrechen, Durchfall, Muskelkrämpfe und Schlaflosigkeit. Neben diesen treten häufig folgende psychische Symptome auf: Ängstlichkeit und depressive Verstimmung, sehr starkes Verlangen nach der Droge, Erregbarkeit, Gereiztheit, Schmerzen, sowie allgemeine Dysphorie (vgl. Ziegelgänsberger, 2000, S. 90).

4.6. Epidemiologie

In Deutschland konsumieren schätzungsweise 200.000 Menschen auf sehr riskante Weise (intravenöser Konsum) Drogen. Der größte Teil dieser Gruppe konsumiert in der Hauptsache Heroin. Die Zahl der Heroinkonsumenten wird auf 120.000 bis 150.000 Personen geschätzt (vgl. Michels, 2007, S. 2). Im Gegensatz zu Konsumenten anderer illegaler Drogen, die vorwiegend in jüngeren Altersgruppen zu finden sind, wird Heroin auch von Menschen konsumiert, deren Durchschnittsalter höher als 35 Jahre ist. Während es im Verlauf des letzten Jahrzehntes einen stetigen Rückgang der Drogentodesfälle gab, hat sich dieser Trend im Jahr 2007 nicht fortgesetzt und es kam zu einem

Anstieg um 3,9 Prozent auf insgesamt 1.394 gemeldete Fälle. Die Gründe hierfür sind noch nicht geklärt, es besteht jedoch die Vermutung, dass Todesfälle vermehrt unter älteren Konsumenten vorkommen. Des Weiteren ist ein großer Teil der Konsumenten mit HIV sowie dem Hepatitis-C-Virus (HCV) infiziert. Ein Fortschreiten der Erkrankungen wird zukünftig einen ansteigenden Stellenwert bei den Drogentodesfällen einnehmen. Grund für den Großteil der Drogentodesfälle ist eine Heroin-Überdosierung, die häufig in Verbindung mit Alkohol- oder Medikamentenkonsum steht (vgl. BMG – Drogen und Suchtbericht, 2009, S. 64).

In der Bundesrepublik Deutschland wurden im Jahr 2008 in 6.638 Sicherstellungen 503 kg Heroin beschlagnahmt. Im Vergleich zum Vorjahr sind die Sicherstellungsfälle mit 3 Prozent leicht rückläufig und die Sicherstellungsmenge sank deutlich um 53 Prozent. Dies liegt in der Hauptsache darin begründet, dass im Jahr 2007 zwei Grobsicherstellungen erfolgten, bei denen allein 450 kg beschlagnahmt wurden. Das meiste Heroin wird über die Niederlande nach Deutschland eingeführt. Weiterhin bedeutsam ist der Schmuggel über die Türkei, über die Länder des Balkans, Italien und Österreich nach Deutschland. Tatverdächtige, die im Zusammenhang mit Heroin stehen, sind vorwiegend deutschstämmig. Unter den nicht deutschstämmigen Tatverdächtigen traten türkische Staatsangehörige am häufigsten in Erscheinung (vgl. BKA – Rauschgift, 2008, S. 4).

4.7. Komorbidität

Intravenöser Drogenkonsum stellt einen bedeutenden Risikofaktor für den Erwerb von Infektionserkrankungen dar. Schätzungen des Robert-Koch-Instituts gehen von 400.000 bis 500.000 HCV infizierten Personen in der Bundesrepublik aus (vgl. BMG – Drogen und Suchtbericht, 2009, S. 71). Die Inzidenzrate lag 2006 bei 9,1/100.000 Einwohner im Alter von 18 bis 79 Jahren. 6.858 Neuerkrankungen wurden gemeldet (vgl. REITOX, 2007, S. 94). Der Anteil von IV-Drogenkonsumenten wird hiervon auf 35 Prozent geschätzt, so dass der Anteil an HCV-Infektionen in dieser Population auf 60 – 80 Prozent beträgt (vgl. BMG – Drogen und Suchtbericht, 2009, S. 71). Eine Unterteilung in akute und

chronische HCV-Infektionen ist mit den Methoden des heutigen Meldesystems nicht zu erreichen.

Die Rate der Hepatitis-B-Infektionen lag in der Bevölkerung Deutschlands von 18 bis 79 Jahren bei 0,4 – 0,8 Prozent im Jahr 2006. Die Inzidenz beträgt 1,4 pro 100.000 Einwohner. Als Hauptübertragungsweg gelten sexuelle Kontakte, auch ist I.V.-Drogenkonsum ein bedeutender Risikofaktor.

Des Weiteren stellen I.V.-Drogenkonsumenten nach wie vor eine der am stärksten von HIV/Aids betroffene Personengruppe dar. Die Inzidenz der HIV-Infektionen betrug in Deutschland im Jahr 2006 3,2 pro 100.000 und ist somit zum Vorjahr leicht gefallen. 6,2 Prozent der gemeldeten HIV-Neuinfektionen gehörten zur Gruppe der I.V.-Drogenkonsumenten. Die absolute Zahl der Neuinfektionen ist mit 161 um 15 Prozent gegenüber dem Vorjahr (140) gestiegen, ins besondere bei weiblichen Konsumentinnen (vgl. BMG – Drogen und Suchtbericht, 2009, S. 92 – 93).

Neben dem hohen Risiko des Erwerbs einer Infektionskrankheit sind I.V.-Drogenabhängige im besonderen Maße gefährdet, psychisch zu erkranken. Auch die Suizidraten sind unter I.V.- Drogenkonsumenten deutlich erhöht. Suizid ist in mindestens 6 Prozent der Drogentodesfälle der Polizeistatistik die Ursache (vgl. BMG – Drogen und Suchtbericht, 2009, S. 64).

5. ZIELE DER SUCHTTHERAPIE

Lange Zeit galt als einziges Ziel der Suchttherapie die Abstinenz. Die aber oft schwierige Gesamtsituation von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen erfordert häufig noch andere Ziele. Ist eine Abstinenz nicht zu erreichen, benötigen die Betroffenen Unterstützung in der Erreichung von alternativen, für sie in ihrer Situation erreichbaren Zielen. So geht es in der Suchtbehandlung um mehr als dies, und so gibt es weitere Teilziele wie z.B. Verbesserung der psychosozialen Integration und der zwischenmenschlichen Bindungen oder die Besserung psychiatrischer Symptome. Soyka und Preuss (2002) sprechen von einer Zielhierarchie in der Therapie der Abhängigkeit. Je nach persönlicher Situation und Fähigkeit der einzelnen Patienten müssen kurz- oder langfristige Ziele fokussiert werden, die Abstinenz bleibt aber immer das Hauptziel, das es

zu erreichen gilt. Unterziele sind die Lebenserhaltung, die Schadensminimierung, sowie die Verlängerung von Abstinenzzeiten (vgl. Soyka et al., 2002, S. 575–579). Uchtenhagen beschreibt die Unterscheidung in der Zielsetzung der Suchtbehandlung in Suchtfreiheit, soziale Integration und Erleichterung nicht heilbarer Zustände, folgende Hierarchie der therapeutischen Zielsetzung:

„primäres Ziel: - Erreichen der Zielgruppe

sekundäre Ziele: - ausreichende Behandlungsdauer

- Verhinderung des Behandlungsabbruchs

tertiäre Ziele: - Reduktion des Suchtmittelkonsums

- Verzicht auf nicht verschriebene
Substanzen

(mit oder ohne Substitution)

- Verbessertes Gesundheitszustand

- Distanzierung zu suchtförderndem Milieu

- Erwerbsfähigkeit

- Verzicht auf delinquentes Verhalten

Endziel: - dauerhafte Suchtfreiheit“ (Uchtenhagen, 2000, S. 280)

Des Weiteren beschreibt er, dass in abstinenzorientierten Behandlungsansätzen die Suchtfreiheit als Voraussetzung für die Normalisierung der Lebensführung und sozialer Reintegration angesehen wird. Im Gegensatz hierzu wird in Substitutionstherapien die soziale Integration gefördert, um bessere Voraussetzungen zur Erreichung der Suchtfreiheit zu schaffen (vgl. ebd.).

6. HARM REDUCTION

Durch Harm Reduction sollen negative Auswirkungen vermindert werden, die durch den Gebrauch von psychoaktiven Substanzen ausgelöst werden. Als Arbeitsansatz ist Harm Reduction nicht substanzbezogen, kann also auch auf die Risikominimierung des Alkohol oder Nikotinkonsums zielen, gebräuchlich ist er aber meist im Zusammenhang mit illegalen Substanzen und hier vor allem Heroin sowie Kokain (vgl. Prinzleve, 2004, S. 39). Es gibt trotz der großen Rolle, der die Harm Reduction Ansätze in der Suchtarbeit zukommen, noch keine einheitlich anerkannte Definition des Begriffes (vgl. Riley, 1999, S. 9–24). Hinzu kommt, dass Begriffe wie „Schadensminderung“, „Schadensminimierung“ sowie „Risikoreduktion“ synonym verwendet werden (vgl. Prinzleve, 2004, S. 39).

6.1. Entstehung

In den 1970er Jahren wurden in den Niederlanden und der Schweiz erste Ansätze von Harm-Reduction-Maßnahmen entwickelt, die vorrangig auf die Besserung der Situation von Heroinkonsumenten zielten. Mit zunehmender Ausbreitung von HIV/AIDS, einer immer stärker werdenden sozialen sowie gesundheitlichen Verelendung von Drogenkonsumenten und steigenden Drogenmortalitätsraten erlangten diese Ansätze Mitte der 1980er Jahre auch international Beachtung. Durch das oben beschriebene alleinige Abstinenzziel in der Suchthilfe erhielten nur Drogenkonsumenten Zugang zu medizinischen und sozialen Hilfsangeboten, wenn sie zu einer Entzugsbehandlung bereit waren. Dies erwies sich aber in der Praxis als zu „hochschwellig“, so dass ein großer Teil der Konsumenten nicht erreicht werden konnte. Durch die Ansätze der Harm Reduction konnten nun die Zugangsbarrieren des Suchthilfesystems reduziert werden und somit die Reichweite deutlich erhöht werden. Drogenabhängige, die den Konsum nicht aufgeben möchten oder können, dem herkömmlichen Suchthilfesystem kritisch gegenüber stehen oder bisher nicht hinreichend betreut wurden, können deutlich besser erreicht werden. Hierdurch können präventive Strategien wesentlich mehr Personen erreichen, Krisen schneller erkannt und gegengewirkt werden, sowie die Motivation zur Veränderung fortlaufend und zielgerecht gefördert werden.

Maßnahmen zur Harm Reduction dienen der Drogennotfallprophylaxe wie es in Konsumräumen geschieht, der Infektionsprophylaxe z.B. durch Spritzen-Tauschprogramme, sowie der Gesundheitsförderung durch beispielsweise Safer-Use-Programme, die über risikoärmere Konsumformen aufklären. Neben den genannten Maßnahmen gibt es sowohl Kontaktläden und niedrigschwellige Beratungsstellen, als auch zielgruppenspezifische Angebote, wie Hilfen für Drogen gebrauchende Prostituierte, oder Notunterkünfte für Obdachlose. Zudem gehören niedrigschwellige Substitutionsprogramme zu den Maßnahmen der Harm Reduction. Hierdurch ist es möglich, Drogenkonsumenten an das Suchthilfesystem zu binden, für ihre Überlebenssicherung zu sorgen und zu einer Stabilisierung der somatischen, psychischen und sozialen Situation hinzuwirken (vgl. Prinzleve, 2004, S. 39 – 41).

6.2. Substitutionsbehandlung

Substitutionsbehandlungen finden heutzutage fast ausschließlich bei opiatabhängigen Personen sowie in der Nikotinersatztherapie Anwendung. Die Verschreibung von Alkohol an chronische Alkoholiker, die früher praktiziert wurde, hat sich als nicht adäquat erwiesen. Die Substitutionstherapie mit Stimulanzien ist umstritten und nicht ausreichend evaluiert. Sie findet daher so gut wie keine Anwendung. Die Definition der WHO für Substitutionstherapie lautet:

„Substitution therapy (“agonist pharmacotherapy”, “agonist replacement therapy”, “agonist-assisted therapy”) is defined as the administration under medical supervision of a prescribed psychoactive substance, pharmacologically related to the one producing dependence, to people with substance dependence, for achieving defined treatment aims. Substitution therapy is widely used in the management of nicotine (nicotine replacement therapy) and opioid dependence” (WHO – Position Paper, 2004, S. 12)

Eine Definition aus dem deutschsprachigen Raum der Substitutionsbehandlung lautet nach Uchtenhagen:

(Substitution) „... ist eine Therapieform, bei welcher die Verschreibung abhängigkeitszeugender Substanzen als Adjuvans eingesetzt wird im Rahmen der medizinischen und psychosozialen Betreuung. Indikation und Behandlungsdauer werden auf der Grundlage einer individuellen Abklärung (Sucht- und Behandlungsgeschichte, Eignung für eine Substitutionsbehandlung, Ausschluss von Kontraindikationen) festgesetzt“ (Uchtenhagen, 2000, S. 353).

