



Christian Jellinek, Bernd Westermann,
Gabriele U. Bellmann (Hrsg.)

Beigebrauch

Offene Grenzen der Substitution

[Inhalt](#)

BELTZ Deutscher Studien Verlag
Weinheim 2000

Beigebrauch

Offene Grenzen der Substitution

BELTZ Deutscher Studien Verlag

Weinheim 2000

Inhalt

<u>Vorwort der HerausgeberInnen</u>	9
<u>Grußwort</u>	13
I. I. Michels	
<u>Grußwort</u>	19
E. Koller	
<u>Grußwort</u>	23
G. Andersen	
„Beigebrauch“? Einführung in ein merkwürdiges Thema	25
B. Westermann	
<u>Substitutionsprogramme: Die Therapie im double bind</u>	33
H. Fleischmann	
<u>Nebenkonsum und Beendigung der Substitution, Behandlungsabbruch und Konsequenzen</u>	43
J. Gölz	
Einschränkung von Beigebrauch als Therapieziel: Substitutionssubstanzen im Vergleich	51
M. Gastpar	
<u>„Drug Interactions“: Gefährdung der Substitution</u>	57
H. Sourgens	
<u>Der Einfluss von Stimmung, Stress und Ängstlichkeit auf das Verlangen nach Heroin und Substanzen des Beikonsums bei Opiatabhängigen</u>	65
S. Grüsser	
<u>Neueste Entwicklungen in der HIV-Therapie</u>	71
A. Haberl	

<u>Alkoholbeikonsum/Alkoholismus bei substituierten Drogenabhängigen und daraus resultierende Probleme bei der Behandlung von HIV- und HCV-Infektionen</u>	81
R. Baumgarten	
<u>Use and prescription of benzodiazepines among substance abusers in opiate maintenance treatment in Geneva</u>	87
B. Broers	
<u>The Phenomenon of So-called 'Other Drug Use' among Opiate Addicts in the North American Context: Evidence, Consequences, Questions</u>	95
B. Fischer	
<u>Konsummuster Rotterdamer Drogenabhängiger</u>	119
C. Barendregt	
Erfahrungen mit Beikonsum bei der Substitution in Großbritannien	129
N. Seivewright	
<u>Heroingestützte Behandlung und Beikonsum</u>	133
A. Moldovanyi	
<u>Polytoxikomanes Verhalten, Mischkonsum, Beikonsum – Was ist das?</u>	141
H. P. Tossmann	
<u>Methadonsubstitution und Beigebrauch aus rechtsmedizinisch-toxikologischer Sicht</u>	153
G. Kauert	
<u>Beigebrauch in der ambulanten medizinischen Rehabilitation unter Substitution</u>	159
H. Kufner	
<u>Ist Beigebrauch unmoralisch? Versuch einer ethischen Orientierungshilfe</u>	175
Th. Wallimann	
Kriminologische Aspekte des Beigebrauchs von Drogen	185
H.-J. Albrecht	
<u>Drogengebrauch zwischen Hedonismus und Traumatisierung</u>	191
H. Menger	
<u>Scheitern des Substitutionsansatzes oder Mitagieren des Therapeuten im Theater der Süchtigkeit</u>	195
T. Berthel	
<u>„Sie konnten zusammen nicht kommen, das Wasser war viel zu tief.“</u>	207
B. Westermann	

Vorwort der HerausgeberInnen

"Das Leben ist kurz, die Kunst ist lang, der rechte Zeitpunkt ist knapp bemessen, der Versuch ist trügerisch, die Entscheidung ist schwierig. Man muss aber darauf sehen, dass man nicht nur in eigener Person das Erforderliche tut, sondern auch der Kranke und die Assistenten, und dass auch die äußeren Umstände dem entsprechen".

Hippokrates, Aphorismen, Buch 1, Aph. 1

"Da die Menschen nicht Tod, Elend und Unwissenheit heilen können, sind sie, um sich glücklich zu machen, auf den Einfall gekommen, nicht daran zu denken".

Blaise Pascal, Gedanken, Abt. I, Eingordnete Papiere, 8. Zerstreuung

Der sogenannte Beigebrauch kann das Leben verkürzen und der Behandlungskunst zusätzliche Steine in den Weg legen. Der Versuch, zur rechten Zeit richtige Entscheidungen zu treffen, orientiert sich nicht selten an einem mehr oder weniger zufälligen Gemisch aus praktischer Alltagserfahrung und Versatzstücken wissenschaftlicher Evidenz.

Vor der Frage, was sich dagegen tun lässt, dass Substituierte illegale Drogen, Alkohol oder Medikamente „beigebrauchen“, steht allerdings ein grundsätzlicher Klärungsbedarf: Was geht uns dieser Beikonsum an – jenseits formeller Aufforderungen, darauf zu achten? Sind für unsere unerwünscht und unkontrolliert konsumierenden PatientInnen andere Mittel, sich oder die Welt ringsum besser auszuhalten, überhaupt verfügbar? Warum sollten ausgerechnet „Schwerstabhängige“ ohne derartige Manipulationen ihr Leben führen? Wer will aus welchen Gründen, dass sich Medizin und Drogenhilfe darum kümmern? Welche dieser Gründe haben mit Suchtmedizin und Drogenhilfe zu tun, welche kaum oder gar nicht? Wie weit ist die Substitution von einer „normalen Behandlung“ entfernt?

Auch zu diesen Themen äußern sich die AutorInnen des vorliegenden Bandes. Sie waren ReferentInnen der 3. Internationalen Arbeitstagung -der Ambulanz für Integrierte Drogenhilfe Berlin mit dem Titel „Mehr als abhängig?“ im Mai 2000. Erneut gelang ein Brückenschlag über disziplinäre Grenzen und Länder-Grenzen, fast mehr noch als in den Vorjahren wurde auch drogen- und gesundheitspolitisch diskutiert.

Die politische Bewertung des Phänomens, dass Drogenabhängige trotz der ihnen gebotenen medizinischen und psychosozialen Unterstützung auch längerfristig psychotrope Substanzen konsumieren, orientiert sich gewöhnlich an einem Krankheits- und Heilungsverständnis, das diesen Beigebrauch als Indiz für eine unzureichende oder offensichtlich misslingende Therapie begreift. Dafür gibt es zweifellos gute Gründe, kann doch der Nebekonsum zur Hauptsache werden, - - wenn Substituierte für Behandlungs- oder Betreuungsangebote nicht mehr ansprechbar sind,

- - wenn die Risiken (weiterer) gesundheitlicher und sozialer Verelendung wachsen,
- - wenn die Gefahr tödlicher Mischintoxikationen unübersehbar ist.

Auch der aufmerksamen Bevölkerung, der Justiz und den Kostenträgern ist schwer vermittelbar, dass der Einsatz stützender Medikamente am öffentlichen Eindruck, am Verhaltensrepertoire und am Behandlungsbedarf eines Teils der Substituierten wenig zu ändern scheint.

Und so konkurrieren die verschiedenen Substitutionssubstanzen sowohl untereinander als auch mit dem Originalstoff nicht zuletzt im Hinblick auf die effektive Reduzierung des Beigebrauchs. Aktuelle Ergebnisse dieses Vergleichs werden in diesem Band präsentiert. Unausweichlich muss es bei der Substitution auch um die „indirekte“ Beeinflussung des Medikamenten- und Alkoholmissbrauchs im Behandlungsverlauf gehen. Mit an erster Stelle der Zielparameter steht beim Test aller Substitute jedoch der Ausschluss des Konsums illegaler Drogen. Dies ist exemplarisch dafür, dass Prioritäten wohl noch immer weniger fachlich als betäubungsmittelrechtlich und ordnungspolitisch gesetzt werden. Noch hinter diesen Indizien für Fremdbestimmtheit lauert der dann tatsächlich fundamentale Verdacht, dass Substitution und Originalstoffverschreibung nur am Rande damit zu tun haben, die Lebensqualität der Therapierten zu verbessern.

Sind in Bezug auf riskante Beigebrauchsmuster keine Fortschritte oder gar negative Entwicklungen zu verzeichnen, mag es als mehr oder weniger unvermeidbar gelten, „Folgsamkeit“ durch Sanktionen zu erzwingen – schon um sich nicht dem Verdacht der Komplizenschaft bei der Chronifizierung oder Verlagerung der Sucht auszusetzen. Wer jedoch definiert auf welcher Basis die Maßstäbe und Fristen für das jeweils Erreichbare? Diese Problematik wird von verschiedenen AutorInnen aus ebenso verschiedenen fachlichen und ethischen Perspektiven aufgegriffen. Auch Ergebnisse der Grundlagenforschung – zum Beispiel zu Pharmakologie und Interaktionen verschriebener und nicht verschriebener Substanzen – werden in diesem Zusammenhang vorgestellt. Einige der Forschungs- und Praxisberichte fokussieren insbesondere die Einflüsse eines problematischen Beigebrauchs auf medikamentöse Therapien infektiöser Erkrankungen (HIV/AIDS, Hepatitiden etc.).

Was die Substitution als inzwischen etablierte Behandlungsform – auch im Hinblick auf den Beigebrauch – zu leisten vermag, wird in einigen Beiträgen differenziert beschrieben. Eine Diversifizierung qualifizierter Behandlungsmöglichkeiten wäre demnach unbedingt erstrebenswert. Zugleich geraten Grenzen in den Blick, die aktuell eher geschlossen als offen erscheinen. Dabei geht es weniger um das prinzipielle Potential der Substitution. Auch das wird durchaus kritisch beleuchtet. Vielmehr jedoch sind es – zumindest in Deutschland – die gegebenen Rahmenbedingungen der Substitution, unter denen sie nur hinter ihren Möglichkeiten zurückbleiben kann. Positiv gewendet: Die Substitution und auch die sie begleitende Forschung sind noch längst nicht am Ende ihrer Kunst!

Die dritte A.I.D.-Tagung wurde in bewährter Zusammenarbeit mit der Ärztekammer Berlin veranstaltet und von der Landesdrogenbeauftragten (Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport) unterstützt. Auch die weiteren Danksagungen sind – erfreulicherweise – nicht frei von Wiederholungen. Das

Tagungsbüro wurde auch diesmal vom Notdienst für Suchtmittelgefährdete und -abhängige Berlin e.V. gestellt, dessen Geschäftsführer, Herrn Hoffmann-Bayer, unser herzlicher Dank gilt. Elfriede Boß und Ana Rosa Pimpão sowie Helga Jung haben sich ein weiteres Mal als Organisatorinnen und Gastgeberinnen der Extraklasse präsentiert. Dass es eine Publikation der Tagungsbeiträge ohne den immensen Einsatz von Elfriede Boß nicht geben würde, gilt für den dritten Band wie schon für die Bände eins und zwei. Dank auch den im Hintergrund agierenden Lektoren für ihren professionellen Einsatz.

Den ReferentInnen der Tagung und AutorInnen dieses Bandes gebührt vor allem unser herzlicher Dank für ihre Beiträge, ebenso aber für die vielfältigen Anregungen vor, während und nach unserem persönlichen Zusammentreffen. Von diesem intensiven Austausch lebt die Reihe „Mehr als abhängig?“. Dank auch an Sabine Schütze, Constanze Jacobowski und Michael Haberkorn für ihre Moderation.

Im Vorfeld der Tagung konnten wir erneut auf die großartige und so herrlich unkomplizierte Unterstützung durch Margret Rihs-Middel (Bundesgesundheitsamt Bern) sowie durch Robbert van Heinigen (GGD Rotterdam) rechnen. Tausend Dank! Im selben Atemzug mit den weiter entfernten Förderern sind diejenigen zu nennen, mit denen wir alltäglich zusammenarbeiten. Ohne die vielfältigen Anregungen und die geduldige Unterstützung unserer Ambulanz-KollegInnen wäre es vollkommen unmöglich, „nebenbei“ derartige Unternehmungen zu realisieren.

Undenkbar wäre unsere Arbeitstagung selbstverständlich ohne die finanzielle Unterstützung unserer Sponsoren: GlaxoWellcome; Bristol-Myers Squibb; Ohltec Horizont; addicare; Boehringer Ingelheim; Microgenics; Essex; Biomar Diagnostic Systems; Hoffmann-La Roche; Labor Dr. Kramer und Kollegen; NADA Deutsche Sektion e.V.; Karner und ecomed.

Ihnen und dem Bundesministerium für Gesundheit, Bonn; dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband Landesverband Berlin, dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband Gesamtverband Frankfurt/M. und dem Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. gilt unser herzlicher Dank.

Berlin, im Oktober 2000



Christian Jellinek / Bernd Westermann / Gabriele U. Bellmann (Hrsg.)

Beigebrauch
Offene Grenzen der Substitution

BELTZ Deutscher Studien Verlag

Grußwort

Ingo Ilja Michels

Sehr geehrte Damen und Herren!

Zu Ihrer diesjährigen – bereits dritten – Fachtagung zu Fragestellungen, die sich mit der medikamentengestützten Behandlung Opiatabhängiger befasst, möchte ich Sie auch im Namen des Bundesministeriums für Gesundheit herzlich begrüßen.

Sie haben sich hier eines Themas angenommen, das im Umfeld der Substitutionsbehandlung von Beginn an ein spannendes, kontroverses und bis heute nicht nach klaren Kriterien entwickeltes geblieben ist. Ich freue mich deshalb, dass ich die Gelegenheit habe, einige grundsätzliche Bemerkungen zu dieser Thematik machen zu können und bin im übrigen gespannt auf die Erfahrungen, die hier heute und morgen ausgetauscht werden.

Die Diskussion um konkrete Probleme in der Praxis der Substitutionsbehandlung war in den letzten Monaten leider überschattet von der Befürchtung vieler Praktiker, dass durch die Mitte des Jahres 1999 in Kraft getretenen „Richtlinien zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“ des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen und durch Veränderungen in der Gebührenordnung die Substitutionsbehandlung insgesamt nicht nur nicht gefördert, sondern im Gegenteil gefährdet werde.

Die Bundesregierung und die sie tragenden Koalitionspartner haben schon seit Jahren eine Anerkennung der Substitutionsbehandlung gefordert und dies auch im Koalitionsvertrag festgeschrieben. Damit ist die Förderung einer *qualifizierten substitutionsgestützten Behandlung* gemeint, also die Substitution im Rahmen eines suchtherapeutischen Behandlungskonzeptes, das auch die psychosoziale Begleitung einschließt. Denn sie ist wichtiger Bestandteil einer erfolgversprechenden Therapie der Opiatabhängigkeit, auch wenn es eine Gruppe von Opiatabhängigen gibt, die schon allein davon profitiert, dass sie nicht mehr auf die Schwarzmarktversorgung angewiesen ist.

Die Ergebnisse des „Modellprojekts zur Vorbereitung und Durchführung einer ambulanten medizinischen Rehabilitation von Drogenabhängigen bei übergangsweisem Einsatz einer Substitution mit Methadon“ in NordrheinWestfalen belegen, dass diese Behandlungsform sehr erfolgversprechend ist. Es wäre zu wünschen, dass die Rentenversicherungsträger eine substitutionsgestützte ambulante und auch stationäre Therapie letztlich als eine sinnvolle Ergänzung der drogenfreien Behandlung einordnen. Die Studienergebnisse lassen hoffen, dass sie diese Behandlung, wenigstens für einen Teil der Klienten, bald finanzieren. Das Ziel, die Erwerbsfähigkeit durch die Behandlung wieder herzustellen, wird jedenfalls in vielen Fällen erreicht.

Die „Richtlinien zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“ des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, die am 18. Juni 1999 in Kraft getreten sind, haben dieser Realität insofern Rechnung getragen, als sie als zusätzliche Indikation – neben schweren körperlichen Begleiterkrankungen wie Hepatitis oder AIDS unter gewissen Voraussetzungen auch eine alleinige Opiatabhängigkeit für eine substitutionsgestützte Behandlung anerkennen.

Wie Sie wissen, konnte die Gesundheitsministerin diese notwendige und sinnvolle Änderung nur durch eine Beanstandung der Richtlinien erreichen. Aber bereits vor dem Inkrafttreten der Richtlinien gab es Bedenken aus den Reihen substituierender Ärzte, dass durch die Richtlinien die ursprüngliche Intention des Ministeriums, die Substitutionsbehandlung einerseits besser zu qualifizieren, andererseits aber auch zu erleichtern, ins Gegenteil verkehrt werden könnte.

Es wurde die Befürchtung geäußert, dass das Verfahren bürokratischer, dass die Indikation "Opiatabhängigkeit" sehr restriktiv ausgelegt und es durch das Kommissionsverfahren zu unververtretbaren Wartezeiten kommen werde. Außerdem gab es zunehmend Hinweise, dass die EBM-Kennziffern (*1) so bemessen seien, dass eine wirtschaftliche Praxisführung insbesondere für Methadonambulanzen nicht mehr gewährleistet sei, wenn die notwendige Qualität der Behandlung eingehalten werde. Deshalb wurde von der Ministerin im September 1999 die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) auf diese Befürchtungen hingewiesen und erstens eine Untersuchung beim Zentralinstitut (ZI) der KBV über die Entwicklung der Behandlung angeregt sowie zweitens eine Überprüfung der EBM-Bewertungsmaßstäbe erbeten. Denn die Befürchtungen gegenüber der neuen Gebührenregelung sind durchaus nachvollziehbar. Gerade Schwerpunktpraxen haben oft eine sehr problematische Klientel und betreiben einen nicht unerheblichen zeitlichen und personellen Aufwand, um eine qualitativ gute Behandlung durchzuführen; dadurch sind die Finanzspielräume enger.

Was die Überprüfung der EBM-Kennziffern für die substitutionsgestützte Behandlung anbetrifft, ist der augenblickliche Sachstand folgender: Der Bitte der Ministerin entsprechend, hat sich der Bewertungsausschuss mit dieser Problematik befasst und eine verbesserte Vergütung der labordiagnostischen Untersuchungen zu Beginn der Behandlung beschlossen. Damit wird einem zentralen Kritikpunkt der substituierenden Ärzte Rechnung getragen. Weitere Verbesserungen in der Vergütung werden vom Bewertungsausschuss nicht für erforderlich gehalten, zumal diese auch 2000 außerhalb des Budgets erfolgt.

Weiterhin hatte die Ministerin den Vorsitzenden der KBV gebeten, zur Objektivierung der Situation bei substitutionsgestützten Behandlungen im vertragsärztlichen Bereich die vom Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung 1996 durchgeführte Untersuchung über „Bedingungen vertragsärztlicher Ersatzmittelbehandlung bei Opiatabhängigen“ wiederholen zu lassen. Damit sollen Vorwürfe substituierender Ärzte objektiviert und davon ausgehend geprüft werden, ob Änderungen der Richtlinien erforderlich sind.

Dabei soll es vor allem um folgende Fragen gehen:

- Kommt es auf Grund der neuen Indikation „Opiatabhängigkeit“ zu einer Ausweitung der Substitution?
- Führen die Genehmigungsregelungen zu einer Behandlungsverzögerung?
- Geben Praxen tatsächlich ihre Tätigkeit auf oder schränken die Substitution ein?
- Welche Indikationen werden wie häufig gestellt?
- Wie viele Genehmigungen gibt es, wie häufig wird eine Behandlung nicht genehmigt und aus welchem Grund?
- Wie lange dauert ein Genehmigungsverfahren durchschnittlich?
- Gibt es regionale Unterschiede?

Das Zentralinstitut ist Anfang April durch einen Beschluss des Vorstandes der KBV mit der gewünschten Untersuchung beauftragt worden. Es geht davon aus, dass die Fragebögen nach Absprache mit den zu beteiligenden Krankenversicherungen nicht vor Ende Mai versendet werden können. Die Datenerfassung und statistische Auswertung könne bis frühestens Mitte August, eine abschließende Auswertung nicht vor September bis Ende Oktober 2000 erfolgen. Die Interpretation des § 3a der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur substitutionsgestützten Behandlung hat ebenfalls zu Problemen geführt, weil es durch restriktive Interpretation einzelner Krankenversicherungen zu vielen Ablehnungen der entsprechenden Anträge kommt. Das Problem besteht im Kern darin, dass nach Auffassung des Bundesausschusses eine substitutionsgestützte Behandlung nur möglich ist, wenn neben der Opiatabhängigkeit eine zusätzliche medizinische Indikation vorliegt, aber nach Auffassung des Bundesministeriums für Gesundheit eine substitutionsgestützte Behandlung auch zur Behandlung der Opiatabhängigkeit ohne *zusätzliche* medizinische Indikation möglich sein muss. Das Ministerium stützt sich dabei auf die Beanstandung des ursprünglichen Entwurfs der Richtlinien vom 09. Februar 1999, wonach „auch die substitutionsgestützte Behandlung der Krankheit Drogenabhängigkeit *ohne* Vorliegen zusätzlicher Begleiterkrankungen medizinischer Standard“ ist. Es wird deshalb in Gesprächen mit dem Bundesausschuss angestrebt, zu einer einvernehmlichen Regelung zur Interpretation des § 3a der Richtlinien zu kommen.

Darüber hinaus haben wir am 2. Mai 2000 ein Fachgespräch unter Beteiligung der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin, der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen geführt, bei dem die praktische Umsetzung der Richtlinien des Bundesausschusses erörtert worden ist.

Die Substitutionsbehandlung sollte sich an *pragmatischen medizinischtherapeutischen Zielen* orientieren, unter anderem an der Senkung der Mortalität, der Senkung der Morbidität, der Überführung der Mehrfachabhängigkeit in eine MonoAbhängigkeit, der Verbesserung der psychischen Situation und dem späteren Ausstieg aus der Drogenabhängigkeit. Dieses letzte Ziel ist als ein *langfristiges* zu definieren, denn es wird oft erst nach Ablauf mehrerer Jahre zu erreichen sein. Immer wieder wird auch die politische Diskussion um mögliche „Methadontodesfälle“ geführt. Übereinstimmung herrscht dahingehend, dass nach allen vorliegenden Erkenntnissen eine lege artis durchgeführte Substitutionsbehandlung nicht zu Todesfällen geführt hat. In der Regel handelt es sich um Fälle von Mischintoxikation, wobei das verwendete Methadon nicht direkt aus einer ärztlichen

Behandlung stammt, sondern möglicherweise vom Schwarzmarkt. Dieser wird wohl auch von leichtfertigen „take home“ Verschreibungen gespeist. Das weist einerseits auf eine unzureichende Qualität substitions-gestützter Behandlungen hin, aber andererseits auch darauf, dass noch immer Zugangslücken für eine Substitution bestehen.

Mit dem im April 2000 in Kraft getretenen Dritten Betäubungsmitteländerungsgesetz wird die rechtliche Grundlage für ein bundesweites Register über die Substitution opiatabhängiger Patienten und die Anforderung einer besonderen Qualifikation für Ärzte, die diese Behandlung durchführen, ermöglicht. Damit setzt die Bundesregierung die einstimmige EntschlieÙung des Bundesrats vom 19. Dezember 1997 um. Dieses Gesetz stellt einen wichtigen Schritt zur Verbesserung der Hilfen für langjährige, gesundheitlich verelendete Drogenabhängige dar und wird zur vernünftigen und notwendigen Ergänzung der Hilfen und zur Verbesserung der Qualität der bewährten Substitutionsbehandlung führen.

Sehr geehrte Damen und Herren, wie kann auf diesem Hintergrund mit der Beigebruuchsproblematik umgegangen werden?

In der gegenwärtigen Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) heißt es im § 5 (2), dass das Verschreiben eines Substitutionsmittels zulässig ist, solange die vom Arzt durchgeführten Erhebungen keine Erkenntnisse ergeben haben, dass der Patient „Stoffe gebraucht, deren Konsum nach Art und Menge den Zweck der Substitution gefährdet“. Diese Formulierung ist zwar offen, aber gleichwohl praxisnah, denn es kommt in der Tat auf den Einzelfall an, ob der zusätzliche Konsum anderer psychotroper Substanzen tatsächlich die Behandlung gefährdet oder sogar ein akutes Überdosierungsrisiko in sich birgt.

Eine kürzlich publizierte österreichische Studie über den Alkoholkonsum während einer Methadonbehandlung (*2) macht diesen Kontext noch einmal deutlich. 52 % der untersuchten Patienten erfüllten die Kriterien eines sogenannten „Alkoholindikators“ (mehr als dreimaliger Konsum pro Woche und auf riskanten Konsum hinweisende Laborwerte), 32 % sogar die Kriterien des Alkoholmissbrauchs. Dies korrespondiert mit Studien aus den USA und Deutschland. Allerdings zeigen sich interessante Unterschiede dahingehend, dass in einigen dieser Untersuchungen der Alkoholmissbrauch bereits vor der Methadonbehandlung manifest war und sich während der Behandlung stabilisierte, während er in anderen zurückging. Die österreichische Studie – was noch interessanter ist – kam zu dem Ergebnis, dass genauso viele Patienten von normalen zu pathologischen Konsummustern wechselten wie umgekehrt. Andererseits war es so, dass überwiegend die Konsummuster stabil blieben: Patienten mit moderaten Trinkmustern blieben bei diesen, während solche, die schon vor der Behandlung stark konsumierten, diesen Konsum während der Behandlung noch ausdehnten. Da es aber keine klaren Kriterien für den Übergang vom weitgehend unschädlichen zu problematischem Alkoholkonsum gibt, sind solche Veränderungen im übrigen nur schwer messbar.

Ich möchte zuletzt auf das Vorhaben des Ministeriums verweisen, die BtMVV den veränderten und erweiterten Substitutionsmöglichkeiten und bedingungen anzupassen. Wir sehen die Notwendigkeit, eine derartige Diskussion erneut zu führen, weil auch die Praxis substitions-gestützter Behandlungen sich weiterentwickelt hat. Neben der Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs kommt es uns dabei insbesondere darauf an, die Qualität substitions-gestützter Behandlungen an diese

Entwicklung anzupassen. Aus diesem Grund soll eine Verknüpfung der betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften mit Regelungen der ärztlichen Selbstverwaltung erreicht werden.

Das Bundesministerium für Gesundheit wird insbesondere folgende Änderungen vorschlagen:

- In die BtMVV soll aufgenommen werden, dass der behandelnde Arzt die fachliche Befähigung zur Durchführung einer substitutionsgestützten Behandlung erwerben muss. Dies soll auf Grundlage entsprechender Vorgaben der ärztlichen Selbstverwaltung erfolgen. Ihre diesbezüglichen Bedenken nehme ich sehr ernst, ich hoffe aber, dass ihnen durch großzügige Übergangsregelungen entsprochen werden kann;
- wird ein anonymisiertes Substitutionsregister eingeführt werden, um die gleichzeitige Verschreibung von Substitutionsmitteln durch mehrere Ärzte zu verhindern und um Substitutionsbehandlungen insgesamt statistisch besser auswerten zu können;
- soll die Liste der Zubereitungen, die als zur Substitution geeignet eingestuft werden, um Buprenorphin erweitert und die Entscheidung über das jeweils einzusetzende Substitutionsmittel dem Arzt übertragen werden, wobei auch hier die Vorgaben der ärztlichen Selbstverwaltung zu beachten sind;
- soll in die „take home“-Verschreibung eine „Urlaubsregelung“ eingeführt werden, in dem der Verschreibungszeitraum für geeignete Einzelfälle auf 14 Tage kontrollfähig erweitert wird.

Sehr geehrte Damen und Herren, abschließend will ich nochmals betonen, dass die Substitutionsbehandlung für mich eine wichtige Erweiterung in der Behandlung Drogenabhängiger darstellt, die sich schon seit Jahrzehnten bewährt hat. Ihre Erfolge sind unbestritten, ebenso aber sehen wir auch ihre Grenzen, denn eine Suchterkrankung ist eine langwierig zu behandelnde, chronische Erkrankung. Das wissen Sie aus Ihrer täglichen Praxis nur zu gut. Deren Heilung oder Linderung ist nur im Zusammenspiel zwischen den Selbsthilfekräften der Patienten, ihrer Behandlung und den psychosozialen Hilfen der Drogenberater möglich. Ich unterstütze Sie dabei in Ihrem Engagement und ich wünsche Ihnen für Ihre Tagung einen interessanten Verlauf.

*(1) EBM = Einheitlicher Bewertungsmaßstab

*(2) H.Rittmannsberger et al.: Alcohol Consumption during Methadone Treatment; in: European Addiction Research 2000; 6:2-7.

Grußwort

Elfriede Koller

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

ich begrüße Sie im Namen des Senats ganz herzlich heute morgen hier in Berlin. Herr Böger als zuständiger Senator und Bürgermeister hätte diese Begrüßung sehr gerne persönlich übernommen, aber – einige von Ihnen wissen vielleicht, dass nicht nur parlamentarische Sitzungswoche in Berlin ist, sondern heute auch die Jugendminister tagen. Im Publikum sehe ich eine stattliche Anzahl schon fast guter Bekannter. Es freut mich, dass Sie auch im dritten Jahr dieses Veranstaltungszyklus' den Weg nach Berlin genommen haben.

Probleme mit dem Beigebrauch – bei genauem Studium des Programmheftes ist mir aufgefallen, dass Sie zu diesem Thema eine geradezu schwindelerregende Anzahl von Fragen formuliert haben. Ich zitiere: „Ist Beigebrauch der letzte Beweis für die Therapieresistenz derjenigen, die ihn trotz aller Geduld weiterhin praktizieren?“, „Was steht hinter der hartnäckig durchgehaltenen ‚Weigerung‘, sich auf das verschriebene Mittel zu beschränken?“, „Welche Art von Leiden lindern Substituierte durch ihren Beigebrauch?“, „Muss noch mehr oder anderes verschrieben werden, oder sind die Grenzen der Substitution in Sicht?“, „Folgt das Versorgungssystem – zwischen Resignation und immer neuer Hoffnung – Schritt um Schritt der Substanzfixierung seiner Klienten?“, „Wann ist das nächste Substitut verschlissen?“.

Die Tagung formuliert als Ziel, den Beigebrauch zu *bewerten*, das ist eine sehr hohe Erwartung. Zu dieser Bewertung kann ich nur einen kleinen Beitrag leisten. Der Begriff „Beigebrauch“ irritiert, und es wäre sehr interessant, während der Tagung zu erfahren, wer diesen Begriff wie definiert.

Betrachten wir die Konsumgewohnheiten des durchschnittlichen Drogenabhängigen in der Stadt Berlin, so stellen wir fest – übrigens nicht nur augenfällig, sondern mehrfach wissenschaftlich belegt –, dass dieser Drogenabhängige schon lange kein reiner Opiatabhängiger mehr ist. Mehrfachkonsum ist die Regel, neben Heroin bestimmen vor allem Kokain, Benzodiazepine und Alkohol das Konsumverhalten. Nach den Ergebnissen der toxikologischen Untersuchungen der 205 in 1999 im Zusammenhang mit Drogenkonsum gestorbenen Menschen wissen wir, dass nur 30 von ihnen an einer reinen Heroinüberdosierung starben. Der ganz überwiegende Teil verstarb nach einer Mischintoxikation durch Drogencocktails. Mehrfachkonsum ist also normal. Was ist dann in der Substitution Beigebrauch oder Nebenkonsum?

Als Teil der politischen Administration interessiert mich der Anteil der politischen Bewertung des Phänomens Beigebrauch. Die gesellschaftliche Dimension der Problemgröße „Drogenabhängigkeit“ hat sich mit der Einführung der Substitutionsbehandlung in ihrer Größenordnung nicht verändert. Es

gibt keine Indikatoren, die hier eindeutig zu interpretieren wären. Das finde ich nicht weiter tragisch, da ja die medizinische Disziplin für sich auch niemals den Anspruch erhoben hat, beispielsweise durch ausgeklügelte Früherkennungs- und Behandlungssysteme das Ausmaß der Krebserkrankungen zu senken. Ich denke, wir sollten uns deshalb im Bereich der Behandlung der Drogenabhängigkeit nicht so umfassend in die Verantwortung nehmen lassen.

Diese Tagung ist hoffentlich ein guter Anlass zu überdenken, was machbar ist, was getan und verändert werden kann, was die realistischen Ziele sein könnten. Und was nicht funktioniert, kann dabei auch über Bord gehen.

Ich habe – wie oftmals vorgetragen – ein Daueranliegen an Suchtmedizin und Drogenhilfe: Beide Disziplinen sollten realistisch bleiben und der Politik keine Rosengärten und Lösungen des Drogenproblems versprechen. Tatsache ist, dass diese Versprechungen nicht eingelöst werden können.

Es wäre fatal für die Drogenhilfe, der Politik zu verkaufen, dass die Verschreibung von Heroin, die Bereitstellung von Druckräumen oder die Gleichstellung und Legalisierung bislang illegaler Drogen den Problemdruck aus der Suchtproblematik herausnehmen. Ich spreche diesen Forderungen ihre Legitimität in keiner Weise ab. Aber ein Faktum bleibt, dass Drogenabhängigkeit eine ganz starke soziale Komponente hat, und insofern sollten alle aufhören, so zu tun, als sei mit der Wahl des besten Substituts der berühmte Lichtstreifen am Horizont zu sehen.

Die medikamentengestützte Behandlung von Drogenabhängigen ist sinnvoll, sie ist nützlich, sie ist für viele überlebenswichtig. In welcher Dosierung, mit welchem Präparat – das müssen letztlich Sie als Fachleute entscheiden. Delegieren Sie aber die verbleibenden Probleme nicht ausschließlich an die Politik. Dort sind sie nicht gut aufgehoben.

Der hübsche Satz von Tucholsky kann auch als Warnung verstanden werden: „Für die Politik kommt es nicht darauf an, wie eine Sache ist; es kommt darauf an, wie sie wirkt.“ Eine nicht ganz ungefährliche Situation in Anbetracht der Komplexität der Probleme um Drogenabhängigkeit.

Ich möchte Ihnen zum Schluss nicht verheimlichen, was mir vorschwebt, was zu tun ist: Ich halte es für essentiell, dass Verantwortung für Drogenprobleme gerecht verteilt wird – die Aufgabe lautet also: Verantwortung nicht nur an die Politik zu delegieren, sondern Verantwortung zurückzugeben.

Das Prinzip der Delegation nach oben eröffnet dem Schimmel der Bürokratie Tür und Tor. Das ist das allerwenigste, was Abhängige gebrauchen können. Beim Thema Drogenabhängigkeit sind viele in der Pflicht. Auch Nachbarschaften, Mitbürger müssen dazu bewegt werden, Drogenabhängigen anders zu begegnen als sie es heute tun. Die übliche Forderung, dass der Senat die Probleme lösen soll, ist ja ganz praktisch und entlastend. Richtig ist aber, dass sich vor allem ganze Milieus verändern müssen.

Diesen Gedanken bitte ich Sie während der gesamten Tagung nicht aus den Augen zu verlieren. Verteilen Sie Verantwortlichkeiten gerecht – aber finden Sie auch zu Verantwortlichkeit bei sich selbst. Definieren Sie, was Sie zu leisten in der Lage sind und was nicht, und sagen Sie, was die Aufgabe anderer ist.

Leider kann Ihnen Berlin heute nicht das heiße Wetter der letzten Wochen bieten, Sie müssen immer bedenken, dass Sibirien nah ist. Egal, den Potsdamer Platz vor der Tür, das ist doch keine schlechte Gelegenheit, Berlin und seine Abhängigkeitsstrukturen zu studieren. Machen Sie sich ein Bild, lassen Sie es sich aber auch sehr gut gehen in Ihrer freien Zeit.

Grußwort

Gerhard Andersen

Meine Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

als letzter ein Grußwort zu halten ist immer eine etwas undankbare Aufgabe. Der Experte ist schon zu Wort gekommen – heute medizinisch-philosophisch, und die wichtigen staatlichen Institutionen haben bereits gesprochen. Und eigentlich will man auch bald zur Tagesordnung übergehen, sich dem fachlichen Teil widmen.

Nun hat sich aber der Vorstand der Ärztekammer Berlin aus gutem Grund entschieden, die Veranstaltung wie schon in den letzten Jahren mitzutragen, und so darf ich Ihnen hiermit die besten Wünsche des Vorstandes für Ihre Tagung übermitteln.

