

Kommentar zu:

Planung Expertengespräch „Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung“ – Berlin, Februar 2007

Die Durchführung eines Expertengesprächs zum Thema Substitution halte ich für angezeigt. Vollkommen richtig ist zweifellos auch die Einschätzung, dass das Potential dieser Behandlungsform längst nicht ausgeschöpft ist.

Dann allerdings beginnen bereits meine kritischen Anmerkungen – die ja auch ausdrücklich gefragt waren:

Die inhaltliche Ausrichtung des geplanten Expertengesprächs ist m. E. in der bisherigen Form mindestens ergänzungsbedürftig. Der Grundtenor sowohl der Berliner akzept-Erklärung als auch der Planungsskizze erscheint mir ein weiteres Mal recht einseitig auf die Einebnung von Zugangsschwellen und den Abbau anderer äußerer Hindernisse gerichtet.

Dem gegenüber kommt der Punkt Behandlungsqualität (und Behandlungsprobleme) regelmäßig zu kurz. Schon in früheren Argumentationen wurde die Tendenz deutlich, reale Schwierigkeiten der Versorgungspraxis systematisch durch ideologisierende Polemik auszublenden oder schlicht zu ignorieren.

Bei den Schweizer KollegInnen – die ansonsten so gern hinzugezogen werden – hieß es kürzlich bezogen auf den (internationalen) Stand der Substitution knapp und treffend:

„Strittig sind unter anderem immer noch die Fragen bezüglich dem Sinn der Langzeitbehandlungen, der Notwendigkeit der psychosozialen Begleitung und dem Umgang mit fortgesetztem illegalen Drogengebrauch während der Behandlung. Leider sind dies aber auch die Fragen, die durch die bisherige Forschung nur beschränkt angegangen wurden.“²

Hier wird aus zunehmend offensichtlichen, nicht nur vorübergehenden und durchaus ernsthaften Mängeln die Schlussfolgerung gezogen, dass es an der Zeit ist, sie zu abzubauen.

In der Berliner Erklärung dagegen führt ein Defizit an vernünftiger Forschung über „psychosoziale Unterstützungsmaßnahmen“ keineswegs zur - eigentlich nahe liegenden? - Konsequenz, mehr oder bessere Forschung zu diesem Thema zu fordern. Erst recht nicht wird gefordert, die an manchem Ort gravierenden PsB-Versorgungslücken zu schließen.³

Das Phänomen des sogenannten „Beikonsums“ kommt nicht einmal als Stichwort vor – weder in der Berliner Erklärung noch in der Planung des Expertengesprächs. Dabei meinen nicht allein die Schweizer:

„Continued drug abuse during MMT represents a complication and, perhaps, a partial failure of MMT. As such, it deserves our attention.“⁴

Statt dessen werden „philosophisch“ klinge(l)nde Diskurse gebetsmühlenartig immer wieder neu aufgelegt.

¹ Davon zeugten z. B. die rundum leeren Schubladen bei VertreterInnen dieses „Lagers“, als wir 1999 angestrengt versuchten, ReferentInnen zum Thema „Beikonsum“ zu finden.

² Forschungsletter zu: Dobler-Mikola, A., Hättenschwiler, J., Meili, D. et al., Patterns of heroin, cocaine, and alcohol abuse during long-term methadone maintenance treatment, *Journal of Substance Abuse Treatment* 29 (2005) 259-265

³ Statt dessen werden auf Publikumswirkung bedachte „Belegerzählungen“ von sich gerade promovierenden Substituierten in Stellung gebracht. Natürlich ist so mancher Fall - wie dieser - mindestens absurd und damit auch - vollkommen zurecht - kritikwürdig. Ihn oder andere jedoch zu instrumentalisieren, um ungestört die weitaus größere Menge weniger erfreulicher „Karrieren“ zu vergessen, sollte sich von selbst verbieten.

⁴ Dobler-Mikola, A., Hättenschwiler, J., Meili, D. et al., Patterns of heroin, cocaine, and alcohol abuse during long-term methadone maintenance treatment, *Journal of Substance Abuse Treatment* 29 (2005) 259-265

„Freiwilligkeit“ - in mitunter erstaunlich naiver Entgegensetzung zu „extrinsisch“ motivierter Bewegung - ist eines der favorisierten Leitmotive. (Dabei gibt es z. B. seit mindestens 10 Jahren ansehnliche, zumal intelligente Literatur zum Thema „Zwangskontexte“ in Jugend- und Familienhilfe, Psychiatrie und Therapie, deren Kenntnisnahme auch im Drogenbereich eine differenziertere Sicht auf die Welt gestatten könnte. Ebenso ist z. B. die früher gern bemühte These lange widerlegt, dass Drogentherapien unter gerichtlicher Auflage per se schlechtere Ergebnisse erzielen müssten. etc. pp.)