Die Substitution opiatabhängiger Patienten zielt nach Krausz auf folgende Bereiche:

- Sicherung des Überlebens
- Gesundheitliche und soziale Stabilisierung
- Berufliche Rehabilitation und soziale Reintegration
- Opiatfreiheit (Krausz, 1999, S. 646)

6.2.1. Rechtliche Rahmenbedingungen

In der nationalen Drogenpolitik Deutschlands herrschte bis Mitte der 1980er Jahre vorwiegend das Abstinenz-Paradigma. Durch die steigende Anzahl der I.V.-Drogenkonsumenten und ihrer besonderen gesundheitlichen und sozialen Probleme wurde die Politik mit zunehmendem Handlungsbedarf konfrontiert. Insbesondere beeinflusst durch die hohen HIV/AIDS-Raten, wurde die Drogenpolitik pragmatischer und Ansätze der Harm Reduction stärker fokussiert. Zwar gab es schon 1970 ein Methadon-Projekt, die Ergebnisse dieser Studie wurden aber sehr konservativ ausgelegt, so dass erst 1987 das erste Methadonerhaltungstherapieprogramm in Nordrhein-Westfalen begann (vgl. Michels, 2007, S. 1 - 2).

Der Gebrauch von Levomethadon war in der Bundesrepublik immer zulässig, Methadon war von 1974 bis 1994 den Betäubungsmitteln, die nicht verschrieben werden dürfen, zugeordnet. Die Verwendung von Levomethadon war bis 1991 nur im Rahmen von genehmigten medizinischen Forschungsvorhaben erlaubt. In einem Urteil des Bundesgerichtshofs vom 15.05.1991 wurden die sehr engen Rahmenbedingungen gelockert und die ärztliche Behandlungsfreiheit besonders betont. Dem wurde 1992 Rechnung getragen, indem eine Gesetzesänderung des Betäubungsmittelgesetz (BtMG) vorgenommen wurde und eine Rechtssicherheit geschaffen wurde, mit Levomethadon zu substituieren. Neben dem BtMG gilt die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtmVV) (vgl. Bühringer, 1995, S.9). Folgenden Bedingungen der Substitutionsbehandlung werden hier geregelt:

- „Beachtung der Voraussetzungen des Betäubungsmittelgesetzes
- Teilnahme an einer Psycho- und/oder Sozialtherapie
- Einlösung der Rezepte
- Kontrolle der Medikamenteneinnahme
- Vergabe an Wochenenden und Feiertagen
- Urinkontrollen
- Aushändigung des Betäubungsmittels an Patienten
- Bescheinigung über die Teilnahme an der Substitution
- Dokumentation der Substitution“ (Bühringer, 1995, S.10)

Es bestand so eine theoretische Möglichkeit Patienten mit Substituten zu behandeln. Auf Grund der strengen Einschlusskriterien war dies in den meisten Fällen aber nicht möglich. Es entstand die sogenannte „graue Substitution“. Hierbei wurden Patienten von ihren Ärzten mit Codein versorgt, dass nicht der BtmVV unterlag und somit auf Privatrezept ausgestellt werden konnte. Dies wurde anfangs toleriert, aber als in zunehmenden Maße Drogentodesfälle mit der Codeinsubstitution in Verbindung gebracht wurden, fiel nun auch Codein 1998 unter die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (vgl. Metzger, 2005, S. 9).

Heute unterliegt die Substitution gesetzlichen Richtlinien, die durch Richtlinien der Bundesärztekammer, durch das BtMG und der BtmVV vorgegeben werden. Weiterhin gelten seit 1991 die Untersuchungs- und Behandlungsrichtlinien (NUB-

Richtlinien), die die Substitution in der kassenärztlichen Versorgung regelt. Neben der Dokumentationspflicht wurde festgelegt, dass eine psychosoziale Betreuung begleitend stattfinden muss (vgl. Michels, 2007, S. 2 - 3). Die einzelnen Themenfelder der NUB-Richtlinien befassen sich mit folgenden Bereichen:

- "Indikatoren für eine Substitution
- Indikationsstellung
- Beratungskommission
- Genehmigungsverfahren und Qualifizierung der Ärzte
- Durchführung der Substitution
- Maßnahmen während der Substitution" (Bühringer, 1995, S.10-11)

In der Version von 1991 wurde festgelegt, dass Drogenabhängigkeit als Einzeldiagnose nicht ausreicht, um eine Substitution zu rechtfertigen. Eine Substitutionstherapie aus präventiven Gründen war in ihnen auch nicht vorgesehen. Eine weitere Besonderheit war eine Untersuchungskommission der kassenärztlichen Vereinigung, welche Ärzten das Recht zur Substitution erteilte und entschied, welche Patienten substituiert werden dürfen. Seit 1999 gelten die AUB-Richtlinien (Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden). In ihnen sind Substitutionstherapien nicht mehr nur Mittel zweiter Wahl, sondern als Behandlungskonzept zugelassen. Weitere Änderungen gab es im Jahr 2002. Die Untersuchungskommissionen der kassenärztlichen Vereinigungen wurden abgeschafft und die Entscheidung, ob ein Patient substituiert werden darf, kann nun der behandelnde Arzt selbst treffen, wenn er die Genehmigung zur Durchführung von Substitutionsbehandlungen hat (vgl. Metzger., 2005, S. 8-10). In Folge der geänderten gesetzlichen Rahmenbedingungen stieg die Anzahl der Patienten in Substitutionsprogrammen von 1.000 Ende der 80er Jahre bis auf 65.000 Patienten im Jahr 2006 (vgl. Michels, 2007, S. 2).

6.2.2. Psychosoziale Betreuung

Wie oben beschrieben ist es in den NUB-Richtlinien vorgeschrieben, dass eine Substitution nur mit begleitender psychosozialer Betreuung (PSB) durchgeführt werden darf. PSB-Stellen sind "niedrigschwellige" Hilfsangebote, die eine hohe Akzeptanz unter den Suchtkranken haben. Klassische Angebote sind Beratungs-, Motivations- sowie Vermittlungsarbeit, die aber durch die zunehmende ambulante Fokussierung der psychotherapeutisch geprägten Entwöhnung sich hin zu medizinisch und psychotherapeutischen geprägten Angeboten verlagern (vgl. Schaaf, 2000, S. 316–317). Leider ist auch das Ausmaß der Standardisierung sowie der Qualitätssicherung sehr verschieden, so dass, obwohl die Notwendigkeit der PSB unbestritten ist und in den NUB-Richtlinien gefordert wird, die Qualität der Angebote sehr unterschiedlich ist. Im besonderen die starke Budgetisierung auf Seiten der Kostenträger steht hier im Gegensatz zu dem, was Richtlinien fordern. Es ist notwendig, in Zukunft die Standardisierung der PSB stärker voran zu treiben und die Wirkungsweise genauer zu untersuchen (vgl. Krausz, 2003, S. 155).

6.2.3. Einzelne Substitute

Methadon / L-Polamidon

Seit den 1960er Jahren gibt es Untersuchungen Heroinabhängige mit Opioiden zu substituieren. Dole und Nyswander hatten mit ihrer Arbeit einen entscheidenden Einfluss auf die Erprobung der Substitutionstherapie, die inzwischen zu den bestuntersuchten Suchtbehandlungen zählt (vgl. Krausz, 2003, S.106).

Dihydrocodein (DHC)

Zu einer weiteren bedeutsamen Entwicklung kam es in Deutschland Anfang der 1980er Jahre. In zunehmenden Maße erfolgten Substitutionen mit Dihydrocodein (DHC), was allerdings meist in der oben beschriebenen „Grauen Substitution“, meist von niedergelassenen Ärzten auf Privatrezepfbasis Anwendung fand (vgl. ebd.). Die sehr restriktive Vergabepaxis von Methadon führte in Deutschland

dazu, dass zeitweise Dihydrocodein das meist verwendete Substitut war (vgl. Uchtenhagen, 2000, S. 361).

Levoalphaacetylmethadol (LAAM)

Eine weitere Entwicklung in der Substitutionstherapie war das Aufkommen von Levoalphaacetylmethadol (LAAM) im Jahre 1998 (vgl. Krausz, 2003, S. 106). LAAM weist im Gegensatz zu Methadon eine dreimal so lange Halbwertszeit auf, was zur Folge hat, dass die Einnahme nur dreimal wöchentlich erfolgen muss. Hierin wurde vor allem der Vorteil gesehen, den administrativen Aufwand zu reduzieren und dem Patienten mehr Freiheit gewähren zu können (vgl. Uchtenhagen, 2000, S. 361) Auf Grund von Nebenwirkungen auf die kardiale Reizleitung wurde es in Europa aber wieder vom Markt genommen (vgl. Krausz, 2003, 106).

Buprenorphin

Im Jahr 2002 wurde ein weiteres Substitut in Deutschland zugelassen. Hierbei handelt es sich um einen halbsynthetischen Agonisten mit gleichzeitiger antagonistischer Wirkung. Die agonistische Wirkung bewirkt im unteren Dosisbereich eine mit einem Reinagonisten vergleichbare Wirkung. Bei Dosissteigerungen hingegen kommt der antagonistische Anteil stärker zum Tragen und blockiert eine Effektsteigerung. Hierdurch entsteht eine relativ breite Sicherheitsspanne in der das Substitut eingenommen werden kann. Buprenorphin hat eine relativ lange Halbwertszeit, Entzugssymptome können bis zu 48 Stunden unterdrückt werden und ist daher im Besonderen für Patienten geeignet, die nicht täglich zur Abgabestelle erscheinen müssen. Buprenorphin ist ein recht sicheres Substitut, das in Europa zunehmend an Relevanz gewinnt (vgl. Haasen, 2004, S. 85).

Diamorphin / Heroin

Erste Erfahrungen in der Substitutionstherapie von Opiaten wurden schon 1926 gesammelt. In Großbritannien untersuchte das "Rolleston Committee" die Möglichkeiten der ärztlichen Verschreibung von Opiaten zur Behandlung von Opiatabhängigkeiten. In Folge der stark zunehmenden Anzahl von

Opiatkonsumenten in den 1960er Jahren kam es zu weiteren Restriktionen im Umgang mit pharmazeutischem Heroin (vgl. Ferri et al., 2006, 63 – 64). Im Jahre 1980 veröffentlichte Hartnoll die bekannteste britische Studie zur Heroinbehandlung, in welcher Heroin mit Methadon verglichen wurde. Die Ergebnisse dieser randomisierten Studie bewiesen aber nicht eindeutig die Überlegenheit einer der beiden Behandlungen, so dass in Folge dessen die Heroinverschreibung zunehmend zurückhaltend eingesetzt wurde (vgl. Verthein, 2008, S. 31).

In Anbetracht steigender Mortalitätsraten unter I.V.-Drogenabhängigen und der zunehmenden Ausbreitung von HIV/Aids unter Drogenkonsumenten begann Anfang der 1990er Jahre eine Diskussion über neue Wege der Suchtbehandlung sowie der Schadensminimierung. Aus diesen Überlegungen heraus entstand eine kontroverse Diskussion über die Einführung einer Heroinbehandlung für chronisch abhängige Heroinkonsumenten. In Folge dieser brachte die Stadt Hamburg im Mai 1992 eine Gesetzesinitiative in den Bundesrat ein, mit dem Ziel das BtMG zu ändern. Im Februar 1993 entstand eine zweite Initiative, die Stadt Frankfurt forderte beim Bundesgesundheitsamt ein wissenschaftlich kontrolliertes Heroinverschreibungsprojekt. Beide Initiativen brachten keine konkreten Änderungen mit sich, trieben aber die politische und wissenschaftliche Diskussion an (vgl. Verthein, 2008, S. 23).

Im Jahr 1994 begann in der Schweiz das Modellprojekt „PROVE (Versuche zur ärztlich kontrollierten Verschreibung von Betäubungsmitteln)“. Es wurden in 15 Städten und 18 Behandlungsstellen insgesamt 1.146 Patienten behandelt. 1996 wurde die Datenerhebung abgeschlossen. In den vorliegenden Berichten konnten Ergebnisse aufgezeigt werden, welche deutlicher als die vorherigen britischen waren. Besonders deutlich war die recht hohe Haltequote von 89% nach sechs und 69% nach 18 Monaten Therapie. Weiterhin konnte der Nutzen in den Bereichen der gesundheitlichen Entwicklung, der sozialen Integration und einem sehr deutlichen Rückgang des delinquenten Verhaltens aufgezeigt werden. Der Beikonsum von harten Drogen ging eindeutig zurück, allerdings im Konsum von Alkohol und Cannabis gab es allerdings nur sehr wenig Veränderungen. Diese recht positiven Studienergebnisse führten zu der

Empfehlung, für eine bestimmte Zielgruppe in speziellen Polikliniken die Behandlung mit Heroin weiter zu führen (vgl. Verthein, 2008, S. 32).

Die WHO setzte ein Expertenkomitee ein, welches die Schweizer Ergebnisse beurteilen sollte. In dem im Jahre 1999 veröffentlichten Bericht kommt die Gruppe um Ali zu dem Ergebnis, dass die Machbarkeit der kontrollierten Verschreibung durch das Projekt belegt wurde und dass eine Einstellung der Patienten auf eine stabile Heroindosis möglich ist. Die Schwierigkeit, Effekte der Heroinbehandlung oder der die Behandlung begleitenden psychosozialen Maßnahmen zuzuschreiben, wurde als wichtigste Einschränkung gesehen (vgl. Verthein, 2008, S. 33).