Die Ärztekammer Berlin hat sich von Anfang an in Zusammenarbeit mit der Drogenhilfe um die Entwicklung und Einhaltung fachlicher Standards bei der Substitutionsbehandlung bemüht. Wir waren froh, dass es gelungen ist, eine große Zahl von Ärzten zu finden, die bereit waren, sich mit großer Sorgfalt und persönlichem Engagement in diese von der Ärzteschaft doch lange vernachlässigte Materie einzuarbeiten. Mittlerweile kann man sagen, dass es auch auf Seiten der Ärzte Erfahrung, Kompetenz und gründliches Wissen über die Drogenabhängigkeit und ihre Behandlung gibt. Wir haben bezüglich der Qualität ärztlicher Suchtkrankenbehandlung auf Beratung, Fortbildung und Überzeugung gesetzt, deshalb hat die Ärztekammer Berlin auch die Trägerschaft für die Clearingstelle übernommen. Wir haben bezüglich der Substitution aber auch immer einen realistischen Standpunkt eingenommen: Das heißt, wir haben nie angenommen, dass die Methadon-Substitution „alle Drogenprobleme lösen“ würde.

Herr Rebscher von den Krankenkassen würde nun sagen – er hat vor 14 Tagen ja das Erfolgshonorar für Ärzte ins Gespräch gebracht, die Finanzierung der substituierenden Ärzte machen wir vom Heilungserfolg abhängig, und der ist mäßig: Die Öffentlichkeit sieht weiter verelendete Szene-Junkies... Die Krankenhäuser befassen sich mit Spritzenkomplikationen und Beikonsum-Entzug... In den Bezirksamtern trifft man nach Jahren der Substitution Menschen, die kaum integrierter sind als vorher.

Es darf niemanden verwundern, dass eine Behandlung, die einerseits so hohe Anforderungen an die Qualifikation und persönliche Eignung der Behandelnden stellt und andererseits so wenig offizielle Unterstützung erhält, nicht nur erfolgreich verläuft. In der Tat gibt es auch und immer wieder Probleme:

- Erst jetzt hat der Gesetzgeber für Ärzte die Notwendigkeit einer besonderen Qualifikation vorgesehen, um Substitutionsbehandlungen durchführen zu dürfen. Vorher durfte jeder Arzt dies im Rahmen der „Therapiefreiheit“ tun. Die Ärztekammer hat eine Fachkunde „Suchtmedizinische Grundversorgung“ eingeführt, die zur Voraussetzung der Substitution gemacht wird.
- Flankierende Maßnahmen für die Reintegration Substituierter kommen nur sehr zögernd in Gang. Der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Alkoholismus ist allgemein bekannt;

auch bei Substituierten ist das Fehlen sinnvoller Beschäftigung ein Risikofaktor für Alkohol- oder anderen betäubenden Suchtmittelkonsum.

- Augenblicklich gibt es eine so schlechte Bezahlung der Substitution (nur vier Gesprächsleistungen pro Quartal dürfen abgerechnet werden), dass die spezialisierten Praxen, die überwiegend die Substitution durchführen, in ihrer Existenz bedroht sind. Das ist in Berlin deshalb fatal, weil hier selbst die schwierigsten Patienten adäquate Behandlung finden.

Die Ärztekammer Berlin hat immer betont, dass die Substitution keine Patentlösung ist, und sie hat immer wieder den Finger auf die problematischen Aspekte der Substitutionsbehandlung gelegt. Das Thema Beigebrauch ist unseres Erachtens von der Fachwelt zu lange vernachlässigt und verharmlost worden.

Unsere Gesellschaft fixiert sich in ihrer Betrachtung dieser Krankheit auf Symptome, an denen wir im wahrsten Sinne des Wortes herumdoktern und weigert sich, die Ursachen zur Kenntnis zu nehmen. Daran ändert sich in einem sozialen Klima, das Krankheit und Versagen individualisiert, wenig – im Gegenteil. Gleichwohl, was können wir tun?

Das Gebot der Stunde ist die Sicherung und Verbesserung der Qualität der Behandlung. Was die Ärzteschaft betrifft, wird die Ärztekammer Berlin wie schon in der Vergangenheit hierzu ihren Beitrag leisten. Gemeinsam mit dem Drogenhilfesystem arbeitet die Ärztekammer an der Entwicklung von Qualitätssicherungsprojekten. Der geeignete Weg ist es dabei nicht, die Ärzte mit einem hohen Aufwand an Bürokratie zu belasten.

Vorgestern Abend hat die Delegiertenversammlung der Berliner Ärzteschaft Beschlüsse zur Zertifizierung von Fortbildungen gefasst. Damit soll nicht nur ein hoher Berliner Standard gehalten und geschaffen werden, sondern die Qualifizierung soll auch möglichst effizient und unbürokratisch dokumentiert und zertifiziert werden. Entsprechende Ressourcen hat das Berliner Ärzteparlament zur Verfügung gestellt.

Was nun das angestrebte Punktsystem betrifft, nach dem Veranstaltungen beurteilt werden und das den teilnehmenden Kolleginnen und Kollegen die Fortbildung attestiert, ist für Berlin ein hoher Standard angestrebt. Diesen Standard erlebe ich auf Ihrer Veranstaltung sozusagen vorweg, in der Auswahl der Themen, der Qualität der Beiträge. Wenn ich Ihre Veranstaltung schon heute zertifizieren sollte – leider greift die Regelung erst im nächsten Jahr: Ich erteile Ihnen die volle Punktzahl.

Substitutionsprogramme: Die Therapie im double bind

Heribert Fleischmann

Einleitung

Die Substitution Drogenabhängiger mit unterschiedlichen „legalen Drogen“ ist in den letzten Jahren zur Regelbehandlung geworden, sofern sich Drogenabhängige in Behandlung begeben. Dies könnte die therapeutische Szene mit Stolz und Befriedigung erfüllen. Und doch bleibt ein Gefühl des Unbehagens, ein unangenehmer Beigeschmack. Spüren etwa die Praktiker der Substitutionsbehandlung bereits die Götterdämmerung des Leitbildes „akzeptierende Drogenarbeit“ heraufziehen? Unterliegt nicht auch die öffentliche Meinung einer Halbwertszeit von vielleicht fünf oder sechs Jahren? So könnte durchaus die Zeit gekommen sein, in der ganz schnell ein Meinungsumschwung einsetzt, wenn allmählich klar wird, dass die von der Öffentlichkeit wie eine Erlösungsverheißung aufgesaugte „Substitutionbehandlung“ den Erwartungen und Versprechungen insbesondere als „bessere Alternative“ zur Abstinenzbehandlung nicht gerecht werden kann. Praktikern der Suchtkrankenbehandlung ist und war bekannt, dass der Einsatz stützender Medikamente wenig am öffentlichen Erscheinungsbild – sprich Elend – Suchtkranker ändert, dass sich das Verhaltensrepertoire nicht im positiven Sinne erweitert, die Konsumgewohnheiten beibehalten werden und der Behandlungsbedarf letztendlich nicht geringer wird. Das alles war im Vorfeld der Einführung der Substitution ausgiebig diskutiert worden und der Öffentlichkeit bekannt. Deshalb sollten sich die interessierte Bevölkerung, die Politik, die Justiz und auch die Kostenträger nicht länger darüber aufregen. Doch was verursacht das Unbehagen?

Im Folgenden wird eine ganz unorthodoxe Annäherung in acht Schritten an das Phänomen versucht.

Die Bürokratie der Substitutionsbehandlung

Das definitorische Dilemma: Krankenbehandlung im Sinne des § 27 SGB V umfasst auch die Behandlung von Suchterkrankungen. Das alleinige Auswechseln des Opiats, zum Beispiel Heroin durch ein Substitutionsmittel, stellt jedoch nach Auffassung des Gesetzgebers keine geeignete Behandlungsmethode dar und ist deshalb von der Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ausgeschlossen. Oberstes Ziel der Behandlung ist nämlich Suchtmittelfreiheit. So steht es in der Präambel der NUB-Richtlinien, zuletzt geändert im April 1999 (Deutsches Ärzteblatt 1999). Gleichwohl wird Substitution im gleichen Atemzug als Behandlungsmethode anerkannt, und die Ärzteschaft wird gar im Rahmen des Sicherstellungsauftrags

von den Kassenärztlichen Vereinigungen gemahnt, diese Behandlung in ausreichendem Maß vorzuhalten.

Das pragmatische Dilemma: Selbst nach Auffassung der ärztlichen Standesvertretung wurden die bürokratischen Hürden und die Bevormundung der Ärzte auch nach Modifizierung der Richtlinien durch die neue Bundesregierung nicht vermindert. Der jetzige § 2 der NUB-Richtlinien sieht vor, dass jeder Fall einer Substitution – auch bei eindeutiger Indikation – von einer Beratungskommission genehmigt wird, die zur Hälfte mit Krankenkassenvertretern, also Laien besetzt ist. Auch die Befristung der Substitutionsbehandlung auf sechs beziehungsweise zwölf Monate ist nicht ohne Probleme und in der Praxis eine unnötige Hürde. Wir haben es schließlich mit einer chronischen Krankheit zu tun, bei der ein Behandlungsende nicht abzusehen ist. Selbst der auf Drängen des Bundesministeriums für Gesundheit eingefügte § 3a hilft nicht weiter. Dieser wird nämlich von den Beratungskommissionen in der Regel rigide ausgelegt. Es ist deshalb praktisch nicht möglich, die geforderten „medizinischen Gründe“ ausreichend und für die Kommission akzeptabel darzulegen. Seitens der Kostenträger wird weiter trotz gegenteiligen Bekenntnisses des Bundesgesundheitsministeriums die Ansicht vertreten, dass eine alleinige Opiatabhängigkeit nicht als Indikation akzeptiert wird. Seitens der Bundesärztekammer wird deshalb mit Recht befürchtet, dass die Methadonbehandlung „totbürokratisiert“ wird (Flenker 2000).

Das wirtschaftliche Dilemma: Die Entwicklung der NUB-Richtlinien seit 1990 zeigt zwar, dass im Prinzip Substitution als Mittel der Behandlung von Drogenabhängigen anerkannt ist, gleichzeitig aber durch wirtschaftliche Unattraktivität der Versuch unternommen wird, so viel Nichtbehandlung wie möglich zu etablieren. Nun hat nach Auffassung der Praktiker der Bewertungsausschuss mit den Änderungen der Ziffern 202 bis 204 und der Laborreform der Substitutionsbehandlung auch noch wirtschaftlich den Todesstoß versetzt. Die neuen Regelungen des EBM, die am 08.01.1999 und am 21.05.1999 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht worden sind, verhindern eine Substitutionsbehandlung nach den Regeln der Kunst. Weder lässt sich besonders in der Anfangsphase der Behandlung der Beikonsum mit nur 20 Gruppen des Drogensuchtestes pro Quartal ausreichend kontrollieren noch genügen vier Gespräche von 10 bis 15 Minuten für eine sorgfältige Behandlung (Ullmann 1999).

Das strafrechtliche Dilemma: Bei der Substitutionsbehandlung konkurrieren anders als sonst in der Medizin medizinische und strafrechtliche Erfordernisse. Der Schnittstellenprozess zum BtMG und zur BtMVV ist nicht ohne Delikatesse und erfordert vom Arzt Sicherheit im Umgang mit zwei ganz unterschiedlichen Systemen. Die Praxis zeigt, dass es nach wie vor Strafverfahren gegen substituierende Ärzte gibt. Dabei sind nicht die Verfahren gemeint, wo sich Ärzte aus welchen Gründen auch immer in eklatanter Weise über die Regeln der ärztlichen Kunst und über die Gesellschaftsordnung hinwegsetzen, sondern die Verfahren, wo sich Ärzte schlicht und einfach in einem Dschungel von Vorschriften und Paragraphen verirrt haben, und zwar in bester Absicht.

Fazit: Seitens der Gesetze und Vorschriften werden an die Therapeuten zwei widersprüchliche beziehungsweise paradoxe Botschaften gegeben; einerseits: „Beteiligt euch an der Substitution“, andererseits, sozusagen nonverbal: „Wir machen euch das Leben so schwer, dass ihr freiwillig davon ablasst!“

Ein therapeutischer Ansatz, der im Prinzip Therapie negiert?

Das Dilemma mit der „richtigen“ Therapie: Substitutionsbehandlung wird trotz gegenteiliger Versicherungen auf die pharmakologischen Aspekte der Krankheit reduziert, und hier wiederum auf die körperliche Abhängigkeit (dependence). Der zunächst als Vorteil gepriesene Fakt, dass Methadon keine Euphorie erzeugt, sondern nur die körperlichen Entzugssymptome verhindert, leugnet letztlich das Grundproblem des Abhängigen. Dieser erwartet nämlich primär Euphorie, denn sein Problem ist die psychische Abhängigkeit (addiction). Die Bedeutung dieses Befundes wird nicht zuletzt mit den tierexperimentellen Befunden der Verhaltensbiologen zur Prägungshypothese untermauert, die die therapeutische Sackgasse der Substitutionsansätze belegen (Wolffgramm 2000). Der Abhängige braucht in erster Linie Hilfe für die psychische Abhängigkeit, für das, was man „Sucht“ nennt, um mit der nicht zuletzt medikamentös verstärkten „Dysphorie“ besser umgehen zu können. Dazu dient ihm ja auch der „Beikonsum“, er ist sozusagen eine Notlösung bei der Behebung vielfältiger psychischer Probleme. Die psychosoziale Begleitung, die auf die Behandlung der Grundkrankheit, nämlich das (psychische) Abhängigkeitssyndrom hinzielt, wie es zum Beispiel in der ICD 10 F11.2 für Opiatabhängigkeit definiert ist, bleibt weiter außen vor. Ganz im Sinne einer paradoxen Verschreibung wird sie zwar verbindlich vorgeschrieben, bleibt aber ohne ausreichende und verbindliche finanzielle Ressourcen. Und selbst wenn es durch die im Experimentalstadium befindliche Rückprägungstherapie gelingen sollte, den Mechanismus der Sucht rückgängig zu machen, so bräuchte der Abhängige gerade dann psychotherapeutische Hilfe, um nicht den gleichen Weg in die selbe Krankheit nochmals zu gehen.

Substitution nach den NUB-Richtlinien heißt also zusammenfassend 'Stabilisierung des körperlichen Abhängigkeitssyndroms', aber eine echte Therapie ist das nicht. Letztere hat nämlich Abstinenz als Ziel, und deshalb fordern wir psychosoziale Begleitung, aber eine Bezahlung dieser Leistung kommt nicht in Frage.

Qualitätsmanagement und Substitution

Das Dilemma mit der Qualität: Es ist hier nicht die Qualifizierung banaler patientenbezogener Prozesse nach DIN-Normen im Alltag der Substitution gemeint, sondern es geht um basale Forderungen von Qualitätsmanagementsystemen in der medizinischen Versorgung. Zunächst ist die Forderung nach Qualität medizinischer Leistungen, die die Bedürfnisse der Patienten in den Mittelpunkt stellt, legitim. Diese Forderungen werden jedoch andererseits durch die immens angewachsene Einforderung von Bürokratie gleichzeitig negiert. Es steht zu befürchten, dass Kostenträger und Politik sich im § 135a des SGB V ein Instrument geschaffen haben, mit dem sie einseitig vordergründige ökonomische Interessen durchsetzen werden.

Die Paradoxie besteht nun darin, dass alle Qualitätsmanagementsysteme patientenorientierte Maßnahmen ins Zentrum der Qualität rücken, ohne jedoch zu sagen, mit welchen Ressourcen dies erreicht werden kann. Die Paradoxie besteht ferner darin, dass Patientenorientierung in der Behandlung Drogenabhängiger noch immer im Widerspruch zu suchttherapeutischen Prinzipien zu stehen scheint. Die Kriterien der US-amerikanischen Joint-Commission zur Bewertung von Qualität im Krankenhaus schreiben patientenorientierten Maßnahmen 38 % des Gesamtbewertungsergebnisses

zu. Dazu gehören insbesondere Patientenrechte und Ethik in der Krankenversorgung, Gesundheitserziehung des Patienten (education) und Kontinuität der Krankenversorgung (continuum of care).

Auch das europäische EFQM-Modell betont, dass die Zufriedenheit der Leistungsempfänger, also hier der Heroinabhängigen, mit 20 % des Gesamtergebnisses bewertet wird. Im Teilkriterium 6a werden zum Beispiel die Messergebnisse und damit die Güte einer Organisation aus Sicht der Kunden dargelegt. Es ist schon eine delikate Vorstellung, einem Fixer eines Tages wie einem Kunden gegenüber zu treten. Die Respektierung der Mitbestimmung bei der therapeutischen Planung hat sich nämlich bisher als eines der wichtigsten Grundbedürfnisse herausgestellt (Krumpaszky 2000). Ähnlich lauten auch die Ergebnisse, die auf der Basis des Fragebogens der Picker-Institute in Harvard erfasst werden (Hochreutener 2000). Hier werden als die wichtigsten Bedürfnisdimensionen genannt:

- Respekt gegenüber den Werten, Vorlieben und Bedürfnissen der Patienten
- Koordination der Betreuung
- Information, Aufklärung und Instruktion
- Körperliches Wohlbefinden
- Emotionale Unterstützung und Minderung von Angst
- Einbezug von Familie und Angehörigen

Fazit: Qualität ist für die Kostenträger selbstverständlich, Kosten darf sie aber nicht sein. Qualität wollen wir Therapeuten selbstverständlich auch, nur der Patient sollte sie nicht bestimmen, das wissen wir schon besser.

Beikonsum oder die Macht des Faktischen

Von den Gegnern der Substitution wird das Argument des Beikonsums immer wieder als These gegen die Substitution benutzt. So liegt nach achtzehn Monaten in Substitution der Beikonsum von Heroin immer noch bei 25 %, von Kokain bei 57 %, von Benzodiazepinen bei 33 %, von Cannabis bei 67 % und von Alkohol bei 57 % (Uchtenhagen et al. 1997). Die neue Todesfallstatistik des Bundesministeriums für Gesundheit zeigt ohne Beschönigung, dass von den 1.812 Drogentoten im Jahre 1999 323 unter Beikonsum von Methadon und 28 gar nur an Methadon verstorben sind.

Von zwei Dritteln der Substituierten wird der fortgesetzte Beikonsum mit dem Argument begründet, es gehe ihnen das „Heroinfeeling“ verloren. Für diese Gruppe kommt möglicherweise die Substitution zu früh, so Raschke (1994). Substitution allein ist so gesehen sichtlich keine ausreichende Behandlung, da lediglich illegale Suchtmittel durch legale Stoffe ersetzt werden und an den Ursachen des Drogengebrauchs nicht gearbeitet wird. Einige Drogenabhängige verstehen das Substitut folgerichtig auch nur als Grundversorgung und verschaffen sich durch die Einnahme anderer Substanzen die gewünschte Wirkung. In der Praxis hat sich eine Tolerierung von Haschisch- und Alkoholkonsum mehr oder weniger durchgesetzt, was aber wiederum juristisch nicht unbedenklich ist. Hier muss dringend Abhilfe geschaffen werden. Beikonsum ist also ein Fakt, quasi der statistische Normalzustand und entfaltet eine hohe normative und destruktive Kraft.

Zum therapeutischen Stellenwert des Beikonsums

Ist Beikonsum ein Rückfall? Wie steht es mit der Veränderungsmotivation des Abhängigen in Substitution? Wo steht er im Veränderungsrad von Prochaska & DiClemente (1982)? Er befindet sich bestenfalls in der Phase der Problemorientierung, wenn nicht der Vorproblemphase. Ein wesentliches Kennzeichen dieser Phase ist Ambivalenz. Der Patient ist noch unentschlossen bezüglich des weiteren Weges, auch wenn er im Sinne sozial erwünschten Verhaltens irgendeine drogenfreie Zukunftsperspektive verbalisiert. Er ist noch weit weg von einem Veränderungsschritt, einer Entscheidung, einer konkreten eigenmotivierten Aktion. Er ist deshalb aus therapeutischer Sicht auch nicht rückfallfähig, da die in diesem Stadium bestenfalls erreichbare Konsumpause nicht mit einer abstinenten Lebenseinstellung verwechselt werden darf. Letztere ist aber Voraussetzung für einen Rückfall. Beikonsum ist demnach kein Ausdruck eines Rückfalls, sondern Zeichen des akuten Krankheitsgeschehens.

Anmerkungen zur Interaktion „Therapeut – Patient“ in der Substitution

Nach Bateson (1969) entsteht ein Problem immer dann, wenn eine Person glaubt, einseitig eine Beziehung kontrollieren zu können. Eine solche Annahme ist linear, impliziert einseitige Kausalität und leugnet den zirkulären oder reziproken Charakter einer Interaktion. Versucht jemand einseitig die Kontrolle zu übernehmen, so fühlt sich ein anderer bedroht. Der jeweils andere versucht dann seinerseits, die Kontrolle zu übernehmen. Dies gilt sowohl für Therapeuten als auch für Patienten.

In systemischer Sicht ist Beikonsum deshalb Ausdruck eines symmetrischen Machtkampfes (Bateson 1985), der auf den Versuch der Gesellschaft, einseitig die Kontrolle zu gewinnen, zurückzuführen ist. Der Therapeut als Sachwalter der Gesellschaft ersetzt ja ohne (Psycho-)Therapie nur auf

pharmakologischer Ebene den Suchtstoff, spricht allerdings von Therapie, obwohl er nach dem Willen des Gesetzgebers doch dem Abhängigen genau das nimmt, was er sucht und braucht, nämlich die spezifische Drogenwirkung. Der Abhängige sucht nun seinerseits, sich die erwünschten Wirkungen wieder zu beschaffen, weshalb er außerhalb des vereinbarten Settings die ihm wichtigen Stoffe weiter konsumiert, da ihm dies innerhalb des Settings nicht erlaubt werden kann. Dies ist gewissermaßen legitim, da er so sein Wohlbefinden (quality of life) stärkt, möglicherweise auch primäre psychische Störungen kompensiert und unerwünschte Wirkungen der Behandlung besser abfangen kann. Der Therapeut ist andererseits nach den geltenden Therapiestandards und der juristischen Bedrohung – auch das ist ein Dilemma – gefordert, den Beikonsum einzuschränken und schließlich zu unterbinden. Therapeut und Patient verfolgen unterschiedliche Interessen und versuchen – ein jeder für sich –, dem anderen seine Sichtweise aufzudrängen. So rüsten, wie zu Zeiten des Kalten Krieges, beide Seiten auf, der eine perfektioniert die Kontrollen, der andere die Tricks zur Umgehung der Kontrollen. Der Konflikt eskaliert so lange, bis der Substituierte aus dem Programm entfernt wird – im Grunde eine Katastrophe, es sei denn, der Therapeut kann in eine komplementäre Position wechseln, was ihn aber möglicherweise wieder in ein juristisches Dilemma bringt.

Zur Dialektik von „Sucht“ und „Grenzen“

Wenn es nun im Untertitel der Tagung „Offene Grenzen der Substitution“ heißt, so muss gerade auf diesen Punkt ausdrücklich hingewiesen werden. Eine Abhängigkeitserkrankung ist ja nicht unwesentlich dadurch gekennzeichnet, dass Grenzen verletzt, das heißt nicht eingehalten werden. Dieses Verhalten spielt eine bedeutende Rolle im Bereich der Entstehung von Suchterkrankungen, wo es durch einerseits rigide Grenzziehungen seitens der Erzieher, andererseits durch diffuse Grenzen innerhalb der Herkunftsfamilien, gekennzeichnet durch Übergriffe und Unklarheit, nicht selten zur Entwicklung einer Abhängigkeit kommt. Auch die Konzepte der Suchtkrankentherapie zeigen ein Oszillieren zwischen rigiden Grenzziehungen, wie sie in den therapeutischen Gemeinschaften der 60-er Jahre üblich waren, und Institutionen mit Ansprüchen auf Grenzenlosigkeit, wo man sich gegenseitig duzt und Übergriffe gestattet. Und auch heute scheinen manche Therapeuten jeglichen Sinn für klare Grenzen verloren zu haben. Selbst der Umgang mit Beikonsum kann unter dem Aspekt „Umgang mit Grenzen“ gesehen werden, wobei auch die strikten Verfechter der Substitution Mühe haben, das Augenmaß zu behalten.

Ein Blick auf das System „Substitution“: eine Situation mit Widersprüchen oder gar Paradoxien?

In der Substitutionsbehandlung haben wir es mit einem komplizierten System aus wesentlich drei Beteiligten zu tun, nämlich dem Kranken als dem zu Substituierenden, dem Therapeuten als Substituierer und dem Staat in verschiedenen Funktionen: als Hüter der Rechtsordnung und Garant der Ressourcen, der zum Beispiel NUB-Richtlinien (1999) zur Substitution erlässt.

Die Wirkungen von Paradoxien in menschlichen Interaktionen wurden im Unterschied zu widersprüchlichen Handlungsanweisungen zum ersten Mal 1956 von Bateson, Jackson, Haley und Weakland beschrieben. Widersprüchliche Handlungsanweisungen führen zu Konflikten, Paradoxien zu „Doppelbindungen“. Zu dem englischen Begriff „double bind“ gibt es im Deutschen im Wesentlichen zwei Übersetzungen, nämlich Stierlins (1959) „Beziehungsfalle“ und Lochs (1961) „Zwickmühle“. Wir ziehen hier die wörtliche Übersetzung „Doppelbindung“ vor.

Als Bestandteile einer Doppelbindung gelten nach Watzlawick (1990):

1. Zwei oder mehrere Personen stehen zueinander in einer engen komplementären Beziehung, die von physischer und/oder psychischer Lebenswichtigkeit ist. Derartige Situationen können zwischen Eltern und Kindern entstehen, in Zeiten von Krankheit, Gefangenschaft, materieller Abhängigkeit, in der Treue zu einem Glauben oder einer Ideologie, in der psychotherapeutischen Situation und so weiter. Auch der Drogenabhängige begibt sich in der Regel erst in der ultima ratio-Situation in Substitution und ist deshalb auf den Therapeuten ‚angewiesen‘.
2. In diesem Beziehungskontext wird eine Mitteilung oder eine Handlungsanweisung gegeben, die
 - a) primär eine negative Anweisung ist (zum Beispiel: „Nimm keine Drogen“),
 - b) eine sekundäre Anweisung enthält, die der primären auf einer höheren Ebene der Abstraktion widerspricht (zum Beispiel: „Nimm Methadon, auch wenn Methadon eine Droge ist“).
 - c) Wobei die sekundäre Anweisung ebenso wie die primäre durch Bestrafung oder existenzbedrohende Maßnahmen erzwungen wird (zum Beispiel: Konsum illegaler Drogen wird bestraft; wer illegale Drogen nimmt, bekommt kein Methadon; das Behandlungssetting ist juristischen Kategorien verpflichtet).
 - d) Diese beiden Aussagen sind also so zusammengesetzt, dass sie einander auf einer Metaebene negieren beziehungsweise unvereinbar sind.

Was heißt das auf unsere Situation übertragen: Haben wir es bei der Substitution mit Widersprüchlichkeiten zu tun oder gar mit Paradoxien? Nun, ein Mensch ist abhängig von Drogen, hier zum Beispiel von Heroin. Man sagt ihm, dass er aus therapeutischen Gründen keine Drogen nehmen darf. Um diese Bedingung erfüllen zu können, sagt man ihm, dass er Methadon oder Heroin als Substitut nehmen soll. Beides sind aber in seinen Augen Drogen. Er hört also: „Nimm Drogen, damit Du keine Drogen nimmst.“ Die Verschreibung einer Droge ist eine paradoxe Anweisung, ähnlich wie die Aufforderung an einen Alkoholkranken, kontrolliert zu trinken (Bateson 1985). Auf einer Metaebene wird die Anweisung durch Befolgung, also durch die Einnahme von Methadon in letzter

Konsequenz missachtet und erst dann befolgt, wenn er sich zur Abstinenz verpflichtet. Ganz verrückt wird es, wenn er auch noch dafür sanktioniert wird, sobald er die Anweisung wörtlich befolgt, aber andere Drogen nimmt als die, die ihm der Therapeut gerade gestatten will. Es ist dann plötzlich von Beigebrauch die Rede. Und stellen Sie sich vor, der Abhängige würde auch noch so argumentieren wie ich gerade. Man würde ihn für „verrückt“ halten.

Eine in einer Doppelbindung gefangene Person läuft also Gefahr, für richtige Wahrnehmungen bestraft und darüber hinaus als böswillig oder verrückt bezeichnet zu werden, wenn sie es wagen sollte zu behaupten, dass zwischen ihren tatsächlichen Wahrnehmungen und dem, was sie wahrnehmen soll, ein wesentlicher Unterschied besteht. Dies ist nach Watzlawick (1990) das Wesen der Doppelbindung.

Nochmals zur Verdeutlichung: Es handelt sich in der Situation der Substitution nicht um eine Konfliktsituation wie sie in klassischen Experimenten artifiziell herbeigeführt wird, wie zum Beispiel Appetenz – Aversion, Appetenz – Appetenz oder Aversion – Aversion, denn der Konflikt, in den sich Menschen oder Versuchstiere experimentell begeben, ist nie wirklich paradox.

Die berühmten Pawlow'schen Experimente (zitiert nach Watzlawick 1990) dagegen, in denen einem Hund zunächst der Unterschied zwischen einem Kreis und einer Ellipse beigebracht wird, dann aber die Unterscheidung zunehmend schwieriger und schließlich unmöglich gemacht wird, in dem man die Ellipse so lange verändert, bis sie sich der Kreisform nähert, diese Experimente erzeugen gezielt eine paradoxe Situation. Eine solche Versuchsanordnung enthält sämtliche Bestandteile einer Doppelbindung. Pawlow sprach von einer „Experimentalneurose“. Der Versuchsleiter zwingt dem Versuchstier zunächst die lebenswichtige Notwendigkeit richtiger Unterscheidung zwischen Kreis und Ellipse auf. Anschließend wird dem Hund die Unterscheidung innerhalb des bisherigen experimentellen Settings unmöglich gemacht. Der Hund ist mit einer Situation konfrontiert, in der sein Überleben von der Befolgung eines Gesetzes abhängt, das sich selbst verletzt. In diesem Stadium des Experiments beginnt das Versuchstier Verhaltensstörungen zu zeigen. Es kann bösartig werden oder zeigt große Angst.

Der wichtigste Unterschied zwischen einer widersprüchlichen und einer paradoxen Handlungsvorschrift besteht also darin, dass man im Fall der ersteren eine Alternative wählen muss und kann und damit eine andere verliert oder erleidet. Dieses Ergebnis kann höchst unerfreulich sein, aber es bleibt eine logische Wahlmöglichkeit. Die paradoxe Handlungsvorschrift dagegen macht die Wahl selbst unmöglich (Bateson 1969).

Zusammenfassend komme ich deshalb zu dem Ergebnis, dass der gesellschaftliche Auftrag zur Substitution paradox ist, die Kriterien einer double bind-Situation erfüllt und nach dieser Hypothese krankmachend ist.

Literatur

- Bateson, G. et al.: Auf dem Wege zu einer Schizophrenietheorie. In: Habermas, J. et al. (Hrsg.): Schizophrenie und Familie. Frankfurt/M. 1969.
- Bateson, G., Jackson D., Haley J., Weakland J.: Towards a Theory of Schizophrenia. Behavioral Science 1 (1956) 251.
- Bateson, G.: Ökologie des Geistes. Frankfurt/M. 1985.
- Flenker, B.: Drogenpolitik – substitions-gestützte Behandlung: Totbürokratisiert. Deutsches Ärzteblatt 97 (2000) A/92.
- Haley, J.: Ansätze zu einer Theorie pathologischer Systeme. In: Watzlawick P., Weakland J. (Hrsg.): Interaktion. München 1990.
- Hochreutener, M.A.: Entwicklung und Anwendung von Outcome-Indikatoren im Spitalbereich im Kanton Zürich. Vortrag „Qualitätsmanagement III“ vom 25.03.-01.04.2000, Bayerische Landesärztekammer.
- Krumpaszy, H.G.: KTQ: Ein Name, ein Programm? Vortrag „Qualitätsmanagement III“ vom 25.03.-01.04.2000, Bayerische Landesärztekammer.
- Loch, W.: Anmerkungen zur Pathogenese und Metapsychologie einer schizophrenen Psychose. Psyche 15 (1961) 684.
- NUB-Richtlinien Deutsches Ärzteblatt 96, Heft 25 (25.06.1999), Seite A-1733.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C.: The transtheoretical therapy: Towards a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research and Practise 19 (1982) 276-88.
- Raschke, P.: Substitutionstherapie. Freiburg 1994.
- Stierlin, H.: Bericht über die Versammlung der APA in Hawaii im Mai 1958. Psyche 13 (1959/60) 843.
- Watzlawick, P., Beavin, D., Jackson, D.: Menschliche Kommunikation, Formen, Störungen, Paradoxien. Bern-Stuttgart-Toronto 1990.
- Uchtenhagen, A. et al.: Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln – Abschlussbericht der Forschungsbeauftragten (Synthesebericht), IFS Zürich, 1997.
- Ullmann, R.: Presseerklärung der DGDS e.V. vom 29.06.99: Ziffer 202 bis 204 EBM – damit ist die wirtschaftliche Grundlage für Substitutionsbehandlungen zerstört.
- Wolffgramm, J.: Das Suchtgedächtnis – die Prägungshypothese. Vortrag auf der 5. Arbeitstagung des Landesverbandes Bayern in der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin und der Bayerischen Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis. Erlangen 05.05.2000.

Nebenkonsum und Beendigung der Substitution, Behandlungsabbruch und Konsequenzen

Jörg Götz

1. Gefahren des Nebenkonsums

Nebenkonsum in der Substitutionstherapie ist ein regelmäßig anzutreffendes Phänomen und eine langfristige therapeutische Aufgabe.

Es ist kein therapeutisches Ziel, jeglichen Nebenkonsum vollständig zu unterbinden. Nur dort, wo der Nebenkonsum die Verwirklichung der Therapieziele innerhalb der Substitutionsbehandlung unmöglich macht, wird die Beendigung des Nebenkonsums zum Kriterium, ob die Substitutionsbehandlung fortgesetzt werden kann oder abgebrochen werden muss. Als Faustformel gilt: Wenn die Risiken durch die Substitution die schadensmindernden Aspekte überwiegen, ist diese Therapieform nicht mehr indiziert.

Betrachtet man die Todesursachen bei substituierten Patienten, wird deutlich, dass der Beikonsum von Heroin oder anderen Substanzen für 22 % der Todesfälle innerhalb der Substitution verantwortlich ist.

Tabelle 1:

Todesursachen bei HIV-/HCV-koinfizierten IVDU, Praxiszentrum Kaiserdamm 1996-2000 (n=20)

AIDS	35 %	(n 14)
CAH C	27 %	(n 11)
Injektionskomplikation	12 %	(n 5)
Intoxikation	10 %	(n 4)
Suizid/Mord	10 %	(n 4)
Herzversagen	5 %	(n 2)

Diese Zahlen stammen aus einem Kollektiv von 200 Drogenabhängigen, die ausschließlich zur Behandlung einer bedrohlichen medizinischen Situation (HIV-/HCV-Doppelinfektion) substituiert wurden. Immerhin 9 dieser Patienten sind in einem Vier-Jahreszeitraum an ihrem Nebenkonsum verstorben, 2 weitere sind durch Verwicklung in Drogengeschäfte ermordet worden.

Von den hauptsächlich nebenkonsumierten Substanzen besitzen nicht alle das gleiche Risikopotential.

Tabelle 2:

Gefahrenpotential der beigebrachten Rauschmittel in der Substitution

Cannabis	in der Regel ungefährlich
Kokain	Dauerkonsum erfordert Beschaffungskriminalität
Heroin/Opiate	Intoxikation
Alkohol	Intoxikation, Störung der sozialen Rehabilitation Störung der Therapie der CAH C
Barbiturate	Intoxikation, Störung der sozialen Rehabilitation Störung der Behandlung bei HIV-Infektion, CAH C, Tbc
Benzodiazepine	Intoxikation, Störung der sozialen Rehabilitation Störung der Behandlung bei HIV-Infektion

2. Faktoren, die Nebenkonsum zum besonderen Risiko machen

Intravenöser Konsum illegaler Drogen ist in der Regel von fünf Syndromen begleitet, die zum Teil Ursache, zum Teil Folge der Abhängigkeit sind.