Geradezu befremdend wirkt nicht zuletzt, wie der Kampf um die Respektierung des mündigen Subjekts und seiner Lebenswelten damit einhergeht, maßgebliche Teile seiner Subjektivität und Lebenswelt zur bloßen Fiktion zu degradieren (was übrigens ziemlich respektlos ist).⁵

Vokabeln wie z. B. „Schwerstabhängigkeit“, „Multimorbidität“, auch psychiatrische Diagnosen etc., können gewiss einen gewissen „Beigeschmack“ haben, sofern man unbedacht mit ihm umgeht. Sie sind andererseits alles andere als „Teufelswerk“. Wohl kaum lassen sie sich so simpel als verdammungswürdige Stigmatisierungs-„Konstrukte“ oder als Ausgeburten gieriger Helferphantasien abtun. In der praktischen Alltagsarbeit erschließt sich – neben ihren Grenzen - zugleich sehr wohl ihr (für alle Beteiligten!) konstruktiver Sinn.⁶

Was den „Beikonsum“ von Substituierten betrifft, sind wir seit Jahren bemüht, mehr darüber zu verstehen und auf dieser Basis die Chancen zu erweitern, damit verbundene vielfältige Probleme besser in den Griff zu bekommen.⁷ Dabei geht es selbstverständlich um die Freilegung und Förderung mitunter verschütteter, viel zu wenig gefragter (Selbst-)Kontrollkompetenzen. Dass diese sich automatisch entfalten würden, wenn sämtliche Schranken fielen, ist eine nette, sich der Überprüfung allerdings vorläufig entziehende Utopie. Bis zu deren Wirklichkeit liegt es im existentiellen, oft genug deutlich signalisierten Interesse von Substituierten, sich auch bei einem weniger riskanten Umgang mit nicht verschriebenen Substanzen helfen lassen zu können.

„Professionalität“ – für manchen merkwürdigerweise ebenfalls ein garstiges Wort – wird dabei nicht weniger schaden als in anderen Handwerken oder Künsten. Und sie liegt im Interesse von BehandlerInnen und BetreuerInnen (die ganz gern einen Sinn in ihrem anstrengenden Tun erkennen). Sie entspricht weitgehend sogar - gleichfalls legitimen! - Interessen derjenigen, die Behandlung und Betreuung finanzieren.⁸ Auch und gerade mit den sogenannten „Kostenträgern“ (und diversen „Bedenkenträgern“) wird man auch und gerade über die ungelösten Fragen der Substitution ins Gespräch kommen müssen, wenn es ernsthaft um die Weiterentwicklung dieser Behandlungsform gehen soll.

Aus meiner Sicht wäre es daher angemessen, wenn das geplante Treffen auch diese Seiten seines Gegenstandes nicht gänzlich außer acht lassen würde.

Bernd Westermann
September 2006

⁵ Parallel wird Drogenabhängigkeit mit dem Status verantwortungsloser Opfer kurzgeschlossen, die Gewalt und missbrauch ausschließlicly erleiden, nicht aber auch auszuüben verstehen.

⁶ Dass z. B. „Chronifizierung“ auch befördert werden kann, ist ein von niemandem ernsthaft zu leugnendes Faktum. Irgendwann aber ist der Chronisch-Mehrfacherkrankte dann leibhaftig da. Robin-Hood-Lösungen nützen ihm wenig auf dem Weg zur Verbesserung seiner Situation, sondern nur handfeste Hilfen bei der Bewältigung handfester Probleme.

⁷ Gerade haben wir nach mehrjähriger Entwicklungs- und Erprobungsarbeit „Contradict“ öffentlich vorgestellt: ein Trainingsprogramm (in Manualform) zur Reduktion und Kontrolle des „Beikonsums“ von Substituierten.

⁸ Wer die Substitution einerseits in hoffentlich überschaubarer Frist im Kreis normaler Behandlungen finden möchte, befreit von sachfremdem Ballast aller Art, wird andererseits aber zugleich akzeptieren müssen, dass es normal ist, wenn der Finanzier möglichst genau wissen möchte, was für eine Leistung er eigentlich bezahlt.