Ein weiteres Projekt zur Untersuchung der Verschreibung von Heroin begann 1998 in den Niederlanden. In diesem Projekt wurde die Ko-Verschreibung von Heroin an Methadonpatienten getestet. Ziel der Studie war die Untersuchung der Wirksamkeit einer kombinierten Methadon-Heroin-Behandlung, hinsichtlich der Verringerung illegalen Drogenkonsums, der Verbesserung des gesundheitlichen Zustands sowie der sozialen Integration von bisher therapieresistenten Opiatabhängigen. Die Studie hatte eine Dauer von zwölf Monaten und wurde in sechs Städten durchgeführt. Hierbei zeigte sich eine deutliche Überlegenheit der Substitutionsbehandlung mit Diamorphin gegenüber der Methadonbehandlung.

Am 28.05.2009 beschloss der deutsche Bundestag ein Gesetz, dass die Verschreibung von Diamorphin in der Substitution von schwerst Opiatabhängigen zulässt. Im weiteren Verlauf wird das Gesetz am 10. Juli dem Bundesrat zur Begutachtung zugeleitet, dessen Zustimmung aber nicht erforderlich ist. Im Anschluss muss abschließend die Finanzierung der Behandlung geklärt werden. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Sabine Bätzing, setzt sich für die Aufnahme der ärztlichen Behandlungskosten in den Regelkatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen ein (vgl. BMG: Pressemitteilung, 2009, S. 1 - 2).

7. SOZIALE INTEGRATION

7.1. Definition

Nach Gallie und Paugam gelten Menschen als sozial ausgegrenzt:

„wenn sie nicht voll am wirtschaftlichen oder gesellschaftlichen Leben teilnehmen können und ihre staatsbürgerlichen Rechte nicht umfassend wahrnehmen können und / oder wenn ihr Zugang zu Einkommen und anderen Ressourcen (persönlicher, familiärer und kultureller Art) so unzugänglich ist, dass er sie von einem Lebensstandard ausschließt, der in der Gesellschaft, in der sie leben, als akzeptabel gilt“ (EMCDDA, 2003, S. 2)

Laut einer Studie des Europarates sind in Europa 9 bis 22% der Bevölkerung von Armut und sozialer Ausgrenzung bedroht (vgl. Eurobarometer Umfrage, 2007). Faktoren, die eine soziale Desintegration begünstigen, sind Probleme im Zusammenhang mit Beruf, Bildungs- und Lebensstandard, Gesundheit, Nationalität, Drogenmissbrauch, geschlechtsspezifische Unterschiede und Gewalt. Bevölkerungsgruppen, die als besonders von sozialer Desintegration gefährdet gelten, sind Häftlinge, Immigranten, Wohnsitzlose, Sexarbeiter und gefährdete Jugendliche (vgl. Europäischer Rat, 2002, S. 2).

Drogenkonsum kann durch soziale Desintegration begünstigt werden, aber auch deren Ursache sein. Es muss hierbei aber berücksichtigt werden, dass keine lineare Beziehung zwischen Drogenkonsum und sozialer Integration besteht, da es auch Drogenkonsumenten gibt, die sozial gut integriert sind, ebenso wie es sozial marginalisierte Menschen gibt, die keine Drogen konsumieren (vgl. EMCDDA, 2003, S. 2).

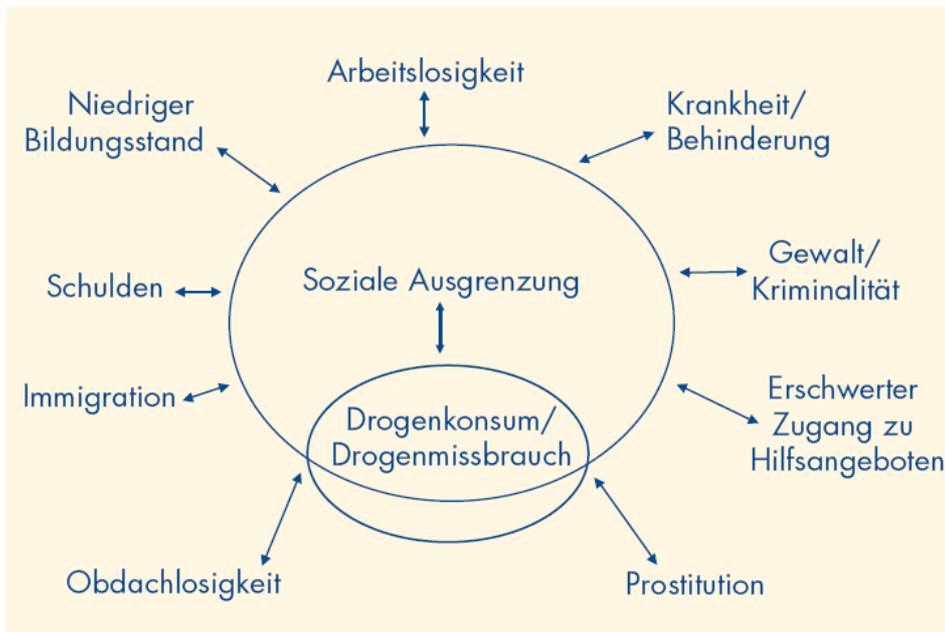


Abbildung 2: Das Verhältnis aus sozialer Ausgrenzung und Drogenkonsum. Aus EMCDDA, 2003, S. 2)

7.2. Drogenabhängigkeit und sozialer Status

Drogenabhängigkeit entsteht häufig im Kontext schwieriger familiärer sowie sozialer Verhältnisse. Einerseits können diese schwierigen Verhältnisse den Drogenkonsum verstärken und somit als Auslöser einer Abhängigkeit wirken, andererseits beeinflusst Drogenkonsum die soziale Situation oft negativ, so dass z.B. Personen sich sozial isolieren. In besonderem Maße zeigen sich bei intensiven Konsumenten die Folgen der sozialen Marginalisierung.

Einen erheblichen Effekt auf den Grad der sozialen Integration hat die Tatsache, dass ein Großteil der Drogen verboten ist und hierdurch Drogenkonsumenten straffällig werden. Die aus der Straffälligkeit folgenden Konsequenzen gehören zu den wichtigsten negativen Begleiterscheinungen des Drogenkonsums. Das Bundeskriminalamt (BKA) unterscheidet in den Kriminalitätsstatistiken hinsichtlich drogenbezogener Delikte zwischen Straftaten, die im Zusammenhang mit Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) stehen, und Fällen der direkten Beschaffungskriminalität (vgl. REITOX, 2007, S. 103).

Aufschluss über die soziale Situation von Drogenkonsumenten geben die soziodemographischen Informationen der Behandlungsdokumentationen, wie sie z.B. für Hamburg und Frankfurt vorliegen. In Frankfurt leben 11,5% der Klienten

von Drogenkonsumräumen in prekären Wohnverhältnissen (obdachlos, Notschlafstätten, sonstige provisorische Unterkünften) (vgl. ebd.). Daten aus der Hamburger Basisdatendokumentation aus dem Jahr 2007 zeigen, dass 57% der Klienten allein stehend sind, 46% der Kinder von Frauen und lediglich 24% der Kinder von Vätern leben im Haushalt mit ihren Eltern. Und auch die Arbeits- und Unterhaltsituation der Klienten zeigt deutlich eine soziale Benachteiligung im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung. Rund ein Drittel der Klienten besitzt keinen Schulabschluss und ca. 70% sind arbeitslos (vgl. BADO, 2007, S. 40).

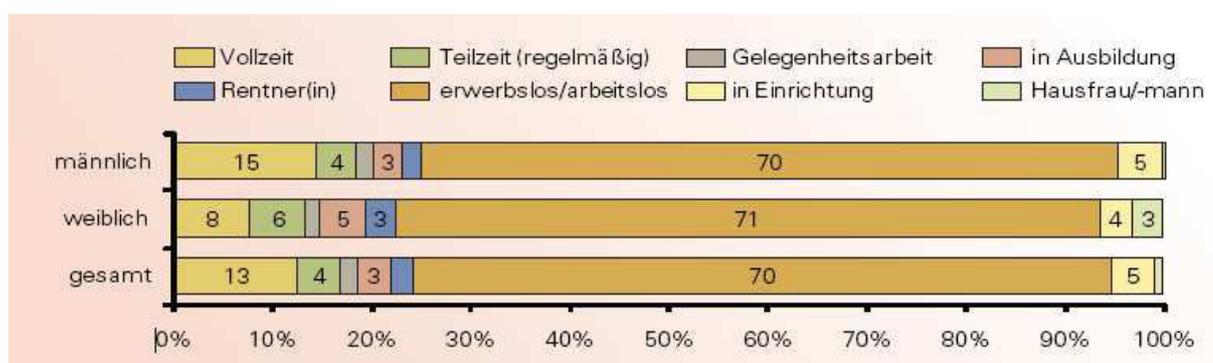


Abbildung 3: Arbeits- und Unterhaltssituation der Klienten in 2007 nach Geschlecht (ohne inhaftierte)

Diese Daten verdeutlichen die prekäre soziale Situation von I.V.-Drogenkonsumenten und den besonders hohen Unterstützungsbedarf im Bereich der sozialen Situation.

7.3. Umgang mit sozialen Begleiterscheinungen des Drogenkonsums

Neben allgemeinen Hilfen zu sozialen Begleiterscheinungen des Drogenkonsums, wie Vermittlung kostengünstiger Wohnungen oder Sozialhilfen zum Leben, gibt es spezifische Angebote für diesen Personenkreis. Unter anderem gibt es Angebote wie beschützte Arbeitsstellen, Schulen zur Erlangung von Abschlüssen, sowie betreute Wohnheime, die eine Reintegration in den Lebensalltag unterstützen sollen. Diese Maßnahmen liegen im Verantwortungsbereich der einzelnen Bundesländer, so dass sie in Deutschland sehr heterogen vorkommen. Des Weiteren liegen standardmäßig keine Statistiken

vor, so dass die Möglichkeit einer quantitativen Darstellung nicht gegeben ist (vgl. REITOX, 2007, S. 103).

7.4. Soziale Reintegration

Soziale Reintegration ist nach Definition der EMCDDA: „Jede ... Maßnahme mit dem Ziel der Integration ehemaliger oder aktueller problematischer Drogenkonsumenten in die Gesellschaft“. Die wesentlichen Bereiche der sozialen Reintegration sind Wohnen, Bildung und Arbeit (vgl. EMCDDA, 2009).

8. HINTERGRUND DER DIAMORPHINSTUDIE

Unter der Leitung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) in Zusammenarbeit mit den Städten Bonn, Frankfurt, Hannover, Karlsruhe, Köln, sowie München und den Ländern Hamburg, Hessen, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen wurde das bundesdeutsche Modellprojekt zur Heroin gestützten Behandlung Opiatabhängiger im Jahr 2001 initiiert. Die Studie sollte überprüfen, ob schwerst opiatabhängige Menschen durch eine strukturierte Behandlung mit pharmakologisch reinem Diamorphin gesundheitlich besser stabilisiert und der Beikonsum von illegalen Drogen stärker reduziert werden können als mit einer Methadonbehandlung. Des Weiteren sollten gesellschaftliche Auswirkungen der Therapie untersucht werden (vgl. Verthein, 2008, S. 15 – 16).

Die multizentrisch angelegte Studie gliederte sich in drei Phasen. Der erste Patient begann im März 2002 mit der Studie und der letzte Patient beendete im Juni 2007 die Behandlung. In der ersten Phase handelte es sich um eine 4 x 2-armige randomisierte Studie, die sich aus zwei Stichprobenstrata „Methadon-Substituierte“ (Heroinabhängige, die von bisherigen Methadonbehandlungen nicht hinreichend profitierten) und „Nicht-Erreichte“ (Heroinabhängige, die vom Drogenhilfesystem therapeutisch nicht erreicht wurden) zusammensetzten. Diese Strata wurden nach medikamentöser Behandlung (Diamorphin / Methadon), und nach der Art der psychosozialen Betreuung (Psychoedukation, Drogenberatung / Case Management, Motivational Interviewing) aufgegliedert. Es zeigte sich in der

zwölf Monate dauernden ersten Studienphase eine signifikante Überlegenheit von Diamorphin gegenüber Methadon (vgl. ebd.).

Die zweite Studienphase dauerte weitere zwölf Monate. In ihr konnten Patienten der Experimentalgruppe die Behandlung fortsetzen (N=344), sowie Patienten, die sich in der ersten Phase in Methadonbehandlung befanden, in frei gewordene Plätze der Diamorphinbehandlung wechseln (N=90). Neben der Stabilisierung der im ersten Jahr festgestellten Effekte konnte auch in der Gruppe der Patienten, die auf Diamorphin wechselten, eine Verbesserung ihrer Situation festgestellt werden (vgl. Verthein, 2008, S.18).

Patienten, die sich am Ende der zweiten Phase in Diamorphinbehandlung befanden, konnten in die Follow-up-Phase übertreten. Insgesamt nahmen 348 Patienten an der Follow-up-Phase teil, von denen 276 (79,3%) Patienten sich von Beginn an in Diamorphinbehandlung befanden und 72 (20,7%) zu Beginn der zweiten Phase in die Diamorphingruppe wechselten. Im Jahr 2007 endete die eigentliche Studie, es bestand aber die Möglichkeit, dass Patienten die sich in der Diamorphinbehandlung befanden, in einer Follow-up-Untersuchung weiter behandelt werden. Die Patienten befanden sich, je nach dem, wann die zweite Studienphase beendet wurde, zwischen 12 und 48 Monaten in der Follow-up-Phase (vgl. Verthein, 2008, S. 1, 15). In dieser Phase konnten nun langfristige Veränderungen der Diamorphinbehandlung beschrieben werden.