Tabelle 3:

Schädigungssyndrome bei intravenösem Drogenkonsum

1.	soziales Syndrom
2.	toxikomanes Syndrom
3.	psychiatrisches Syndrom
4.	somatisches Syndrom
5.	berufliches Desintegrationssyndrom

Jedes dieser Syndrome trägt zum polytoxikomanen Konsummuster bei und schafft unterschiedliche Gefahren durch den gleichzeitigen Gebrauch mehrerer Substanzen.

Das ungelöste soziale Syndrom mit illegalem Gelderwerb und Wohnsitzlosigkeit führt zum Leben auf der Drogenszene mit ständigen Angeboten unterschiedlicher psychotroper Substanzen. Der chronische Intoxikationszustand führt zu organischen und seelisch verursachten Störungen der Hirnleistungsfähigkeit und des Kritikvermögens. Daraus resultiert eine hochriskante Konsumform in Bezug auf Dosierungen, Kombinationen und Applikationsformen.

Die somatische und psychiatrische Komorbidität steigert die Gefahren von Mischkonsum. Um sich ein Bild von der Häufigkeit solcher Begleiterkrankungen zu machen, sind hier die Diagnosen von 200 konsekutiv behandelten Drogenkonsumenten in den Jahren 1996 bis 2000 dargestellt.

Tabelle 4:

Somatische Komorbidität bei 200 HIV-infizierten IVDU, Praxiszentrum Kaiserdamm Berlin von 1996-2000, (Mehrfachnennungen)

85 %	CAH C	(n 168)
6 %	CAH B	(n 13)
6 %	Leberzirrhose	(n 12)
9 %	Tuberkulose	(n 18)
7 %	Krampfleiden	(n 14)
15 %	ENF (Krea über 2,5)	(n 30)
2 %	dialysepflichtig	(n 4)
4 %	Herzklappenersatz	(n 8)
3 %	Herzinsuffizienz	(n 6)

Tabelle 5:

Psychiatrische Komorbidität bei 200 HIV-infizierten IVDU, Praxiszentrum Kaiserdamm Berlin 1996-2000, (Mehrfachnennungen)

10 %	keine psychiatrische Komorbidität	(n 20)
4 %	Adoleszentenkrise	(n 8)
14 %	Angstneurose	(n 27)
8 %	dissoziale Persönlichkeit	(n 15)
31 %	narzisstische Persönlichkeit	(n 62)
24 %	Borderline-Störung	(n 48)
10 %	Psychose	(n 20)

Unter den somatischen Begleiterkrankungen bedeuten vor allem die eingeschränkte Nierenfunktion, Synthesestörungen der Leber, Krampfleiden und chronische Virusinfektionen ein erhöhtes Intoxikationsrisiko für Mischkonsum. Im Bereich der psychiatrischen Erkrankungen sind dies vor allem die frühen Störungen mit fundamentalen Ich-Struktur-Defekten, die zu unkontrolliertem und maßlosem Konsum mehrerer Substanzen führen.

Werden bei der Behandlung chronischer Erkrankungen Medikamente benötigt, deren Stoffwechsel sich mit dem von verschiedenen Drogen kreuzt, entstehen zusätzliche Gefahren durch den Mischkonsum, die ohne Behandlung nicht aufgetreten wären.

Dies gilt bei Substituierten in mehrfacher Hinsicht. Häufig haben sie wegen psychiatrischer oder somatischer Erkrankungen eine unverzichtbare medikamentöse Therapie. In welchem Umfang dies in der Realität vorkommt, dokumentieren die Daten der *Tabelle 6*. An einer Gruppe von 461 HIV-Infizierten wurde die Anzahl der Begleittherapien ausgezählt, die bei Beginn der antiretroviralen Therapie gleichzeitig weitergeführt werden mussten.

Tabelle 6: Komedikation bei Beginn der HAART, Praxiszentrum Kaiserdamm Berlin 1996-2000

Komedikation	Drogenkonsumenten (n 145)	Homosexuelle Männer (n 316)
Opiate	92 %	1 %
Nemexin	5 %	
Antiarhythmika	11 %	0,3 %
Insulin	3 %	
Neuroleptika	33 %	0,6 %
Antidepressiva	20 %	3 %
Antiepileptika	15 %	
Interferone	29 %	0,6 %
Ribavirin	26 %	
RMP/INH/PZA/EMB	3 %	0,3 %

Im Vergleich zu homosexuellen HIV-Infizierten haben HIV-infizierte IVDU schon bei Beginn der HAART im großen Ausmaß eine unverzichtbare Komedikation mit Medikamenten, die häufig mit verschiedenen Drogen interagieren. Die Situation wird dann beim Beginn der antiretroviralen Therapie noch komplizierter und unberechenbarer, da zwei Stoffgruppen (die nicht-nucleosidalen Reverse-Transcriptase-Hemmer und die Protease-Hemmer) sowohl mit den anderen Medikamenten als auch mit den beigebrachten Drogen spiegelverändernde Wechselwirkungen provozieren.

3. Gründe für eine Beendigung der Substitution

In der Praxis konzentriert sich die Entscheidung zum Abbruch der Substitution auf vier typische Situationen:

- fortgesetzte Kriminalität zur Beschaffung von Drogen oder Medikamenten
- fehlende Verwirklichung der sozialen und beruflichen Rehabilitation
- Verhinderung medizinisch notwendiger Therapien
- Selbstgefährdung durch Intoxikation

Mit der Substitutionsbehandlung soll der Zwang zu kriminellen Handlungen und die damit verbundene soziale Desintegration beendet werden. Beides sind die Voraussetzungen für eine berufliche Reintegration. Wer über längere Zeiträume diesen Wandel im Lebensstil nicht vollbringt, für den ist offenbar die Substitution nicht die geeignete Therapieform seiner sozialen Devianz. Die Behandlung stabilisiert hier ein sozial schädliches Verhalten, finanziert aus den Beiträgen der Geschädigten.

Behindert oder vereitelt der Nebenkonsum Diagnose, Verlaufsmonitoring und Therapie chronischer Erkrankungen, derentwegen die Substitution begonnen wurde, so ist auch hier die Substitution nicht

die angemessene Behandlungsform. In der *Tabelle 7* sind einige dieser typischen Störungen dargestellt.

Tabelle 7: Störungen der Therapie durch das toxikomane Syndrom

- Verschleierung der psychiatrischen Grunderkrankung
- schlechte Compliance mit Resistenzbildung bei HIV, Tbc, HCV
- Medikamenteninteraktionen, Intoxikation (NVP, EFV, RTV, SQV, ABC)
- toxische Hepatitis, Pankreatitis (NVP, EFV, DDI, DDC, D4T)
- kein Verlaufsmonitoring bei IFN/RIB möglich

In diesen Situationen sind die Entscheidungen zum Abbruch der Substitution und zum Druck auf eine monovalente Opiatabhängigkeit oft schwierig. Zwei Beispiele sollen die beiden Pole beleuchten, die in der Lebenswirklichkeit schwierige Abwägungsprozesse nötig machen.

Fallbeispiel ZG, männlich, 34 Jahre, 17 Jahre IVDU, keine Therapie, kein Schulabschluss

Diagnosen	Therapiehierarchie	Tatsächlicher Verlauf
1. Heroinabhängigkeit	1. stationär: – Alkoholentzug	1. Substitution
2. Alkoholabhängigkeit	– Substitution	2. RMP/INH/PZA/EMB
3. Mitralklappenersatz	– Marcumarisierung	
4. HIV-Infektion CDC C2	– DOT-Tbc-Therapie	
5. Darmtuberkulose	2. Haart ambulant	
6. CAH C (F2/A1)	3. IFN/RIB-Therapie der CAH C	

Ergebnis:

Miserable Compliance, Heroin-/Alkoholbeikonsum, toxische Hepatitis Tod durch Landouzy-Sepsis nach 5 Monaten

Bei dieser Häufung somatischer Erkrankungen neben einer zusätzlichen Alkoholabhängigkeit ist ein ambulanter Therapieversuch kontraindiziert, da rasch und präzise zwei Ziele verwirklicht werden müssen: Alkoholentzug und erfolgreiche Initialtherapie der Tbc. Der Tod durch die Landouzy-Sepsis nach fünf Monaten entspricht dem zu erwartenden Verlauf ohne ärztliche Intervention.

Fallbeispiel GK, männlich, 37 Jahre, 17 Jahre IVDU, 12 Jahre Gefängnis wegen Gewaltdelikten

Diagnosen	Therapiehierarchie	Tatsächlicher Verlauf
1. Heroinabhängigkeit	1. Substitution	1. Substitution
2. Benzodiazepinabhängigkeit	2. 40 mg Diazepam/die	2. HAART ohne DOT
3. dissoziale Persönlichkeit (aggressiv/gewalttätig)	3. ART once-daily DOT	3. mehrfach stationäre Benzodiazepin-Entzüge
4. HIV-Infektion CDC B2	4. keine IFN/Ribavirin-Therapie	
5. CAH C (F 3, EA 3)		

Ergebnis:

Verkauf der Rezepte, nach drittem Benzodiazepin-Entzug Schlägerei mit Todesfolge, Haftstrafe

Die Biographie dieses Patienten zeigt: Das zentrale therapeutische Problem ist die Kontrolle der gewalttätigen Impulshandlungen. Die Krankengeschichte legt nahe, dass nur mit dem Konsum von Benzodiazepinen gewaltfreie Lebensepisoden gelingen. Insofern ist der Zwang zum Entzug von diesem Beikonsum zwar formal „lege artis“, aufgrund der lebensgeschichtlichen Belege ist aber vorübergehend eine Abweichung von den geltenden Therapieregeln indiziert.

4. Interventionen gegen Nebenkonsum

Es gibt eine Reihe von Interventionen, mit denen zunächst versucht werden muss, die Ursachen des Beikonsums zu beseitigen:

- ausreichende Opiatdosis
- Umstellung auf anderes Opiat
- Trennung von heroinabhängigen Partnern
- Ersatz der Kontakte zu Szene-Bekanntem
- Beseitigung von Wohnsituationen mit Suchtmilieu (Wohnheime)
- Überwindung sozialer Krisen
- Ersetzen der „Selbsttherapie“ bei psychiatrischer Komorbidität
- stationärer Entzug bei Mehrfachabhängigkeit

Ein mit diesen Maßnahmen nicht beherrschbarer Beikonsum ist eine Indikation zum Abbruch der Substitutionstherapie, da unter diesen Bedingungen die angestrebten Ziele der Schadensminderung und der Rehabilitation nicht erreicht werden können.

5. Abbruch der Substitution

Der Patient sollte in mehreren Gesprächen mit dem bevorstehenden Abbruch der Substitution konfrontiert werden. Gleichzeitig sollten mit ihm die therapeutischen Alternativen besprochen werden.

Der Abbruch einer Substitutionsbehandlung wird vom Patienten häufig als Strafaktion oder überflüssiger Willkürakt des Arztes und des Drogenberaters empfunden. Suchttherapeutisch wichtig ist in diesem Zusammenhang, auf die Realität hinzuweisen: Eine Therapieform wird abgebrochen, weil sie auf Grund der aktuellen Situation als ungeeignet eingestuft werden muss.

Tabelle 8: Vorgehen beim Abbruch der Substitution wegen Nebenkonsum

- Konfrontation mit Nebenkonsum
- Strategien zur Beseitigung der Ursachen
- stationärer Entzug falls nötig
- Ankündigung der Beendigung
- Gespräch über Modalitäten

(Abdosieren, Übergabe an anderen Arzt)

Dem faktischen Abbruch der Substitution geht also eine Phase voraus, in der dem Patienten deutlich gemacht wird, dass eine Beendigung ansteht, wenn er bestimmte Verhaltenweisen nicht ändert. Ist er dazu nicht in der Lage, wird schließlich ein Termin festgelegt, an dem die Substitutvergabe definitiv zum letzten Mal stattfindet.

„Drug Interactions“:

Gefährdung der Substitution

Hildegard Sourgens

Die pharmakodynamische Basis einer erfolgreichen Methadonsubstitution besteht in einer Unterdrückung der Entzugssymptomatik und zusätzlich – bei ausreichend hoher Dosierung und mit zunehmender Behandlungsdauer – in einer Blockade der euphorisierenden Wirkung von Heroin. Die erwünschten pharmakodynamischen Wirkungen von Methadon sind untrennbar verknüpft mit pharmakokinetischen Eigenschaften, vor allem der relativ langen Halbwertszeit (22 Stunden im Mittel) und der ausgeprägten Bindung an Gewebeproteine. Diese Eigenschaften erlauben auch im Prinzip eine einmal tägliche Dosierung. Die Blockade der euphorisierenden Wirkung durch Methadon richtet sich speziell gegen Opiate und nicht gegen andere beigebrachte Substanzen, wie zum Beispiel Kokain und Benzodiazepine. Sowohl Kokain als auch Benzodiazepine entfalten hingegen Interaktionen mit Methadon, die dem Ziel einer Methadonsubstitution entgegenwirken, nämlich der dauerhaften persönlichen und gesellschaftlichen Rehabilitation der Betroffenen. In diesem Beitrag sollen die von Kokain und Benzodiazepinen ausgehenden Gefahren für die Methadonsubstitution aus pharmakologischer Sicht kurz vorgestellt werden.

Interaktionen zwischen Methadon und Kokain

Die Erfahrung der amerikanischen Drogenszene wird gekennzeichnet durch die Aussage „cocaine eats the meth“; das bedeutet, Methadon verliert seine Wirksamkeit bei Gebrauch von Kokain. Dieser Glaube führt nicht selten zu einer Wiederaufnahme des Heroingebrauchs. Inzwischen liegen Hinweise vor, dass Kokain tatsächlich die Methadonserumspiegel senkt.

In einer Studie an 74 methadonsubstituierten Patienten, die nach Kriterien des DSM III-R Kokainabusus betrieben, wurde die Frage untersucht, ob eine Erhöhung der täglichen Methadondosis von 30-80 mg auf maximal bis zu 160 mg zu einer Aufgabe des Kokainabusus führt (Tennant & Shannon 1995). Nur bei 21 von 74 Patienten (28,4 %) sistierte der Kokainabusus nach Erhöhung der täglichen Methadondosis. Bei 67 Patienten wurden die Methadonserumspiegel 24 Stunden nach Applikation (= Talspiegel) bestimmt. Alle Patienten erhielten 100 mg Methadon. Nur bei 8 von 67 Patienten wurde ein ausreichender Talspiegel von mindestens 200 ng/ml gefunden, alle anderen Patienten hatten Serumspiegel unterhalb dieser kritischen Grenze, bezogen auf die Verabreichung eines Razemats. Bei 48 von 67 Patienten (71,6 %) betrug der Wert sogar weniger als 100 ng/ml. Ein so niedriger Talspiegel ist nicht mehr mit einer ausreichenden Substitution vereinbar und führt zu einer drastischen Zunahme des Beigebruchs insgesamt. Hierzu liegen auch deutsche Erfahrungen vor (vgl. Staak et al. 1993).

Die niedrigen Methadonserumspiegel bei Kokainbeigebruch können verschiedene Ursachen haben:

1. Die dem Kokain eigenen sympathomimetischen Wirkungen führen zu einer Beschleunigung des Metabolismus insgesamt.

2. Chronischer Kokainabusus kann die renale Rückresorption behindern und so eine erhöhte Clearance von Methadon verursachen.
3. Kokain kann durch Stimulierung hepatischer mikrosomaler Enzyme den Metabolismus von Methadon beschleunigen.
4. Die Resorption von Methadon aus dem Gastrointestinaltrakt kann durch Kokain behindert werden, und zwar durch eine Hemmung der Magensaftsekretion oder durch eine intestinale Ischaemie.

Die verschiedenen Möglichkeiten der Störung eines adäquaten Methadonserumspiegels durch Kokain machen verständlich, warum in der oben genannten Studie nur bei einer kleinen Zahl von Substituierten eine Erhöhung der täglichen Methadondosis erfolgreich war. Eine Bestimmung des Methadontalspiegels kann dazu beitragen, eine klinisch bedeutsame Interaktion mit Kokain im Einzelfall zu erkennen und dann gegebenenfalls nach anderen Therapiemöglichkeiten zu suchen.

Opiatabhängige benutzen Kokain aus verschiedenen Gründen:

1. Antagonismus des sedativen Effekts von Opiaten,
2. Erzeugung einer Euphorie, die von Opiaten unabhängig ist,
3. Unterdrückung von Opiatentzugssymptomen.

Nicht erwünscht ist hingegen

4. eine Auslösung von Opiatentzugserscheinungen durch Interaktion mit Kokain.

Eine 1996 erschienene Studie untersuchte unter Doppelblind-Bedingungen die Wirkung einer intravenösen Verabreichung von Kokain (0, 12,5, 25 und 50 mg) bei elf methadonsubstituierten Patienten (50 mg po) im Vergleich zu elf Patienten mit Opiaterfahrung, die nicht abhängig waren (Preston et al. 1996). Die subjektiv angenehmen Effekte, gemessen mit Scores, zeigten eine dosisabhängige Zunahme während der 2-stündigen Beobachtungsdauer, die bei Patienten unter Methadonsubstitution deutlich ausgeprägter war als in der Vergleichsgruppe der Nicht-Opiatabhängigen. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen ergaben sich für die Parameter "good effects", "liking" und "rush" bereits bei einer Dosis von 25 mg Kokain. Bei 50 mg Kokain war "desire for cocaine" besonders stark ausgeprägt bei den Methadonpatienten, die Unterschiede zu den Nicht-Opiatabhängigen waren bereits nach 5 Minuten statistisch signifikant und blieben es im gesamten weiteren Beobachtungszeitraum von 2 Stunden. Neben den subjektiven Parametern kam es auch zu einer signifikanten Zunahme der Pulsfrequenz unter Methadon plus 50 mg Kokain im Vergleich zu 50 mg Kokain allein. Die Autoren vermuten auf Grund der Befunde eine pharmakologische Interaktion als Basis für den Beigebrauch von Kokain durch methadonsubstituierte Patienten.

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt eine Studie, in der 16 methadonsubstituierte Patienten (Methadondosis zwischen 20 und 100 mg) eine oder mehrere intravenöse Injektionen Kokain (0 bis 48 mg/70 kg) erhielten (vgl. Foltin et al. 1995). Sowohl nach einmaliger als auch nach mehrmaliger Injektion von Kokain kam es zu einer dosisabhängigen Zunahme kardiovaskulärer und subjektiver Effekte. Die Effekte des Kokains waren nicht abhängig vom Einnahmezeitpunkt des Methadons und vergleichbar stark ausgeprägt 1 Stunde oder 22 Stunden nach Methadonapplikation. Im Vergleich zu opiatenerfahrenen, aber nicht abhängigen Personen war der "opiate symptom score" bei den Methadonpatienten nach Kokaininjektion um 100 % stärker ausgeprägt (historischer Vergleich im

gleichen Labor). Bei einer täglichen Methadondosis >60 mg nahmen die subjektiv als angenehm empfundenen Kokaineffekte in dieser Studie sogar signifikant zu ($p < 0.05$) im Vergleich zu einer täglichen Dosis von 20-60 mg Methadon. Die Autoren schließen daraus, dass Methadon als Opiatgrundlage dienen kann, um ein Äquivalent des „speedball“-Effekts (Kombination aus Heroin und Kokain) zu erleben.

In einer kontrollierten, randomisierten Studie mit 125 Patienten wurde die Wirkung von Kokain auf das Ausmaß der Opiatentzugssymptomatik bei Patientengruppen unter zwei unterschiedlichen Methadonsubstitutionsdosen (35 mg vs 65 mg über 6 Monate) im Vergleich zu zwei Buprenorphin-Substitutionsdosen (2 mg oder 6 mg/Tag) untersucht (vgl. Stine & Kosten 1994). Opiat-Entziehungssymptome wurden mit einer 25-Punkte-Skala erfasst, wobei jeder Punkt (Stichwort) mit einem Schweregrad von 1-75 bewertet werden konnte. Das Ausmaß der pro Woche errechneten Entzugssymptomatik war in der Methadongruppe mit der niedrigen Erhaltungsdosis bei Kokainabusus deutlich und statistisch signifikant niedriger im Vergleich zur Entzugssymptomatik ohne Kokainabusus; ähnliche Ergebnisse wurden für Buprenorphin erzielt. Andererseits nahm bei den Patienten unter der höheren Substitutionsdosis bei Kokainabusus das Ausmaß der Entzugssymptome deutlich und statistisch signifikant zu im Vergleich zu Patienten, die kein Kokain genommen hatten. Diese widersprüchlich erscheinenden Befunde werden von den Autoren mit einem Zwei-Komponenten-Modell erklärt: Bei Patienten unter niedriger Methadonerhaltungsdosis kann ein diskreter, protrahierter Entzug bestehen bleiben, der durch Kokain subjektiv gemildert wird. Bei höheren Methadondosen besteht diese protrahierte Entzugssymptomatik nicht, jedoch sind die Patienten gegenüber einer pharmakologischen Auslösung eines Entzugs empfindlicher (zum Beispiel durch Opiatantagonisten oder adrenerge Agonisten). Bei Patienten mit einer höheren Methadonsubstitutionsdosis kann die Verabreichung von Kokain über einen adrenergen Agonismus zur Auslösung einer Entzugssymptomatik führen (precipitated withdrawal). Beide pharmakodynamischen Effekte des Kokains sind immer gleichzeitig vorhanden, die jeweils dominierende Komponente der Kokainwirkung (Abnahme der Entzugserscheinungen oder Zunahme der Entzugserscheinungen) ist abhängig vom Ausmaß der jeweiligen Opiatabhängigkeit.

Alle hier aufgeführten Studien belegen eine medizinisch bedeutende Interaktion zwischen Methadon und Kokain, wobei Kurzzeit- und Langzeiteffekte des Kokains immer der Intention der Methadonsubstitution zuwiderlaufen: Sie stören empfindlich den Prozess der Rehabilitation und führen zurück ins Suchtgeschehen.

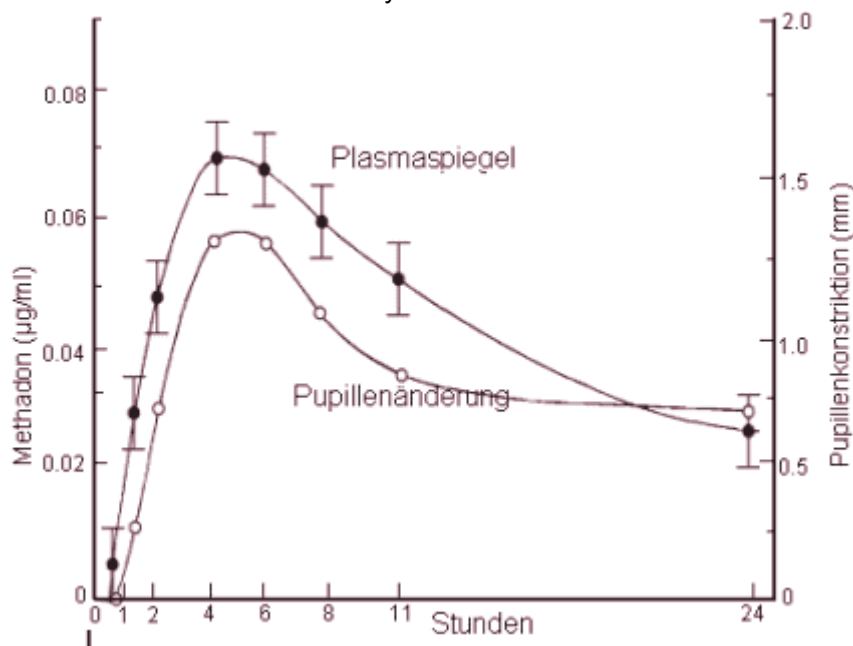
Interaktionen zwischen Methadon und Benzodiazepinen

Auf einer Werteskala von +5 (sehr angenehm) bis -5 (sehr unangenehm) erzielten Benzodiazepine einen Punktwert von 0.82 ± 1.89 in einer Befragung von methadonsubstituierten Patienten (Barnas et al. 1992). Der Vergleichswert für Kokain betrug 3.5 ± 2.16 , Neuroleptika erzielten 3.2 ± 1.84 . Innerhalb der Gruppe der Benzodiazepine waren Flunitrazepam und Diazepam führend. Obwohl die subjektive Bewertung der Benzodiazepineffekte niedriger lag als der Kokain-Vergleichswert, ist die Anwendung von Benzodiazepinen durch oder bei methadonsubstituierte(n) Patienten keinesfalls als unbedenklich zu betrachten. Die klinische Erfahrung zeigt, dass akut verabreichte Benzodiazepine die Wirkung von Methadon verstärken können.

In einer doppelblinden, randomisierten, plazebokontrollierten Studie mit 5 Patienten unter Methadonsubstitution wurde die Wirkung von zusätzlich akut verabreichtem Diazepam (20 und 40 mg) auf objektive und subjektive Parameter untersucht (Preston et al. 1984). Gleichzeitig wurde dabei auch eine Abhängigkeit von der Methadondosis untersucht (bei 100 %, 150 % und 200 % der individuellen Methadonerhaltungsdosis). Im akuten Versuch betrug die Beobachtungsdauer jeweils 30 Minuten unmittelbar vor Verabreichung der Testsubstanzen bis 2 Stunden danach. Als objektiver Parameter diente die Messung des Pupillendurchmessers. Aus einer anderen Untersuchung war bekannt, dass eine direkte Abhängigkeit zwischen Methadonplasmaspiegel und Pupillenkonstriktion gegeben ist, siehe *Abbildung 1*.

Abbildung 1:

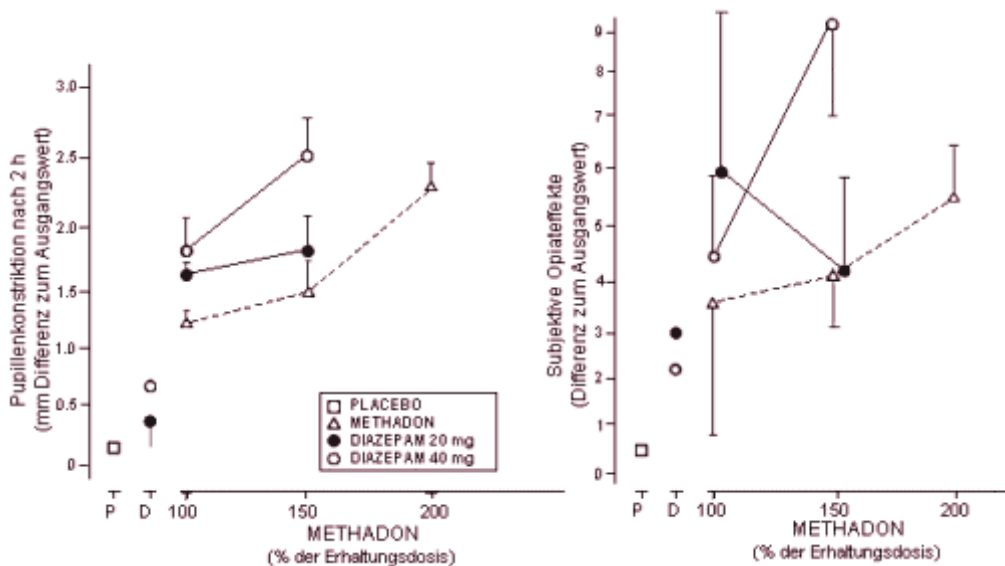
Methadonplasmaspiegel und Pupillenkonstriktion bei 5 gesunden Probanden nach oraler Verabreichung von 5 mg Methadon (Mittelwert \pm Standardabweichung) verändert nach Inturrisi & Verebely 1972



Die Ergebnisse der Interaktionsstudie sind in *Abbildung 2* dargestellt.

Abbildung 2: Interaktion zwischen Methadon und Benzodiazepinen an Hand von Pupillenkonstriktion und subjektiven Opiateffekten

verändert nach Preston et al. 1984



Methadon führte dosisabhängig zu einer Zunahme der Pupillenkonstriktion und der subjektiv empfundenen Opiateffekte. Placebo und Diazepam allein hatten keinen nennenswerten Effekt auf diese Messparameter. Die Kombination von Methadon (150 % der Erhaltungsdosis) und Diazepam führte dosisabhängig zu einer Zunahme der Pupillenkonstriktion und der subjektiv empfundenen Opiateffekte als Ausdruck der Interaktion. Für 40 mg Diazepam plus Methadon (150 % der Erhaltungsdosis) waren die Effekte auf Pupillenkonstriktion und subjektive Effekte stärker oder gleich stark ausgeprägt wie die Wirkungen einer Methadondosiserhöhung auf 200 % der Erhaltungsdosis. Der Mechanismus dieser Interaktion ist nicht endgültig geklärt. Eine Wirkung von Benzodiazepinen auf endogene Opiatrezeptoren ist wahrscheinlich.

Die Befunde sprechen für eine klinisch bedeutsame pharmakodynamische Interaktion zwischen Methadon und Benzodiazepinen. Sie stehen im Einklang mit der Erfahrung des gehäuferten Beigebrauchs von Benzodiazepinen durch methadonsubstituierte Patienten und liefern Grundlagen zum Verständnis für diesen Missbrauch.

Auch diese pharmakodynamische Interaktion ist nicht mit den Zielen der Methadonsubstitution vereinbar. Der Beigebrauch von Benzodiazepinen stört den Prozess der Rehabilitation und führt nicht nur tiefer in die Sucht und in eine unbedachte Risikobereitschaft im Hinblick auf AIDS (vgl. Darke et al. 1993), sondern verringert auch die Überlebenschancen der Betroffenen. Methadonsubstituierte Patienten, die eine Benzodiazepinabhängigkeit entwickeln, haben ein achtfach erhöhtes Mortalitätsrisiko verglichen mit methadonsubstituierten Patienten, die nicht benzodiazepinabhängig sind (Coplehorn 1996).

Literatur

- Barnas, C., Rossmann, M., Roessler, H., Riemer, Y., Fleischhacker, W.W.: Benzodiazepines and other psychotropic drugs abused by patients in a methadone maintenance program: familiarity and preference. *J-Clin-Psychopharmacol* 1992; 12: 397-402
- Caplehorn, J.R.M.: Risk factors for non-HIV-related death among methadone maintenance patients. *Eur-Addict-Res* 1996; 2: 49-52
- Darke, S., Swift, W., Hall, W., Ross, M.: Drug use, HIV risk-taking and psychosocial correlates of benzodiazepine use among methadone maintenance clients. *Drug-Alcohol-Depend* 1993; 34: 67-70
- Foltin, R.W., Christiansen, I., Levin, F.R., Fischman, M.W.: Effects of single and multiple intravenous cocaine injections in humans maintained on methadone. *J-Pharmacol-Exp-Ther* 1995; 275: 38-47
- Inturrisi, C.E., Verebely, K.: Disposition of methadone in man after a single oral dose. *Clin Pharmacol Ther* 1972; 13: 923-930
- Preston, K.L., Griffiths, R.R., Stitzer, M.L., Bigelow, G.E., Liebson, I.A.: Diazepam and methadone interactions in methadone maintenance. *Clin-Pharmacol-Ther* 1984; 36: 534-41
- Preston, K.L., Sullivan, J.T., Strain, E.C., Bigelow, G.E.: Enhancement of cocaine's abuse liability in methadone maintenance patients. *Psychopharmacology* 1996; 123: 15-25
- Staak, M., Käferstein, H., Schumacher, B., Sticht, G., Iffland, R.: Levomethadon-Plasmaspiegel und Beigebrauch von Sedativa im Methadon-Erprobungsprogramm. *Blutalkohol* 1993; 30: 232-239
- Stine, S.M., Kosten, T.R.: Reduction of opiate withdrawal-like symptoms by cocaine abuse during methadone and buprenorphine maintenance. *Am-J-Drug-Alcohol-Abuse* 1994; 20: 445-58
- Tennant, F., Shannon, J.: Cocaine abuse in methadone maintenance patients is associated with low serum methadone concentrations. *J-Addict-Dis* 1995; 14: 67-74

Der Einfluss von Stimmung, Stress und Ängstlichkeit auf das Verlangen nach Heroin und Substanzen des Beikonsums bei Opiatabhängigen

Sabine Grüsser ¹, Düffert, Susanne ¹, Jellinek, Christian ², Jana Kroekel ¹

In den letzten Jahrzehnten wird die Rolle von Lernmechanismen bei der Entstehung und Aufrechterhaltung sowie der Genese von Abhängigkeit wieder verstärkt diskutiert, wobei das Drogenverlangen (Craving) einen zentralen Faktor darstellt (zum Beispiel Kozlowski & Wilkinson 1987, Wise 1988). Verheul und Kollegen (1999) gehen davon aus, dass Verlangen vielschichtig ist (vgl. auch Geerlings & Lesch 1999) und unterscheiden in ihrer psychobiologischen Theorie zum Alkoholverlangen drei Arten von Drogenverlangen: das Belohnungsverlangen, das Erleichterungsverlangen und das zwanghafte Verlangen.

Das Modell der klassischen Konditionierung hat maßgeblich dazu beigetragen, die Entstehung des zwanghaften Drogenkonsums, aber auch die Mechanismen des Rückfalls zu erklären (O'Brien et al. 1992, Wikler 1948). So können ehemals neutrale Reize (Situationen oder Gefühlszustände), die mit dem Drogengebrauch assoziiert sind, drogenähnliche (Euphorie) oder drogengegensätzliche (Entzug) konditionierte Reaktionen hervorrufen und Drogenverlangen auslösen (Grüsser et al. 1999). Die Droge kann dabei entweder deshalb verlangt werden, weil sie Entzugssymptome lindert oder angenehme Wirkungen hervorruft (operante Verstärkung, vgl. Baker et al. 1987). Neuere Befunde zur Rolle neuroadaptiver Mechanismen weisen darauf hin, dass durch die Sensitivierung der mesolimbischen dopaminergen Neurotransmission drogenassoziierte Reize als gewünscht hervorgehoben werden (Anreizhervorhebung) und einen spezifischen konditionierten motivationalen Zustand hervorrufen (Robinson & Berridge 1993, Berridge & Robinson 1998). Dieser kann unabhängig vom emotionalen Status (Entzug oder Euphorie) ein sogenanntes Drogengedächtnis (Böning 1994) aktivieren, das Drogenverlangen auslöst und zur wiederholten Drogeneinnahme führt. Bislang wurde jedoch die Erhebung des Verlangens nach Substanzen des Beikonsums sowie der Einfluss von Persönlichkeitsvariablen auf das Drogenverlangen in den meisten Untersuchungen vernachlässigt.

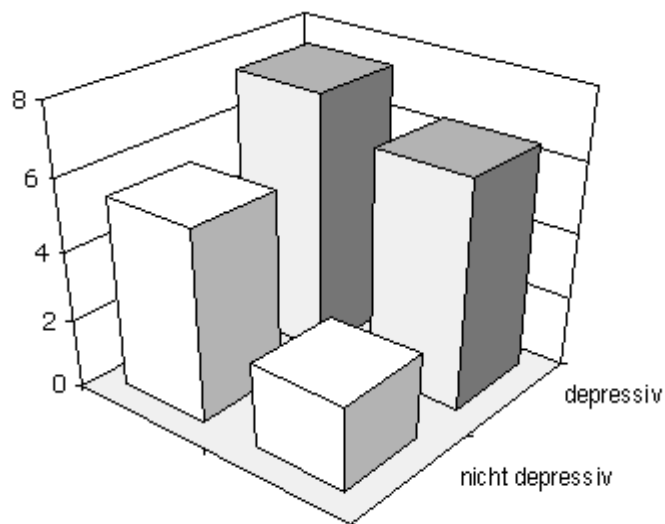
Im Rahmen einer Untersuchung zu Mechanismen, die zur Aufrechterhaltung von Abhängigkeit beitragen, wurde visuelles drogenassoziiertes Reizmaterial entwickelt und das reizinduzierte Drogenverlangen erhoben (Grüsser et al. 2000). In einer weiteren Untersuchung wurde an einer Stichprobe von 10 opiatabhängigen Patienten (Alter in Jahren $M=34.3$, $SD=6.46$; 4 männlich und 6 weiblich) im Vergleich zu 10 nicht abhängigen Kontrollprobanden (Alter in Jahren $M=30.8$, $SD=5.0$; 4 männlich und 6 weiblich) das reizinduzierte subjektive Drogenverlangen nach Darbietung von drogenrelevanten (Grüsser et al. 2000), neutralen, negativen und positiven (IAPS, Lang et al. 1988)

visuellen Reizen erhoben. Des Weiteren wurden die emotionale Verarbeitung der Reize und reizinduzierte physiologische Reaktionen (Hautleitwert und Herzfrequenz) getestet.

In einer weiteren Studie wurde das Drogenverlangen bei 30 methadonsubstituierten opiatabhängigen Patienten (Alter in Jahren $M=30.53$, $SD=6.30$; 21 männlich und 9 weiblich) hinsichtlich ihres Drogenkonsums (Cannabis, Alkohol, Schlaf- und Beruhigungsmittel und Kokain) untersucht und der Zusammenhang zwischen dem Ausmaß des Verlangens nach verschiedenen psychotropen Substanzen und dem Stresserleben, der Ängstlichkeit und dem Einfluss von trauriger Stimmung geprüft. Alle untersuchten opiatabhängigen Patienten gaben eine Dauer von mehr als 12 Jahren für ihren Opiatkonsum an.

Bei der Untersuchung an den 10 heroinabhängigen Patienten sowie den 10 gesunden Kontrollprobanden zeigte sich, dass aktuell konsumierende, abhängige Patienten im Vergleich zu gesunden Kontrollprobanden signifikant stärkeres drogenreizinduziertes Verlangen haben ($p<.001$). Es konnte ein Einfluss von Depressionen, nicht jedoch von Ängstlichkeit und Stress auf das Drogenverlangen nach Darbietung der negativen Reize gezeigt werden. Depressive Patienten zeigten signifikant mehr Heroinverlangen ($p=.047$) nach Darbietung der negativen, nicht jedoch nach Darbietung der heroinrelevanten Bilder ($p=.660$) als nicht depressive Patienten.

Abbildung 1: Depressivität als Einflussvariable auf das reizinduzierte Verlangen (Craving) nach Heroin bei Heroinabhängigen



Es zeigte sich, dass gestresste Patienten nach Darbietung der Heroinbilder tendenziell mehr Heroinverlangen als nicht gestresste Patienten ($p=.086$) angaben, wohingegen sich nach der Darbietung der negativen Reize kein Gruppenunterschied zeigte ($p=.850$). Beide Gruppen empfanden die Heroinreize als unangenehm ($p=.756$). Heroinabhängige Patienten zeigten einen signifikant stärkeren Anstieg des Hautleitwertes (HLW) und der Herzfrequenz (HF) nach Darbietung der Heroinbilder (HLW $p=.021$, HF $p=.002$). Im Gegensatz dazu gab es keinen signifikanten Gruppenunterschied nach Darbietung der negativen Bilder (HLW $p=.534$, HF $p=.390$).

Bei der Untersuchung des Verlangens nach den verschiedenen psychotropen Substanzen des Beikonsums bei den methadonsubstituierten Patienten zeigte sich, dass die verschiedenen Dimensionen des Verlangens nach Tiffany und Drobes (1991) signifikant miteinander zusammenhängen ($p < .005$ bei allen Korrelationen). So konnte zum Beispiel gezeigt werden, dass je höher das Verlangen nach der jeweiligen Substanz ist, desto höher ist auch die Absicht, die Droge einzunehmen, die Erwartung der Erleichterung von Entzugserscheinungen (mit Ausnahme von Cannabis) sowie die Erwartung einer positiven Wirkung. Von den 30 untersuchten Patienten gaben 27 Verlangen nach den beikonsumierten Drogen an, davon berichteten 20 Verlangen nach Cannabis, 15 nach Alkohol, 12 nach Kokain, 8 nach Beruhigungs- und Schlafmitteln und 15 Verlangen nach Heroin.

Es zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Ausmaß des generellen Verlangens nach den beikonsumierten Drogen und dem Ausmaß des Verlangens nach Cannabis ($r = .54$, $p = .002$), Heroin ($r = .53$, $p = .002$) und Alkohol ($r = .51$, $p = .004$) und ein fast signifikanter Zusammenhang mit dem Ausmaß des Kokainverlangens ($r = .35$, $p = .058$) und dem Verlangen nach Beruhigungs- und Schlafmitteln ($r = .35$, $p = .056$). Je trauriger die Stimmung in den vergangenen vier Wochen war, desto höher ist das generelle Verlangen nach den beikonsumierten Drogen ($r = .41$, $p = .024$) und die Absicht, insbesondere Alkohol ($r = .39$, $p = .032$) und Cannabis ($r = .39$, $p = .034$) zu konsumieren. Je ängstlicher sich die Patienten fühlten, desto angespannter und gestresster fühlten sie sich auch ($r = .59$, $p = .001$). Ängstliche Patienten zeigten tendenziell mehr Verlangen nach den beikonsumierten Drogen ($p = .070$) als nicht ängstliche Patienten. Patienten, die Entzugserscheinungen berichteten, unterschieden sich signifikant im Ausmaß des generellen Verlangens nach den beikonsumierten Substanzen ($p = .025$) und waren signifikant ängstlicher ($p = .042$) im Vergleich zu Patienten, die keine Entzugserscheinungen berichteten.

Die Ergebnisse legen nahe, dass mit dem Heroinkonsum assoziierte Reize Drogenverlangen und veränderte (erhöhte) physiologische Reaktionen bei den abhängigen Patienten im Vergleich zu nicht abhängigen gesunden Kontrollprobanden auslösen. Negative (stressinduzierende) Reize lösen besonders bei depressiven Heroinkonsumenten Drogenverlangen aus. Gestresste Patienten geben nach Darbietung der Heroinbilder mehr Drogenverlangen an, was auf die Erwartung einer entspannenden Drogenwirkung zurückzuführen ist. Stress, traurige Stimmung und Ängstlichkeit scheinen wichtige Einflussvariablen für das generelle Verlangen nach beikonsumierten Drogen zu sein. Auch das Vorhandensein von Entzugserscheinungen trägt maßgeblich zum Drogenverlangen bei.

Die weitere Erforschung von Lernmechanismen und der damit assoziierten neurobiologischen Veränderungen sollte dazu führen, optimale Kombinationen von verhaltenstherapeutischer und pharmakologischer Behandlung der Drogenabhängigkeit zu entwickeln.

Literatur

- Baker, T.B., Morse, E. & Sherman, J.E. (1987). The motivation to use drugs: A psychobiological analysis of urges. In P.C. Rivers (Ed.). *The Nebraska Symposium on Motivation: Alcohol use and abuse* (pp 257-323). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Berridge, K.C. & Robinson, T.E. (1998). What is the role of dopamine in reward: hedonic impact, reward learning, or incentive salience? *Brain Research Reviews*, 28, 309-369.
- Böning, J. (1994). Warum muss es ein „Suchtgedächtnis“ geben? Klinische Empirie und neurobiologische Argumente. *Sucht* 4, 244-252.
- Geerlings, P. & Lesch, O.M. (1999). Introduction: Craving and relapse in alcoholism: neurobio-psychosocial understanding. *Alcohol and Alcoholism*, 34, 195-196.
- Grüsser, S.M., Flor, H. & Heinz, A. (1999). Drogenverlangen und Drogengedächtnis. In J. Götz (Hrsg.). *Moderne Suchtmedizin*, 3. NL (pp B 2.6.1.1-4). New York/Stuttgart: Thieme.
- Grüsser, S.M., Heinz, A. & Flor, H. (2000). Standardized cues to assess drug craving and drug memory. *Journal of Neural Transmission*, 107, 715-720.
- Kozlowski, L.T. & Wilkinson, T.A. (1987). Use and misuse of the concept of craving by alcohol, tobacco and drug researchers. *British Journal of Addiction*, 82, 31-36.
- Lang, P.J., Öhman, A. & Vaitl, D. (1988). *The International Affective Picture System* (photographic slides). Center for Research in Psychophysiology, University of Florida, Gainesville.
- O'Brien, C.P., Childress, A.R., McLellan, A.T. & Ehrman, T. (1992). A learning model of addiction. In C.P. O'Brien & J. Jaffe (Eds.). *Addictive States* (pp. 157-177). New York: Ravens Press Ltd.
- Robinson, T.E. & Berridge, K.C. (1993). The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Research Reviews*, 18, 247-291.
- Tiffany, S.T. & Drobes, J.D. (1991). The development and initial validation of a questionnaire on smoking urges. *British Journal of Addiction*, 86, 1467-1476.
- Verheul, R., Van den Brink, W. & Geerlings, P. (1999). A three-pathway psychobiological model of craving for alcohol. *Alcohol and Alcoholism*, 34, 197-222.
- Wikler, A. (1948). Recent progress in research on the neurophysiological basis of morphin addiction. *American Journal of Psychiatry*, 105, 329-338.
- Wise, R.A. (1988). The neurobiology of craving: implications for the understanding and treatment of addiction. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 118-132.

1 Lehrstuhl Klinische Psychologie & Forschungsgruppe Verhaltensneurowissenschaft, Humboldt-Universität Berlin

2 Ambulanz für Integrierte Drogenhilfe (a.i.d.) Neukölln, Berlin

Neueste Entwicklungen in der HIV-Therapie

Einsatz von Abacavir bei drogenabhängigen Patienten

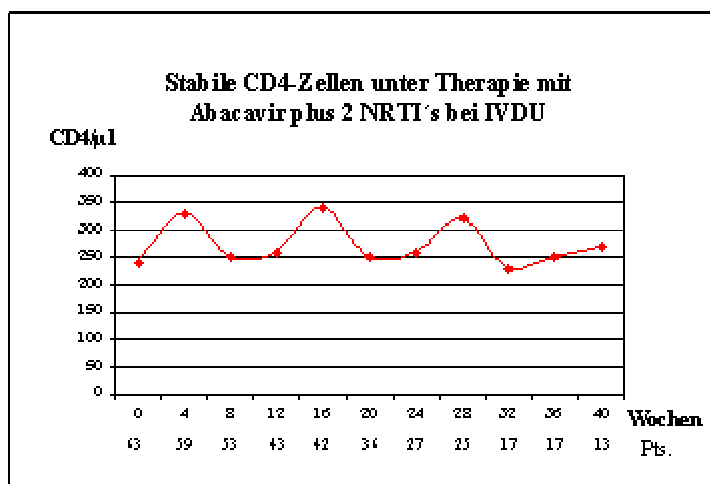
Annette Haberl

Patienten, die neben ihrer HIV-Infektion an einer chronisch rezidivierenden Drogenabhängigkeit leiden, haben in der Regel nicht die Möglichkeit, an klinischen Studien teilzunehmen. Neue HIV-Medikamente können sich bezüglich ihrer Eignung für diese Patientengruppe deshalb erst nach der Zulassung im klinischen Alltag bewähren.

Seit der Zulassung von Abacavir im Januar 1999 werden in der Infektionsambulanz der Universitätsklinik Frankfurt/M. auch drogenabhängige Patienten mit diesem Medikament behandelt. Erste Ergebnisse von insgesamt 63 Patienten liegen jetzt vor. Es handelt sich hierbei um ein Kollektiv, das mit Abacavir in Kombination mit zwei weiteren Nucleosiden (AZT plus 3TC als Combivir beziehungsweise d4T plus 3TC) therapiert wurde. 20 Patienten waren zu Therapiebeginn naiv, 43 Patienten waren bereits antiretroviral vorbehandelt.

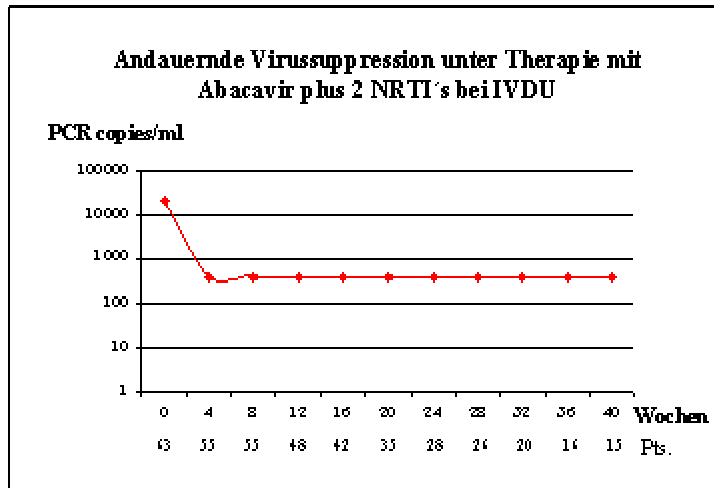
In der Gruppe aller 63 Patienten lag die CD4-Zellzahl bei Therapiebeginn mit Abacavir plus zwei Nucleosiden im Median bei 238/ μ l, die HIV-1-RNA-PCR im Median bei 21.500 Kopien/ml. *Abbildung 1* zeigt den stabilen Verlauf der Helferzellen unter der Therapie mit Abacavir plus zwei Nucleosiden.

Abbildung 1:



Die HIV-1-RNA-PCR war bereits in Woche 4 unter der Nachweisgrenze von 400 Kopien/ml und zeigte im Median keinen Wiederanstieg (*Abbildung 2*).

Abbildung 2:



Therapienaive Patienten

In der Gruppe der therapienaiven Patienten (n=20) lag die CD4-Zellzahl bei Therapiebeginn im Median bei 254/ μ l, die HIV-1-RNA-PCR bei 114.000 Kopien/ml.

Eine Kombination aus drei Nukleosiden wurde bei dieser Patientengruppe aus mehreren Gründen angesetzt: Eine Interaktion mit dem Substitut (Methadon beziehungsweise Polamidon) war auf Grund der unterschiedlichen Abbauege in der Leber nicht zu erwarten. Ebenso wenig werden die Wirkspiegel anderer Begleitmedikationen wie Tuberkulostatika, Antikonvulsiva und/oder Psychopharmaka beeinflusst. Da drogenabhängige Patienten auf Grund ihrer besonderen Lebensumstände beziehungsweise auf Grund psychiatrischer Begleiterkrankungen in der Regel nicht in der Lage sind, schwierige Therapieregime dauerhaft einzuhalten, ist die Einfachheit einer Therapie mit drei Nukleosiden ein weiterer Grund für den Einsatz bei naiven, drogenabhängigen Patienten.

Die Helferzellen steigen bei den therapienaiven Patienten im Median an (*Abbildung 3*), die HIV-1-RNA-PCR liegt seit Woche 8 unter der Nachweisgrenze von 400 Kopien/ml (*Abbildung 4*).

Abbildung 3:

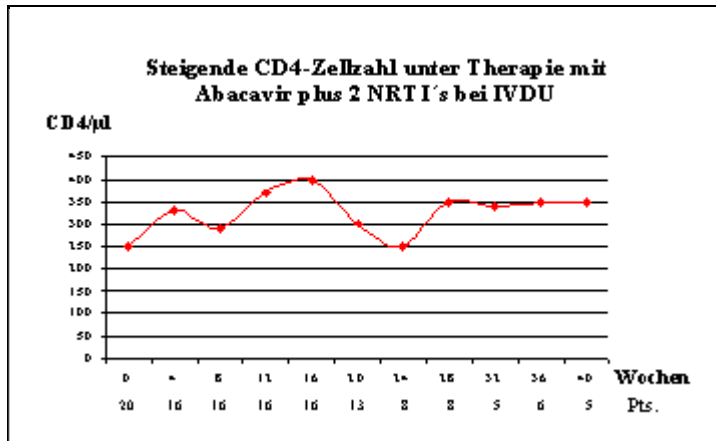
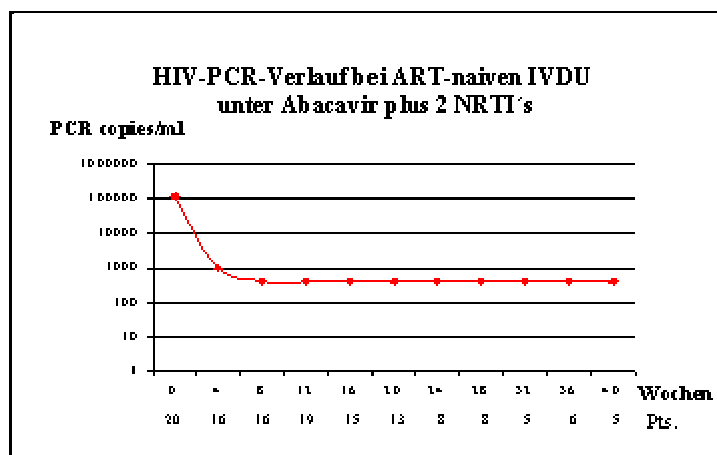


Abbildung 4:



Vorbehandelte Patienten

Von den 43 vorbehandelten Patienten lagen 17 mit ihrer HIV-1-RNA-PCR bei Therapieumstellung auf Abacavir plus zwei weitere Nukleoside unter der Nachweisgrenze von 400 Kopien/ml. Der Medianwert lag bei 20 Kopien/ml Blut. Die CD4-Zellzahl betrug bei diesen Patienten im Median bei 178/ μ l. Gründe für den Wechsel der antiretroviralen Therapie waren eine Vereinfachung der Therapie, Nebenwirkungen der bestehenden Therapie, hier insbesondere Interaktionen mit dem Substitut (Methadon bzw. Polamidon) der Patienten.

Die Helferzellzahl steigt nach der Therapieumstellung bei dieser Patientengruppe an (Abbildung 5), die HIV-1-RNA-PCR bleibt im Median bei 20 Kopien/ml (Abbildung 6).

Abbildung 5:

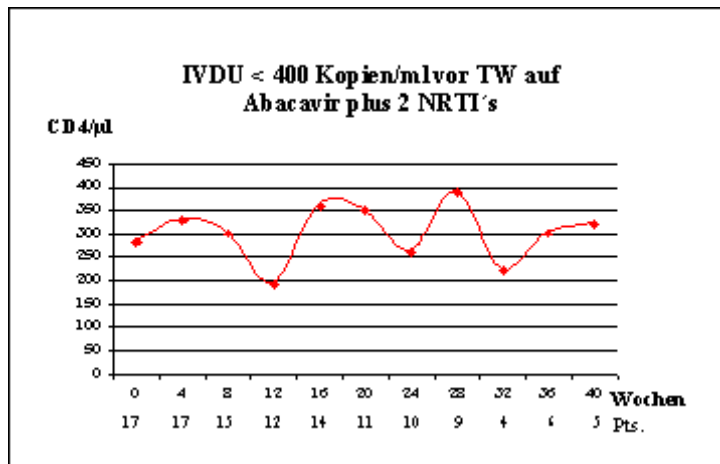
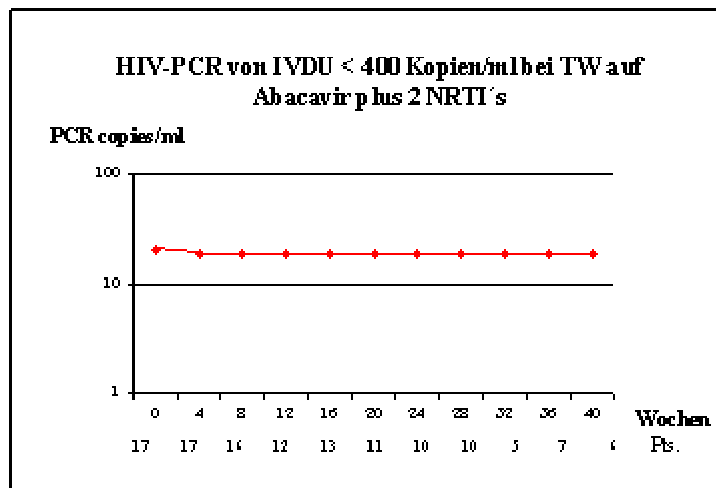


Abbildung 6:



In der Gruppe der vorbehandelten Patienten hatten 15 Patienten zum Zeitpunkt der Therapieumstellung auf Abacavir eine nachweisbare Virusbelastung. Im Median lag diese bei 31.000 Kopien/ml. Die CD4-Zellzahl betrug im Median bei 156/µl. Die Gründe für den Einsatz von Abacavir waren bei diesen Patienten zum einen Adhärenzprobleme unter der bestehenden Therapie, zum anderen der Versuch, durch den Einsatz mindestens einer neuen Substanz noch einen Therapieerfolg herbeizuführen.

Obwohl immunologisch bislang ein Abfall der CD-4-Zellen zu beobachten ist (*Abbildung 7*), zeigt sich virologisch ein Ansprechen. Die HIV-1-RNA-PCR ließ sich im Median um zwei log-Stufen absenken (*Abbildung 8*).

Abbildung 7:

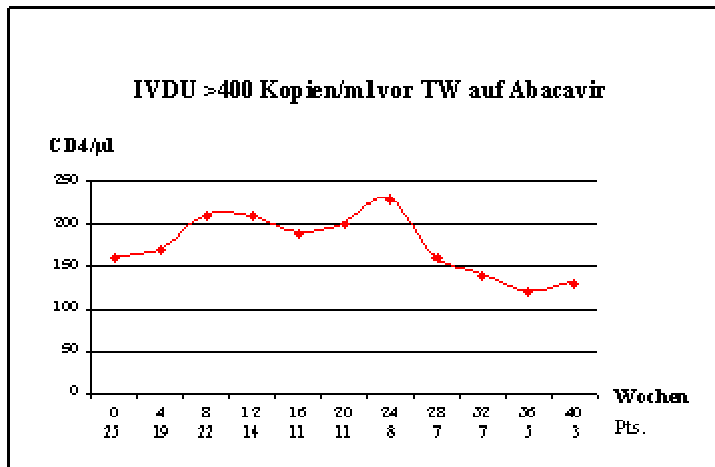
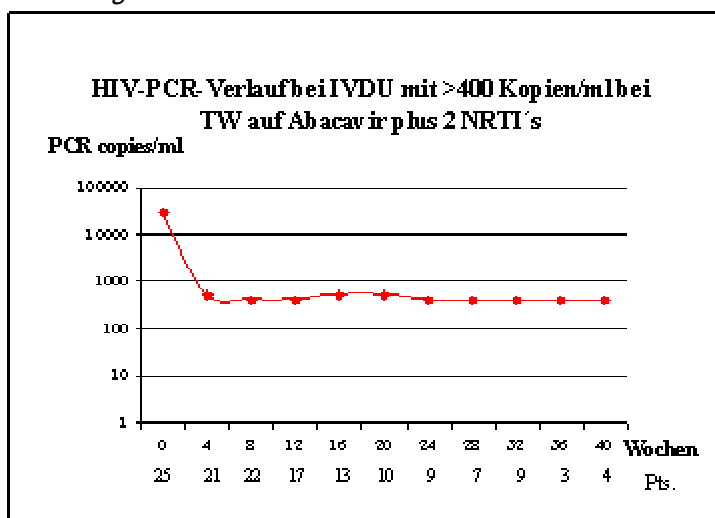


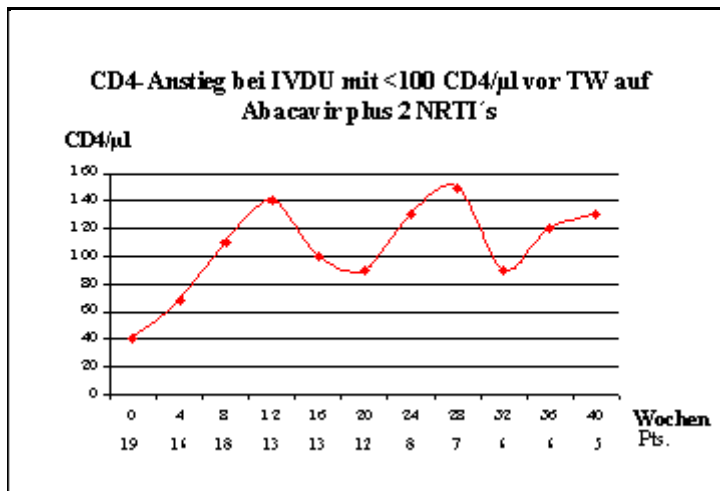
Abbildung 8:



19 Patienten hatten bei Therapiebeginn mit Abacavir plus zwei weiteren Nucleosiden unter 100 CD4/µl. Der Median lag bei 40 CD4/µl. In allen 19 Fällen war die Begleitmedikation beziehungsweise der Drogenkonsum der Grund für den Einsatz einer Dreifachkombination aus Nucleosiden bei Patienten mit einem extrem schlechten Immunstatus.

Im Verlauf der Therapie zeigt diese Patientengruppe erstaunlicherweise immunologisch den größten Benefit aus der Gesamtgruppe der Patienten (n=63) (Abbildung 9).

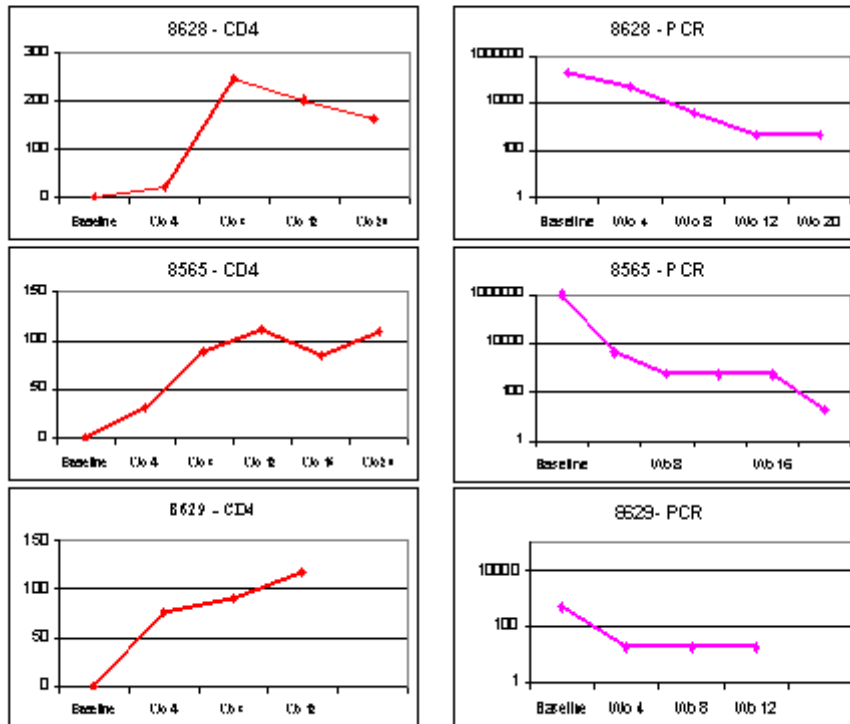
Abbildung 9:



Aus der Gruppe der Patienten, die bei Therapiebeginn unter 100 CD4-Zellen hatten, zeigt *Abbildung 10* drei Beispiele. Es handelt sich hierbei um Patienten, bei denen auf Grund einer tuberkulostatischen Therapie keine Behandlung mit NNRTI's beziehungsweise Proteaseinhibitoren möglich war.

Abbildung 10:

Verlauf von CD4 & HIV-PCR bei naiven drogenabhängigen Patienten (n=3) mit HIV und Tuberkulose unter Therapie mit Combivir & Abacavir



Therapieabbrüche

Insgesamt wurde die Therapie mit Abacavir im beschriebenen Kollektiv bei 10 Patienten (16 %) abgebrochen. Bei 4 Patienten (6 %) bestand der Verdacht auf eine Hypersensitivität gegenüber Abacavir. Drei Patienten (5 %) sind verstorben. Zwei Patienten verstarben an den Folgen einer Überdosis von Drogen, ein Patient erlag seiner tuberkulösen Meningitis. Er hatte seine Tuberkulostatika abgesetzt, um haft-unfähig zu werden. Lediglich drei Patienten (5 %) sind lost to follow up.

Zusammenfassung

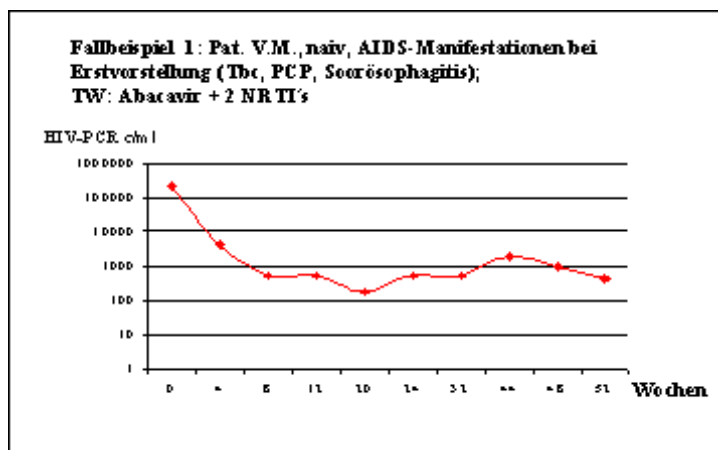
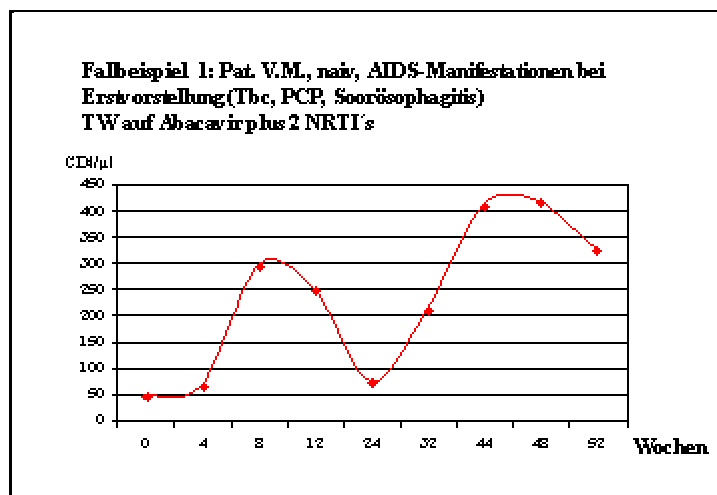
Die ersten Ergebnisse zum Einsatz von Abacavir bei drogenabhängigen HIV-Patienten zeigen ein gutes immunologisches und virologisches Ansprechen. Die Kombination aus drei Nukleosiden wird von den Patienten gut akzeptiert, was nach unseren Erfahrungen vor allem auf die fehlende Interaktion mit der Substitution, der Begleitmedikation und dem Beikonsum zurückzuführen ist. Auch Patienten, die bei Therapiebeginn einen schlechten Immunstatus, CD4 unter 100/ μ l, hatten, profitierten von dem Regime aus drei Nukleosiden.

Auf Grund der relativ kleinen Patientenzahlen sind weitere Auswertungen über einen längeren Beobachtungszeitraum notwendig.

Anhang

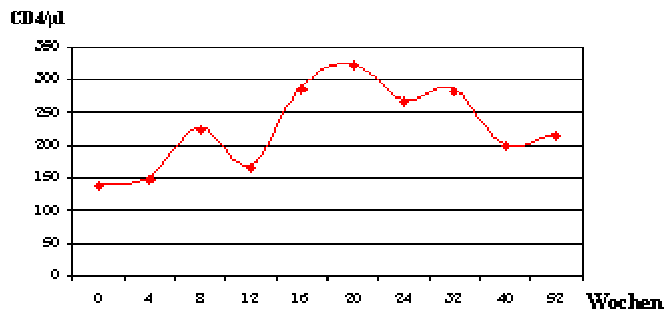
Drei Fallbeispiele zum Einsatz von Abacavir bei drogenabhängigen HIV-Patienten:

Fallbeispiel 1:

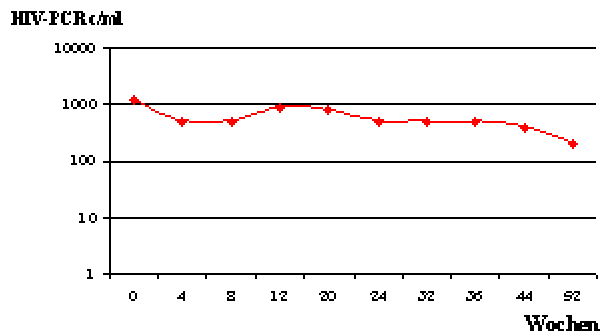


Fallbeispiel 2:

Fallbeispiel 2: Pat. BH, Zn. Tbc; antikonvulsive Therapie mit Carbamazepin; Benzodiazepin Konsum;
TW von ddI, d4T, 3TC auf Abacavir + Combivir

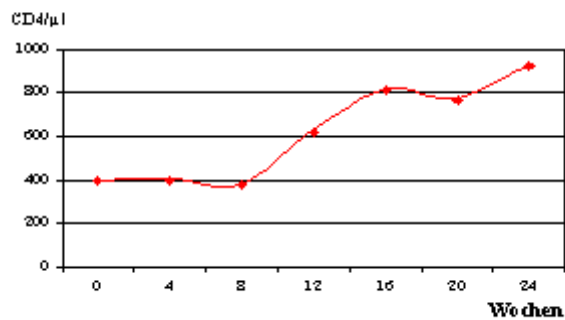


Fallbeispiel 2: Pat. BH, naïv, Zn. Tbc; antikonvulsive Therapie mit Carbamazepin; Benzodiazepin Konsum;
TW von ddI, d4T, 3TC auf Abacavir + Combivir

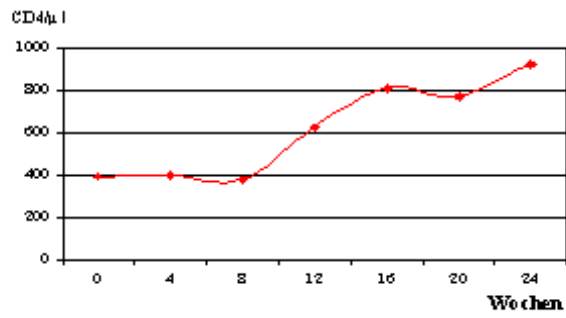


Fallbeispiel 3:

Fallbeispiel 3: Pat. G.D., naïv; obdachlos; Heroinkonsum;
Kokaïnkonsum; Benzodiazepin Konsum;
TW auf Abacavir + Combivir



**Fallbeispiel 3: Pat. G.D., naiv; obdachlos; Heroinkonsum;
Kokainkonsum; Benzodiazepinkonsum;
TW auf Abacavir + Combivir**



Alkoholbeikonsum/Alkoholismus bei substituierten Drogenabhängigen und daraus resultierende Probleme bei der Behandlung von HIV- und HCV-Infektionen

Renate Baumgarten

Auf Grund identischer Transmissionsmechanismen sind Koinfektionen von HIV und HCV ein häufiges Ereignis. 84 % (n=295) der methadonsubstituierten HIV-positiven Patienten, die in der Infektionsambulanz des Krankenhauses Prenzlauer Berg betreut werden, weisen diese Koinfektion aus. Über die Auswirkung der HIV-Infektion auf den Verlauf der Hepatitis C besteht eine sehr differenzierte Meinungsbildung.

Abbildung 1:

Differenzierte Meinungsbildung über die Auswirkung der HIV-Infektion auf den Verlauf der Hepatitis C

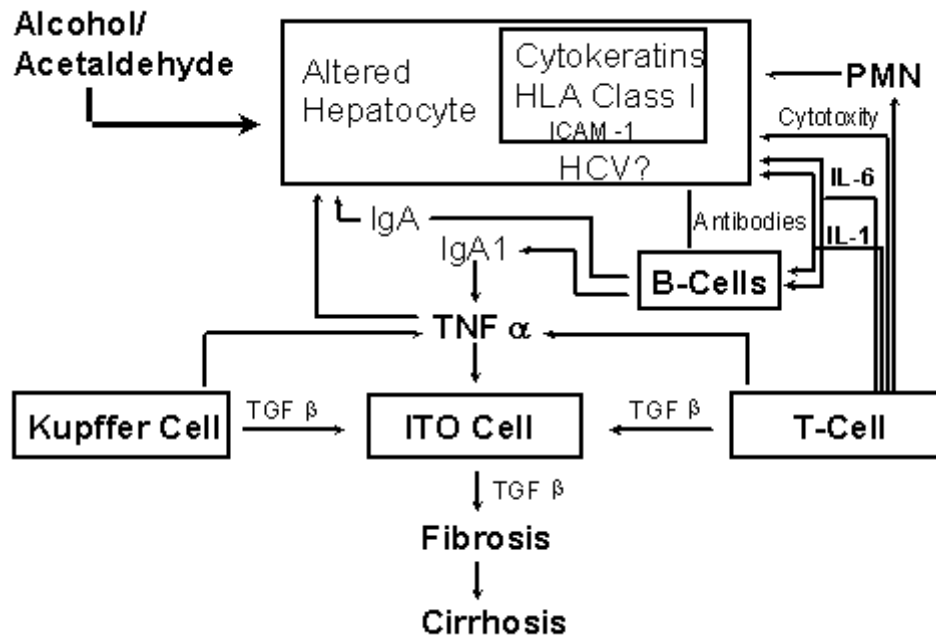
- | | |
|---|---|
| ▪ Fulminanter und/oder progressiver Verlauf mit Leberversagen | Martin, P. et al.:
Gastroenterol. (1989), 1559 |
| ▪ Keine Beeinflussung des Leberschadens | Areras, J. et al.:
Hepatol. 1992, Abstr. 710 |
| ▪ Kein Einfluss auf die chronische Hepatitis C | Brossard, G.:
1991, Florenz |
| ▪ Signifikant höhere Virämie | Shermann, K. E.:
Hepatol. 1992 (Suppl. 2)
222A |
| ▪ Beschleunigter Antikörperverlust | Hutchinson, J. G.:
J. Infect. Dis. 164 (1994)
217-218 |

Ein wesentlicher prognosebestimmender Faktor der Hepatitis C ist der Einfluss von Alkohol. Alkohol erhöht die HCV-Virämie und potenziert entzündungsunabhängig die Fibroseinduktion des HCV über eine zytokininduzierte Stimulation der Itozellen in der Leber. Dadurch wird die Herausbildung einer Leberzirrhose wesentlich beschleunigt.