9. ZIEL DER ARBEIT

Ziel dieser Arbeit ist zu überprüfen, in welchem Ausmaß opiatabhängige Patienten, die langfristig mit Diamorphin substituiert werden, in Bezug auf soziale Reintegration von dieser Therapie profitieren können. Hierzu erfolgt eine Datenanalyse der deutschen Diamorphinstudie unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnisse der Follow-up-Phase.

10. METHODEN

10.1. Datenerhebung

In den ersten beiden Studienphasen erfolgte die Datenerhebung auf drei Ebenen. Sie setzte sich zusammen aus den Ergebnissen der ärztlichen Untersuchung, Laborergebnissen und Verordnungen A „Prüfarzt-CRF“, der internen Dokumentation der psychosozialen Begleittherapie, sowie einer externen wissenschaftlichen Evaluation anhand von Interviews und Fragebögen (vgl. Verthein, 2008, S. 47).

Zur Reduktion des Untersuchungsaufwandes wurde in der Follow-up-Phase der Drei-Ebenen-Ansatz aufgegeben und die Datenerhebung und Dokumentation des Behandlungsverlaufs vorwiegend allein von den Prüfarzten in den Studienzentren durchgeführt (vgl. Verthein, 2008, S. 16).

Im Rahmen der Sekundäranalyse zur sozialen Reintegration fließen, entsprechend der Kernbereiche der sozialen Reintegration, Variablen zu folgenden Themengebieten der Studiendokumentation in die Auswertung mit ein:

- Variablen zur Arbeits- / Unterhaltsituation inklusive der Arbeitsfähigkeit
- Variablen zur rechtlichen Situation
- Variablen zur familiären Situation und zu Sozialbeziehungen
- Variablen zur Wohnsituation

Das Erhebungsinstrument zu Daten der sozialen Integration erfolgte anhand des Europ-ASI-Index, in dem die oben Beschriebenen Bereiche enthalten sind.

10.2. Analyse der Parameter zu sozialer Reintegration

Erste Ergebnisse der Follow-up-Phase zeigten eine Besserung der sozialen Situation der Studienteilnehmer im Verlauf. So leben z.B. 94,8% der Patienten zum Vier-Jahres-Erhebungszeitpunkt in stabilen Wohnverhältnissen, 38,7% erhalten Einkommen aus einem Beschäftigungsverhältnis und das Delinquenzverhalten hat weitgehend abgenommen (vgl. Verthein, 2008, S. 49 – 50).

In dieser Arbeit sollen nun die Veränderungen der sozialen Situation deskriptiv analysiert werden, mit dem Ziel festzustellen, welche Bereiche sich besonders positiv entwickelten, bzw. in welchen Bereichen es nur wenig Veränderung gab. Des Weiteren soll für diese Variablen bestimmt werden, ob die Veränderung sich schon frühzeitig während der Hauptstudienphase ereignete oder erst in der Follow-up-Phase stattfand.

Hierzu werden im ersten Schritt Daten, die im Nominalskalenniveau vorliegen, anhand eines Rating-Prozesses auf Ordinalskalenniveau transformiert. Dies ist nötig, um Veränderungen der sozialen Situation anhand einer Rangordnung nachvollziehen zu können und sie somit auswerten zu können. Aber nicht alle nominalskalierten Daten werden auf Ordinalskalenniveau transformiert, da eine klar begründbare Hierarchie nicht gebildet werden kann. Als Beispiel sei hier die Frage, mit wem die betroffene Person zusammen lebt, angeführt. Es lässt sich nicht eindeutig bestimmen, ob jemand der alleine lebt, weniger sozial integriert ist, als jemand der in einer Wohngemeinschaft wohnt. Oder ob eine Person, die mit den Eltern zusammenlebt, sich in der sozialen Situation von jemand, der mit anderen Familienangehörigen lebt, unterscheidet. In solchen Fällen wird keine Skalierung der Daten durchgeführt und in der Auswertung lediglich der Prozentsatz angegeben.

Die hier verwendeten Daten stammen aus Erhebungen die zu Studienbeginn (T_0), nach zwei Jahren Behandlung (T_{24}) sowie nach vier Jahren Behandlung (48) erhoben wurden. Es werden Variablen zu den oben genannten Bereichen Arbeits- (V1), familiäre (V2), rechtliche (V3), sowie Wohnsituation (V4) im Verlauf von T_0 (Studienbeginn) zu T_{24} (Zweijahreszeitpunkt) und T_{48} (Vierjahreszeitpunkt) gegenübergestellt.

Hierdurch können Bereiche der sozialen Situation identifiziert werden, in welchen sich die Patienten besonders positiv unter der Diamorphinbehandlung entwickelt haben bzw. die sich nicht oder nur wenig während der Behandlung verbesserten.

10.3. Qualitative Untersuchung

Der Grad der sozialen Integration lässt sich nur schwer objektiv an rein quantifizierbaren Parametern feststellen. Die subjektive Wahrnehmung der

eigenen Situation ist Ausschlag gebend dafür, in welchem Maße eine Person sich integriert fühlt.

Dieser Überlegung folgend sollen qualitative Interviews eingesetzt werden, um die quantitativen Ergebnisse besser interpretieren zu können und das individuelle Empfinden der Patienten einzubeziehen. Hierzu werden Patienten der Hamburger Heroinambulanz interviewt, mit nachfolgender strukturierter Auswertung der Ergebnisse.

Da es durch die Anonymisierung nicht möglich ist, Patienten nach ihrer sozialen Ausgangssituation zu Studienbeginn aufzugliedern, sollen durch die Mitarbeiter der Ambulanz jeweils drei Patienten, die sozial gut integriert und drei, die weniger gut integriert sind, gefragt werden, ob sie am Interview teilnehmen. Da die Interviewteilnahme freiwillig war, hatte die Bereitschaft der Patienten eine große Auswirkung auf den Grad ihrer sozialen Integration. Alle, die sich zu den Gesprächen bereit erklären, leben in stabilen Wohnverhältnissen, und fünf der sechs Interviewpartner gehen einer Tätigkeit nach. Dessen ungeachtet können diese Patienten Aufschluss über die Behandlung in Bezug auf soziale Reintegration geben, da zu Studienbeginn die soziale Lage wesentlich prekärer war. So lebten zu diesem Zeitpunkt nur zwei der sechs in stabilen Wohnverhältnissen und ein Patient ging einer Tätigkeit nach.

Thematisch sollen in den Interviews die Bereiche Wohnen, Arbeit, Delinquenz, soziale Beziehungen sowie der Konsum behandelt werden. Die Patienten sollen den Stellenwert der Diamorphinbehandlung auf eine Veränderung dieser Bereiche sowie andere Faktoren, die eine Veränderung nach sich ziehen, beschreiben und subjektiv gewichten. Des Weiteren soll die Kontinuität der Veränderung erfasst werden.

Die Struktur der Interviews soll im Idealfall der des narrativen Interviews folgen. Es war aber abzusehen, dass die Patienten mit dem freien Reden über diese Problembereiche überfordert sein können bzw. auf Themen wie z.B. Drogenkonsum, die einen persönlich hohen Stellenwert einnehmen, fokussiert sind. Dadurch erschien die narrative Kompetenz fraglich, weshalb die Methode des problemzentrierten Interviews praktiziert wird (vgl. Diekmann, 2006, S. 450–451). Es erwies sich auch als wichtig, während der Interviews unterstützende

Fragen einzubringen. Als Beispiel hierfür soll folgender Dialog aufgezeigt werden, der zu Beginn des ersten Interviews stattfand:

„Frage: Ich würde sie bitten so zu erzählen wie sie das sehen, wie ihnen das ergangen ist bezüglich der Arbeitssituation?“

Antwort: Also da bin ein bisschen, da musst du Fragen stellen, dann kann ich drauf antworten. Frei weiß ich nicht, was ich dazu da zu sagen soll.“

Auch die oben beschriebene Fokussierung auf gewisse Themen, im besonderen hier Drogen, machte es nötig, in der Erzählphase Zwischenfragen zu stellen bzw. das Thema zu steuern. Es wurde aber darauf geachtet, die Erzähllogik nicht zu stören und dem Interviewpartnern möglichst viel Raum zu gewährleisten.

Die Interviews fanden im Zeitraum vom 11.05.2009 bis zum 23.05.2009 in den Räumlichkeiten der Hamburger Heroinambulanz statt.

11. AUSWERTUNG

In die Auswertung wurden nur Patienten eingeschlossen, deren Daten auch zum Vier-Jahres- Untersuchzeitpunkt T48 vorliegen. Hierdurch verringerte sich die Anzahl der Patienten, die in der Analyse eingeschlossen waren, auf 205. Diese Patienten sind durchschnittlich 44 Jahre alt, 78,5% sind männlich und dementsprechend 21,5% weiblich. Durchschnittlich sind diese Patienten 41 Jahre alt und 4,4 Jahre in der Diamorphinbehandlung. 90,7% haben die deutsche Staatsangehörigkeit, 5,9% stammen aus dem EU-Ausland und 3,4% haben eine sonstige Staatsangehörigkeit. Zur besseren Lesbarkeit sind die Daten im Fließtext ohne Angaben der Standardabweichung oder des Ranges angegeben. Hier sei auf die Tabellen im Anhang verwiesen, aus denen diese Angaben ersichtlich sind.

Die sechs Interviewpartner der qualitativen Interviews sind durchschnittlich 44 Jahre alt, die Dauer des Heroinkonsums beträgt 24 Jahre und die Dauer der Diamorphinbehandlung war 5,5 Jahre. Eine Person war weiblich (16,7%), die anderen fünf männlich. Alle haben die deutsche Staatsangehörigkeit.

Die Auswertung des Datensatzes erfolgt mittels SPSS 13.0, die qualitative Auswertung der Interviews erfolgt mit Hilfe des Programms MAXQOA.

Zur besseren Lesbarkeit werden nur Mittelwerte ohne Standardabweichung und Range beschrieben. Die ausführlichen Daten befinden sich in den Tabellen im Anhang.

12. ERGEBNISSE

12.1. Arbeits- und Unterhaltssituation

Berufliche Tätigkeit:

Die gewöhnliche berufliche Tätigkeit der letzten sechs Monate wurde in vier Kategorien aufgeteilt (1 = ungelernter Arbeiter / Angestellter ohne Berufsausbildung, 2 = Selbstständig, Kleinunternehmer, 3 = gelernter Arbeiter / Angestellter mit Berufsausbildung und 4 = leitender Angestellter / Selbstständig (mit akademischen Abschluss)). Hierbei lag der durchschnittliche Wert zu T0 bei 1,70, bei T24 bei 1,50 und zu T48 bei 1,40. Wichtig ist aber festzustellen, dass der Median zu allen Zeitpunkten bei 1 lag und sich somit nicht veränderte. Veränderungen gab es aber in der überwiegenden Erwerbstätigkeit der letzten sechs Monate. Während zu T0 noch 71,5% der Patienten arbeitslos (bzw. in geschlossenen Einrichtungen) waren, waren dies zu T24 noch 70,3% und zu T48 nur noch 52,8%. Hier ist eine deutliche Verlagerung hin zu regelmäßiger Erwerbstätigkeit zu erkennen. Während zu T0 18,8% der Patienten einer geregelten Tätigkeit nachgingen, senkte sich dies zu T24 auf 17,7% und stieg zu T48 auf 32,5%. In einem Rating von 0 = Arbeitslos, In geschlossener Einrichtung / 1 = Rentner, Behindert / 2 = Teilzeit (unregelmäßig), Schüler, Student, Bundeswehr, Zivildienst, Hausfrau -mann / 3 = Teilzeit (regelmäßig) / 4 = ganztags, ergab sich zu T0 ein Wert von 0,87, zu T24 von 0,76 und zu T48 von 1,36. Der Median liegt aber zu allen Zeitpunkten auf 0 dem Wert im Rating für arbeitslos, bzw. in geschlossenen Einrichtungen. Deutlich wird die Entwicklung der Arbeitssituation auch bei der Frage nach der Anzahl gearbeiteter Tage in den letzten 30 Tagen. Während dies zu T0 noch durchschnittlich 2,5 Tage waren, erhöhte sich dies zu T24 auf 4,3 und zu T48 auf 7,4 Tage. Noch deutlicher wird diese Veränderung bei Betrachtung des 75% Perzentils. Waren es hier zu T0 0 Arbeitstage, erhöhte sich dies bei T24 auf 4 und zu T48 auf 17 Arbeitstage.

Die Arbeitssituation war in den Interviews von hohem Stellenwert. Es erfolgten 75 Antworten zu dem Bereich der Arbeitssituation, der somit der am dritthäufigsten beantwortete Bereich ist. Von den sechs Interviewpartnern arbeitete eine Person zu Studienbeginn. Inzwischen arbeiten fünf der Patienten, zwei im ersten und drei im zweiten Arbeitsmarkt. Eine Vollzeitstelle haben zwei Patienten, und drei arbeiten Teilzeit. Die arbeitslose Person gab persönliche Gründe für die Arbeitslosigkeit an, aber bekundete auch ein großes Interesse, sich, wenn sich die Situation geändert hat, um Arbeit zu bemühen.