Abbildung 2: Immunologische Pathogenese der alkoholischen Leberzirrhose:

eine Hypothese.

(entnommen aus: Paronetto, F.: Seminars on Liver disease, 1993)



Im Zeitalter vor HAART war bei Koinfektionen von HIV und HCV die HIV-Infektion quo ad vitam der entscheidende prognosebestimmende Faktor. Trotz hoher Prävalenz von Koinfektionen wurde die Leberzirrhose selten zur Todesursache. Im eigenen Patientengut ist die Leberzirrhose mit 8 % in den Jahren 1988 bis 1996 an der Mortalität beteiligt.

Seit die effektive antiretrovirale Behandlung lange Überlebenszeiten ermöglicht, ist die Forderung nach einer effektiven therapeutischen Intervention der über Jahrzehnte persistierenden HCV-Infektion für koinfizierte Personen häufiger formuliert worden.

Die therapeutische Effizienz der Interferon-/Rebetol-Therapie ist bei Infektionen mit dem Genotyp 1 auch nach der Einführung der Kombinationstherapie noch mangelhaft.

Abbildung 3: Therapie der chronischen Hepatitis C mit Interferon alpha-2b

(3x3 Mio. IE/Woche, n=546) im Vergleich zur Kombinationstherapie

(n=456) mit der gleichen Interferondosis + Ribavirin (1,0 oder

1,2g/Tag) über jeweils 24 oder 48 Wochen

Anhaltender Therapieerfolg*

Patientengruppen	Interferon alpha + Plazebo		Interferon alpha + Ribavirin	
	Gesamtgruppe			
nach 24 Wochen	6 %	(13/231)	31 %	(70/228)
nach 48 Wochen	13 %	(29/225)	38 %	(87/228)
Patienten mit HCV-Genotyp 1				
nach 24 Wochen	2 %	(3/167)	16 %	(26/164)
nach 48 Wochen	7 %	(11/162)	28 %	(46/166)
Patienten mit HCV-Genotyp nicht 1				
nach 24 Wochen	16 %	(10/64)	69 %	(44/64)
nach 48 Wochen	29 %	(18/63)	66 %	(41/61)

* Anhaltender Therapieerfolg = 24 Wochen nach Therapiebeginn HCV-RNA i.S. negativ (Hutchison, J.G. et al. 1998)

Durch die HIV-Infektion wird das Behandlungsergebnis der HCV-Therapie nicht wesentlich negativ beeinflusst. Im Gegensatz dazu verhindert der Einfluss von Alkohol den therapeutischen Effekt der Interferone. Interferone hemmen die Fibrosebildung und senken die HCV-Viruslast. Alkohol potenziert die Virusvermehrung des HCV und wirkt eigenständig fibrosebildend.

Die Erhebung einer Alkoholanamnese ist deshalb vor Indikationsstellung zu einer Interferon-Therapie mit Akribie vorzunehmen. Zur Wahrheitsfindung über Angaben zu Konsum und Karenzdauer sind Laborparameter wie MCV, GGT und der CDT-Test hilfreich.

Abbildung 4:

HT der C ₂ H ₅ OH-Marker		
ú	MCV	120 Tage
ú	GGT	26 Tage
ú	CDT	14 Tage

Abbildung 5:

DD: MCV-Erhöhung	
ú	Raucher
ú	Erhöhtes Lebensalter
ú	Frauen > Männer
ú	Alkohol

Abbildung 6:

Kohlehydratdefizientes Transferrin CDT		
ú	Empfindlichkeit	69 - 81 %
ú	Spezifität	100 %
ú	HT	14 Tage
<u>aber:</u>		
Defekt auch bei Leberzirrhose, CAH und genetisch determiniert.		

Im Gegensatz zur HCV-Infektion werden die Spontanverläufe der HIV-Infektion durch Alkohol nicht wesentlich beeinflusst. Jedoch wird die Therapierbarkeit der HIV-Infizierten sowohl durch die alkoholinduzierte Enzyminduktion des Cytochrom-P-450-Systems als auch durch mangelnde Compliance reduziert und kompliziert. Proteasehemmer und NNRT's können mit dem Alkoholmetabolismus interagieren und sind deshalb nicht risikofrei zu verordnen.

Auch die gesteigerte Lebertoxizität von Xenobiotika durch den enzyminduzierten vermehrten Anfall toxischer Metabolite ist zu beachten. So können apparent geringe Dosen von Paracetamol und/oder Kokain fulminantes Leberversagen verursachen.

Abbildung 7:

Gesteigerte Lebertoxizität von Xenobiotika durch Alkohol	
Paracetamol	Kokain

Zusammenfassend ist zu resümieren, dass Alkoholbeigebrauch und Alkoholismus schwerwiegende prognoseverschlechternde Faktoren für die HIV-, HCV-Infektion sind. Die Interferontherapie der HCV-Infektion ist bei Alkoholikern kontraindiziert, da die therapeutischen Wirkungen der Interferone durch Alkohol verhindert werden. Die Behandlung verursacht lediglich Kosten und Nebenwirkungen.

Abbildung 8:

Therapierbarkeit von HCV-Infektionen bei Alkoholikern
ú Alkohol verhindert die therapeutische Effektivität von Interferon auf Viruslast und Fibrose.
Ergebnis: Kosten und Nebenwirkungen

Abbildung 9:

Kosten einer 48-wöchigen Kombinationstherapie (pro Patient)	
ú Rebetol®	DM 28.500
ú IFN a	DM 13.000
	DM 41.500
	(ohne Krankenhaus-, Arzt- und Laborkosten)
ú 500.000 Patienten	DM 20 Milliarden
ú Gesamtausgaben der GVK für Medikamente 1998	DM 35,6 Milliarden
Steinmann und Bode 2000	

Use and prescription of benzodiazepines among substance abusers in opiate maintenance treatment in Geneva

Barbara Broers, Annick Duboc, Andri Meiler, Miguel Marset

Introduction

The Swiss federal drug policy is based on the so-called “four pillars”:

1. Prevention (primary)
2. Treatment
3. Harm Reduction
4. Repression

The treatment pillar includes diversified treatment offerings varying between abstinence-oriented to heroin maintenance treatment.

The Geneva Canton (400,000 inhabitants, estimated 2,500 drug users) follows this federal drug policy. Geneva has an important harm reduction programme since 1991 and diversified drug treatment offerings (residential care, detoxification units, methadone and heroin maintenance treatment). Currently, an estimated 70% of drug users are in contact with the medical care system.

With regard to methadone prescription, general practitioners have prescribed methadone since 1976 but at a very low scale. In 1991, a total of around 300 patients were in methadone maintenance treatment (MMT). This number has increased enormously in recent years: in 1999, 1,500 patients were in MMT. Almost half of them are prescribed methadone by around 100 different general practitioners, 500 in a private centre (the Phoenix Foundation) and 300 in the public substance abuse division.

For every prescription of methadone or heroin, a special permission from the Health Authority is needed. The regulation K 4 20.06 imposes for all substitution treatments the following conditions: authorisation from a Health Authority and daily delivery of treatment. This regulation applies not only for opiates, methadone or heroin, but also for benzodiazepines. Flunatrazam and methaqualone treatments need an authorisation from the Health Authority since 1998, and all other benzodiazepines that are prescribed above therapeutic doses require authorisations as well.

The studies on the prevalence of benzodiazepine use and prescription that will be discussed below were performed at the Substance Abuse Division. This division is part of the Department of Psychiatry at the University Hospital of Geneva. The division is the only public centre taking care of drug users, and this means that we treat a rather difficult population. The Substance Abuse Division offers inpatient and outpatient detoxification, inpatient treatment for dual diagnosis with a total of 15 beds available for inpatient treatment, MMT since 1991 (300 patients currently), heroin maintenance treatment since 1995 (50 patients), a programme for parents and children. All settings have a multidisciplinary staff (psychiatrist, psychologist, general practitioner, social worker and nurse) and

approach. The psychiatrist prescribes methadone, benzodiazepines and other psychotropic medication.

Context of methadone and benzodiazepine maintenance treatment

Patients in MMT at the Substance Abuse Division receive a contract in which the specific aims of the treatment are specified. These aims are evaluated regularly with the patient. Methadone is given in flexible dosages; there is no minimum or maximum dose. Take-home doses for the weekend are allowed, crisis situations excluded. Take-home doses of methadone during the week are allowed only when the patient is stabilised.

With regard to benzodiazepine prescription, there has been an important shift in medical attitudes. In 1991, no benzodiazepines were prescribed on a long-term basis. In fact, all patients requesting MMT who also showed a benzodiazepine dependence were hospitalised for benzodiazepine detoxification before starting MMT. At that time, we had hours of discussion about whether we should prescribe benzodiazepines for one of our patients who was dying of AIDS and who was using benzodiazepines. This extreme "No" attitude has shifted slowly towards the attitude that non-prescription of benzodiazepines for those "who need it" is inconsistent with the aims of MMT. Also, psychiatric problems (e.g., anxiety disorders) are considered for treatment with correct psychological and pharmacological therapy. Thus the prescription of chlorazepate, clonazepam, alprazolam and oxazepam has been possible since 1994.

Our patients use benzodiazepines for several reasons: to reduce anxiety or sleep disorders, to increase the effects of other substances (e.g., methadone) and to calm down after the use of stimulants (e.g., cocaine). Thus there are different reasons for patients to show benzodiazepine abuse or dependence. However, not every reason might be a good indication for a long-term benzodiazepine prescription.

Prevalence of benzodiazepine dependence in different settings

Prevalence of benzodiazepine dependence in an inpatient detoxification unit

In our inpatient detoxification unit, the prevalence of benzodiazepine dependence was assessed in two cross-sectional studies in 1995 and 1999 (Duboc 2000). In 1995, among 135 patients (mean age: 26 years), the prevalence of benzodiazepine dependence was 38%. In 1999, among 152 patients (mean age: 31.5 years), the prevalence of benzodiazepine dependence increased to 70%. This means that there has been an important and significant increase in benzodiazepine use in the last four years among patients hospitalised in a detoxification unit.

Prevalence of benzodiazepine dependence in a methadone maintenance programme

In one of our outpatient MMT programmes, a cross-sectional study was performed in August 1997 (Meiler 1999). Average age of this population (148 patients, 2/3 males) was 30.3 years (range 17 to 63 years), median daily dose of methadone 75 mg (range 7.5 to 400 mg) and median duration in treatment 17 months (range 1 to 76 months). Overall, benzodiazepine dependence in 1997 was 52%, and most of the patients received benzodiazepines on prescription (48% of all patients). Compared to non-users, those with benzodiazepine dependence had the same age, a higher dose of methadone (60 versus 90 mg), more hospitalisation in psychiatry, more psychiatric, medical and legal problems as assessed by Addiction Severity Index scores and abused more heroin and alcohol. Thus we can characterise the patient in MMT using benzodiazepines as a person receiving a relatively high dose of

methadone, with psychiatric comorbidity and the regular use of alcohol. Thus it is a group receiving more treatment but doing less well. Of course, this is a cross-sectional study, so we cannot determine cause and effect. Also, we could not assess the length and type of benzodiazepine prescriptions in this study.

Analysis of all clinical files in the same MMT setting in May 2000 showed that over 70% of our methadone maintenance patients currently receive long-term benzodiazepine prescriptions, compared to 48% in 1997. So again, we see that there is an important increase in benzodiazepine use and prescription and we do not know why. Is it due to the increase in cocaine use over the past two years? Is it due to the "chronicity" and aging of patients? Is there a real increase in psychiatric comorbidity, or do we assess comorbidity more than before? It is clear that additional studies are needed.

Prevalence of benzodiazepine dependence in a heroin maintenance programme

The profile of the patients followed in our heroin maintenance programme called PEPS (Programme Expérimental de Prescription de Stupéfiants) is of "patients who have failed regularly in other substance abuse programmes". PEPS is a relatively small programme for up to 50 patients, who come to the programme up to three times daily to inject heroin treatment under supervision. The mean age of patients is 37 years; psychiatric comorbidity is frequent. We would expect that, in PEPS, prescription use of benzodiazepines is high, even higher than in the methadone maintenance programme. In April 2000 we did a prospective study of all current and ex-patients of PEPS between 1995 and 2000, a total of 65 patients (Marset 2000).

Results:

- § no prescription of benzodiazepines: 18 (28%)
- § occasional: 5 (8%)
- § detoxification: 11 (17%)
- § mean duration: 15 months (range 3-24 months)
- § long-term maintenance: 31 (48%)
 - treatment of comorbidity: 18
 - mean duration: 20 months (range 3-40 months)

Overall 48% of patients received long-term maintenance treatment with benzodiazepines, and 17% were detoxified from benzodiazepines. Thus overall prevalence of prescription is slightly lower than in the methadone maintenance programme. Prescription of benzodiazepines was correlated with the presence of psychiatric comorbidity: of five patients without personality disorders none received benzodiazepines; of 17 with a borderline personality disorder 71% received benzodiazepines; of eight patients with a dependent personality disorder 75% received benzodiazepines. Cocaine users used benzodiazepines more often (65%, 13/20) than those not using cocaine (36%, 12/33). Also, ten patients were dependent on alcohol and 80% of them received benzodiazepines. Benzodiazepines prescribed most often were clonazepam, alprazolam and oxazepam, all in therapeutic doses.

So, although this is a "chronic" population with high psychiatric comorbidity, benzodiazepine prescription is frequent but not higher than in the methadone programme. Is this paradox due to the fact that staff can offer more psychosocial services in the heroin prescription programme?

Conclusions

The prevalence of benzodiazepine use and prescription among substance abusers in opiate maintenance treatment in Geneva has increased in recent years and is (too) high. Depending upon the treatment setting, between 50 and 70% of the patients received long-term prescription of benzodiazepines. It is as if we went from one extreme in the beginning of the 1990s (zero prescription of benzodiazepines) to another extreme now. However, data on the reasons for this increase in prescriptions (patient- or physician-related?), on the efficacy of this long-term benzodiazepine prescription and on long-term side effects such as influence on cognitive functioning are lacking. Our clinical impression is that, in our context, patients who are in MMT and who also have benzodiazepine dependence are prescribed benzodiazepines in principle for detoxification. However, prescriptions are continued at very long term for reasons that are probably patient- and physician-related, and treatment goals are insufficiently evaluated. We are currently investigating reasons for benzodiazepine prescription and its continuation or discontinuation within one of the MMT programmes.

There are many dilemmas when discussing the issue of prescription versus non-prescription of benzodiazepines for those in substance abuse treatment and using benzodiazepines. Some of these dilemmas:

1. *Harm reduction versus overprescription.* Prescribing benzodiazepines in order to prevent patients from purchasing benzodiazepines on the black market is justified in principle. However, this might induce unnecessary long-term prescriptions with negative effects for the patient.
2. *Retention versus autonomy of patients.* An aim of MMT is retention in treatment, but also the development of the autonomy of patients. Long-term prescription of benzodiazepines will increase retention in treatment, since the patient remains dependent on prescriptions, but it *contradicts* the development of autonomy. We might wonder whether retention in treatment is a good outcome measure. Retention in treatment does not say anything about quality of life and the social and cognitive functioning of the patient.
3. *Correct assessment of psychiatric comorbidity.* Long-term benzodiazepine prescription is justified for the treatment of psychiatric comorbidity. However, we all know how difficult it is to have a correct diagnosis of psychiatric illness among patients using different drugs.
4. *Detoxification is time-consuming.* It is very easy to start a benzodiazepine prescription, but it is very difficult to stop it. It requires endless discussions with patients and a lot of work around anxiety and sleep, current dosage, etc., during the detoxification. This could be one of the possible explanations for the fact that we found slightly fewer benzodiazepine prescriptions in the heroin prescription programme with more difficult patients. In the heroin prescription programme, patients come up to three times a day, and the staff has more time than in the methadone maintenance programme.
5. *Induction of new, dangerous forms of consumption.* We thought that clonazepam was a relatively safe drug to prescribe, but recently we found out that some patients were smoking clonazepam to induce a flash effect.
6. *Symbolic meaning of long-term benzodiazepine prescription.* We might wonder what message we are giving to drug users by prescribing a long-term drug to “relieve” some of their problems.

Recommendations

In our opinion there should be no open, but rather very clearly defined borders for the prescription of substitution treatments, especially for those that have not *proven* to be safe and effective in the long term. This is the case for benzodiazepine prescription.

We would thus recommend:

§ Caution when prescribing benzodiazepines. It is very easy to start but difficult to stop a benzodiazepine prescription. We should never trivialize the use or prescription of benzodiazepines, even in the case of alcohol dependence or abstinence from other drugs.

§ We should always specify the indications, aims and duration of benzodiazepine prescriptions with the patient; this should be written down in a contract. These aims should be evaluated regularly.

§ We should think about alternative treatments, such as non-benzodiazepine medication in the case of anxiety or sleeping disorders, or antidepressant therapy in the case of anxiety in the context of depression.

§ When outpatient detoxification is impossible, inpatient detoxification on benzodiazepines could be proposed.

Finally, there is a need for more formal evaluation of the efficiency of long-term benzodiazepine maintenance treatment and its correct indications.

References

Duboc, A., Simon, O., Chatton, A., Broers, B.: Consommation de benzodiazépines chez des toxicomanes hospitalisés dans une unité spécialisée à Genève en 1999. Congress organised by the Federal Office of Public Health "Apprendre les uns des autres: recherche en pratique, pratique en recherche", Bern, March 2000.

Meiler, A.: Caractéristiques des consommateurs de benzodiazépines dans une population de toxicomanes en programme de substitution à la méthadone. Thèse en Médecine, Université de Genève, 1999.

Marset, M., Broers, B.: (Benzodiazépines et comorbidité psychiatrique au Programme Expérimental de Prescription de Stupéfiants, internal report Substance Abuse Division, Geneva, May 2000.

The Phenomenon of So-called 'Other Drug Use' among Opiate Addicts in the North American Context: Evidence, Consequences, Questions

Benedikt Fischer ^{1,2}, Maritt Kirst ², Jürgen Rehm ^{1,2,3}, David Marsh ^{1,2}, Sue Bondy ^{1,4}, Mark Tyndall ^{5,6}

1. Social History of Opiate and Poly-Drug Use

The illicit use of opiates is a serious and on-going public health problem, and the subsequently pathological phenomenon of 'opiate addiction' is a century-old issue in North America. In the past, researchers and clinicians were rather narrowly focused on the task of investigating and treating opiate addiction rather than multiple drug use among the users of opiate drugs (Gould & Kleber 1974). The introduction of opiates to North America has been traced back to the 1850s when a large number of Chinese immigrants came to the United States and Canada and brought with them the opium-smoking habit (Lindesmith 1947; Solomon and Green 1988). By the late 1800s, this habit was considered to be reserved primarily for prostitutes and criminals, but as more opium-smoking dens were established in the early 1900s, the habit made its way to popularity with other social classes. At this time, a transformation appeared to occur in the type of individual who used opiates. In the early 1900s, a large number of opiate users were typically middle-aged, middle- or upper-class women who used opiates for medical purposes, namely for respiratory problems. However, in the 1920s and the 1930s the typical opiate addict was increasingly reported to be the young, lower-class male who engaged in recreational opiate use for non-medical purposes (Courtwright 1982; Giffen, Endicott & Lambert 1991). This transformation was brought about by the passing of the Harrison Narcotic Act in the United States in 1914, and the emergence of the Opium and Other Drug Act in Canada around the same time, which sought to tighten the control of opiates and their prescription, and this newly strict control subsequently drove opiate use into an illicit underground (Musto 1987; Giffen, Endicott & Lambert 1991). This transformation was also facilitated by the now widespread availability of hypodermic needles, which allowed illicit opiate users to inject their drug of choice. By the 1940s, the drugs most commonly used by drug 'addicts' were heroin or morphine, thus introducing the pure heroin 'junkie' as the predominant addict in the underworld drug scene (Courtwright 1982).

Despite the distinct research focus placed on addiction to opiates in the early twentieth century (Lindesmith 1947, Musto 1987), some investigation was being done with respect to poly-drug addiction at this time, which would imply that the idea of the exclusive heroin 'junkie' was a myth of sorts. When poly-drug use by drug addicts was addressed in the early twentieth century, it was often discussed within the context of sequential or 'stepping stone' theories of multiple drug use. The first 'stepping stone' or 'progression' theory of poly-drug use was developed by Prohibitionists in the early 1900s in the United States, who argued that among drug users, tobacco use leads to the use of alcohol which

eventually leads to the use of opiates (Townsend 1917). Cannabis was soon introduced into this causal hypothesis in the 1930s when marijuana use became more common in the United States, and this theory that marijuana is a precursor to opiate use was popular among researchers during the 1940s and 1950s (Grinspoon 1971). The increase in use of LSD, barbiturates and amphetamines in the 1960s led to the addition of these substances into the marijuana-heroin 'progression' theory, and contributed to the development of different 'stepping stone' models discussing a variety of drug sequences as leading to the use of opiates (Grinspoon 1971). However, a number of studies addressing and supporting the particular marijuana-heroin 'stepping stone' theory were still being produced in the late 1960s and early 1970s (see Robins & Murphy 1967; Ball 1967; Ball, Chambers & Hall 1968; Goode 1969; Whitehead, Smart & Laforest 1972; Grupp 1972).

In the 1970s, theories and research describing the concurrent (simultaneous or consecutive) use of illicit drugs, including opiates, began to emerge. For example, the theory of the 'garbage head syndrome' was developed at this time based on government field workers' observations of concurrent poly-drug use among Canadian youth. They noted that this 'syndrome' involved the consecutive or simultaneous consumption of a variety of different drugs by young people with the sole intent of 'getting stoned', regardless of the consequences (Le Dain Commission 1973). During the 1970s, researchers also began to explore concurrent poly-drug use among opiate addicts more in depth after a growing number of staff reports concerning other drug use among drug treatment patients began to materialize (Gould & Kleber 1974). Since then, the research literature has emphasized concurrent poly-drug use to be one of the most serious problems with respect to opiate addiction, treatment and associated interventions (Rosenblum, Foote, Magura et al. 1996; Wilkinson, Leigh, Cordingley et al. 1987; Stitzer et al. 1986; Brewer et al. 1998; Petry & Bickel 1998; Saxon, Calsyn, Kivlahan & Roszell 1993; Glosser 1983; Gould & Kleber 1974).

2. 'Other Drug Use' Among Opiate Addicts in North America Today: Empirical Evidence

Opiate addiction remains a serious and ongoing public health and social problem in North America (Kuo, Fischer & Vlahov, forthcoming). It is estimated that there are currently 600,000 people dependent on opiates in the United States (NIH 1998) and 50,000-90,000 illicit opiate users in Canada (Fischer & Rehm 1997). In 1996, nearly 4,000 heroin-related drug abuse deaths were reported in the U.S. (SAMHSA 1996), and approximately 500-1,000 such deaths are estimated per year in Canada (Millar 1998; Fischer, Rehm & Blitz-Miller 2000). Furthermore, researchers have determined that, due to limited availability and appeal, only 25% of the estimated 600,000 American opiate user population are currently in treatment (NIH 1998), and that only 15-20% of the 50,000-90,000 opiate users in Canada are enrolled in treatment (Fischer, forthcoming).

It has been prominently emphasized recently in the research and treatment literature that the problem of poly-drug use among opiate users compounds the social harms and costs associated with the opiate addiction problem in North America (Wilkinson, Leigh, Cordingley et al. 1987; Chutuape,

Silverman & Stitzer 1999; Saxon, Calsyn, Kivlahan & Roszell 1993; Fairbank, Duntzman & Condelli 1993). In fact, ever since the beginnings of opiate pharmacotherapy for opiate addiction, 'poly-drug' use among opiate addicts had been framed and understood as a form of secondary drug use in addition to the principal habit or problem of opiate use. This 'opiate-centric' view of poly-drug use among opiate users, nevertheless, implied that such poly-drug use constituted an additional and aggravating form of risk and harm, and subsequently underlined its elimination as one of the key objectives of the various forms of opiate addiction treatment. However, it will be discussed below, on the basis of the empirical data on such 'other drug use' among opiate users, whether such an 'opiate-centric' framing still appropriately reflects the reality of the situation.

It is important to note that, in terms of empirical documentation, the prevalence of poly-drug use among opiate users has been researched and documented primarily in the following three distinct cohorts of opiate addicts: a) users outside of treatment, b) users entering treatment, and c) users in treatment, with the vast majority of research data coming from the latter two categories. This, when considering the limited proportion of opiate users actually in touch with the treatment system (see proportions cited above), has substantial implications for the representativeness and overall validity of these data and its descriptors.

Drawing on large-sample cohort studies for a basic overview on the opiate poly-drug use situation in the North American context, the Treatment Outcome Prospective Studies (TOPS) indicated that 78.6% of the 4,184 opiate addicts in the outpatient methadone treatment sample reported that they were using two or more different drugs on a weekly or daily basis in the year before treatment entry, and that 32.2% of the sample were using four or more drugs (Craddock et al. 1997). The Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS) reported that 67.3% of the 1,540 patients in the methadone treatment sample were using two drugs or more in the year before entering treatment, and that 11.7% of the patients in the sample were using four or more different drugs prior to treatment entry (Craddock et al. 1997). The Drug Abuse Reporting Program (DARP) study revealed that 54% out of the 895 subjects in treatment reported the use of other non-opioid drugs two months before treatment. Furthermore, 49% of this sample reported one or more previous months of treatment (Simpson & Sells 1982).

Brooks-Nelson, Kotranski, Semaan et al. (1998), measuring the extent of cocaine and opiate use among a sample of 1,015 out-of-treatment drug users in Philadelphia, found that within the 48 hours prior to data collection, 35% of the sample reported using opiates, 73% reported using cocaine, and 11% reported using speedballs. The extent of poly-drug use outside of treatment was also examined in a recent Canadian cohort study of untreated illicit opiate users in Toronto. The researchers determined that 79.8% of the sample of 114 users simultaneously used prescription opiates, alcohol, cannabis, benzodiazepines and/or cocaine on a regular basis, and that 57.1% of the sample were concurrently using opiates and cocaine (Fischer, Medved, Gliksman & Rehm 1999).

On the basis of these large-scale observational cohort study data, it appears well established that poly-drug use among opiate addicts is a rather prevalent and common phenomenon. As indicated above, it is empirically shown that the great majority of such 'other drug use' among opiate users involves four categories of psychoactive substances: cocaine, alcohol, sedatives and marijuana (Rettig & Yarmolinsky 1995). A rather large amount of research literature has been devoted to documenting the extent and etiology of such other drug use, and some more specific empirical evidence on the use and prevalence of these distinct drugs in opiate user populations is presented below.

2.1 Cocaine Use

Cocaine has become an increasingly popular drug of choice among untreated opiate users as well as methadone treatment patients (Kosten et al. 1986; Hanlon et al. 1990; Kolar et al. 1990; Rosenblum et al. 1996; Robles et al. 2000; Fischer, Gliksman, Rehm, Daniel & Medved 1999). Cocaine use is a serious concern due to its suggested correlation to negative treatment outcomes and its public health implications, as cocaine is usually frequently injected by this population, contributing to the transmission of HIV and other bloodborne diseases through needle and paraphernalia sharing (Kolar et al. 1990; Rosenblum et al. 1996).

Cocaine use among methadone treatment patients became more prevalent in North America in the late 1980s when cocaine became cheaper and more widely available (Condelli et al. 1991). In 1993, it was estimated that out of 33,700 methadone treatment patients in New York City, 73% were using cocaine at treatment entry (NYS Office of Alcohol and Substance Abuse Services 1993 & 1995; Rosenblum et al. 1996). Kosten et al. (1986) found in their study that 74% out of 533 opiate addicts applying for methadone maintenance treatment (MMT) were using cocaine, and that 49% of cocaine-using addicts in the study reported the use of at least one other type of drug. The TOPS studies determined that 27.6% of the 4,184 patients in the methadone treatment sample were using cocaine on a daily or weekly basis in the year before treatment entry, and the DATOS studies found that 41.7% of the 1,540 sample patients were using cocaine in the year prior to treatment (Craddock et al. 1997). A follow-up study of the Toronto 'Smack' cohort of opiate addicts indicated that 45% of the untreated addicts and 27.6% of the addicts who had entered treatment reported cocaine use in the last 30 days before interview (Fischer, Gliksman, Rehm et al. 1999).

2.2 Alcohol Use

It has been highly debated in the literature as to whether the use of alcohol amongst opiate addicts is increased as a substitute for heroin by patients during treatment, whether alcoholism is part of a pattern of previous alcohol problems and illicit drug use that continues during and after treatment (Lehman, Barrett & Simpson 1990), or whether alcohol is used as a means to manipulate the effects of other drugs. Varying study results have left this debate unresolved (Lowe & Shewan 1999). Depending on how alcoholism is defined, research studies have estimated that rates of alcoholism amongst opiate addicts in treatment can widely range from 5% to 49% (El-Bassel et al. 1993; Gelb,

Richman & Peyser 1979), and approximately range from 20% to 30% of opiate addicts not in treatment (Lehman et al. 1990; Belenko 1979). In support of these estimates, the TOPS studies reported that 47.4% of the MMT patients used alcohol in the year before entering treatment, and that 25% engaged in heavy alcohol use during this time. The DATOS studies revealed that 28.9% of MMT patients used alcohol, and that 15.1% of MMT patients used alcohol heavily, in the year before treatment entry (Craddock et al. 1997). The Toronto 'Smack Study' follow-up determined that 70% of the untreated opiate addicts and 44.8% of the addicts who had entered MMT indicated alcohol use in the last 30 days before interview (Fischer, Gliksman, Rehm et al. 1999).

2.3 Marijuana Use

It has been noted in research studies that marijuana is prominently used by opiate addicts both in and out of treatment (Budney, Bickel & Amass 1998; Kosten et al. 1986; Saxon, Calsyn, Greenberg et al. 1993; Nirenberg et al. 1996). Rates of the concurrent use of marijuana by opiate addicts have been estimated to range from 50% to 85% (Budney et al. 1998; Darke & Hall 1995; Ball, Chambers & Hall 1988; Saxon, Calsyn, Greenberg et al. 1993; Nirenberg et al. 1996; Petry & Bickel 1998). The TOPS studies in particular indicated that 55% of the MMT sample patients were using marijuana daily or weekly in the year before treatment admission (Craddock et al. 1997). The follow-up study to the 1999 Toronto 'Smack Study' revealed that 62.5% of the untreated opiate addicts and 44.8% of addicts who had entered treatment reported marijuana use 30 days prior to interview (Fischer, Gliksman, Rehm et al. 1999). Despite these estimates of prevalence of use, not much is known about the impact of marijuana use on opiate addicts' health or performance in treatment (Budney et al. 1998; Nirenberg et al. 1996).

Some researchers have argued that marijuana use by opiate addicts in methadone treatment does not have a negative impact on the overall effectiveness of MMT at achieving program goals, and thus do not see the need to test for marijuana use. Similarly, some researchers have found no evidence of increased illicit drug use amongst those who tested positive for marijuana in their treatment study samples and thus have concluded that THC testing is not justified in methadone treatment programs (Nirenberg et al. 1996; Saxon, Calsyn, Greenberg et al. 1993).

2.4 Use of Benzodiazepines

Consistent with research findings that psychiatric problems are highly prevalent among psychoactive substance dependent individuals (Busto, Romach & Sellers 1996; Kosten et al. 1986; Darke, Swift, Hall & Ross 1993), it has been found that many opiate addicts also use benzodiazepines in and out of treatment. The research data are not always clear about the prescribed (licit) or illicit nature of benzodiazepine use. It has been suggested that such use often occurs to self-medicate such conditions as depression and personality disorders (Busto et al. 1996; Stitzer et al. 1981). Studies have shown that the general prevalence of concurrent use of benzodiazepines among opiate addicts is high (Busto et al. 1996; Stitzer et al. 1981), and that average rates of benzodiazepine use among

methadone treatment patients can range from 30-40% (Stitzer et al. 1981). The TOPS studies reported that in the year before treatment entry, 28% of MMT patients in the sample were using sedatives or barbiturates on a daily or weekly basis (Craddock et al. 1997). The Toronto 'Smack Study' follow-up determined that 62.5% of the untreated opiate addicts and 37.9% of the addicts who entered MMT reported benzodiazepine use in the 30 days before interview (Fischer, Gliksman, Rehm et al. 1999). Stitzer et al. (1981) discovered in their study that 65-70% of their sample of 29 patients in two methadone maintenance programs used non-prescribed benzodiazepines in a given month.

Researchers argue that many opiate addicts in treatment use benzodiazepines within therapeutic limits (Stitzer et al. 1981; Woody et al. 1975), but that there is a considerable number of patients who abuse benzodiazepines, particularly diazepam (Busto et al. 1996; Stitzer et al. 1981).

3. Canadian Data on Poly-Drug Use among Opiate Users

There are additional data available that outline in considerable depth the extent and variation of 'other drug use' among opiate addicts in the specific Canadian context. Treatment admissions data from the Addiction Research Foundation in Toronto, Canada, revealed that 41.4% of all 904 individuals applying for treatment and indicating 'opiates' as their primary problem substance during 1992-1995 reported the problematic use of one or more drugs other than opiates. Out of the total opiate user treatment sample of 904 subjects, 10.5% reported benzodiazepine use, 8% indicated marijuana use, 5% indicated alcohol use, and 5% reported using cocaine as their secondary drug of choice (ARF, unpublished data, 1992-1995). Due to the open-ended/self-report nature of the intake questionnaire, which was applied to patients in the ARF's 'high threshold' clinical setting, specific data on the prevalence of use of each of these drug categories among the 904 opiate users were not isolated. Despite this likely under-reporting, these data do reveal that poly-drug use was relatively common among this sample. It must be pointed out here that, during this time, the ARF drug treatment clinic operated as a 'high threshold' institution, primarily specializing in special referral cases thus attracting and featuring a distinct client population profile.

The Vancouver Injection Drug Use Study (VIDUS) is an open cohort of over 1,400 injection drug users in Vancouver, Canada (Tyndall, Currie, Johnston, Li, O'Shaughnessy & Schechter 2000). At recruitment, the participants complete an in-depth semi-structured questionnaire and are tested for HIV, Hepatitis C, and tuberculosis. Semi-annual follow-up is conducted to determine patterns of drug use, needle exchange utilization, sexual risk behaviours, needle sharing, and participation in drug treatment. At the inception of the cohort in May 1996, 82% were injecting cocaine, 66% were injecting heroin, 32% were injecting speedballs, and 29% were smoking crack cocaine. This cohort study illustrates that opiates are just one of a number of substances regularly consumed in this urban setting, and thus makes a clear empirical case for a 'poly-drug use' rather than an 'opiate-centric' drug use or even a 'mono-drug use' situation among opiate users in North America.