Die Anzahl der Tage, in denen berufliche Probleme bzw. Arbeitslosigkeit als belastend angegeben wurden, nahmen im Rahmen der Behandlung ab. Während zu Behandlungsbeginn noch durchschnittlich an 10,5 von 30 Tagen diese Belastung verspürt wurde, waren es zu T24 noch 5,6 und zu T48 noch 3,1 Tage. Der Schweregrad, in dem diese Belastungen wahrgenommen werden, wurden in einem Rating von 0 = gar nicht bis 4 = extrem erfasst. Auch hier zeigt sich eine kontinuierliche Abnahme von durchschnittlich 1,5 zu T0, auf 1,0 zu T24 und schließlich auf 0,5 zu T48.

Das Arbeiten begann meist im dritten und vierten Behandlungsjahr. Der Hauptgrund für die Veränderungen in der Arbeitssituation wurde meist mit dem Wegfallen des Beikonsums unter Diamorphinbehandlung beschrieben. Sehr deutlich wurde dies in folgendem Interviewausschnitt beschrieben:

„Da war ich aus, hab auch kein Job gekriegt oder nicht bemüht irgendwie was zu kriegen, einfach auch durch diesen Beikonsum, und war das auch gar nicht drin irgendwie.“

Die Patienten beschrieben alle, dass sich der Beikonsum im Rahmen der Behandlung entweder einstellte oder sehr stark abebbte und sich in den Bereich der „weichen Drogen“ (vornehmlich Cannabis) verlagerte. Diesen Zusammenhang dahinter beschrieb ein Patient so:

„Methadon ist zwar auch das Substitut und lässt einen die Schmerzen vergessen. Weil's keine gibt halt, aber das Suchtpotential ist immer noch vorhanden. Das heißt, man hat sehr hohen Beikonsum. Also entweder, man nimmt zusätzlich noch Heroin zum Methadon, viele halt, da war ich auch bei, Koka oder Stein mittlerweile auch. Ja, das waren so die zwei Hauptakteure, bei

mir zumindest, und beim Diamorphin ist dieses Suchtpotential abgedeckt. Und so kann man das auf den Punkt bringen.“

Finanzielle Situation

Der Anteil von Patienten mit Schulden war im Studienverlauf rückläufig. Gaben noch zu T0 84,9% der Teilnehmer an Schulden zu haben, verringerte sich diese Anzahl zu T24 auf 80,0% und zu T48 auf 75,0%. Im Gegenzug stieg aber im Verlauf die Höhe der Schulden bei den verschuldeten Patienten, die Schulden nahmen zu T24 zu, allerdings im Verlauf wieder etwas ab. Die durchschnittliche Schuldenlast der Patienten betrug zu T0 14.595 Euro, zu T24 20.956 Euro und zu T48 16.394 Euro. Von Bedeutung ist hier, dass Personen mit sehr hohen Schulden den Durchschnitt deutlich anheben können. Bei Betrachtung des 75% Perzentils zeigt sich, dass die Schuldenlast hier bei 15.000 Euro lag, zu T24 bei 22.500 und zu T48 bei 20.000 Euro.

Eine positive Veränderung der finanziellen Situation stellte sich bei vier der Interviewpartner ein. Neben dem Wegfall der Ausgaben durch Drogenerwerb stellt die berufliche Tätigkeit einen wichtigen Einflussfaktor darauf dar. Bei den Patienten, die angaben, dass sich die finanzielle Situation nicht besserte bzw. verschlechterte lagen zwei Besonderheiten vor. Die eine Person hatte in der Zeit des Drogenkonsums geerbt und somit einen großen finanziellen Spielraum. Dieses Erbe hat sich aber nun aufgebraucht, so dass weniger Geld zur Verfügung steht. Die andere Person hat zur Finanzierung der eigenen Sucht Drogen verkauft. Der Gewinn hieraus überstieg die Beschaffungskosten der Drogen und sorgte so für eine recht gute finanzielle Situation.

Die Veränderung der finanziellen Situation und deren Auswirkung beschreibt ein Patient folgendermaßen:

„Und die finanzielle Situation, wie hat die sich entwickelt während der Behandlung?

A: Ja positiv eigentlich, das Geld, dass man damals halt verprasst hat, ist natürlich vorhanden. Also, am Anfang hat man schon so seine Schwierigkeiten, damit klar zu kommen. Zum einen ist das Geld da, gut man. Am Anfang ist das so, dass man los läuft und sich dies, jenes oder was weiß ich, was man halt Jahre immer vor sich hergeschoben hat, dass holt man sich natürlich als erstes.

Weil, auch wenn's 300 oder 400 Euro kostet, dann spart man sich das schnell zusammen. Man kann es ja auch sparen, es ist ja nicht weg. Wenn dann diese Phase abgeschlossen ist, also hört sich so an, als wäre es morgens dann vorbei, und übermorgen geht die nächste Phase los, nee, das ist so ein schleichender Übergang. Aber ja, es ist schon so, dass es sich normalisiert irgendwie.“

12.2. Rechtliche Situation

Der Anteil an Patienten die eine Strafaussetzung zur Bewährung haben, hat sich im Verlauf der Studie kaum verändert. Während zu T0 30,4% der Patienten eine Bewährung hatten, waren es zu T24 30,2% und zu T48 noch 23,8%. Die Veränderungen in der rechtlichen Situation fallen jedoch ansonsten sehr stark aus. Während es zu Studienbeginn noch bei einem erheblichen Teil der Patienten zu Anklagen kam, nahm dies rasch deutlich ab. Wurden in den letzten sechs Monaten noch durchschnittlich zu T0 3,4 Anklagen wegen Betäubungsmitteldelikten ausgesprochen, so waren es zu T24 nur noch 0,3 und zu T48 0,4. Ähnlich sieht die Situation mit Anklagen bezüglich Beschaffungskriminalität aus. Hier ging die Anzahl von anfänglich 3,8 auf 0,3 zurück und veränderte sich nicht mehr. Die Anzahl von Anklagen wegen Gewalttaten unter Drogeneinfluss in den letzten sechs Monaten gingen von 0,6 zu T0 auf 0,0 zu T24 zurück und stiegen wieder leicht auf 0,02 zu T48. Andere Delikte führten durchschnittlich zu T0 zu 2,0 Anklagen, zu T24 sowie zu T48 zu 0,1 Anklagen. Diese Anklagen führen durchschnittlich zu T0 6,2 zu einer Verurteilung, zu T24 und T48 nur noch zu 0,1 Verurteilungen. In den einzelnen Urteilsarten schlägt sich dieser Sachverhalt auch deutlich nieder, so dass z.B. Freiheitsstrafen ohne Bewährung fast nicht mehr ausgesprochen wurden (siehe Anhang). Die Anzahl von Verurteilungen in den letzten sechs Monaten wegen ordnungswidrigen Verhaltens nahm von 1,8 zu T0 auf 0,1 zu T24 und stagnierte zu T48 auf dem selben Wert. Anklagen wegen Prostitution waren ohnehin äußerst selten, 0,02 zu T0, und sind seither vollkommen zurück gegangen. Der deutliche Rückgang von Anklagen in diesen Bereichen spiegelt sich auch in den anderen Bereichen, die erfragt wurden (siehe Anhang). Entsprechend der schon beschriebenen verbesserten rechtlichen Situation, verringerte sich auch die Zeit,

die in Haft verbracht wurde. In den sechs Monaten vor Befragung verbrachten die Patienten noch zu T0 durchschnittlich 27,1 Tage in Haft, zu T24 waren es lediglich 0,1 und zu T48 0,3 Tage. Die Anzahl laufender Strafverfahren blieb von T0 bis T24 konstant bei 0,17, verringerte sich dann zu T48 auf 0,06. Die Anzahl der Tage, die 30 Tage vor dem Untersuchungszeitpunkt in Haft verbracht wurden, ging von durchschnittlich 0,4 Tagen zu T0 vollständig zurück (T24 / T48 = 0,0). Die Anzahl der Tage, in denen die Patienten in illegale Geschäfte verwickelt waren in den 30 Tagen vor dem Untersuchungszeitpunkt, ging von 15,7 zu T0, auf 1,7 zu T24 und schließlich auf 0,3 zu T48 zurück. Diese Veränderungen nehmen auch Einfluss auf das Ausmaß aus, inwieweit von den Betroffenen die rechtliche Situation als belastend empfunden wird. In einer Ratingskala von 0 = gar nicht, bis 4 = extrem, wurde zu T0 noch ein Wert von 1,5 ermittelt, der zu T24 auf 0,7 sank und zu T48 nur noch 0,3 betrug. Die Beurteilung der Wichtigkeit einer Rechtsberatung erfolgte im gleichen Schema. Die Patienten gaben zu T0 einen durchschnittlichen Wert von 1,4 an, der bei T24 auf 0,6 sank und schließlich zu T48 bei 0,2 lag.

Die deutlich gebesserte rechtliche Situation wurde auch von den Patienten die am Interview teilnahmen, so empfunden. Dass die rechtliche Situation einen hohen Stellenwert für die Patienten einnimmt, zeigt sich schon an der relativen Häufigkeit, mit der Antworten in diesem Bereich gegeben wurden. Insgesamt 61 Antworten hatten diesen Bereich als Inhalt. Neben kleineren Delikten wie Schwarzfahren, was noch zu Studienbeginn vorkam, kam es nur zu einem Delikt, welches rechtliche Probleme nach sich zog. Dieses Delikt war Angeln ohne Genehmigung, bei dem ein Patient erwischt worden ist. Der Stellenwert der Behandlung auf die rechtliche Situation ist äußerst hoch eingeschätzt worden, was folgender Dialog recht gut aufzeigt:

Frage: „Haben sie Polizeikontakte in irgendeiner Art und Weise?“

Antwort: „Ja klar, bedingt durch die Sucht.“

Frage: „Und das nach wie vor?“

Antwort: „Nein, nicht nach wie vor, warum denn, wieso nach wie vor! Jetzt gibt's da ja kein Grund mehr, jetzt bekomme ich das ja vom Staat und muss mir das ja nicht mehr illegal auf der Straße besorgen, was strafbar ist. Wenn du dabei erwischt wirst, hast du schon wieder ne Anzeige, das geht ruck zuck, da musst

du nicht irgendwie kriminell, oder schwerst kriminell sein oder sonst irgend etwas. Aber du musst deine Krankheit ja finanzieren. Und wenn du das Geld hast, gehst du natürlich los und musst dir was holen, klar. Und wenn du dabei erwischt wirst, hast du Pech gehabt.“

Ein weiteres Beispiel zeigt, in welchem Maß sich das Verhalten normalisiert und inwieweit die Diamorphinbehandlung Einfluss darauf nimmt:

„Nee, Nee, also dass ist vorher abgelaufen, meine Bewährung. Und seitdem ich in der Studie bin, bin ich überhaupt nicht mehr aufgefallen, oder auch irgendwann vorher mit Fahrkarten und so. Da hat man das Geld für andere Sachen gebraucht – ich hab mir nie ne Fahrkarte gekauft, jetzt seit sieben Jahren habe ich kontinuierlich eine Fahrkarte. Also, nee, also da bin ich nicht mehr auffällig.“

12.3. Familie und soziale Beziehungen

Familiäre Situation

Der Familienstand änderte sich nur geringfügig im Verlauf der Behandlung. Zu T0 sind 8,8% der Patienten verheiratet. Dieser Wert sinkt nur minimal zu T24 auf 7,8% und steigt zu T48 geringfügig auf 8,4%. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den Partnerschaften. In einem Rating von 0 = alleinstehend, zeitweilige Beziehungen, sowie feste Beziehung, getrennt lebend und 1 = feste Beziehung ergibt sich ein Wert von 0,22 zu T0, zu T24 von 0,23 und zu T48 von 0,25. Auch hier liegt der Median zu allen drei Erhebungszeitpunkten bei 0. Die Zufriedenheit mit der familiären Situation steigt etwas deutlicher. Hier ergab bei einem Rating von -1 = unzufrieden, 0 = indifferent und 1 = zufrieden, bei der Erhebung zu T0 einen Wert von -0,03, zu T24 von 0,27 und zu T48 von 0,34. Zu T0 lag der Median bei 0, hingegen zu T24 und T48 bei 1. Dies zeigt, dass die Mehrzahl der Patienten ihre familiäre Situation eher positiv empfinden. Geringe Veränderungen gab es im Bereich Alkohol und Drogenprobleme in der Partnerschaft. Zu T0 lebten 67,6% der Patienten in Partnerschaft, mit einem Partner, der Alkohol oder Drogenprobleme hat. Zu T24 war dies noch bei 56,7% der Fall und zu T48 bei 56,5%. Der Anteil der Kinder der Patienten nimmt im Verlauf etwas zu. Zu T0 haben die Patienten durchschnittlich 0,63 Kinder, zu T24

0,64 und zu T48 0,67. Die Kinder leben aber meist nicht mit den Eltern zusammen. Bei einem Rating von 1 = mit befragtem Elternteil zusammen, 0 = beim anderen Elternteil, Großeltern/Verwandte, Adoptiv/ Pflegeeltern und -1 = im Heim / woanders, gibt es einen Mittelwert von -0,10 zu T0 und T24 sowie zu T48 von -0,11. Bei den Eltern leben zu T0 16,3% der Kinder, zu T24 14,8% und zu T48 17,9%.

In den letzten sechs Monaten vor der Befragung gaben zu T0 56,4% der Patienten an, bedeutsame Probleme mit ihrer Mutter gehabt zu haben. Dies verringerte sich zu T24 auf 4,8% der Patienten und zu T48 6,0%. Ähnlich entwickelte sich dies auch mit bedeutsamen Problemen mit dem Vater. Gaben hier zu T0 noch 63,4% der Patienten Probleme an, reduzierte sich dies auf 4,3% zu T24 und auf 4,1% zu T48. Diese Entwicklung zeigte sich auch im Verhältnis zu anderen Familienangehörigen, wenn auch teils nicht so deutlich (siehe Anhang). Die Patienten gaben an, dass es zu T0 im Durchschnitt an 1,3 Tagen der letzten 30 Tage zu schwerwiegenden familiären Konflikten kam. Zu T24 waren es 0,3 und zu T48 0,4 Tage. In einem Schweregrad-Rating von 0 = gar nicht bis 4 = extrem ergab sich zur Frage, wie sehr familiäre Probleme der letzten 30 Tage als belastend empfunden werden, ein Durchschnittswert von 1,23 zu T0, von 0,47 zu T24 und von 0,39 zu T48. Die Wichtigkeit einer Beratung bei diesen Problemen wurde im gleichen Rating zu T0 mit 0,71, zu T24 mit 0,18 und zu T48 mit 0,19 angegeben.

Die familiäre Situation war mit 72 Nennungen ein gewichtiges Thema in den Interviews. Hier zeigte sich deutlicher, dass eine Veränderung in der familiären Situation stattfand, als es die Daten vermuten lassen. Bei der Hälfte der Interviewpartner kam es zu Besserungen in den Beziehungen zu Familienmitgliedern. Bei den anderen waren die familiären Kontakte ohnehin schon intakt oder so zerrüttet, dass überhaupt kein Kontakt mehr besteht und somit auch nicht wieder aufgebaut werden kann. Sehr deutlich zeigt folgende Aussage, wie ein Patient die Entwicklung in der familiären Situation während der Behandlung empfindet:

„Der einzige Bezugspunkt, den ich hatte war meine Großmutter, die jetzt vor fünf Jahren gestorben ist. Also sie hat das alles noch mitgekriegt, hat gesehen, wie ich mich verändert habe zum Positiven, die war immer an meiner Seite. Das war

die einzige Person, die wirklich noch die Tür aufgemacht hat, sonst hatte ich mit der Familie gar nichts zu tun. Und seit der Studie nehme ich wieder am Familienleben teil, das heißt abends Essen gehen, zum Geburtstag am Wochenende eingeladen werden, alles das war früher überhaupt nicht der Fall. Also da waren alle Türen zu, und seit ich mich auch verändert habe durch die Diamorphin-Studie, ist der Kontakt wieder da. Also das schreibe ich eigentlich nur der Studie zu.“

Und was als ausschlaggebend für diese Veränderung gesehen wird, zeigt folgende Aussage:

„Und es hat sich auch durch meinen körperlichen Zustand, der sich wesentlich verbessert hatte, würde ich sagen ist der Kontakt wieder hergestellt. Weil ich bin ja viel klarer jetzt als früher. Weiß nicht ob sie das kennen, mit dem Kopf auf dem Tisch, also, man hat ne lallige Stimme und konnte im Grunde gar nicht am Gespräch teilnehmen und so. – Also, man ist jetzt viel wacher und insofern ist man auch für die Leute interessanter, würde ich sagen.“

Auch in einem anderen Fall zeigt sich die Veränderung sehr stark. Der Patient hat durch seinen Drogenkonsum die Eltern quasi finanziell ruiniert, was zur Beendigung jeglichen Kontaktes führte:

„Meine Eltern hatten eine Schlachtereier, wir waren recht wohlhabend und ich hab das ganze Geld meiner Eltern verknallt. Es hängt also ein gewisser psychischer Druck auf mir und dadurch, dass ich sozusagen meine Eltern ruiniert habe.“

In der Zwischenzeit ist die Mutter des Patienten gestorben, es entstand aber wieder Kontakt zum Vater. Das Verhältnis zum Vater wurde nun folgendermaßen beschrieben:

„Ja. Also, ich sehe ihn regelmäßig einmal alle drei Wochen, sagen wir mal so, mindestens einmal alle drei Wochen. Ich ruf ihn dann öfter an, Feiertage verbringen wir dann zusammen, er hat mir, wie gesagt, sagt er, verziehen. Und er sagt, Mama hätte mir auch verziehen, und ich bin eigentlich wirklich glücklich. Derzeit bin ich wirklich glücklich, gut, meine Mutter ist jetzt gestorben vor drei oder vier Jahren, aber ich bin glücklich, weil auch mein Vater glücklich ist. Er sagt „wir hatten zwar viel Geld, wir hatten ein großes Haus und alles, aber ich bin hier in meiner Wohnung glücklich. Mama ist tot, kann man nicht ändern, ich hab hier meine Wohnung, ich hab hier mein Fernsehen, mein Telefon, ich bin

glücklich“. Und er meint, ich hätte ihm nichts verbaut, was er hätte noch erreichen wollen, oder irgendwie was. Er hätte mir nur alles schenken wollen, oder vererben wollen eben und das hab ich eben schon aufgebraucht, sozusagen, so sieht er das in gewisser Weise. Und es läuft gut, wirklich gut.“

Wohnsituation

Die Wohnsituation verbesserte sich im Laufe der Behandlung. In einem Rating von 2 = eigene Wohnung, in einer WG, 1 = bei den Eltern / Verwandten, in der Wohnung des Partners, 0 = vorübergehend bei Freunden, Hotel / Pension / Wohnheim und -1 = in institutioneller Umgebung, Notunterkunft, obdachlos, ergab sich zu T0 ein Durchschnittswert von 1,3, zu T24 sowie T48 von 1,8. Es ist aber auch zu beachten, dass der Median zu allen drei Untersuchzeitpunkten bei 2 lag und somit ein Grossteil in stabilen Verhältnissen wohnt. Lediglich das 25 Perzentil lag zu T0 bei 1 und zu T24 und T48 bei 2. Der Anteil der Patienten die obdachlos waren verringerte sich von 11,2% zu T0 auf 0,5% zu T24 und letztendlich auf 0,0% zu T48. 5,4% der Patienten lebten zu T0 mit einem Lebensgefährten und Kindern, zu T24 waren es 4,4% und zu T48 5,9%. Nur mit dem Lebensgefährten lebten zu T0 15,6%, zu T24 17,6% und zu T48 18,3%. Mit den Kindern alleine lebten zu T0 lediglich 0,5% und zu T24 sowie T48 1,0%. Mit den Eltern oder anderen Familienangehörigen lebten zu T0 10,7%, zu T24 6,4% und zu T48 4,5% der Patienten. In einer Wohngemeinschaft lebten 9,8% zu T0, zu T24 waren es zu 11,3%, dies verringerte sich zu T48 auf 8,9%. Der größte Teil der Patienten lebt zu allen Untersuchzeitpunkten alleine. Waren es zu T0 noch 44,4%, so erhöhte sich der Anteil zu T24 auf 58,3% und zu T48 auf 59,9%. In Institutionen wie Gefängnissen oder Kliniken lebten zu T0 2,4% der Patienten, zu T24 0,5% und zu T48 1,5%. Die Zufriedenheit mit der Wohnsituation stieg im Studienverlauf stetig. In einem Rating von -1 unzufrieden bis 1 zufrieden, ergab sich für T0 ein Durchschnittswert von 0,02, zu T24 von 0,19 und zu T48 von 0,44. Der Median lag zu T0 bei 0 und zu T24 sowie T48 bei 1. Zu T0 leben 12,0% der Patienten mit Personen zusammen die Alkoholprobleme haben und 30,7% mit Personen mit Drogenproblemen. Dies geht zu T24 auf 9,2% sowie 14,2% zurück und zu T48 ist dies bei 11,3% bzw. 26,9% der Patienten der Fall.

Das Thema Wohnsituation wurde in den Interviews insgesamt 46 Mal angesprochen. Bei vier der sechs Interviewpartner gab es während der Behandlung Veränderungen in der Wohnsituation. Die anderen beiden Patienten lebten schon vor der Behandlung in stabilen Verhältnissen, was an einer gewissen finanziellen Sicherheit in beiden Fällen lag. Ein weiterer Patient wechselte von einer Wohnung, die renoviert werden musste, in eine andere und beschrieb dies auch als Verbesserung. Die anderen drei Patienten lebten vor der Behandlung in unsicheren Verhältnissen. Zwei der Patienten waren obdachlos und der dritte war vor Behandlung inhaftiert und verlor dabei seine Wohnung. Die Wohnsituation stabilisierte sich bei allen dreien. Die Diamorphinbehandlung spielte bei allen hier eine entscheidende Rolle, insbesondere ist in diesem Bereich die Bindung an das Suchthilfesystem wichtig:

„Ich fang mal so an, also diese Einrichtung gibt ja Diamorphin aus und hilft auch, psychologische Hilfe gibt es auch. Und einer der ersten Sätze als ich mich gemeldet hab bei diesem Verein war: „Haben sie eine Wohnung“? Ein, zwei Tage später hatte ich eine Unterkunft in einer Notunterkunft. Da haben sie mir erstmal ein Zimmer besorgt, damit ich erstmal überhaupt irgendwo wohnen kann. Das war zum Glück nicht weit von hier, und da bin ich dann hingezogen. Und das eine Jahr Methadon hab ich dort überstanden und bin dann auch dort so zusagen überführt worden zum Diamorphin. Ich war noch dort, als ich dann das Diamorphin bekam. Und dann bin ich in eine andere Einrichtung, die mir dann die jetzige Wohnung besorgt haben. Und all das wäre ohne Diamorphin nicht möglich gewesen. Ich war ja gar nicht, ich hab so viel Crack geraucht und mir versucht, mir meine Entzugserscheinungen vom Heroin mir mit dem Dreck von draußen von der Straße weg zu kriegen. Ich hatte also nur, ja nichts, Theater. Kleinere kriminelle Sachen natürlich auch, Beschaffung, ne, kleine Diebstähle und so was, was man dann eben macht. Also das Diamorphin war wirklich wichtig.“

Die Wichtigkeit einer stabilen Wohnsituation wurde auch mehrfach betont. Sehr deutlich wird dies in folgendem Beispiel:

„Weil jeder ist natürlich froh und klar ich auch, dass man ein Dach überm Kopf hat. Dach überm Kopf zu haben ist das allerwichtigste. Und draußen ist das auch so, dass man zu der Zeit, als man noch auf der eigentlichen Droge war, mehr

oder weniger Platte gemacht hat, also draußen gepennt hat. In Schlafsäcken, wenn man denn einen hatte, das ist auch noch so ein anderes. Oder aber man hat in sogenannten Übernachtungsstellen gepennt, oder weiß nicht, keine Ahnung. Und von daher ist jeder glücklich, dass er dann da erst mal weg ist. Weil es doch schon sehr, sehr schrecklich ist, also Stress nicht nur. Also da kommt zu dem Besorgungsdruck der Droge dann auch noch der Druck dazu, man muss sich irgendwo waschen, duschen, man muss die Klamotten irgendwie sauber kriegen, oder zumindest einigermaßen fit hinkriegen. Und dann geht halt noch das Gesuche nach der Droge halt noch, und das kommt dann auch noch dazu. Also das sind so Doppel- und Dreifachbelastungen, die sehr schwer unter einen Hut zu kriegen sind.“

Freundeskreis

Zu T0 gaben 18,6% der Patienten an, niemanden zu haben, auf den sie sich verlassen können. Dies verringerte sich auf 10,7% zu T24 und 10,0% zu T48. Kontakte zu Personen, die Drogen konsumieren, waren relativ gleich bleibend. Nahmen zu T0 58,4% der Freunde der Patienten keine Drogen, stieg dieser Anteil zu T24 auf 62,6%, sank schließlich aber wieder auf 55,1%. Zur Frage, mit wem die Freizeit am meisten verbracht wird, und einem Rating von -1 = Familienmitglieder / Freunde mit Suchtproblemen, 0 = alleine und 1 = Familienangehörigen / Freunde ohne Suchtprobleme, wurde zu T0 ein Durchschnittswert von -0,66 ermittelt, zu T24 von -0,40 und zu T48 von -0,37. Der Median blieb allerdings zu allen Untersuchungszeitpunkten bei -1. Die Anzahl guter Freunde verringerte sich allerdings geringfügig im Studienverlauf von durchschnittlich 1,9 zu T0, auf 1,8 zu T24, hin zu 1,7 zu T48. Die Frage, ob es Phasen des schlechten Auskommens in den letzten sechs Monaten mit guten Freunden gab, wurde zu T0 von 44,6% der Patienten bejaht. Zu T24 reduzierte sich dies auf 2,2% und zu T48 auf 2,4%. Probleme in der Beziehung zu den Nachbarn wurde zu T0 von 23,4% angegeben, zu T24 mit 10,0% und zu T48 von 6,5% der Patienten. Bei der Beziehung zu den Arbeitskollegen zeigte sich eine ähnliche Entwicklung. Probleme kamen hier zu T0 bei 22,9% der Patienten vor, zu T24 verringerte sich dies auf 3,4% und sank weiter auf 0,9% zu T48. Die Patienten gaben an, dass es zu schwerwiegenden Konflikten im sozialen Umfeld

an durchschnittlich 1,9 Tagen in den letzten 30 Tagen kam. Zu T24 reduzierten sich die Anzahl der Tage auf 0,33 und zu T48 0,37 Tage. In einem Rating von 0 = gar nicht bis zu 4 = extrem gaben die Patienten einen Schweregrad zu T0 von 1,9 an. Zu T24 sank dieser Wert auf 0,5 und zu T48 weiter auf 0,3. Die Wichtigkeit einer Beratung bei diesen Problemen wurde im gleichen Rating zu T0 mit 1,0 angegeben, zu T24 mit 0,2 und zu T48 mit 0,1.