More generally, the overall high prevalence of poly-drug use in North America among those opiate users outside of treatment, entering treatment and in treatment begs the question as to whether it makes sense to frame the phenomenon of poly-drug use among opiate users as a form of 'other', 'additional' or 'subordinate' drug use. It increasingly appears that while many of the individuals in or out of illicit or injection-drug treatment indicate opiates as their primary problem substance, or are seeking treatment for opiate addiction specifically (e.g., methadone treatment), opiates are most often just one of many drugs being used by this population. Conceptually, it would thus seem much more appropriate to address this issue in the broader context of 'poly-drug use' among illicit drug addicts, which seems to be the practical rule rather than the exception, and which provides a much more realistic reflection of the contemporary drug use reality of most illicit drug users in North America today.

4. Poly-Drug Use Among Opiate Addicts: Various Explanation Models

Numerous theories have been developed over the years to explain patterns and motivations for poly-drug use among drug addicts in general, and more specifically among opiate users. Several theories emerged during the 1930s to late 1960s to explain sequential or 'progressional' poly-drug use by drug addicts; these theories commonly treated marijuana use as a critical threshold and stepping stone into the realm of illicit drugs and opiate use (Grinspoon 1971). The psychopharmacological effects model was the first and most popular theory to explain sequential drug use from marijuana to opiates. This type of theory proposed that one of the side effects of marijuana use was a loss of self-control or the development of a tolerance to the drug that could make the user more susceptible and attracted to the consumption of other, more potent drugs like heroin (Giordano 1968; Maurer & Vogel 1967).

Another group of theories that sought to explain the progression of marijuana use to opiates were the personality abnormality theories. These theories claimed that individuals using marijuana were psychologically disturbed and featured personality disorders, and that eventually, for those with more serious personality deficits, marijuana would no longer be sufficient, and they would go on to use heroin to better treat their condition (Cohen & Klein 1970).

Many social/cultural theories to explain sequential drug use have been offered. Generally, they assert that drug use is determined by and is the product of subcultures and their distinct social forces that condition for, promote, and facilitate certain kinds of drug use related to additional factors like social situations, cultural habits, values and norms, and drug availability in these contexts. One such theory argued that through the use of illicit substances and subsequent exposure to the illicit market, the new drug user eventually establishes social relations with drug users who use a variety of drugs, and is thus gradually ushered into a drug subculture that encourages the use of several different substances (Blumer, Sutter, Ahmed & Smith 1967; Becker 1963; Glaser, Inciardi & Babst 1969; Whitehead, Smart & Laforest 1972).

Several theories have evolved in recent years that address the concurrent poly-drug use patterns of opiate addicts observed by researchers and clinicians today. A substitution/cost-effectiveness theory has been further developed that draws from economic theory and states that, during treatment episodes or fluctuations in market price, opiate addicts flexibly substitute other drugs for opiates on the basis of the assumption of a basic elasticity of the users' demand for opiates specifically. It has been found that opiate addicts in treatment may successfully stop using heroin, but then begin to use other drugs or increase the frequency of their other drug use as a substitute for heroin (Fairbank et al. 1993; Lehman et al. 1990). Those addicts in methadone treatment may also choose to use a cheaper substance to reduce costs, as larger amounts of drug are required in order to feel any effects over the cross-tolerance that methadone creates (Hunt et al. 1984; Kosten et al. 1986; Langrod 1970). Furthermore, along the same lines, it has been suggested that when the price of heroin increases, opiate addicts substitute more cost-effective drugs for heroin (Petry & Bickel 1998).

The self-medication model explains poly-drug use among opiate addicts from a distinct and behavioural-phenomenological perspective on the part of the user. This theory is based on the findings that opiate addicts tend to have more psychiatric problems than the general population and thus use other drugs (such as benzodiazepines, alcohol, cocaine and marijuana) to actively and consciously self-medicate their psychiatric disorders, personal stress, and/or difficult moments in addiction treatment (Shaffer & LaSalvia 1992; Kosten et al. 1986).

Similar to the self-medication model, research has also found evidence for a stabilization function theory that implies poly-drug use as driven by distinct interactions between drugs and their effects. For example, some opiate users engage in the use of cocaine, alcohol, marijuana and/or benzodiazepines to prevent or postpone the withdrawal symptoms associated with heroin use and thus stabilize themselves until more heroin can be acquired (Hunt et al. 1984; Langrod 1970). Some opiate addicts 'speedball' by injecting cocaine and heroin together to receive the instant rush and manage the undesirable sensation of a cocaine 'crash' (Kosten, Rounsaville & Kleber 1987; Strug, Hunt, Goldsmith, Lipton et al. 1985). The stabilization function theory has also been applied to opiate addicts in methadone treatment, in that certain drugs (e.g., benzodiazepines, cocaine, crack, marijuana, alcohol) provide intoxicating effects when used with methadone (Stitzer et al. 1981; Condelli et al. 1991; Hunt et al. 1984; Kosten et al. 1986). Many patients use other drugs while in treatment to postpone feelings of withdrawal and to manage the negative side effects they associate with methadone, such as backaches, headaches, nausea, drowsiness, nervousness, seizures, numbness and boredom (Fischer, Chin, Kuo et al., forthcoming; NIDA 1995).

What seems important to note here is that while the former explanation models imply that 'other drug use' is an 'additional' or aggravating problem in the pathology of drug addiction, the latter theories concede a potentially or partially constructive, conscious, and even positive role or function for such use from the user's perspective. The use of 'other drugs' may be initiated consciously by the user to deal with or compensate the effects, or lack of availability, of other substances (e.g., heroin to "come down" from cocaine), or to deal with and reduce the undesirable side effects of methadone

treatment, the by far predominant treatment regime utilized for opiate addiction. These proposed constructive functions may require a cautious reconsideration of the uniformly negative connotation and judgment ascribed to 'other drug use' in the traditional research and treatment literature.

5. Reduction of 'Other Drug Use' through Opiate Addiction Treatment: Empirical Evidence

The reduction or elimination of 'other (illicit) drug use' has been proclaimed and emphasized as one of the central goals of opiate pharmacotherapy treatment (methadone treatment, etc.). In turn, the alleged effectiveness of methadone treatment and other forms of pharmacotherapy in reducing such other drug use has been widely emphasized as one of the fundamental success indicators of this form of intervention (see NIDA 1995; Swiss Methadone Report 1997; NIH 1998). Ball & Ross (1991) have claimed that a general reduction of all illicit drug use during methadone treatment indicates this form of treatment's effectiveness, and it has been argued that "Methadone maintenance has been demonstrated to result in substantial and sustained reductions in the use of illicit drugs... with a subsequent improvement in overall medical, social and vocational functioning" (O'Connor, Selwyn & Schottenfeld 1994: 454).

Over the past few decades, a large amount of research has been conducted and data produced exploring the effects of methadone and other opiate pharmacotherapy treatment, much of which focus on 'illicit drug use' as a central outcome measure (NIDA 1995; Bertschy 1995; Ward, Hall & Mattick 1999).

Only a few researchers have a priori pointed to the fact that many opiate addicts enter treatment while addicted to several different (non-opiate) substances for which opiate pharmacotherapy is not appropriate treatment and thus has ambiguous effects on the patients' ability to reduce their overall drug use during and after treatment (Rosenblum et al. 1996). Generally, it can be said that research studies and the empirical evidence they offer on the effectiveness of methadone treatment at reducing poly-drug use by opiate addicts have produced 'mixed' results at best (NIDA 1995). A brief review of some of the key studies examining the effects of methadone treatment on 'other/illicit drug use' is provided below.

Ball & Ross (1991) discovered in their study that opiate use and the use of other drugs by MMT patients, except for marijuana, decreased consistently with time in treatment. Condelli & Dunteman (1993) also considered the effect of length of methadone treatment on the reduction of opiate use in a sample of 526 patients in 17 MMT programs as part of the Treatment Outcome Prospective Study (TOPS). They found that when comparing short-term treatment episodes of 31 days, long-term treatment episodes of 233 days, and continuous treatment episodes of 723 days, the lengthiest stay in treatment brought about the most significant decrease in opiate use from 100% pre-treatment to 17% after continuous treatment. Simpson & Sells' (1982) Drug Abuse Reporting Program (DARP) study reported a 56% decrease in illicit opiate use in the first year of methadone treatment, compared to the

100% daily use that was noted among the 895 patients two months before treatment entry. The DARP studies reported a 13% reduction in the use of all non-opioid drugs except marijuana amongst the sample of MMT patients (Simpson & Sells 1982).

Fairbank et al. (1993) also found a decline in the use of illicit substances, except for alcohol, among their sample of 513 MMT patients after the first follow-up year (cocaine – 36% to 22%; illicit methadone – 21% to 5%; marijuana – 32% to 19%). Marsch (1998) found substantial evidence for a relationship between MMT and the reduction of illicit opiate use, HIV risk behaviours, and criminal activities. She analyzed the results of 11 studies investigating the effectiveness of methadone treatment and discovered that MMT had a moderate effect in reducing illicit opiate use, a small to moderate effect in reducing HIV risk behaviours, and a most significant effect in reducing drug-related criminality.

However, other studies have significantly isolated only a reduction in the use of illicit heroin and an increase or continuation of the use of other drugs, whether it is one drug or many. In the TOPS studies, a reduction in the use of illicit and non-prescription drugs during treatment was noted, but this reduction was followed by a sharp increase after treatment and then a gradually reduced rate after 5-year follow-up (Hubbard et al. 1989). Shaffer & LaSalvia (1992) found that, in their cohort of 41 MMT patients, cocaine and opiate use significantly decreased in the first year of treatment, but they noted an increase in the use of benzodiazepines by patients in the sample. Powers and Anglin (1993) reported stabilizing effects among 933 MMT patients with respect to opiate use in that their opiate use decreased in and out of treatment, but they found that marijuana and alcohol use increased and that these substances were being used as substitutes for opiates after treatment. Lehman et al. (1990) discovered similar findings in that 12 years after MMT, half of the 298 patients in the sample had stopped using opiates but were heavily using alcohol as a substitution for heroin. The Canadian VIDUS study indicated a slight decline in illicit substance use over time among 174 participants who were consistently enrolled in MMT. From 1996 to 1999, injection heroin use decreased from 67% to 52%, injection cocaine use declined from 60% to 37%, and speedball use decreased from 28% to 22%. During this same time period crack use increased from 18% to 36%. However, a comparison between this sub-sample of injection drug users in MMT (174) and those not in MMT (882) showed that drug use was essentially the same in the two groups (Tyndall, Brooks, Currie, Li, O'Shaughnessy & Schechter 2000). Although these observations do not allow for firm conclusions on the actual presence of 'other drug use' reducing effects of methadone treatment, they do suggest that poly-drug use remains common among those in MMT.

Despite the widely varying results put forward by the existing outcome research, it is predominantly asserted that methadone treatment is an effective method of reducing or eliminating illicit opiate and other drug use as well as other negative behaviours among opiate addicts (Ball & Ross 1991; Rosenblum et al. 1996; Simpson & Sells 1982; Shaffer & LaSalvia 1992; Fairbank, Duntzman & Condelli 1993). Similarly, based on this empirical evidence, methadone treatment has been assessed and proclaimed as an effective treatment modality for opiate addiction that reduces all

illicit drug use, criminal activity, HIV transmission, mortality and social costs, and that increases patients' social functioning and employment rates (Bertschy 1995; Nirenberg et al. 1996; Taylor et al. 1998; Ball & Ross 1991; Simpson & Sells 1982).

Within this empirical context of methadone treatment outcome research, several determinants have been identified on which the successful reduction of patients' illicit drug use in methadone treatment may depend. Some researchers and clinicians have found that those patients with less severe drug habits, in both frequency and history, are more capable of reducing their overall illicit drug use while in MMT than those who have more serious drug addiction careers (Fairbank, Condelli & Dunteman 1993; Bertschy 1995; Silverman et al. 1996; Rawson et al. 1994). Others have argued that effective and regimented disciplinary programs and contingency contracting procedures in MMT are a key factor in bringing about positive results in the reduction of illicit drug use among patients (Magura et al. 1988; Chutuape et al. 1999; Caplehorn et al. 1993). In addition, methadone dosages (>60 mg) have been linked to the reduction of illicit drug use by patients in treatment (Ball & Ross 1991; Maxwell & Shinderman 2000), and comprehensive services in treatment and effective treatment staff have also been suggested as leading to positive treatment outcomes (Ball & Ross 1991; Condelli & Dunteman 1993). Researchers have asserted a positive correlation between longer length of stay in methadone treatment and the reduction of illicit drug use (Ball & Ross 1991; Condelli & Dunteman 1993; Bertschy 1995; Reno & Aiken 1993; Simpson & Sells 1982). The DARP, TOPS, and Ball & Ross studies all pointed to evidence that illicit drug use was significantly reduced by patients after the first year in methadone treatment (Simpson & Sells 1982; Ball & Ross 1991; Condelli & Dunteman 1993).

6. Methadone Treatment Outcome Research: Methodological Issues

However, upon closer look it seems that many of these outcome research studies are fraught with fundamental methodological problems that severely limit the validity of their outcome measures and their conclusions with respect to the proclaimed effectiveness of methadone treatment. Specifically, one of the most important questions suggested by an evaluation of these research findings concerns whether the reduction of other drug use in opiate pharmacotherapy treatment programs is an effect of the treatment intervention itself or of biased patient (de-)selection over time. Most treatment studies suffer from high 'drop-out' or 'discontinued patient' rates of up to 50% after relatively short follow-up periods of one year, much of which are driven by the natural drop-out dynamics of patients who do not accept treatment rules with regard to 'other drug use' or who are discharged for lack of compliance with these rules. These circumstances, of course, have severe implications for the patient/subject base for whom the effects of treatment are assessed over time, the composition of this patient/subject base in terms of the outcome variable scrutinized, and the validity of the outcome data.

As one (randomly selected) illustrative example, Hubbard et al.'s (1997) outpatient methadone treatment outcome data reflect a 20% reduction in weekly cocaine use among patients after one year of treatment. However, the study sample size diminished through attrition from 1,203 patients at treatment admission to 727 patients at one-year follow-up, with 476 patients (39.6%) having dropped

out of treatment over the course of the first 12 months. This substantial reduction in follow-up sample size over time presents considerable problems in drawing accurate proof for significant reduction of 'other drug use' – here operationalized in the form of cocaine use – as an effect of opiate pharmacotherapy itself.

This problem can be illustrated by two hypothetical yet realistic better-and-worse calculations. If 80% of the 476 treatment drop-outs in the Hubbard et al. (1997) study still used cocaine at the point of follow-up, then 45% of the total base sample (N=1,203) would be using cocaine after one year of treatment. This first hypothetical situation would indicate an overall increase in cocaine use over time when taking into account the behaviour of all original treatment patients. If, in a second hypothetical calculation, 60% of the 476 treatment drop-outs still used cocaine, then 37% of the total base sample would be using cocaine after one year of treatment. This second hypothetical situation would mean a minimal reduction of cocaine use in the treatment sample over pre-admission rates, likely below statistical significance levels. When such assumptions are considered about the behaviour of drop-outs in treatment outcome research studies, the so-called therapeutic effects of opiate pharmacotherapy – as illustrated in the above example – are minimized or may even totally disappear, and the proposed 'empirical conclusions' about the effectiveness of treatment may stand on methodologically weak ground. Therefore, the use of appropriate outcome research design and methods (i.e., true intent-to-treat analysis) that include assessment of drop-outs and their behaviour must be fundamentally called for in order to be certain of the overall extent and validity of opiate pharmacotherapy's praised and taken-for-granted effects. If these factors are not taken into account, self-selection cannot be ruled out as a possible explanation of positive treatment outcome results as shown above. It would appear that the currently applied scientific methodologies to assess the effects of MMT produce desirable data primarily through systematic retention of patients with compliant behaviour in the treatment research sample and not through the actual treatment modality effectively being applied to patients.

Another fundamental issue with respect to the perspectives applied to the assessment of 'other drug use' among opiate treatment patients concerns the types of instruments used to measure the prevalence of illicit drug use among those in treatment, and their inherent normative assumptions. Prominently used instruments like the Addiction Severity Index (ASI) (McLellan, Luborsky, Woody & O'Brien 1980), with a strict focus on assessing the mere quantitative prevalence of 'other drug use', are frequently used in treatment research settings. However, these instruments are largely insensitive to the risks and harms context of drug use or patients' quality of life, thus making them insufficient in measuring qualitative aspects of poly-drug use, or changes and modifications over the course of treatment, among opiate addicts in treatment.

7. Opiate Addiction Treatment (Pharmacotherapy) and Other Drug Use in North America: Views and Practices

The current methadone maintenance regulations and guidelines in Ontario, Canada, have been in effect since 1996 and involve regimented policies regarding urinalysis testing and take-home dose privileges as they relate to the issue of 'other drug use' with patients in methadone treatment. Methadone treatment patients in Ontario must undergo supervised urine testing twice a week during the initial three-month period of methadone treatment stabilization, and randomly thereafter. Patients are not eligible for take-home methadone doses within the first three months of treatment. After three months, patients are eligible for three take-home doses, and then up to six take-home doses are allowed for those patients who have remained active in treatment and have produced drug-free urine samples for 12 months (Ontario Methadone Maintenance Guidelines 1996). If continued drug use is detected, so the guidelines stipulate, physicians may either cancel patients' take-home dose privileges, increase methadone doses, or discharge patients from treatment (Ontario Methadone Maintenance Guidelines 1996).

There is great variability currently in North America, both in terms of ideological views and practical clinical response to poly-drug use among opiate addicts in treatment. Variability exists among North American methadone providers with respect to: definitions of and distinctions among substance use, abuse and dependence; poly-drug use detection and response practices; methadone treatment regulations and guidelines; and the level of training of methadone treatment providers. With respect to varying responses to poly-drug use (most commonly the use of cocaine, alcohol, marijuana, benzodiazepines, and sometimes methamphetamine), there are three main categories of clinical response employed in North American MMT settings. Responses rely on alterations to the methadone dose, increased intensity of counseling, or evaluation of the continued provision of methadone treatment which can result in either patient discharge or reduction in methadone dosage. By far the most common clinical response to poly-drug use among methadone maintenance patients is increased intensity of counseling (Brands & Brands 1998). All of the responses to poly-drug use outlined above, including the extent to which discharge from treatment occurs, vary depending on the drug used. Few methadone treatment providers apply any clinical response to cannabis use. The majority of research and clinical attention in the area of poly-drug use among methadone maintenance patients has focused on use of stimulants and particularly cocaine. In addition to the approaches described above, studies have looked at cocaine use by methadone maintenance patients treated with specific pharmacotherapy (Batki et al., AAAP meeting, 1998) and contingency management (Silverman et al. 1996). To date none of the approaches that attempt to address cocaine use among methadone maintenance patients have been consistently and persistently effective (Hser, Anglin & Fletcher 1998; Handelsman, Lempitlaw, Williams et al. 1995; Schottenfeld, Pakes, Oliveto et al. 1997; Kosten, Rounsaville & Kleber 1988).

A recent survey of 64 physicians in Ontario, Canada (60% of all physicians in the province providing methadone treatment at the time of study), practicing methadone treatment confirmed this situation of ambiguity or division with respect to attitudes and actions concerning poly-drug use among opiate addicts in treatment (Fischer, Bisceglia, Daniel & Gliksman, under review). Based on interviews, the survey revealed that if continued illicit opiate use occurred among their patients in treatment, almost half (45%) of the physicians reported that they would revoke take-home privileges and possibly increase the methadone dosage as well as counseling. Twenty-three percent indicated that they would discharge the patient from the methadone program. Ten percent of the physician sample stated that they would revoke the take-home dose privileges and take no other action, while only a few physicians indicated that they would disregard the illicit opiate use or simply increase the methadone dosage. In the case that continued illicit other (non-opiate) drug use had been detected in a patient's urine samples, 40% of the physicians said that they would revoke the patient's methadone take-home dose privileges, plus possibly increase the intensity of counseling. One third of the sample would discharge the patient from treatment entirely, while 13% would ignore the poly-drug use and take no action (Fischer, Bisceglia, Daniel & Gliksman, under review).

In light of patients' persistent poly-drug use as well as in the specific context of private and for-pay drug treatment programs in the United States, American clinicians utilize several additional strategies to control poly-drug use occurring with patients in methadone treatment. Among those mechanisms are: mandatory inpatient detoxification, a variety of different contingency contracting procedures, or treatment discharge/dis-continuation.

Inpatient detoxification has been deemed to be ineffective when not combined with other services and control strategies (Rosenblum et al. 1996), while one of the more popular and promising disciplinary measures being implemented in MMT to manage poly-drug use involves contingency contracting procedures (Magura et al. 1988; Nirenberg et al. 1996). Contingency contracting in methadone treatment is an operant conditioning or behaviour modification technique whereby patients are either rewarded for their abstinence from using illicit substances or punished for their poly-drug use based on urinalysis results (Rawson et al. 1994). These procedures commonly involve systems of reward in the form of take-home methadone dosages, increases in methadone doses, or vouchers redeemable for goods and services that will advance the patients' treatment goals, typically contingent on the patients' presentation of consecutive negative urine samples (Stitzer et al. 1986; Chutuape et al. 1999; Magura et al. 1988; Glosser 1983; Silverman et al. 1996; Robles et al. 2000). These mechanisms have shown mixed results in reducing illicit drug use in patients in treatment.

8. Summary and Outlook

This paper has argued and shown that 'other drug use' or 'poly-drug use' is a rather common phenomenon among today's illicit opiate (predominantly heroin) user populations in North America. The use of or dependence on drugs other than opiates in these populations is the rule rather than the exception, as vast empirical data clearly indicate (Craddock et al. 1997; Simpson & Sells 1982;

Brooks-Nelson et al. 1998; Fischer, Medved, Gliksman & Rehm 1999). A wide range of licit and illicit substances are sought and consumed regularly by most opiate users, predominantly falling into the categories of alcohol, cocaine, marijuana, and benzodiazepines (Rettig & Yarmolinsky 1995).

This simple but clear empirical constellation requires a fundamental conceptual correction to the 'opiate-centric' framework of 'other drug use' in the context of opiate dependence and its treatment. In light of the common, prevalent and regular use of 'other drugs' as evidenced in opiate-using populations in North America, the concept of 'other', 'secondary' or 'additional' drug use is a misnomer as well as a misleading perspective. It rather appears that the majority of opiate-involved injection drug users are best described by flexible and multiple drug use (and often dependence) and at best feature primary or temporary 'drugs of choice' of which heroin or other opiates can be one of many. The 'opiate-centric' view on poly-drug using individuals, which has dominated research and treatment for decades, is probably driven by two main factors: first, the long-lasting socio-medical construct of the pure heroin addict or 'junkie' who was addicted to and used nothing but 'smack', and second, the evolution of the predominantly 'opiate-centric' regime of treatment (methadone maintenance, other opiate pharmacotherapy) that defined and pathologized its target 'patients' according to the kind of indications and treatment they provided, not necessarily their actual drug use profiles or overall treatment needs (cf. Courtwright 1992).

A careful and reflective look is also in order from a research and treatment perspective in terms of theorizing, categorizing and understanding the use of drugs other than opiates by opiate-dependent individuals; both those in treatment as well as not in treatment. Most conventional theories automatically frame and label 'other' or 'additional' drug use as pathological as well as indications of an 'additional' problem or deviance. But the issue, and especially the relationships between the drugs used may be a bit more complex and not as simplistically black and white for all users. For example, as qualitative research shows, considerable proportions of opiate users choose and employ the use of other substances quite selectively and deliberately, aiming to utilize interactive effects between different kinds of substances in a positive and desired fashion (for example, to use heroin to 'come down' from cocaine, or in response to psychiatric disorders) within their often highly difficult life circumstances (Kosten et al. 1986; Shaffer & LaSalvia 1992). These scenarios point to the fact that, with some users, there may be a considerable range of constructive, even self-medicating aspects and rationales for the use of other substances in conjunction with heroin or other opiates. This may most relevantly be the case with patients in methadone treatment, who report the need for and use of other substances (e.g., marijuana, cocaine) in order to compensate for the various, substantial and well-known undesired and negative side effects of methadone (Hunt et al. 1986; Fischer, Chin, Kuo et al., forthcoming). This is not at all to suggest that many of the poly-drug using individuals in and outside of treatment do not feature most chaotic, destructive and harmful drug use habits. However, especially in light of a current lack of alternatives for more desirable and effective forms of opiate pharmacotherapies, the potentially constructive or externally necessitated role of 'poly-drug use' in many individual cases needs to be sensitively recognized and addressed in theory and practice, and not categorically condemned or punished.

Based on a clash of 'old' versus 'new' ideologies in methadone maintenance treatment in the North American context, there currently clearly exists a rather sharp split or divide in terms of treatment providers' approaches, attitudes and practices with regard to 'other drug use' by patients in methadone treatment. While a good portion of treatment providers still abide by the traditional 'abstinence' ideology and strictly control or punish 'other drug use' through the various mechanisms available (mandatory counseling, dosing, take-home 'privileges', contingency rewards, culminating in program discharge), others have arrived at a practice of (more or less helpless?) tolerance of other illicit drug use by simply accepting it under what is often referred to as a pragmatic 'harm reduction' umbrella. The flexibility and discretion of methadone treatment guidelines and rules in Canada specifically allow for both approaches (cf. Brands & Brands 1998). It seems highly questionable, however, whether the long-standing goal or expectation of methadone treatment or other opiate pharmacotherapy to reduce or eliminate non-opiate drug use is tenable or sensible on scientific or clinical – rather than on political or ideological – grounds, although this has been proclaimed and reinforced for decades. It is clinically or scientifically unreasonable to expect opiate pharmacotherapy to treat or cure non-opiate forms of drug dependence, and it is obscure that patients are held to such objectives, often with the harshest existential consequences.

While opiate pharmacotherapy treatment generally claims the reduction of illicit drug use as one of its key successes and main goals, this assertion has to be considered with particular caution. First, the vast scientific data examining the reduction of other drug use in methadone and other opiate pharmacotherapy treatment point to 'mixed results' at best (NIDA 1995; Bertschy 1996; Ward, Hall & Mattick 1999), in simple terms implying that, overall, some reduction occurs with some patients while in treatment, yet these effects vary highly within populations and not much is known about the (post-treatment) duration of such effects. More importantly, however, is the fact that most treatment effect evaluations of this kind are burdened with severe methodological problems. The great majority of treatment outcome studies follow and evaluate patients remaining in treatment over time and, in light of the substantial drop-out rates in North American methadone treatment programs, are characterized by an enormous selection bias. Since one of the principal reasons for which patients leave or are dismissed from treatment is 'other drug use', such assessments – and the findings and conclusions that methadone treatment, in fact, effectively reduces other drug use – become a tautology possibly driven by the dynamics of systematic selection of desired behaviour and results rather than real therapeutic effects. With these methodological problems in mind, a new and rigorous reassessment of the effectiveness of opiate pharmacotherapy treatment (utilizing meta-analyses or proper intent-to-treat methodology in new studies) is urgently called for in order to provide solid and much needed empirical grounds for future directions.

In summary, a few key fundamental research and treatment issues are on the agenda. First, new and appropriate scientific efforts, utilizing appropriate methods, are needed that investigate the contexts, rationales and motivations of drug use by poly-drug using opiate users in and out of treatment, specifically trying to understand the role and function that the use of other psychoactive substances play in users' lives, what harms and risks they entail, and how these individual

circumstances can be meaningfully responded to in treatment. Second, a fundamental reorientation of North American opiate pharmacotherapy treatment practices and values seems overdue that does not rely on punishment per se as a means and end in response to poly-drug use, but rather aims to understand the contexts and effects in individual cases and to provide proven and effective interventions where this is possible. In this context, finally, it also seems much advised that both the principles of opiate treatment as well as outcome research take the paradigmatic leap from a value system that relies on the simple prevalence of 'other drug use' as an automatic indicator of increased problems, harm or deviance to one that evaluates circumstantial risks, harms, and 'quality of life' indicators as the key measures of the effects of treatment and the patients' well-being and/or behaviour. This would, among other things, require the development and broad utilization of new treatment research perspectives and instruments, i.e., replacing standard evaluation instruments like the ASI (McLellan, Luborsky, Woody & O'Brien 1980) that narrowly link treatment success to the prevalence of other drug use, not the harms or risks associated with it. It is time that reality and reason again become the predominant forces in research and treatment regarding illicit opiate and other drug use.

References

- (1996). Methadone Maintenance Guidelines. Toronto, College of Physicians and Surgeons of Ontario.
- (1997). Swiss Methadone Report. Berne/Toronto, Swiss Federal Office of Public Health/Addiction Research Foundation.
- Ball, J. (1967). "Marijuana smoking and the onset of heroin use." *British Journal of Criminology* 7: 408-413.
- Ball, J., C. Chambers and M. Hall (1968). "The association of marijuana smoking with opiate addiction in the United States." *Journal of Criminal Law, Criminology and Police Science* 59: 171-182.
- Ball, J. and A. Ross (1991). *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment: Patients, Programs, Services and Outcome*. New York, Springer-Verlag.
- Batki, S., M. Bradley, K. Nathan, W. Bresnick, J. Moon, P. Jacob, et al. (1998). Isradipine in cocaine dependence: An open pilot trial in methadone maintenance patients. Presented at the Ninth Annual Meeting & Symposium, American Academy of Addiction Psychiatry, Dec. 3-6, AAAP.
- Becker, H. (1963). *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. Glencoe, N.Y., Free Press.
- Belenko, S. (1979). "Alcohol abuse by heroin addicts: Review of research findings and issues." *The International Journal of the Addictions* 14: 965-975.
- Bertschy, G. (1995). "Methadone maintenance treatment: An update." *European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience* 245: 114-124.
- Blumer, H., A. Sutter, S. Ahmed and R. Smith (1967). *ADD Center Project Final Report: The World of Youthful Drug Use*. Berkeley, University of California.
- Brands, B. and J. Brands, Eds. (1998). *Methadone Maintenance: A Physician's Guide to Treatment*. Toronto, Addiction Research Foundation.
- Brewer, D., R. Catalano, K. Haggerty, R. Gainey and C. Fleming (1998). "A meta-analysis of predictors of continued drug use during and after treatment for opiate addiction." *Addiction* 93(1): 73-92.
- Brooks-Nelson, D., L. Kotranski, S. Semaan, K. Collier, J. Lauby, K. Feighan, et al. (1998). "The validity of self-reported opiate and cocaine use by out-of-treatment drug users." *Journal of Drug Issues* 28(2): 483-494.
- Budney, A., W. Bickel and L. Amass (1998). "Marijuana use and treatment outcome among opioid-dependent patients." *Addiction* 93(4): 493-503.
- Busto, U., M. Romach and E. Sellers (1996). "Multiple drug use and psychiatric comorbidity in patients admitted to the hospital with severe benzodiazepine dependence." *Journal of Clinical Psychopharmacology* 16(1): 51-57.
- Caplehorn, J., D. Reilly and A. Wodak (1993). "Detected heroin use in an Australian methadone maintenance program." *Journal of Substance Abuse Treatment* 10: 553-559.
- Chutuape, M., K. Silverman and M. Stitzer (1999). "Use of methadone take-home contingencies with persistent opiate and cocaine abusers." *Journal of Substance Abuse Treatment* 16(1): 23-30.
- Cohen, N. and D. Klein (1970). "Drug abuse in a young psychiatric population." *American Journal of Orthopsychiatry* 40: 448-455.
- Condelli, W. and G. Dunteman (1993). "Exposure to methadone programs and heroin use." *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 19: 65-78.
- Condelli, W., J. Fairbank, M. Dennis and J.V. Rachal (1991). "Cocaine use by clients in methadone programs: Significance, scope, and behavioral interventions." *Journal of Substance Abuse Treatment* 8: 203-212.
- Courtwright, D. (1982). *Dark Paradise: Opiate Addiction in America before 1940*. Cambridge, Harvard University Press.
- Courtwright, D.T. (1992). *A Century of American Narcotics Policy*. *Treating Drug Problems* (Institute of Medicine, vol. 2). D.R. Gerstein and H.J. Harwood. Washington, National Academy Press.
- Craddock, S.G., J. Rounds-Bryant, P. Flynn and R. Hubbard (1997). "Characteristics and pre-treatment behaviors of clients entering drug abuse treatment: 1969 to 1993." *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 23(1): 43-59.
- Darke, S. and W. Hall (1995). "Levels and correlates of polydrug use among heroin users and regular amphetamine users." *Drug and Alcohol Dependence* 39: 231-235.
- Darke, S., W. Swift, W. Hall and M. Ross (1993). "Drug use, HIV risk-taking and psychosocial correlates of benzodiazepine use among methadone maintenance clients." *Drug and Alcohol Dependence* 34: 67-70.
- El-Bassel, N., R. Schilling, J. Turnbull and K.-H. Su (1993). "Correlates of alcohol use among methadone patients." *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 17(3): 681-686.

- Fairbank, J., G. Dunteman and W. Condelli (1993). "Do methadone patients substitute other drugs for heroin? Predicting substance use at 1-year follow-up." *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 19(4): 465-474.
- Fischer, B. (forthcoming). "Prescriptions, Power and Politics: The turbulent history of methadone maintenance in Canada." *Journal of Public Health Policy* 21(3).
- Fischer, B., D. Bisceglia, N. Daniel and L. Gliksman (under review). "Methadone treatment in Ontario (Canada) - results of a physician survey." *Journal of Maintenance in the Addictions*.
- Fischer, B., A. Chin, I. Kuo, M. Kirst and D. Vlahov (forthcoming). "Opiate users' views on methadone and other opiate prescription treatment in Canada: A qualitative focus group study." *Substance Use and Misuse*.
- Fischer, B., L. Gliksman, J. Rehm, N. Daniel and W. Medved (1999). "Comparing opiate users in methadone treatment with untreated opiate users: Results of a follow-up study with a Toronto opiate user cohort." *Canadian Journal of Public Health* 90(5): 299-303.
- Fischer, B., W. Medved, L. Gliksman and J. Rehm (1999). "Illicit opiates in Toronto: A profile of current users." *Addiction Research* 7(5): 377-415.
- Fischer, B. and J. Rehm (1997). "The case for a heroin substitution treatment trial in Canada." *Canadian Journal of Public Health* 88(6): 367-370.
- Fischer, B., J. Rehm and T. Blitz-Miller (2000). "Injection drug use and preventive measures: a comparison of Canadian and Western European jurisdictions over time." *Canadian Medical Association Journal* 162(12): 1709-1713.
- Gelb, A., B. Richman and N. Peyser (1979). "Alcohol use in methadone maintenance clinics." *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 6(3): 367-373.
- Giffen, J., S. Endicott and S. Lambert (1991). *Panic and Indifference - The Politics of Canada's Drug Laws*. Ottawa, Canadian Centre on Substance Abuse.
- Giordano, H. (1968). *The Dangers of Marihuana... Facts You Should Know*. Washington, D.C., Bureau of Narcotics and Dangerous Drugs.
- Glaser, D., J. Inciardi and D. Babst (1969). "Later heroin use by marijuana-using, heroin-using, and non-drug-using adolescent offenders in New York City." *The International Journal of the Addictions* 4(2): 145-155.
- Glosser, D. (1983). "The use of a token economy to reduce illicit drug use among methadone maintenance clients." *Addictive Behaviors* 8: 93-104.
- Goode, E. (1969). "Multiple drug use among marijuana users." *Social Problems* 17: 48-64.
- Gould, L. and H. Kleber (1974). "Changing patterns of multiple drug use among applicants to a multimodality drug treatment program." *Archives of General Psychiatry* 31: 408-413.
- Grinspoon, L. (1971). *Marihuana Reconsidered*. Cambridge, Harvard University Press.
- Grupp, S. (1972). "Multiple drug use in a sample of experienced marijuana smokers." *The International Journal of the Addictions* 7(3): 481-491.
- Handelsman, L., L. Limpitlaw, D. Williams, J. Schmeidler, P. Paris and B. Stimmel (1995). "Amantadine does not reduce cocaine use or craving in cocaine-dependent methadone maintenance patients." *Drug and Alcohol Dependence* 39(3): 173-180.
- Hanlon, T., D. Nurco, T. Kinlock and K. Duszynski (1990). "Trends in criminal activity and drug use over an addiction career." *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 16(3 & 4): 223-238.
- Hser, Y., M. Anglin and B. Fletcher (1998). "Comparative treatment effectiveness. Effects of program modality and client drug dependence history on drug use reduction." *Journal of Substance Abuse Treatment* 15(6): 513-523.
- Hubbard, R., S. Craddock, P. Flynn, J. Anderson and R. Etheridge (1997). "Overview of 1-year follow-up outcomes in the drug abuse treatment outcome study (DATOS)." *Psychology of Addictive Behaviors* 11(4): 261-278.
- Hubbard, R., M. Marsden, J.V. Rachal, H. Harwood, E. Cavanaugh and H. Ginzburg (1989). *Drug Abuse Treatment: A National Study of Effectiveness*. Chapel Hill, University of North Carolina Press.
- Hunt, D., D. Lipton, D. Goldsmith, D. Strug and B. Spunt (1986). "It takes your heart: the image of methadone maintenance in the addict world and its effects on recruitment into treatment." *International Journal of the Addictions* 20: 1751-1771.
- Hunt, D., D. Strug, D. Goldsmith, D. Lipton, B. Spunt, L. Truitt, et al. (1984). "An instant shot of 'aah': Cocaine use among methadone clients." *Journal of Psychoactive Drugs* 16(3): 217-227.
- Kolar, A., B. Brown, W. Weddington and J. Ball (1990). "A treatment crisis: Cocaine use by clients in methadone maintenance programs." *Journal of Substance Abuse Treatment* 7: 101-107.
- Kosten, T., F. Gawin, B. Rounsaville and H. Kleber (1986). "Cocaine abuse among opioid addicts: Demographic and diagnostic factors in treatment." *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 12(1 & 2): 1-16.

- Kosten, T., B. Rounsaville and H. Kleber (1987). "A 2.5-year follow-up of cocaine use among treated opioid addicts: Have our treatments helped?" *Archives of General Psychiatry* 44: 281-285.
- Kosten, T., B. Rounsaville and H. Kleber (1988). "Antecedents and consequences of cocaine abuse among opioid addicts. A 2.5-year follow-up." *Journal of Nervous and Mental Disorders* 176(3): 176-181.
- Kuo, I., B. Fischer and D. Vlahov (in press). "Consideration of a North American heroin-assisted trial for the treatment of opiate-dependent individuals." *International Journal of Drug Policy*.
- Langrod, J. (1970). "Secondary drug use among heroin users." *The International Journal of the Addictions* 5(4): 611-635.
- Le Dain Commission (1973). *Final Report of the Commission of Inquiry into the Non-Medical Use of Drugs*. Ottawa, Information Canada.
- Lehman, W., M. Barrett and D.D. Simpson (1990). "Alcohol use by heroin addicts 12 years after drug abuse treatment." *Journal of Studies on Alcohol* 51(3): 233-244.
- Lindesmith, A. (1947). *Addiction and Opiates*. Chicago, Aldine Publishing Company.
- Lowe, E. and D. Shewan (1999). "Patterns of alcohol use among methadone clients in a Glasgow housing estate." *Journal of Psychoactive Drugs* 31(2): 145-153.
- Magura, S., C. Casriel, D. Goldsmith, D. Strug and D. Lipton (1988). "Contingency contracting with poly-drug abusing methadone patients." *Addictive Behaviors* 13(1): 113-118.
- Marsch, L. (1998). "The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality: a meta-analysis." *Addiction* 93(4): 515-532.
- Maurer, D. and V. Vogel (1967). *Narcotics and Narcotic Addiction*. Springfield, IL, C.C. Thomas.
- Maxwell, S. and M. Shinderman (2000). "Optimizing response to methadone maintenance treatment: Higher dose methadone." *Heroin Addiction and Related Clinical Problems* 2(1, suppl): 53-54.
- McLellan, A., L. Luborsky, G. Woody and C. O'Brien (1980). "An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index." *Journal of Nervous and Mental Disease* 168(1): 26-33.
- Millar, J. (1998). *HIV, Hepatitis, and Injection Drug Use in British Columbia*. Victoria, Office of Provincial Health Officer.
- Musto, D. (1987). *The American Disease: Origins of Narcotic Control*. New York, Oxford University Press.
- National Institutes of Health (1998). "National consensus development panel on effective medical treatment of opiate addiction." *JAMA* 280: 1936-1943.
- NIDA (1995). *Methadone Maintenance Treatment: Translating Research into Policy*. Bethesda, National Institute on Drug Abuse.
- Nirenberg, T., T. Cellucci, M. Liepman, R. Swift and A. Sirota (1996). "Cannabis versus other illicit drug use among methadone maintenance patients." *Psychology of Addictive Behaviors* 10(4): 222-227.
- NYS Office of Alcohol and Substance Abuse Services (1993). *Program Statistics*. Albany, OASAS.
- NYS Office of Alcohol and Substance Abuse Services (1995). *Capacity Management Report*. Albany, OASAS.
- O'Connor, P., P. Selwyn and R. Schottenfeld (1994). "Medical care for injection drug users with human immunodeficiency virus infection." *New England Journal of Medicine* 331: 450-456.
- Petry, N. and W. Bickel (1998). "Polydrug abuse in heroin addicts: A behavioral economic analysis." *Addiction* 93(3): 321-335.
- Powers, K.I. and M.D. Anglin (1993). "Cumulative versus stabilizing effects of methadone maintenance." *Evaluation Review* 17(3): 243-270.
- Rawson, R., M. McCann, A. Hasson and W. Ling (1994). "Cocaine abuse among methadone maintenance patients: Are there effective treatment strategies?" *Journal of Psychoactive Drugs* 26(2): 129-135.
- Reno, R. and L. Aiken (1993). "Life activities and life quality of heroin addicts in and out of methadone treatment." *The International Journal of the Addictions* 28(3): 211-232.
- Rettig, R. and A. Yarmolinsky (1995). *Federal Regulation of Methadone Treatment*. Washington, D.C., National Academy Press.
- Robins, L. and G. Murphy (1967). "Drug use in a normal population of young Negro men." *American Journal of Public Health* 57: 1580-1596.
- Robles, E., K. Silverman, K. Preston, E. Cone, E. Katz, G. Bigelow, et al. (2000). "The brief abstinence test: Voucher-based reinforcement of cocaine abstinence." *Drug and Alcohol Dependence* 58: 205-212.
- Rosenblum, A., J. Foote, S. Magura, V. Sturiano, N. Xu and B. Stimmel (1996). "Follow-up of inpatient cocaine withdrawal for cocaine-using methadone patients." *Journal of Substance Abuse Treatment* 13(6): 467-470.

- Saxon, A., D. Calsyn, D. Greenberg, P. Blaes, V. Haver and V. Stanton (1993). "Urine screening for marijuana among methadone-maintained patients." *The American Journal on Addictions* 2(3): 207-211.
- Saxon, A., D. Calsyn, D. Kivlahan and D. Roszell (1993). "Outcome of contingency contracting for illicit drug use in a methadone maintenance program." *Drug and Alcohol Dependence* 31: 205-214.
- Schottenfeld, R., J. Pakes, A. Oliveto, D. Ziedonis and T. Kosten (1997). "Buprenorphine vs. methadone maintenance treatment for concurrent opioid dependence and cocaine abuse." *Archives of General Psychiatry* 54(8): 713-720.
- Shaffer, H. and T. LaSalvia (1992). "Patterns of substance use among methadone maintenance patients." *Journal of Substance Abuse Treatment* 9: 143-147.
- Silverman, K., S. Higgins, R. Brooner, I. Montoya, E. Cone, C. Schuster, et al. (1996). "Sustained cocaine abstinence in methadone maintenance patients through voucher-based reinforcement therapy." *Archives of General Psychiatry* 53: 409-415.
- Simpson, D.D. and S.B. Sells (1982). "Effectiveness of treatment for drug abuse: An overview of the DARP research program." *Advances in Alcohol and Substance Abuse* 51: 7-29.
- Solomon, R. and M. Green (1988). *The first century: The history of non-medical opiate use and control policies in Canada, 1870-1970. Illicit Drugs in Canada: A Risky Business.* J.C. Blackwell and P.G. Erickson. Toronto, Nelson Canada: 88-116.
- Stitzer, M., W. Bickel, G. Bigelow and I. Liebson (1986). "Effect of methadone dose contingencies on urinalysis test results of polydrug-abusing methadone-maintenance patients." *Drug and Alcohol Dependence* 18: 341-348.
- Stitzer, M., R. Griffiths, A.T. McLellan, J. Grabowski and J. Hawthorne (1981). "Diazepam use among methadone maintenance patients: Patterns and dosages." *Drug and Alcohol Dependence* 8: 189-199.
- Strug, D., D. Hunt, D. Goldsmith, D. Lipton and B. Spunt (1985). "Patterns of cocaine use among methadone clients." *The International Journal of the Addictions* 20(8): 1163-1175.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (1996). *Annual Medical Examiner Data, 1996: Data from the Drug Abuse Warning Network (DAWN).* Rockville, SAMHSA, Office of Applied Studies.
- Taylor, J., I. Watson, F. Tames and D. Lowe (1998). "Detection of drug use in a methadone maintenance clinic: Sweat patches versus urine testing." *Addiction* 93(6): 847-853.
- Towns, C. (1917). *Habits That Handicap: the Menace of Opium, Alcohol, and Tobacco, and the Remedy.* New York, Century Co.
- Tyndall, M.W., R. Brooks, S. Currie, K. Li, M. O'Shaughnessy and M.T. Schechter (2000). "Injection drug use among those on methadone maintenance treatment (abstract 346P)." *Can J Infect Dis* 11(Suppl B): 66B.
- Tyndall, M.W., S. Currie, C. Johnston, K. Li, M. O'Shaughnessy and M.T. Schechter (2000). "Changing patterns of drug use: Vancouver, Canada - 1996 to 1999 (abstract 347P)." *Can J Infect Dis* 11(Suppl B): 66B.
- Ward, J., W. Hall and R. Mattick (1999). "Role of methadone maintenance in opioid dependence." *Lancet* 353: 221-226.
- Weppner, R. and M. Agar (1971). "Immediate precursors to heroin addiction." *Journal of Health and Social Behavior* 12: 10-18.
- Whitehead, P., R. Smart and L. Laforest (1972). "Multiple drug use among marijuana smokers in Eastern Canada." *The International Journal of the Addictions* 7(1): 179-190.
- Wilkinson, D.A., G. Leigh, J. Cordingley, G. Martin and H. Lei (1987). "Dimensions of multiple drug use and a typology of drug users." *British Journal of Addiction* 82: 259-273.
- Woody, G., et al. (1975). "Diazepam use by patients in a methadone program - how serious a problem?" *Journal of Psychedelic Drugs* 7: 373-379.

- **1 University of Toronto**
- **2 Centre for Addiction and Mental Health, Toronto**
- **3 Addiction Research Institute, Zürich**
- **4 Institute for Scientific Evaluation Studies, Toronto**
- **5 B.C. Centre for Excellence on HIV-AIDS, Vancouver**
- **6 University of British Columbia, Vancouver**

Konsummuster Rotterdamer Drogenabhängiger

Cas Barendregt, Rotterdam

Bei einer Einwohnerzahl von 600.000 Menschen leben in Rotterdam 3.000–4.000 Drogengebraucher, die Heroin, Kokain und andere Drogen regelmäßig (fast täglich) konsumieren. Ungefähr 1.150 von ihnen nehmen an einem Methadonbehandlungsprogramm teil; 100 Konsumenten erhalten eine Originalstoffbehandlung.

Vorrangiges Ziel der Methadonbehandlung ist die Vermeidung von Entzugssymptomen. Eine Gruppe von siebzig Personen erhält zur Zeit eine sogenannte Blockierungsdosis, deren Behandlungserfolg noch nicht untersucht ist.

Tabelle 1: Rotterdam in sieben Zahlen

Einwohner	600.000
Geschätzte Anzahl Drogenabhängiger	3.000 – 4.000
Drogenabhängige, die an Methadonabgabestellen angebunden sind	1.150
Drogenabhängige, die an Methadonabgabestellen mit Urinkontrollen angebunden sind	70 + 15
Drogenabhängige, die an Heroinabgabestellen angebunden sind	100
Jährliches Budget der ambulanten Drogenhilfe*	€ 11.363.000

* inklusive umliegender Gemeinden

Bewertungskriterium für eine Behandlung ist ihr gestecktes Ziel: Das Gemeinde-gesundheitsamt (GGD) definierte im Jahr 1999 als Behandlungsziel des Methadon-begleitprogramms die Reduzierung der durch Hepatitis und AIDS entstehenden Gesundheitsschäden. Es bewertet die Methadonprogramme als erfolgreich, weil es unter den i.v.-Konsumierenden lediglich eine HIV-Prävalenz von 11 % gibt (RIVM 1999). Beschränkung des Beikonsums als Behandlungsziel wird hierbei nicht explizit erwähnt (zonder auteur GGD 1999).

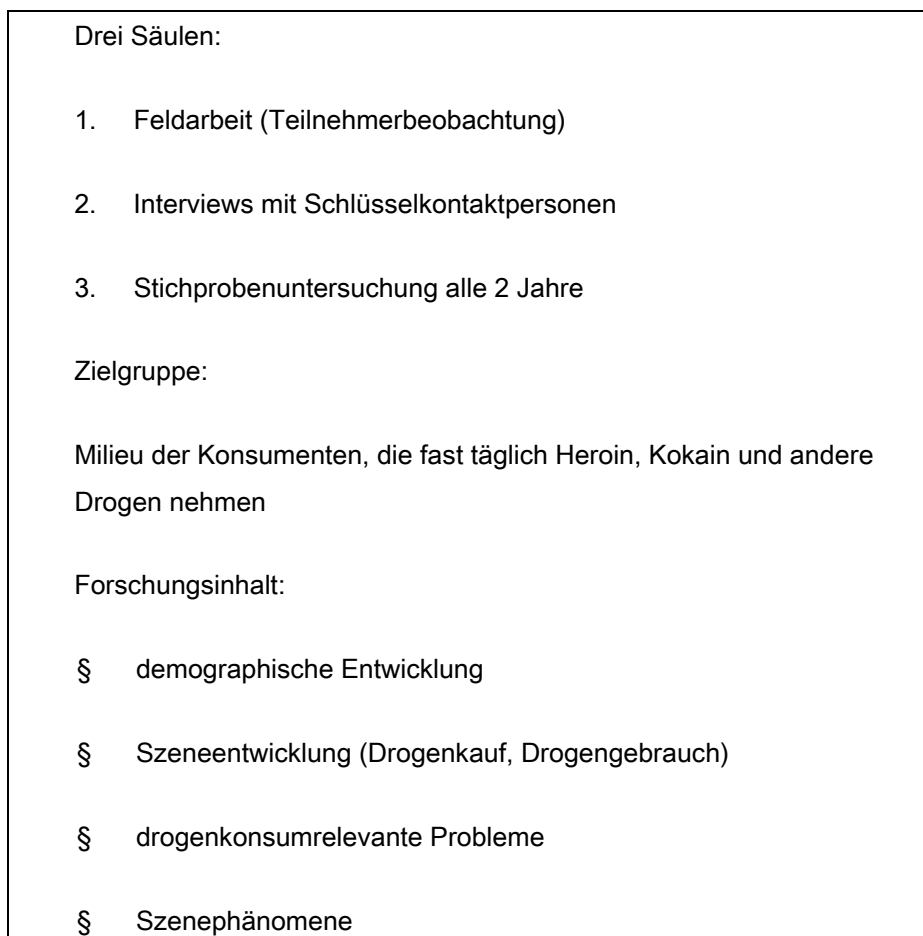
Daneben gibt es in Rotterdam mehrere Angebote für Konsumenten harter Drogen, beginnend von Streetwork über Kontaktläden bis hin zu Konsumräumen. Die Projekte zielen vor allem darauf ab, die Belastung des öffentlichen Lebens durch die Drogenszene zu verringern; teilweise werden sie über genau diesen Etat finanziert.

Die Stadt Rotterdam unterhält nur ambulante Projekte; klinische Behandlungen sind oberstädtische Aufgaben und werden aus anderen Quellen finanziert. Der städtische Haushalt der Drogenabhängigkeitsfürsorge betrug 1999 ungefähr 25 Millionen Gulden (zonder auteur GGD 1999).

DMS-Methode

In diesem Beitrag werde ich einige Daten des Rotterdamer Drugs Monitoring Systems (DMS) vorstellen. Das DMS ist ein langjähriges Forschungsprogramm, welches versucht, Trends und Entwicklungen der Drogenszene auszumachen. Finanziert wird es über den Haushalt der Drogenabhängigkeitsfürsorge. In dem Projekt arbeiten wir gemeinsam mit einem Wissenschaftler und einem Koordinator für die Community Field Work.

Abbildung1: Community based Drugs Monitoring System



Teilweise ist auch der Koordinator selber an der Datenerhebung beteiligt, aber den Hauptteil leisten Community Field Worker, die als aktive, gelegentlich auch ehemalige Drogengebraucher wöchentlich von der Szene berichten.

Zur Zeit arbeiten wir gemeinsam mit fünf freiberuflichen Community Field Workern, von denen wir jährlich ungefähr 220 sogenannte „Feldnotizen“ erhalten. Auch die alle zwei Jahre stattfindende Szenebefragung wird zum größten Teil von speziell hierin geschulten Community Field Workern durchgeführt.

Seit 1998 haben wir unter anderem quantitative und qualitative Daten zu Kokain-konsum, Drogenhandel auf öffentlichen Plätzen und illegalem Methadonhandel erhoben sowie eine vergleichende Untersuchung zu drei unterschiedlichen Arten des Drogenhandels durchgeführt.

Szenebefragung 1998

Das DMS hat 1998 in einer stichprobenartigen Untersuchung die Rotterdamer Dro-genszene erfasst (Lempens et al. 1999). Neben Standardfragen interessierten uns vor allem Wohnsituation, Schuldenbelastung sowie physische und psychische Gesundheit.

Tabelle 2: Ergebnis der Szenebefragung 1998

Interviewversuche	242
Realisierte Interviews	204
Realisierungsquote	85 %
Geschlecht männlich/weiblich	70/30
Durchschnittsalter	36,8
Kulturelle Identität: Niederländer/Ausländer ¹	58/42
Obdachlosigkeit	22 %

* Die Nicht-Respondenten unterscheiden sich nur im Alter von den Respondenten: Sie sind jünger.

Um Aussagen zur aktuellen Fragestellung zu machen, ziehe ich hauptsächlich Daten aus der im Jahr 1998 gemachten Stichprobe heran. Zu diesem Anlass haben wir eine sekundäre Analyse aus dem Datenbestand durchgeführt. Eine Stichprobe hat dabei bekanntermaßen ihre Grenzen. Diese erläutere ich wie folgt:

Bevor wir eine Erhebung beginnen – und dies tun wir seit 1996 –, werben wir die zu Befragenden an sogenannten Drogenverkaufsplätzen oder in deren Umfeld an. Für eine Teilnahme bieten wir 15 Gulden.

Die Orte unserer Anwerbung waren 1998 illegale Dealerhäuser, die Verkaufs- und Konsumstelle Pauluskirche sowie verschiedene Straßenorte. Auch über den telefo-nisch organisierten Drogenhandel wurde angeworben. Dies bedeutet: Alle Respon-denten sind aktive Konsumenten illegaler Drogen, was impliziert, dass unsere Ergeb-nisse wenig aussagen über Konsummuster Opiatabhängiger, die sich in Methadon-programmen befinden und beikonsumieren. Unser Blick ist zunächst generell auf aktuelle Konsumenten illegaler Drogen gerichtet; wir haben allerdings festgestellt, dass sich ein Teil von ihnen in Substitutionsbehandlung befindet.

Eine weitere Beschränkung ergibt sich durch die Art unserer Fragestellung und damit durch unsere Definition von Konsummuster. Wir habe diese nach Häufigkeit und Form – also i.v. oder Konsum durch Inhalation – unterschieden.

Betrachten wir zuerst den Gebrauch von Heroin, Kokain und Methadon.

Tabelle 3: Konsummuster Respondenten Stichprobe 1998

Anzahl Tage im letzten Monat	Heroin (n=204)	Kokain (n=204)	Methadon (n=204)
Kein Tag	16 %	11 %	42 %
1-19 Tage	17 %	31 %	10 %
20-30 Tage	67 %	58 %	48 %
Total	100 %	100 %	100 %

Die Zahlen dieser Tabelle bestätigen, dass sich in unserer Stichprobe tatsächlich mehr sogenannte Viel- als Weniggebraucher befinden. Auch lassen sie die Aussage zu, dass Kokain ein großer Konkurrent von Heroin ist: In unserem Forschungsmilieu gibt es mehr Kokain- als Heroingebraucher; insgesamt konsumieren 74% der Respondenten gleichzeitig Heroin und Kokain.

Die Kombination von Opiaten und Kokain lässt sich weit zurückverfolgen. Bereits 1886 warnte der Suchtspezialist Erlenmeyer in seinem Artikel „Über Kokainsucht“ vor dem Phänomen „Morphinkokainismus“ (Scheerer und Vogt 1989, 361ff.). Beikonsum ist also nicht neu.

Weiterhin haben wir in dieser Sekundäranalyse die Respondenten bezüglich ihrer Teilnahme an der Methadonbehandlung mit dem Ergebnis zweier ungefähr gleich großer Gruppen unterschieden.

Tabelle 4: Beteiligung der Respondenten an Substitutionsprogrammen

	im Methadonprogramm (n=100)	nicht im Methadonprogramm (n=104)
Frauen/Männer	25/75	35/65
Alter	37	36,5
Heroin-Konsum >0*	24	26
Kokain-Konsum >0*	21	23
i.v. Konsum	38 %	17 %
Obdachlosigkeit	22 %	22 %
Niederländer/Ausländer	67/33	49/51

* durchschnittliche Anzahl der Konsumtage im letzten Monat

Tabelle 4 lässt folgende bemerkenswerte Aussagen zu:

1. Frauen (nicht signifikant) und Ausländer (signifikant) sind weniger häufig in Methadonbehandlung.
Dieses Ergebnis ist für Rotterdam sicherlich von größerer Bedeutung als für Deutschland, ist es doch als eine Aufforderung an die örtlichen Drogenangebote zu verstehen, ihre Angebote kritisch zu überprüfen und den spezifischen Bedürfnissen der Klientel anzupassen.
2. Heroinkonsumenten innerhalb von Methadonprogrammen gebrauchen nur 2 1/2 Tage weniger im Monat Heroin als Heroingebraucher außerhalb; die Differenz ist signifikant ($p < 0,05$).
3. Kokain wird nur geringfügig weniger häufig von Methadonklienten konsumiert; die Differenz ist nicht signifikant.
4. Obdachlosigkeit ist bei beikonsumierenden und nicht-beikonsumierenden Methadonklienten gleich hoch.
5. Methadonklienten, die beikonsumieren, injizieren häufiger als nicht im Programm befindliche Methadonklienten.

Für die Bewertung der Ergebnisse ist es wichtig, daran zu denken, dass es sich hier um Teilnehmer handelt, die auf der Szene angeworben wurden.

Der geringfügige Unterschied im Konsummuster zwischen denjenigen, die innerhalb von Methadonprogrammen Beikonsum betreiben und denjenigen, die nicht am Methadonprogramm teilnehmen, hat uns erstaunt, und er ist erklärungsbedürftig. Leider konnten wir diese Frage nicht zufriedenstellend beantworten. Wir müssen somit annehmen, dass es sich um die Ergebnisse einer selektiven Auswahl handelt:

- Der Datenbestand ist keine a-selektive Stichprobe der Rotterdamer Heroin- und Kokain-Konsumenten; es handelt sich um einen Durchschnitt von Verbrauchern, die sich häufig auf der Szene aufhalten.
- Die Art der Anwerbung hat Einfluss auf die Auswahl. Wir werben die Respondenten auf Verkaufsplätzen möglichst a-selektiv an; Verbraucher, die sich oft auf der Szene aufhalten, werden leichter von unseren Interviewern erreicht als die-jenigen, die weniger häufig Drogen erwerben.
- Diese Ergebnisse erlauben also keine Aussage über den Beikonsum der Klientel des Methadonprogramms in Rotterdam. Hierzu müsste man eine stichprobenhafte Befragung zum Konsumverhalten speziell in dieser Gruppe machen.

Es bleibt jedoch weiterhin erstaunlich, dass der Kokainkonsum eine solche Dimension erreicht. Heroin spielt eine paradoxe Rolle; wir wissen durch unsere Feldarbeiter, dass in Dealerhäusern und auf der Straßenszene Heroin für diejenigen, die kein Methadon haben, sehr wichtig ist. Die Vermeidung von Entzugssymptomen hat dabei oberste Priorität. Aber „wenn die Affen verschwunden sind“, gewinnt Kokain an Bedeutung. Für diejenigen, die sich in Methadonbehandlung befinden, ist Kokain möglicherweise noch wichtiger. Obwohl die meisten Verbraucher beide Stoffe kaufen, geben sie große Summen für Kokain aus. Dies betrifft vor allem diejenigen, die Methadon haben. Wir schätzen, dass mindestens Dreiviertel ihrer Ausgaben für Drogen durch Kokainkosten entstehen. Paradox ist dabei,

dass Heroin zwar für die Reduzierung der Entzugssymptome sehr wichtig ist, das meiste Geld aber für Kokain ausgegeben wird.

Die quantitativen Daten, die wir unserer Erhebung entnehmen können, besagen, dass Kokain zwar an weniger Tagen als Heroin, aber dann in großen Mengen konsumiert wird. Die Verfügbarkeit von Geld beziehungsweise Kokain ist dabei entscheidend.

Unser Community Field Worker Robbert, der an einer Originalstoffbehandlung teilnimmt, beschreibt dies genau so. Anfang dieses Monats notierte er: *„Die letzten zwei Monate waren für mich ziemlich schwer. Durch die täglichen Besuche von Fatima und ihrem Freund, dem Dealer Mohammed, war mein Kokainkonsum der-artig eskaliert, dass ich fast sechs Kilo verloren habe. Auch meine anderen alltäg-lichen Aufgaben haben eindeutig hierunter gelitten“* (Feldnotiz, Mai 2000).

Kokain ist zur Zeit leichter zu erwerben als Heroin. Seitdem die Polizei immer mehr Dealerhäuser schließt, ist ein Großteil des Konsumentenhandels auf die Straße ge-drängt worden. Dort wird das Angebot von Kokain dominiert. Eine kürzlich durch-geführte DMS-Befragung bestätigt diese Entwicklung (Barendregt et al. 2000).

Tabelle 5: Angebot auf drei Rotterdamer Straßenverkaufsstellen

	Zentrum	Westen	Süden
Produkt	Kokain (manchmal Heroin)	Heroin und Kokain (Kokain, HCL nur auf Bestellung)	Kokain
Dealer (dominierende ethnische Gruppe)	Surinamesen	Nordafrikaner	Antillianer
Minimalkosten	weniger als 10 Gulden	ab 25 Gulden	ab 20 Gulden

In einer weiteren DMS-Befragung, die den Kauf beziehungsweise Verkauf von Methadon (Ponsioen et al. 1999) untersucht, nennen die Respondenten folgende Gründe für den Verkauf von Methadon:

- um echte Drogen zu kaufen (meist Kokain)
- zur Vermeidung einer „doppelten“ Abhängigkeit (von Heroin und Methadon)

Diese Ergebnisse bestätigen erneut, dass Kokain im Leben derjenigen Methadongebraucher, die Beikonsum betreiben, eine wichtige Rolle spielt.

Schlussfolgerung

- Die von uns untersuchten Vielgebraucher, die auch an der Methadonbehandlung teilnehmen, sind kein Maßstab für die Bewertung der Substitutionsprogramme.
- Wichtigste Beikonsumprodukte sind Heroin und Kokain.

Es ist nicht einfach, aus diesen Sekundäranalysen weitere Schlüsse zu ziehen, darum sei hier nur eine Bemerkung über die methodische Herangehensweise gestattet: Wir haben in unserer Stichprobe eine beschränkte Definition der Konsummuster angeboten. Dass in Methadonbehandlung befindliche Vielgebraucher nur an zwei Tagen weniger Drogen konsumieren, sagt noch nichts über die Quantität des täglichen Konsums aus. Aber auf Grund unserer Feldarbeitsdaten wissen wir, dass Kokain verfügbarer ist als Heroin und dass Drogenkonsumenten mehr Geld für Kokain als für Heroin ausgeben.

Vor diesem Hintergrund ließe sich prognostizieren, wie sich das Konsumverhalten ändern wird, falls die Vielgebraucher von Methadonprogrammen ausgeschlossen werden sollten: Sehr wahrscheinlich würden sie weniger Kokain, aber mehr Heroin konsumieren.

Diskussion

Das Bedürfnis nach Kokain bei Opiatabhängigen lässt sich teilweise pharmakologisch erklären: Während Opiate dämpfend wirken, bietet Kokain dem Konsumenten „Gefühl auf Bestellung“.

Mit der Erkenntnis, dass Methadonklienten häufig Kokain beikonsumieren, kann man die Frage verbinden, ob der Financier der Methadonbehandlung der größte Sponsor des Kokainkonsums ist? Vielleicht! Aber wie schlimm ist das? Methadonbehandlungsprogramme in Rotterdam haben nicht den Entzug zum Ziel, sondern die Reduzierung der Übertragung von Infektionskrankheiten. Allerdings ist die Frage berechtigt, ob die niedrige Rotterdamer HIV-Prävalenz wirklich ein Erfolg der Substitutionspolitik ist oder ob sie sich vielmehr dadurch erklärt, dass die Anzahl der i.v. Drogengebraucher niedrig ist.

Wie erfolgreich ist die Methadonpolitik in Rotterdam? Die DMS-Forschung beantwortet diese Frage nicht. DMS ist vor allem auf die Szene fokussiert. Wir können feststellen, dass die Hälfte der Obdachlosen an Substitutionsprogrammen teilnimmt. Eine Flexibilisierung würde möglicherweise die Teilnehmerzahlen erhöhen; denkbar wäre beispielsweise, die Methadonabgabe in das Angebot der Notschlafstellen zu integrieren.

Unabhängig davon, ob man täglichen Drogenkonsum als psychopathologisches Verhalten oder als das Ergebnis einer freien Entscheidung ansieht: In beiden Fällen hat der Drogenkonsum eine soziale Funktion. Die Mehrheit der Respondenten der Stichprobe wurde auf städtischen Plätzen angeworben, dort, wo Drogengebraucher sich treffen, um einzukaufen und zu konsumieren. Die Szene ist also nicht nur ein Ort, an dem Drogen distribuiert werden, sondern auch ein Platz, an dem Gebraucher zusammenkommen und sich sozialisieren (Grund 1993). Der gemeinschaftliche Erwerb und Konsum von Drogen ist eine Handlung, die an sich Wert hat: Sie bringt wirtschaftliche Vorteile und bestätigt geknüpft Beziehungen. Genauso verhält es sich mit dem Kaffeetrinken: Kaffee ist leckerer, wenn man ihn nicht alleine trinkt.

Literatur

- Barendregt C, Lempens A, van de Mheen D. Drugs kopen op straat. Achtergronden en motieven van rotterdamse druggebruikers die bij straatdealers kopen. IVO bulletin, jrg 3, nr 1. Rotterdam februari 2000.
- Barendregt C, van de Mheen D, Blanken P. Het roken van cocaïne-base in Rotterdam; de invloed van gebruikslocatie en zelfcontrolemechanismen. IVO bulletin, jrg 2, nr. 2. Rotterdam augustus 1999.
- COS-Rotterdam, Centrum voor Onderzoek en Statistiek, Demografische gegevens 1997.
- Grund JP-C. Drug use as a social ritual; Functionality, symbolism and determinants of selfregulation. (Dissertatie). IVO Reeks #3, Rotterdam: Erasmus Universiteit/Instituut voor Verslavingsonderzoek (IVO), 1993.
- Lempens A, Barendregt C, Zuidmulder L, Blanken P. Kenmerken van Rotterdamse druggebruikers. Enkele resultaten uit de survey „drugs, huisvesting, schulden en gezondheid“ IVO bulletin, jrg 2, nr. 3. Rotterdam oktober 1999.
- Ponsioen A, Barendregt C, van de Mheen D. Methadon in omloop: Drugs Monitoring System onderzoekt de „grijze“ methadon-markt in Rotterdam. IVO bulletin, jrg 2, nr. 6. Rotterdam december 1999.
- RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiene. Suveillance van HIV-infectieonder injecterende druggebruikers in Nederland; meting Rotterdam 1997. GGD Rotterdam e.o. 1998.
- Scheerer S, Vogt I. Drogen und Drogenpolitik: ein Handbuch. Frankfurt/M., Campus Verlag, 1989.
- Zonder auteur. Vierjarenplan verslavingszorgbeleid GGD Rotterdam e.o., 1999-2002. GGD Rotterdam e.o. 1999. Voortschrijdend vierjarenplan verslavingszorg 1999-2002.

- 1 Die Unterscheidung zwischen *Niederländer* und *Ausländer* orientiert sich an der von den Respondenten selbst wahrgenommenen kulturellen Identität. Ausländer können demnach Nord-/West-Europäer, Surinamesen, Nord-Afrikaner, Türken usw. sein.

Heroingestützte Behandlung und Beikonsum

Andreas Moldovanyi

Einleitung

PatientInnen mit einer schweren Opiatabhängigkeit können seit Anfang 1994 in 16 Behandlungszentren in verschiedenen Städten der Schweiz in die sogenannte heroingestützte Behandlung (HeGeBe) aufgenommen werden. Diese Therapieform, die bis 31.12.1998 PROVE (Projekt Opiatverschreibung) hieß, ermöglicht die Behandlung von PatientInnen mit einer Substanz, die außerhalb der Polikliniken, also auf der Strasse, nur illegal erworben werden kann, nämlich mit Heroin oder – pharmakologisch – Diacetylmorphin.

Hier sei am Rande erwähnt, dass die Verschreibung von Diacetylmorphin nicht nur in der Schweiz praktiziert wird und auch nicht neu ist. Schon kurz nach der kommerziellen Einführung dieses Medikaments kam es zu Beginn dieses Jahrhunderts unter anderem als Therapeutikum in der Behandlung des Morphinismus zur Anwendung, bevor es als Medikament bis auf wenige Ausnahmen von der Bildfläche verschwand.

Seit Beginn der Anwendung dieser Therapieform in der Schweiz wurden bereits über 1.700 Patientenbewilligungen erteilt. Die zentrale Steuerung und Auswertung dieses Forschungsprojektes beinhaltet auch eine Evaluation des Beikonsums und der Komorbidität.

Ziel dieser Arbeit ist es, eine Annäherung zwischen somatischer und psychiatrischer Komorbidität einerseits und Beikonsum andererseits zu versuchen. In einem ersten Schritt werden der Beikonsum sämtlicher Polikliniken aus dem Synthesebericht sowie eine Untersuchung zur psychiatrischen und somatischen Komorbidität resümiert. Die Zahlen werden dann in einem zweiten Schritt einer Erhebung zweier ausgewählter Polikliniken der Stadt Zürich (APZ) gegenübergestellt.

Der Beikonsum im Synthesebericht

Tabelle 1: Konsumhäufigkeit von psychotropen Substanzen im Verlauf (nach Uchtenhagen et al. 1997)

Bei den Zahlen handelt es sich um Selbstangaben der PatientInnen – sie wurden mittels Urinalysen kontrolliert.

Substanz	Konsum- Häufigkeit	6 Monate vor Eintritt	6 Monate nach Eintritt	12 Monate nach Eintritt	18 Monate nach Eintritt
Heroin	nie	4 %	61 %	72 %	74 %
	gelegentlich	14 %	30 %	20 %	19 %
	regelmäßig	81 %	6 %	5 %	6 %
Kokain	nie	15 %	28 %	35 %	41 %
	gelegentlich	56 %	63 %	61 %	52 %
	regelmäßig	29 %	7 %	4 %	5 %
Benzodiazepine	nie	47 %	55 %	59 %	65 %
	gelegentlich	34 %	30 %	25 %	24 %
	regelmäßig	19 %	13 %	16 %	19 %
Alkohol	nie	37 %	36 %	43 %	44 %
	gelegentlich	29 %	26 %	27 %	24 %
	regelmäßig	34 %	39 %	30 %	33 %

Am augenfälligsten ist der Rückgang des Konsums illegalen Heroins, was Rückschlüsse auf die Wirksamkeit des verschriebenen hochreinen Heroins zulässt. (Diese Zahlen sind nicht durch Urinalysen kontrolliert, da zu jenem Zeitpunkt entsprechende Möglichkeiten fehlten). Die 4 %, die angaben, sechs Monate vor Beginn der Behandlung kein Heroin konsumiert zu haben, kamen überwiegend aus Morphinprogrammen der PROVE oder aus dem Gefängnis, in dem eine heroingestützte Behandlung angeboten wird.