Nach dem Diamorphin, das mit 92 Nennungen am häufigsten in den Interviews angesprochen wurde, ist das Thema Freundeskreis mit 84 Nennungen am zweithäufigsten Thema gewesen. Dies deutet auf einen hohen Stellenwert dieses Themas für die Befragten hin. Alle Befragten gaben an, dass sich der Freundeskreis weg von Drogenkonsumenten und hin zu Personen ohne Suchtprobleme bzw. Konsumenten von leichten Drogen (Haschisch) entwickelte. Es wird beschrieben, dass dies auf der einen Seite sich dadurch bedingt, dass das sehr drogenfokussierte Verhalten von Personen aus dem Bereich der Szene als unangenehm empfunden wird. Andererseits hat sich das eigene Verhalten und Auftreten dahingehend geändert, dass die Patienten wieder Zugang zu Personenkreisen finden, in denen Drogen kein Thema sind:

„...ich hab ein paar (Freunde) fallen lassen, durch die Drogen eben, weil die immer nur noch kontinuierlich und ganz krass eben sich rein ziehen. Und das kann man sich auf die Dauer nicht reinziehen, wenn man das nicht mehr will, verstehst du. Ich kann ne ganze Menge tolerieren, aber wenn der neben dir sitzt und dann auspackt und anfängt sich da dicht zu machen und so weiter, dass finde ich dann nicht so prickelnd.“

„Ja, nee, hat sich eher alles verbessert, auch eben zu den Leuten die keine Drogen nehmen. Es ist eben besser als vorher, die haben eben alle bisschen mehr Abstand gehalten. Das war denen nicht so genehm, wenn man breit angekommen ist. Ist ja eben auch Scheiße, wenn man nüchtern ist, und nichts damit zu tun hat, und hat dann jemand neben sich sitzen der breit ist, oder voller Koks und auf 180 ist, ist das nicht so schön für die Leute, klar.“

Es wurde aber auch angesprochen, dass eine soziale Ausgrenzung aufgrund der Abhängigkeit stattfindet und deshalb auch das Diamorphinprogramm im Freundeskreis zum Teil verheimlicht wird:

„Aber man muss sich ja so ein bisschen verstecken, also wenn es heißt ich bin heroinabhängig, dann will man mit den Leuten nichts zu tun haben. Ich bin da früher recht offen mit umgegangen, weil ich denke, also entweder nimmst du mich so wie ich bin, oder gar nicht. Aber das hat sich dann – ja, man vereinsamt doch ein bisschen, wenn sich das nicht auf Süchtige reduziert, dann – aber mit der Studie jetzt hat sich der – einige Leute wissen davon, andere Leute nicht – also das halte ich so ein bisschen zurück- wie gesagt, durch die schlechte Erfahrung, dass man sich zurückzieht. Und klar, ich spritz jetzt jeden Tag das Medikament, ich sehe das nicht als Droge, sondern Medikament – hab da meine geregelten Zeiten, aber ich gehe doch da etwas diskreter mit um heutzutage als früher.“

Szenekontakte

Kontakte zur offenen Drogenszene gingen im Behandlungsverlauf stark zurück. Waren es zu Studienbeginn noch durchschnittlich 17,9 Tage, die die Patienten in den letzten 30 Tagen Szenekontakte hatten, reduzierte sich der Wert zu T24 auf 4,6 und schließlich auf 2,8 zu T48. Entsprechend dieses starken Rückgangs waren auch die Gründe, sich dort aufzuhalten, rückläufig. Waren z.B. noch zu T0 76,6% der Patienten auf der Szene, um sich Drogen zu besorgen, so waren dies zu T24 50,0% und zu T48 26,3% der Patienten. Dieser Rückgang vollzog sich in allen Bereichen, die erfragt worden sind (siehe Anhang).

Szenekontakte wurden in den Interviews 19 Mal angesprochen. Die Kontakte zur Drogenszene waren bei allen Studienteilnehmern schon früh stark rückläufig. Alle Patienten gaben an, sich seit Beginn der Studie bzw. seit Beendigung des Beikonsums nicht mehr auf der Szene aufgehalten zu haben. Typisch für die Schilderungen der Interviewpartner ist folgende Aussage:

„Ich war jetzt schon nicht beim Drob. War ich schon davor auch, wo ich aufgehört hab mit Stein rauchen, also mit Koks. Da war ich nur noch sporadisch da, irgendwie einmal die Woche. Und jetzt bin ich schon seit bestimmt drei Jahren fast, war ich schon nicht mehr am Drob. Ich weiß gar nicht mehr, wie das aussieht da, ob sich da was verändert hat oder so, keine Ahnung. Auch nicht mehr vorbei gefahren oder sonst was, weil das auch ne Ecke ist, wo ich nichts zu tun hab.“

Freizeit

Die Patienten gaben zu Studienbeginn an, durchschnittlich 1,4 Hobbys zu haben. Zu T24 stieg dieser Wert gering auf 1,6 Hobbys und auf 1,9 zu T48. Während zu T0 noch 51,7% der Patienten angaben, sich oft zu langweilen, verringerte sich dies zu T24 auf 34,1% und schließlich auf 22,5% der Patienten zu T48. Der Anteil an Patienten, die zufrieden sind mit damit, wie sie ihre Freizeit verbringen, stieg von 15,1% der Patienten zu T0, auf 36,6% zu T24 und weiterhin auf 44,8% zu T48.

Das Freizeitverhalten und Hobbys wurden in den Interviews insgesamt 40 Mal angesprochen. Insgesamt waren die Interviewpartner recht zufrieden, wie sie ihre Freizeit verbringen. Zwei der Interviewpartner spielen in einer Band, was in der Freizeit viel Raum einnimmt und zu sozialen Kontakten führt.

„Antwort: Ich mache Musik in einer Band, mit einem weiteren Mitglied hier und dessen Ziehsohn, der spielt Schlagzeug und ein weiterer Kollege, ... der spielt Bass. Und das machen wir seit drei Jahren ungefähr.“

Frage: Und das ist so Hobby?

Antwort: Das ist wunderbar, ja, Auftritte gehabt bei der Altonale und so. Also das war schon wirklich schön, das macht Spaß.“

Die anderen gaben an, dass sich das Freizeitverhalten zum Positiven geändert habe, z.B. wieder die Möglichkeit besteht, die Plattensammlung zu erweitern.

Es wurde aber auch angesprochen, dass durch das Wegfallen der Suchtstruktur, mit Geld organisieren, Drogen kaufen und dem Konsum, auch eine gewisse Leere entsteht. Und dass das Füllen dieser Leere auch durchaus anstrengend sein kann:

„Aber ja, es ist schon so, dass es sich normalisiert irgendwie. Und wenn man dann an diesen Punkt gekommen ist, da fängt das dann halt eben an, dass man anfängt nachzudenken, also was macht man mit dem Loch, das entstanden ist. Na, diese auf einmal frei gewordene Freizeit, die man sonst immer für Diebstähle oder Drogen besorgen gebraucht hat, ja was soll man damit anstellen. Und vor allen Dingen anstellen, ohne dass es einem all zu viel Geld kostet. Ich meine, ich kann natürlich, was weiß ich, in die Folterhalle gehen und meine Muskeln trainieren, für was weiß ich 50 Euro im Monat, aber das ist es ja nicht, das kann

es ja nicht sein. Und da wird es schwierig, da irgendwie einen Ausgleich zu finden.“

Die gesundheitliche Lage spielte bei einem Patienten eine entscheidende Rolle, in welchem Maße Hobbys überhaupt wahr genommen werden können. Insbesondere in Verbindung mit den Belastungen des Arbeitsalltags hatte er Probleme:

„Ich habe mal angefangen Volleyball zu spielen, bin früher sehr sportlich gewesen, bin viel gelaufen, hab Tennis gespielt, bin surfen gewesen, hab gesegelt, also, hab angefangen mit Golf – aber durch die körperliche Situation, also ich habe auf beiden Seiten Thrombosen, lässt sich Sport gar nicht mehr ausleben. Also ich fahre viel Fahrrad, aber wie gesagt, also ich hab mich so kaputt gemacht, ich bin ja schon 20 Jahre dabei, dass ich eigentlich nur noch ganz wenig Sport ausüben kann. Leider habe ich überhaupt keine Hobbys – will ich nicht sagen – aber eigentlich habe ich keine Hobbys, nein. Also das verarmt ja auch durch die Sucht, dass man gar keine Zeit dafür hat. Ich hätte jetzt Zeit und die Möglichkeit, aber, ja nee, eigentlich habe ich keine Hobbys mehr. Ich stehe morgens um 6 Uhr auf, bin dann um 7.20 Uhr hier bei der Studie und fahr dann zur Arbeit, bin um 17 Uhr wieder da, und 17.30 Uhr zu Hause. Dann legt man meistens die Füße hoch, ne, also ist ein langer Tag. Ich bin ja auch nicht mehr der Gesundeste, also es kostet schon ganz schon viel Kraft, so einen Tag durchzustehen.“

13. FAZIT

Während sich in der Art der Erwerbstätigkeit wenig tat, so nahm doch die Frequenz der Erwerbstätigkeit deutlich zu. In zunehmenden Maße wurde auch einer geregelten Erwerbstätigkeit nachgegangen. Diese Veränderungen vollzogen sich besonders deutlich in der zweiten Hälfte der Untersuchung. Auch in den Interviews wurde dies so beschrieben. Besonders deutlich wird hierbei die Wirkung des Diamorphins auf den Beikonsum. Durch den Wegfall des Beikonsums beschrieben die Patienten, dass es für sie überhaupt erst möglich wurde zu arbeiten. Dies ist eine entscheidende Wirkung des Diamorphins auf die Gruppe der Schwerstabhängigen, die in besonderem Maße die Arbeitsfähigkeit

beeinflusst und somit maßgeblich zur Stabilisierung der sozialen Situation beiträgt.

Diese Wirkung der Diamorphinbehandlung hat auch starke Auswirkungen auf die finanzielle Situation. Einerseits ist beim Wegfall des Beikonsums der Kauf von Drogen nicht mehr nötig. Andererseits ist durch die gesteigerte Erwerbstätigkeit die finanzielle Situation gestärkt. Die Anzahl der Patienten mit Schulden ging während der Untersuchung kontinuierlich zurück, die Schuldenhöhe, bei den Patienten stieg jedoch. Hier muss aber auch das teils massive Ausmaß an Schulden mit betrachtet werden. Die Patienten hatten bei T0 Schulden bis zur Höhe von 300.000 Euro, die zu T24 auf 500.000 stiegen. Danach senkten sie sich zwar wieder, aber doch recht deutlich machen, dass massive finanzielle Probleme bestehen. Insbesondere die Zinsen die bei solchen Beträgen beträchtliche Ausmaße annehmen, können hier einen erheblichen Effekt ausüben. In den Interviews zeigten sich, dass sich die finanzielle Situation generell deutlich verbesserte. Bei den zwei Interviewpartnern bei denen dies nicht der Fall war, begründete sich dies in einem Fall, dass ein Erbe aufgebraucht war, dass davor eine bessere Situation gewährleistete. Dies ist jedoch ein externer Faktor, der nicht im Verhalten der Person begründet ist. Im anderen Fall ist das Wegfallen des Dealens für die schlechtere finanzielle Lage ausschlaggebend. Dies ist aber sozial erwünscht und erhöht somit den Grad der sozialen Integration.

Die Lage der rechtlichen Situation der Patienten besserte sich recht deutlich. Anklagen und Verurteilungen waren stark rückläufig. Ebenso verhielt es sich mit dem Ausmaß, mit dem die Patienten an illegalen Handlungen beteiligt waren. Rechtliche Situationen wurden auch als weniger belastend empfunden. Die Veränderungen traten am deutlichsten in den ersten beiden Jahren auf, die Situation stabilisierte sich aber im weiteren Verlauf. Lediglich der Anteil an Patienten, die eine Bewährungsstrafe haben, änderte sich erst in der zweiten Phase - und dies nicht so stark wie die anderen Bereiche. Hierbei muss aber bedacht werden, dass Bewährungsstrafen in der Regel auf drei Jahre zur Bewährung ausgesetzt werden. Wenn nun noch die Dauer der Verhandlungen mit berücksichtigt wird, ergibt sich ein Zeitraum von annähernd vier Jahren, so dass laufende Bewährungsstrafen noch aus Straftaten resultieren können, die vor Studienbeginn verübt wurden. Auch die Interviewpartner sprachen von einer

deutlich verbesserten rechtlichen Situation. Es wurden außer einer Anklage wegen Angeln ohne Genehmigung keine weiteren Urteile ausgesprochen und kriminelles Verhalten fand so gut wie nicht mehr statt. Als Grund hierfür wurde das Wegfallen des illegalen Drogenkaufs angesprochen und die dadurch wegfallende Beschaffungskriminalität.

Die familiäre Situation änderte sich während der Behandlung nur geringfügig, ebenso wie Familienstand und aktuelle Partnerschaft. Auch der Anteil der Patienten, die mit ihren Kindern zusammen leben, ändert sich nur sehr wenig. Es gilt aber hierbei zu bedenken, dass dies Bereiche sind, in denen Veränderung nur schwer zu erzielen ist. Eine zerrüttete Beziehung, die auf Grund des Drogenkonsums beendet wurde, wird nur bedingt durch Substanzfreiheit wieder intakt werden. Und wenn Kinder über Jahre hinweg beim anderen Elternteil leben, wird wohl nur in einem sehr geringen Maße eine Unterbringung beim anderen Elternteil erfolgen. Deutlich verbesserte sich hingegen die Zufriedenheit mit der Situation und dies vor allem in der zweiten Hälfte. Hier für kann das deutlich verbesserte Verhältnis zu Familienangehörigen ausschlaggebend sein. Auch das Ausmaß in dem familiäre Probleme als belastend betrachtet werden ging deutlich zurück. In den Interviews wurde dies auch recht deutlich bestärkt. Einen großen Stellenwert nimmt auch hier der wegfallende Beikonsum ein, da die Patienten wieder klarer sind und so z.B. wieder auf Familienfeiern eingeladen werden. Auch der Rückgang des delinquenten Verhaltens hat darauf Einfluss. Kam es in der Vergangenheit zu familiären Problemen, weil Familienmitglieder bestohlen wurden um die Drogen zu finanzieren, ist dies heute nicht mehr der Fall.

Ein großer Teil der Patienten lebte zu Behandlungsbeginn in stabilen Wohnverhältnissen. Eine deutliche Verbesserung hatten Patienten, die in unsicheren Verhältnissen lebten. Der größte Teil der Patienten lebt alleine und dies verstärkte sich kontinuierlich im Untersuchungszeitraum. Die Zufriedenheit mit der Wohnsituation erhöhte sich zu allen Untersuchungszeitpunkten. In den Interviews zeigte sich tendenziell eine deutliche Verbesserung der Wohnsituation. Alle Patienten leben nun in stabilen Wohnverhältnissen. Hierbei spielt die Diamorphinbehandlung insofern eine bedeutsame Rolle, als dass Patienten, die zuvor vom Suchthilfesystem nicht erreicht wurden, nun Hilfen in größerem Maße zulassen. Und durch die hohe Haltequote der Behandlung, können Patienten

längerfristig erreicht werden und hierdurch Effekte in anderen Bereichen erzielt werden. Personen die obdachlos waren können so Stück für Stück über niedrigschwellige Angebote (betreutes Wohnen) hin zu einer stabilen Wohnsituation betreut werden.

Im Bereich Freundschaften gab es vor allen Dingen im Bereich der Zufriedenheit Veränderungen, während die Anzahl von Freunden und der Anteil von diesen, der Drogen konsumiert sich nur geringfügig veränderte. Es zeigten sich aber deutlich weniger Konflikte im sozialen Umfeld und diese wurden als weniger belastend empfunden. In den Interviews zeigte sich eine deutliche Veränderung im Freundeskreis. Alle gaben an, dass die sozialen Kontakte sich nun stärker nach Personen ausrichten, die keine Drogen konsumieren. Die Abwendung erfolgt zunehmend gegenüber Personen, die exzessiv harte Drogen konsumieren, hin zu Personen, die gelegentlich Cannabis konsumieren und von den Interviewpartnern deshalb nicht als Drogenkonsumenten bezeichnet werden. Der Kontakt zur offenen Drogenszene zeigte sich schon zu Beginn der Behandlung als stark rückläufig. Dies wurde von den Interviewpartnern auch so bestätigt.

Auch das Freizeitverhalten änderte sich stark während der Studie. Die Patienten haben mehr Hobbys, langweilten sich weniger und sind allgemein mit der Situation zufriedener. Es zeigte sich in den Interviews, dass verstärkt Freizeitaktivitäten nachgegangen wird. Dies ist möglich, da der ständige Kreislauf von Geld besorgen, Drogen organisieren und Konsum durchbrochen ist, allerdings können durch die entstandene Zeit hieraus auch Probleme entstehen. Es wurde von einem Loch gesprochen, das durch das Wegfallen der Strukturen, die sich über viele Jahre bildeten, entstand. Das Füllen dieses Lochs stellt einige Personen vor schwierige Aufgaben, die mit einer Aufbereitung in der Persönlichkeit liegenden Verhaltens einhergehen muss. Des Weiteren war die gesundheitliche Lage ein Thema, die bei einer Person so schlecht ist, dass sie keinen Sport mehr ausüben kann. Dies sind dann Bereiche, die langfristige Verhaltensänderungen benötigen und lange Zeit in Anspruch nehmen. Dennoch zeigt sich eine sehr positive Wirkung der Diamorphinbehandlung in den Bereichen der sozialen Integration, es bedarf aber teils einer langen Behandlung und einer zusätzlichen Therapie von Begleitscheinungen, um diese Personen zu stabilisieren.

Wichtig ist hervorzuheben, dass der Einfluss der Diamorphinbehandlung auf die soziale Situation, von allen Interviewpartnern als sehr hoch eingestuft wurde. Hierbei wurde der Wegfall des Beikonsums als wichtigster Effekt der Behandlung beschrieben. Hierdurch hatten die Patienten die Möglichkeit aus dem Kreislauf des Geldbeschaffens, Drogenbesorgens und Konsum auszusteigen und sich um sich und ihr Umfeld stärker sorgen zu können. Entscheidenden Einfluss nimmt in diesem Zusammenhang auch die psychosoziale Betreuung (PSB) ein. Die Patienten, die durch die Behandlung an einen Punkt angelangt sind, an dem sie wieder stärker auf ihre Bedürfnisse achten, können durch die PSB z.B. in Wohnunterkünfte vermittelt werden oder Unterstützung in Entschuldung erhalten. Dies ist ein nicht zu unterschätzender Teil der Behandlung, da diese Probleme die Betroffenen oft sehr belasten und als unüberwindbar angesehen werden. Dies kann zu Resignation führen, was ein erneutes Abrutschen begünstigen würde. Und hier spielt die hohe Haltekraft dieser Substitutionstherapie eine entscheidende Rolle. Da Patienten sehr lange in der Behandlung bleiben, kann Vertrauen zu den Betreuern aufgebaut werden und eine Aufarbeitung der persönlichen Probleme erfolgen.

Die hier erzielten Ergebnisse stimmen mit anderen Ergebnissen überein, die einen hohen Nutzen der Diamorphinbehandlung für schwerst Opiatabhängige aufzeigten. Es konnte aber auch gezeigt werden, dass bestimmte Bereiche der sozialen Situation sich erst nach einer recht langen Behandlungszeit stabilisieren. Weitere Forschung wird benötigt, um zu untersuchen, wie bestimmte Bereiche, die nur schwer beeinflussbar sind, z.B. die familiäre Situation, gezielter unterstützt werden können. Dies ist notwendig, um weiterhin die Therapie von schwerst Opiatabhängigen zu verbessern und neben der Pharmakotherapie weitere Optionen aufzubauen.

Abbildungsverzeichnis:

- Abbildung 1: Entwicklung der weltweiten Opiumproduktion, aus Global Illicit Drug Trends 2002, UNODCCP, 2002
- Abbildung 2: Das Verhältnis aus sozialer Ausgrenzung und Drogenkonsum, aus Social exclusion and reintegration, EMCDDA, 2003
- Abbildung 3: Arbeits- und Unterhaltssituation der Klienten in 2007 nach Geschlecht (ohne inhaftierte) aus Vertheim U. et al.: Ambulante Suchthilfe in Hamburg, 2007 http://www.bado.de/statusberichte/2007/BADO-Statusbericht_2007_WWW.pdf 15.06.2009

Literatur

- Albrecht H.: Grundlagen der Betäubungsmittelgesetzgebung in Deutschland, Österreich und der Schweiz, in Suchtmedizin (Hrsg.: Uchtenhagen) München (Urban&Fischer), 2000
- APA <http://www.apa.org/databases/training/classcodes.pdf> 11.06.2009
- BKA: Rauschgift: Jahreskurzlage 2008, Daten zur Rauschgiftkriminalität in der Bundesrepublik Deutschland, Wiesbaden 2008
- Bühringer G.: Alkohol- und Drogenabhängigkeit, in Verhaltensmedizin in der Rehabilitation (Hrsg.: Petermann F.) Göttingen 1995
- Busch M.; Haas S.; Weigel M.; Wirl C.; Horvath I.; Stürzlinger H.: Langzeitsubstitutionsbehandlung Opiatabhängiger. Schriftreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland. Köln (DMDI), 2007
- Ceballos Betancer K.: Geld oder Blei, in Die Zeit Nr.11 vom 05.03.2009, Hamburg
- Diekmann A.: Empirische Sozialforschung. Reinbek (Rowohlt) 2006
- EMCDDA <http://www.emcdda.europa.eu/themes/drug-situation/de/responding-section5> 15.06.2009
- EMCDDA, Social exclusion and reintegration, 2003

- Europäischer Rat. Nationale Berichte 2002 in Social exclusion and reintegration, Hrsg.:EMCDDA) 2003
- Eurobarometer-Umfrage 2007 56.1:
http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/soc-incl/eurobarometer_de.pdf. 12.06.2009
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung: Drogen- und Suchtbericht, Berlin (BMG) 2009
- Ferri M.; Davoli M.; Perucci C.: Heroin maintenance treatment for chronic heroin-dependent individuals: A Cochrane systematic review of effectiveness, in Journal of Substance Abuse Treatment 30 (2006)
- Krausz M.; Haasen C.: Kompendium Sucht, Stuttgart (Thieme) 2004
- Krausz M.; Haasen C.; Naber D.: Pharmakotherapie der Sucht, Freiburg (Karger) 2003
- Krausz M.; Raschke P.; Naber D.: Substitution von Heroinabhängigen mit Methadon, in Internist (1999) 40
- Küstner U.; Thomasius R.; Sack P.; Zeichner D.: Drogenambulanz, in Kinder und Suchtgefahren. Risike – Prävention – Hilfen (Hrsg.: Klein M.) Stuttgart (Schattauer) 2008
- Legnaro A.: Rausch und Sucht in der Sozial- und Kulturgeschichte Europas, in Suchtmedizin (Hrsg.: Uchtenhagen) München (Urban&Fischer), 2000

- Metzger A.: Evaluation der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger in einer Region – Feldstudie unter besonderer Berücksichtigung der Unterschiede bei Verwendung verschiedener opioidhaltiger Substitutionsmittel, Dissertation, Universität Tübingen, 2005
- Michels I.; Stöver H.; Gerlach R.: Substitution treatment for opioid addicts in Germany, in Harm Reduction Journal 4 (2007) 5
- Pfeiffer-Gerschel T.; Kipke I.; David-Spieckermann M.; Bartsch G.: Bericht 2007 des REITOX-Knotenpunktes an die EBDD, München 2007
- Prinzleve M.: Behandlungsansätze, in: Kompendium Sucht (Hrsg.: Krausz M.), Stuttgart (Thieme), 2004
- Riley. Harm Reduction: concepts and practice. Subst use misuse (1999) 34
- Schaaf S.; Schäfer L.; Schuler W.: Stationäre Entwöhnungsbehandlung, in: Suchtmedizin (Hrsg.: Uchtenhagen), München (Urban&Fischer) 2000
- Scheerer S.: Spezial: Sucht, Reinbek (Rowohlt), 1995
- Seefelder M.: Opium: eine Kulturgeschichte, Landsberg (ecomed), 1996
- Soyka M.; Preuss U.: Therapie der Abhängigkeit, in Therapie psychischer Erkrankungen (Hrsg.: Möller H.) Stuttgart (Thieme), 2002

- Uchtenhagen A.; Ziegelgänsberger W: Suchtmedizin – Konzepte, Strategien und therapeutisches Management, München (Urban&Fischer) 2000
- Verster A.; Solberg U.: Social reintegration in the European Union and Norway, Lisabon (EMCDDA), 2003
- Verthein U.; Kuhn S.; Haasen C: Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie. Klinischer Studienbericht zum Abschluss der Follow-up Phase, Hamburg (ZIS), 2008
- Verthein U.; Degkwitz P.; Haasen C.: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger. Band 1, Baden-Baden (Nomos), 2008
- Verthein U.; Neumann E.; Buth S.; Martens M.: Ambulante Suchthilfe in Hamburg, 2007 http://www.bado.de/statusberichte/2007/BADO-Statusbericht_2007_WWW.pdf 15.06.2009
- Ward J.; Hall W.; Mattick R.: Role of maintenance treatment in opioid dependence, in the Lancet 353 (1999)
- Wittchen H.; Argandona M.: Diagnostische Klassifikation der Substanzstörungen, in Suchtmedizin (Hrsg.: Uchtenhagen) München (Urban&Fischer), 2000
- WHO, UNODC, UNAIDS: Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention: position paper, Genf 2004

- WHO
http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/index.html 12.06.09
- WHO, ICD 10 Clinical descriptions and diagnosis guidelines
<http://www.who.int/classifications/icd/en/> 16.06.09