Ebenso besteht ein starker Rückgang des Kokaingebrauchs. Da Kokain bis auf eine kurze Versuchsphase (kokainhaltige Zigaretten) nie substituiert wurde, kommt der Rückgang auf Grund anderer Faktoren zustande. Es handelt sich um einen Shift von regelmäßigem Konsum zu gelegentlichem respektive keinem Konsum. Es gab umgekehrt auch PatientInnen, die während der Behandlung neu mit dem Kokainkonsum begannen.

Bei den Benzodiazepinen ist der Rückgang nicht ganz so deutlich wie beim illegalen Heroin, auch fehlen Angaben, wie hoch der Anteil jener ist, die in den Kliniken Benzodiazepine ärztlich verschrieben

bekommen. Auch wenn es sich um ein rein kosmetisches Phänomen handeln sollte, so ist die Verlagerung von illegal konsumierten Benzodiazepinen hin zu ärztlich kontrollierter Einnahme als Teilerfolg zu werten; hierdurch werden die Risiken kalkulierbarer und die Szenekontakte vermindert.

Beim Alkoholkonsum zeigte sich ein moderater Rückgang beim gelegentlichen und kaum eine Änderung beim regelmäßigen Alkoholkonsum.

Psychiatrische Komorbidität

In zwei Behandlungszentren wurden während eines definierten Zeitraums sämtliche PatientInnen auf psychiatrische Erkrankungen untersucht. Die Diagnosenstellung erfolgte nach den ICD-10-Kriterien. Zum Vergleich wird in *Tabelle 2* die Verteilung psychiatrischer Diagnosen in den APZ gegenübergestellt.

Tabelle 2: Auftreten psychischer Störungen in den HeGeBe-Behandlungszentren

Psychiatrische Störung	HeGeBe-Schweiz	HeGeBe-APZ
schizophrene Psychosen	9 %	16 %
affektive Störungen	31 %	31 %
Persönlichkeitsstörung	68 %	71 %
andere	3 %	5 %

Somatische Komorbidität

Neben psychischen Störungen spielen in den HeGeBe auch körperliche Erkrankungen eine große Rolle. Die Etablierung der antiretroviralen Therapie bei HIV-Infizierten bewirkt eine wesentliche Änderung der Lebensperspektive, was wiederum initial oft eine Überforderung für die PatientInnen darstellen kann, später jedoch oftmals, insbesondere wenn die Betroffenen realisieren, wie dramatisch sich die diesbezüglich relevanten Parameter verbessern, einen Rückgang des Beikonsums bewirken kann. Wie schon bei den psychischen Störungen bewegen sich die Zahlen im Vergleich zwischen allen schweizerischen Behandlungszentren und den beiden städtischen Polikliniken der Stadt Zürich in ähnlichen Dimensionen.

Tabelle 3: Häufigkeit einiger Infektionserkrankungen

Somatische Erkrankung	HeGeBe-Schweiz	HeGeBe-APZ
Hepatitis A	---	86 %
Hepatitis B	73 %	64 %
Hepatitis C	82 %	72 %
HIV-Infektion	15 %	23 %

Beikonsum psychotroper Substanzen und Komorbidität

Somatische Erkrankungen und psychische Störungen können einen Einfluss auf das Verhalten der PatientInnen bezüglich Beikonsum psychotroper Substanzen haben. Der Gebrauch psychotroper Substanzen kann sowohl gewisse psychische Symptome lindern als auch auslösen oder unterhalten. Bei langjähriger Einnahme wird es dann oftmals sehr schwierig herauszufinden, was zuerst da war, der Konsum oder das Symptom, respektive es ist kaum mehr möglich zu unterscheiden, was Ursache oder Folge des Konsums psychotroper Substanzen ist.

Vergleicht man die Ausprägungsgrade einiger Symptome – erhoben durch die Symptomcheckliste nach Derogatis (SCL-90-R) – von PatientInnen, welche Beikonsum betreiben, mit jenen von PatientInnen, die keinen Beikonsum (mehr) betreiben, so fallen in einigen Symptomgruppen Unterschiede auf, in anderen wiederum nicht. Die Fragebogen wurden in einer APZ an einem Stichtag durch alle PatientInnen ausgefüllt, die während der Morgenschicht zum Bezug kamen.

Abbildung 1: Gesamtscore und die 4 ersten Gruppen der Symptomcheckliste; 90-R nach Derogatis

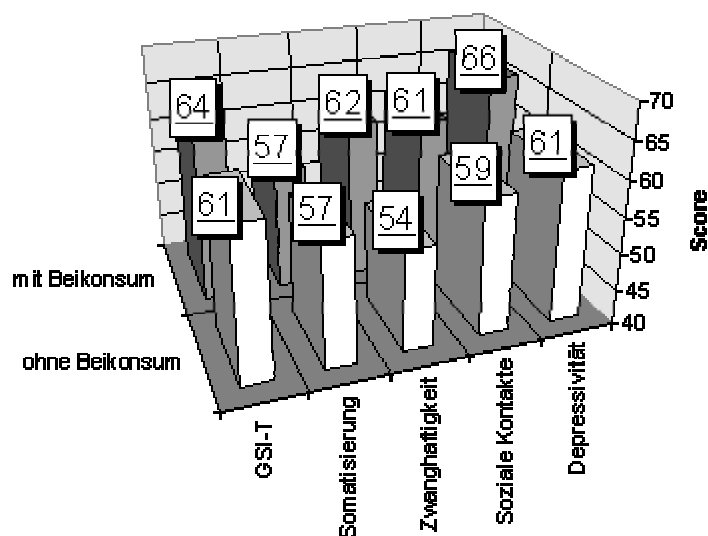
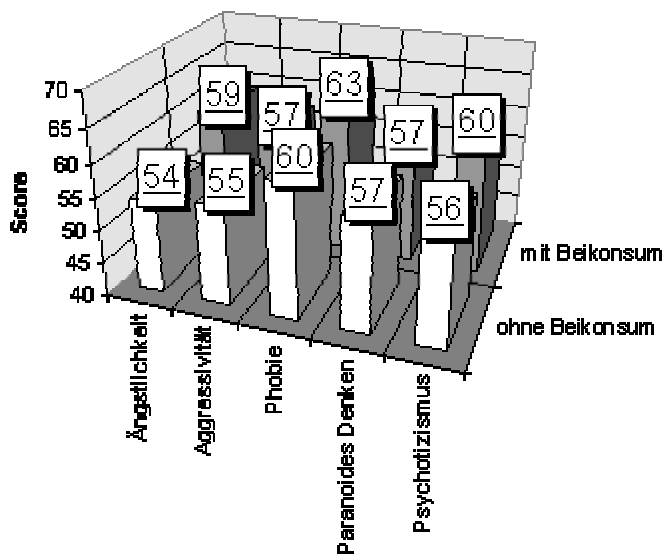


Abbildung 2: Die 5 letzten Gruppen der Symptomcheckliste 90-R nach Derogatis



Schlussfolgerungen

Die in dieser Erhebung gegenübergestellten Auswertungen (SCL-90-R und Beikonsum) wurden nicht statistisch ausgewertet, und die Schlussfolgerungen erheben keinen Anspruch auf wissenschaftlich fundierte Aussagen. Sie zeigen jedoch, dass an den jeweiligen Stichtagen in der Gruppe der PatientInnen mit Beikonsum verglichen mit jener ohne Beikonsum tendenziell eine ausgeprägtere Psychopathologie bestand. Die Auswertungen lassen auch keine Rückschlüsse auf die Frage zu, ob die ausgeprägtere Psychopathologie Ursache oder Folge des Beikonsums ist und auch keinen Vergleich mit anders gewichteten Behandlungssettings oder -arten, wie zum Beispiel Methadonprogrammen oder abstinenzorientierter Behandlung. In der einschlägigen Literatur findet man genügend Publikationen, in welchen kein Zusammenhang zwischen Ausprägungsgrad des Drogenkonsums und Schwere der Psychopathologie gefunden wurde.

So fanden Belding et al. keine signifikanten Unterschiede bezüglich psychischer, somatischer und psychosozialer Problematik, als sie eine Gruppe von männlichen „non-responsive“ Methadonpatienten (Nachweis illegaler Drogen in mindestens 6 der letzten 8 Urinalysen nach mindestens 6 Monaten Behandlung) mit einer Kontrollgruppe (kein Nachweis illegaler Drogen in den letzten 8 Urinalysen) verglichen. Andere Autoren kamen in ihren Untersuchungen zu allgemeinen und spezifischen psychischen Störungen zum Ergebnis, dass die Prognose von Methadonbehandlungen bezüglich Rückgang des Beikonsums psychotroper Substanzen durch die jeweils erhobenen psychischen Störungen nicht schlechter wird und das Ausmaß der Verbesserungen mit jenen der anderen MethadonpatientInnen vergleichbar ist, sofern das Behandlungssetting über ausreichende psychiatrische Behandlungsmöglichkeiten verfügt. Die Untersuchungen wurden für allgemeine

psychische Störungen (Vertheim, Degkwitz et al. 2000), Soziopathie (Woody, McLellan et al. 1985), antisoziale Persönlichkeitsstörung (Gill, Nolimal et al. 1992; Darke, Hall et al. 1994), Depression (Woody, McLellan et al. 1985; Alterman, Rutherford et al. 1996), andere Persönlichkeitsstörungen (Verheul und van den Brink 2000; Cacciola, Rutherford et al. 1996), verschiedene antisoziale Persönlichkeitszüge (Tourian, Alterman et al. 1997; Alterman, Rutherford et al. 1998) und attention deficite and hyperactivity disorder/ADHD (King, Brooner et al. 1999) durchgeführt.

Für die Behandlung der PatientInnen ist die Beantwortung der Frage, ob zuerst das Huhn oder das Ei da war, auch nicht in jedem Fall von primärer Bedeutung. Ein Therapieerfolg kann nur zu Stande kommen, wenn an alle Krankheiten und Störungen kurativ oder palliativ herangegangen wird – und zwar auch dann, wenn unter Behandlung weiterhin Beikonsum betrieben wird. Dementsprechend kann der Therapieerfolg nicht einzig am Fehlen nicht verschriebener psychotroper Substanzen in den Urinalanalysen gemessen werden. Erkennen die PatientInnen, dass durch die Anwendung einer spezifischen Therapie, wie etwa der antiretroviralen Therapie zur Behandlung einer HIV-Infektion, sich plötzlich wieder neue Zukunfts- und Lebensperspektiven eröffnen, kann dies im Rahmen eines therapeutischen Prozesses eine sukzessive Abnahme des Beikonsums hinsichtlich Quantität und Frequenz bedeuten. Verfolgt man in der Behandlung die Zielsetzung einer Verminderung des Leidensdrucks sowie einer Steigerung der Lebensqualität oder gar nur die Verlangsamung eines ungünstigen Krankheitsverlaufs oder die Verhinderung einer Dekompensation, kann sich eine Behandlung sowohl für die PatientInnen als auch für das soziale Umfeld als überaus erfolgreich erweisen, ohne dass das Ziel der Abstinenz als ein unabdingbares Muss im Zentrum steht.

Literatur

- Alterman, A.I., Rutherford, M.J. et al. (1998). Prediction of 7 months methadone maintenance treatment response by four measures of antisociality. *Drug Alcohol Depend* 49 (217-223).
- Alterman, A.I., Rutherford, M.J. et al. (1996). Response to methadone maintenance and counseling in antisocial patients with and without major depression. *J Nerv Ment Dis* 184: 695-702.
- Ball, J.C. and Ross, A. (1991). *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment*. New York, Springer.
- Belding, M.A., McLellan, A.T. et al. (1997). Characterizing ‚nonresponsive‘ methadone patients. *Journal of Substance Abuse Treatment* 15: 485-492.
- Cacciola, J.S., Rutherford, M.J. et al. (1996). Personality disorders and treatment outcome in methadone maintenance patients. *J Nerv Ment Dis* 184: 234-239.
- Darke, S., Hall, W. et al. (1994). Prevalence, symptoms and correlates of antisocial personality disorder among methadone maintenance clients. *Drug Alcohol Depend* 34: 253-257.
- Gill, K., Nolimal, D. et al. (1992). Antisozial personality disorder, HIV risk behavior and retention in methadone maintenance therapy. *Drug Alcohol Depend* 30: 247-252.
- King, V.L., Brooner, R.K. et al. (1999). Attention deficit hyperactivity disorder and treatment outcome in opioid abusers entering treatment. *J Nerv Ment Dis* 187: 487-495.
- McLellan, A.T., Luborsky, L. et al. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: The addiction severity index. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 168(1): 26-33.
- Tourian, K., Alterman, A. et al. (1997). Validity of three measures of antisociality in predicting HIV risk behaviors in methadone-maintenance patients. *Drug Alcohol Depend* 47: 99-107.
- Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A. (1997). *Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln – Synthesebericht*. Institut für Suchtforschung, Zürich.
- Verheul, R. and van den Brink, W. (2000). The role of personality pathology in the aetiology and treatment of substance use disorders. *Current Opinion in Psychiatry* 13: 163-169.
- Vertheim, U., Degkwitz, P. et al. (2000). Psychische Störungen und Verlauf der Opiatabhängigkeit. *Psychiat Prax* 27: 77-85.
- Woody, G.E., McLellan, A.T. et al. (1985). Sociopathy and psychotherapy outcome. *Archives of General Psychiatry* 42: 1081-1086.

Polytoxikomanes Verhalten, Mischkonsum, Beikonsum

– Was ist das?

Hans Peter Tossmann

Nach Einschätzung von Experten steigen die mit dem Drogenkonsum verbundenen Risiken in Abhängigkeit von der Anzahl der konsumierten Substanzen. Dies gilt sowohl hinsichtlich allgemeiner gesundheitlicher Risiken als auch im Hinblick auf das Auftreten von Drogennot- und -todesfällen. Obgleich der Konsum mehrerer Substanzen – insbesondere unter Opiatabhängigen – in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen hat, gibt es bis heute wenig Klarheit darüber, was genau unter „Mischkonsum“ oder dem „Beigebrauch“ von Substanzen zu verstehen ist. Unklar ist auch, welche Substanzen unter Opiatabhängigen im Allgemeinen und Substituierten im Besonderen aktuell die größte Bedeutung haben. Entsprechend dieser Problemstellung soll die Ausgangsfrage *Polytoxikomanes Verhalten, Mischkonsum, Beikonsum – Was ist das?* im Rahmen dieses Beitrags zum einen auf begrifflicher Ebene geklärt und zum anderen mittels aktuellen Datenmaterials inhaltlich beschrieben werden.

1. Begriffsklärung

Zieht man Forschungsarbeiten heran, die sich mit dem Phänomen des multiplen Substanzgebrauchs beschäftigt haben, so lassen sich eine Vielzahl von Definitionen und Operationalisierungen finden (vgl. u.a. Braucht, Kirby & Berry 1978; Beisel, Müller & Wegener 1993; Koch & Ehrenberg 1994; Krausz, Watermann, Degkwitz 1998; Ladewig & Simoni 1996; Magura, Kang, Nwakeze & Demsky 1998; Tossmann, Boldt, Tensil 1999; Wilkinson, Leigh, Cordingley, Martin & Lei 1987). Eine exemplarische Auswahl von Arbeiten zum multiplen Substanzgebrauch findet sich in der nachfolgenden Tabelle. So wurde beispielsweise in einer Basler Befragung von Opiatabhängigen der zusätzliche Gebrauch von Benzodiazepinen untersucht (Ladewig & Simoni 1996). Dabei wurde das Drogenkonsumverhalten mit Hilfe des Merkmals „Konsumfrequenz“ erfasst. Genau genommen lässt sich mit diesem Vorgehen jedoch nicht bestimmen, ob ein „Mischkonsum“ von Substanzen vorliegt, da unklar bleibt, in welchem zeitlichen Rahmen der Konsum von Opiaten und Benzodiazepinen erfolgt. So wäre vorstellbar, dass Benzodiazepine seltener in enger zeitlicher Nähe mit Opiaten und häufiger als „Substitut“ gebraucht werden. In diesem Zusammenhang wäre wohl eher von „Beigebrauch“ oder von einem polyvalenten beziehungsweise polytoxikomanen Gebrauchsmuster zu sprechen.

Der Beigebrauch von Substanzen unter Substituierten war Gegenstand einer groß angelegten Untersuchung von N=1.038 Methadonpatienten aus 15 Behandlungseinrichtungen New Yorks. Ziel der Untersuchung war die Analyse des Heroin- und Kokainbeigebrauchs von Methadon-Patienten über einen Zeitraum von drei Jahren. Zur Erfassung des Drogenkonsums wurden die im Rahmen des Methadonprogramms gewonnenen Urinproben herangezogen und analysiert. Auf diese Weise lässt sich anhand „objektiver“ Daten zwar die Prävalenz des Beikonsums von Substituierten erfassen, ohne dass dabei jedoch geklärt ist, in welchem zeitlichen Kontext der Konsum des Substituts und der

anderen Substanzen erfolgt. Die Frage jedoch, ob der Konsum der jeweiligen Substanzen zeitlich versetzt oder (mehr oder weniger) zeitgleich erfolgt, kann auch auf der Grundlage dieser Studie nicht entschieden werden.

In einer Hamburger Untersuchung wurde das Drogenkonsumverhalten von N=50 Langzeitheroinabhängigen einer genaueren Analyse unterzogen (Krausz, Watermann & Degkwitz 1998). Dabei wurde das Konsumverhalten mit den Parametern „Regelmäßigkeit des Konsums“ und „Konsumfrequenz“ erfasst. Die Autoren unterscheiden zwischen „kontrolliertem“ und „unkontrolliertem“ Konsum von Substanzen, wobei ein regelmäßiger, täglicher (oder gar mehrmals täglicher) Konsum als „unkontrolliert“ eingeschätzt wird. Entsprechend dieser Operationalisierung findet sich in der Untersuchungsstichprobe ein Anteil von 76 % mit einem unkontrollierten Gebrauch mindestens zweier Substanzen.

Tabelle 1: Exemplarische Forschungsarbeiten zum multiplen Substanzgebrauch

Autoren/ Jahr	N	Untersuchungs- population	Untersuchungs- frage	Operationalisierung	Ergebnisse
Ladewig et al. 1996	254	Opiatabhängige	Prävalenz des Gebrauchs von Benzodiazepinen	Aktuelle Konsumfrequenz	25 % täglicher Gebrauch
Magura et al. 1998	1038	Methadonpatienten	Prävalenz und Prädiktoren des Begebrauchs von Heroin und Kokain	Positiver Befund der Urinanalyse	58 % Heroin-, 72 % Kokain- konsum zu Beginn der Methadon- behandlung
Krausz et al. 1998	50	Langzeitheroin- abhängige	Konsummuster Langzeitheroin- abhängiger	Regelmäßigkeit des Konsums/ der Konsumfrequenz	76 % „un- kontrollierter“ Konsum mindestens zweier Substanzen
Tossmann et al. 2000	3503	Besucher von Techno-Parties in sieben Metropolen Europas	Ecstasy-Mischkonsum	Konsum psychotroper Substanzen innerhalb von 6 Std. vor/nach Ecstasykonsum	94 % Misch- konsum

In einer in sieben Metropolen Europas realisierten Studie zum Drogenkonsum Jugendlicher in der Techno-Party-Szene (Tossmann, Boldt & Tensil 2000) wurde das Mischkonsumverhalten von Ecstasykonsumenten untersucht. Erfasst wurden dabei jene Substanzen, die innerhalb des Zeitfensters von sechs Stunden *vor* und sechs Stunden *nach* dem letzten Konsum von Ecstasy (zusätzlich) eingenommen wurden. Den Ergebnissen zufolge ist die Prävalenz des Mischkonsums von Ecstasy mit Alkohol, Cannabis oder anderen illegalen Substanzen in den untersuchten Metropolen bei 94 %. Im Zusammenhang mit dem Gebrauch von Ecstasy scheint der Mischkonsum also die Regel und nicht die Ausnahme darzustellen.

Zusammenfassend muss konstatiert werden, dass Drogenabhängige allen aktuellen Untersuchungen zufolge eine recht große Drogenaffinität aufweisen und ein polytoxikomanes Konsumverhalten zeigen. Nach der Mehrzahl der bislang vorliegenden Arbeiten können jedoch keine Aussagen über den Mischkonsum von Drogenkonsumenten getroffen werden, da in aller Regel unklar bleibt, in welchem

Zeitrahmen und in welcher Reihenfolge Drogenkonsumenten Substanzen zu sich nehmen. Vorliegende Ergebnisse, die zum Beikonsum von Substanzen durch Substituierte vorliegen, können ebenfalls nicht deutlich machen, nach welchem „Drehbuch“ und in welchem Zeitfenster der zusätzliche Drogenkonsum Substituierter stattfindet.

2. Aktuelle Konsummuster Opiatabhängiger

Um die Ausgangsfragestellung *Polytoxikomanes Verhalten, Mischkonsum, Beikonsum – Was ist das?* nicht nur begrifflich zu erhellen, sondern auch inhaltlich zu beschreiben, sollen aktuelle Daten zum Konsumverhalten Opiatabhängiger herangezogen werden. Es handelt sich hierbei um die in der Entgiftungseinrichtung Count Down des Drogentherapiezentrum Berlin e.V. regelhaft erfassten Daten der Klientendokumentation.

Von den in den ersten vier Monaten des Jahres 2000 in die Entgiftungsstation Count Down aufgenommenen 186 Personen können nach der Klassifikation analog ICD-10 insgesamt N=128 Patienten als opiatabhängig diagnostiziert werden. Die Frage, wie spezifisch oder auch „repräsentativ“ die in der Entgiftungseinrichtung gewonnenen Daten für die Gesamtpopulation Berliner Opiatabhängiger ist, kann nicht erschöpfend beantwortet werden. Damit die vorliegende Stichprobe aber dennoch hinsichtlich ihrer Spezifik eingeschätzt werden kann, soll diese einer vergleichsweise aktuellen Stichprobe Substituierter gegenübergestellt werden. **1**

2.1 Beschreibung der Untersuchungspopulation

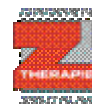
Hinsichtlich soziodemographischer Charakteristika zeigt sich die „Entgiftungspopulation“ des Count Down (vgl. *Tabelle 2*) etwa drei Jahre jünger (M=30,1 Jahre; MD=30) als die Gruppe jener Opiatabhängigen, die im 2. Halbjahr 1998 im Rahmen einer Substitutionsbehandlung eine psychosoziale Betreuung begonnen haben (M=33,5 Jahre; MD=34).

Weniger deutlich sind die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen Opiatabhängiger in Bezug auf die schulische Sozialisation. Etwa jeweils zwei Drittel der Klientel weist ein eher niedriges Schulbildungsniveau auf (Hauptschulabschluss/ kein Schulabschluss).

Tabelle 2: Soziodemographische Charakteristika der Untersuchungspopulation

		Untersuchungs- stichprobe Count Down N=128*	Untersuchungs- stichprobe PSB 1998 N=215*
Geschlecht	Frauen	20	27
	Männer	80	73
Alter	bis 21 Jahre	13	2
	22-29 Jahre	32	25
	30-37 Jahre	43	46
	38 und älter	12	27
Nationalität	deutsch	83	86
Schulbildung	ohne Abschluss	15	22
	Hauptschule	50	46
	Mittlere Reife	24	21
	Abitur	10	8

*Angaben in Prozent



Auch im Hinblick auf die Drogenkonsumerfahrung unterscheiden sich die „Entgiftungspatienten“ wenig von den Personen, die im Rahmen der Substitution eine psychosoziale Unterstützung in Anspruch nehmen. Allenfalls bezogen auf die Erfahrung mit Beruhigungs- und Schlafmitteln und mit Opiaten beziehungsweise Ersatzstoffen können Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt werden.

Tabelle 3: Drogenkonsumerfahrung (lifetime) der Untersuchungspopulation

	Untersuchungs- stichprobe Count Down N=128*	Untersuchungs- stichprobe PSB 1998 N=215*
Zigaretten	99	100
Alkohol	99	100
Cannabis	99	100
Beruhigungs- /Schlafmittel	73	89
Stimulantien	73	73
Halluzinogene	69	78

	Untersuchungs- stichprobe Count Down N=128*	Untersuchungs- stichprobe PSB 1998 N=215*
Kokain	96	95
Heroin	100	100
Codein	60	86
Methadon/Polamidon	77	95

*Angaben in Prozent

Auch ein Vergleich der beiden Stichproben Opiatabhängiger hinsichtlich der Haft- und Behandlungserfahrung zeigt wenig Unterschiede. In beiden Gruppen liegt die Lebenszeitprävalenz für Hafterfahrung bei 68 %.

Tabelle 4: Behandlungs- und Hafterfahrung der Untersuchungspopulation

	Untersuchungs- stichprobe Count Down N=128*	Untersuchungs- stichprobe PSB 1998 N=215*
<i>Jemals...</i> ... inhaftiert	68	68
... in psychiatrischer Behandlung	16	20
... Entgiftungsbehandlung	70	71
... Drogentherapie	69	61
... Substitution	33	61

* Angaben in Prozent

Der einzige signifikante Unterschied der beiden Gruppen in Bezug auf die Inanspruchnahme suchtspezifischer Therapien zeigt sich hinsichtlich der Substitutionsbehandlung: Von 61 % der Opiatabhängigen, die im zweiten Halbjahr 1998 Erfahrung mit einer Substitutionsbehandlung aufweisen, war ‚nur‘ jeder dritte Patient der Entgiftungsstation Count Down jemals in einer Substitutionsbehandlung. In diesem Zusammenhang muss das Verhältnis der sogenannten „Cleanbehandlung“ und der Substitutionsbehandlung möglicherweise neu definiert werden: War die Substitution bislang gerade für jene Gruppen von Opiatabhängigen gedacht, die ohne entsprechende Erfolge eine oder mehrere „Cleantherapien“ durchlaufen haben, so scheint die „Cleantherapie“ (wie beispielsweise eine Entzugsbehandlung) in zunehmendem Maße auch für substituierte Drogenabhängige eine bedeutsame Behandlungsoption zu sein. Ganz offensichtlich bewegen sich Drogenabhängige zwischen „Cleantherapie“ und Substitution nicht wie auf einer Einbahnstraße, sondern orientieren sich im Netzwerk der Drogenhilfe in Abhängigkeit von ihrer sozialen Lebenssituation, ihrem psychosomatischen Gesundheitszustand, ihrer persönlichen Neigung und dem verfügbaren Hilfsangebot.

2.2 Polytoxikomane Drogenkonsummuster

Eine erste Möglichkeit, das Drogenkonsumverhalten der untersuchten Stichprobe zu beschreiben, ist durch das Maß der Monatsprävalenz gegeben. Mit der *Konsumwahrscheinlichkeit* einzelner Drogen ist gleichsam die aktuelle Nähe von Opiatabhängigen zum Konsum spezifischer Substanzen beschrieben. Wie aus *Tabelle 5* ersichtlich wird, ist die Monatsprävalenz von Heroin unter den in die Entgiftungsbehandlung aufgenommenen Opiatabhängigen mit 96 % erwartungsgemäß hoch. Deutlich wird aber auch, dass die Wahrscheinlichkeit des Konsums anderer Substanzen ebenfalls recht hoch ist: So haben 66 % aller Patienten in den zurückliegenden 30 Tagen Alkohol getrunken, 53 % haben Kokain und 50 % Cannabis konsumiert.

*Tabelle 5: Monatsprävalenz des Substanzkonsums (N=128)**

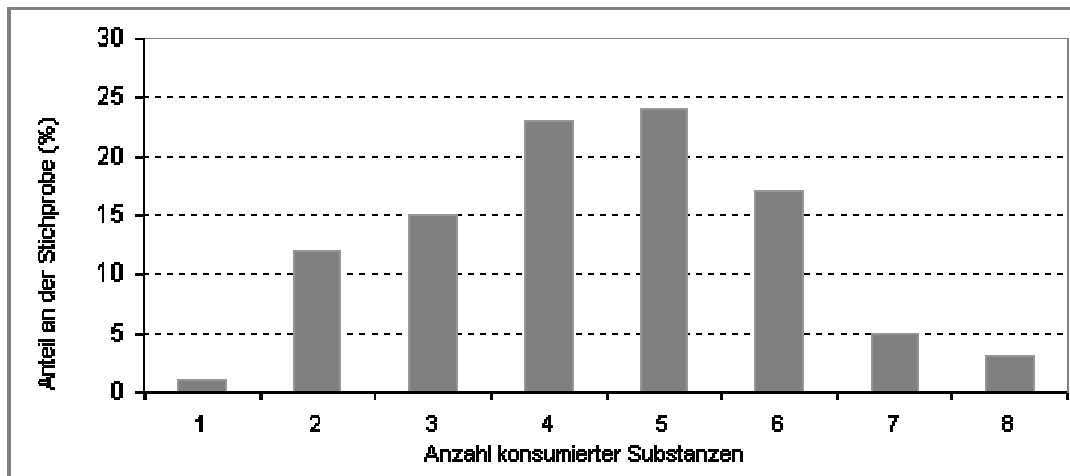
Alkohol	66
Cannabis	50
Beruhigungs-/Schlafmittel	34
Schmerzmittel	16
Stimulantien	4
Halluzinogene	2
Kokain	53
Heroin	96
Codein	5
Methadon/Polamidon	32

*Angaben in Prozent

Etwa jeder Dritte, der im Count Down aufgenommen wurde, hat im zurückliegenden Monat Ersatzstoffe wie Methadon/Polamidon zu sich genommen. Substanzen wie Halluzinogene und Stimulantien scheinen unter Opiatabhängigen dagegen eine deutlich geringere Bedeutung zu haben.

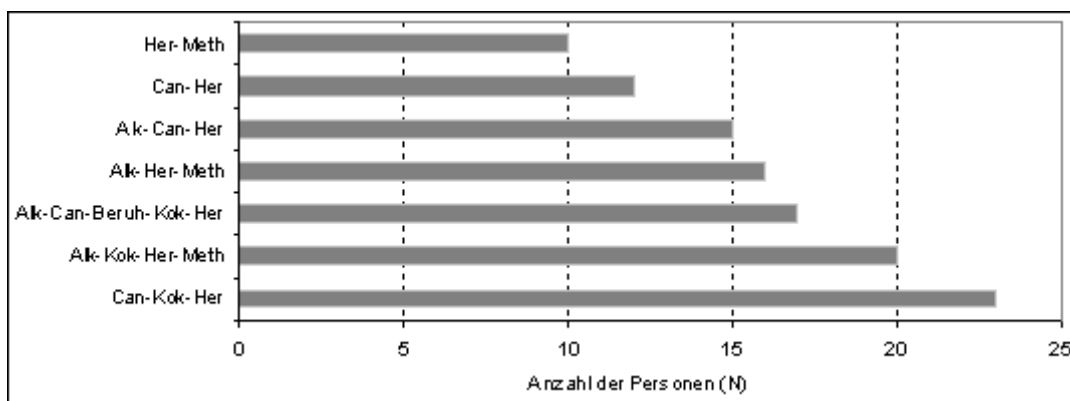
Diese Übersicht macht zwar deutlich, dass Opiatabhängige ganz offensichtlich eine vergleichsweise große Affinität zu unterschiedlichen Substanzen aufweisen. Unklar ist jedoch, wie viele dieser Substanzen – innerhalb des Zeitfensters der vergangenen 30 Tage – konsumiert wurden. Von einem polytoxikomanen Gebrauchsmuster ließe sich dann sprechen, wenn zumindest zwei der hier erfassten Substanzen konsumiert werden. Da das Risiko des Opiatkonsums mit der Anzahl der aktuell (zusätzlich) konsumierten Substanzen steigen dürfte, soll darauf nachfolgend eingegangen werden.

Abbildung 1: Anzahl konsumierter Substanzen (N=128)



Diese Grafik macht eindrucksvoll deutlich, dass (fast) alle in der Entzugsstation Count Down behandelten Opiatabhängigen im Monat vor der Aufnahme ein polytoxikomanes Drogenkonsumverhalten aufwiesen. Fast jeder zweite Patient hat in den zurückliegenden 30 Tagen gar fünf und mehr unterschiedliche Substanzen zu sich genommen. In *Abbildung 2* sind die am häufigsten konsumierten Kombinationen von Substanzen dargestellt.

Abbildung 2: Kombinationspräferenzen (N=128)



Demnach ist die auf der Grundlage der Monatsprävalenz des Substanzkonsums ermittelte häufigste Kombination konsumierter Substanzen die Verbindung Cannabis, Kokain und Heroin. Methadon und Alkohol werden zusätzlich zu Kokain und Heroin am zweithäufigsten gebraucht. Festzuhalten ist, dass keiner der in die Entzugsstation aufgenommenen Patienten in den zurückliegenden 30 Tagen ausschließlich Methadon/Polamidon zu sich genommen hat. Vielmehr wird das Substitut – bei dieser Untersuchungspopulation – ausschließlich in Kombination mit anderen psychotrop wirkenden Substanzen konsumiert (siehe 2.3 Beikonsum).

An dieser Stelle ist festzuhalten, dass bislang kaum Erkenntnisse über das Zustandekommen derartiger „Kombinationen“ vorliegen. Demnach kann derzeit auch nicht beurteilt werden, ob diese Konsummuster eher eine Folge individueller Präferenzen oder spezifischer Markt- beziehungsweise Angebotsstrukturen sind.

2.3 Beikonsum

Die bislang vorgestellten Analysen machen die unter Opiatabhängigen weit verbreiteten polytoxikomanen Gebrauchsmuster von Substanzen deutlich. Zur Bearbeitung der Frage, wie prävalent der Beikonsum von Substanzen zusätzlich zu dem im Rahmen der Substitution verabreichten Substitut (Methadon/Polamidon) ist, wurde in der hier vorliegenden Analyse auf die Daten jener N=41 Patienten zurückgegriffen, die im Monat vor der Aufnahme in die Entgiftungsstation Count Down substituiert wurden. Demnach haben 93 % aller aufgenommenen substituierten Personen in den zurückliegenden 30 Tagen zusätzlich zum Substitut Heroin und 66 % Kokain konsumiert. Und etwa jeder zweite Substituierte betreibt einen Beikonsum von Alkohol, Cannabis, Beruhigungs- oder Schlafmitteln.

*Tabelle 6: Monatsprävalenz des Substanzkonsums von Substituierten (N=41)**

Alkohol	42
Cannabis	49
Beruhigungs- /Schlafmittel	42
Schmerzmittel	22
Stimulantien	2
Halluzinogene	-
Kokain	66
Heroin	93
Codein	7
Methadon/Polamidon	100

*Angaben in Prozent

Auch wenn konstatiert werden muss, dass die hier untersuchte Population hinsichtlich ihres Konsumverhaltens möglicherweise recht spezifisch ist, ist wohl davon auszugehen, dass Substituierte eher *in der Regel* als im Ausnahmefall zusätzlich zu dem verordneten Substitut andere Substanzen konsumieren.

2.4 Mischkonsum

Alle bisher dargestellten Parameter des Drogenkonsums machen die vergleichsweise hohe Drogenaffinität Opiatabhängiger deutlich. Die Frage jedoch, ob der Konsum der jeweiligen Substanzen zeitlich versetzt oder (mehr oder weniger) zeitgleich erfolgt, kann auf der Grundlage der bislang vorgelegten Daten nicht entschieden werden. Von einem Mischkonsum sollte man meines Erachtens nur sprechen, wenn mindestens zwei Substanzen mit psychotropem Wirkspektrum in einem so engen zeitlichen Rahmen konsumiert werden, dass sich die Rauschwirkungen überlagern (können). Nun dürfte es jedoch schwierig sein, derart differenzierte Daten im Rahmen des Regelbetriebs einer suchtherapeutischen Einrichtung zu erfassen, weshalb zur Abschätzung der Prävalenz des Mischkonsums unter Opiatabhängigen auf zwei „Hilfsparameter“ zurückgegriffen werden soll. Die erste Möglichkeit, die Verbreitung von Mischkonsumverhalten unter Opiatabhängigen abzuschätzen, liegt in einer genaueren Analyse täglichen Substanzgebrauchs, die zweite in der Berücksichtigung von Daten aus Urinalanalysen.

Zuerst soll nun aber dargestellt werden, wie wahrscheinlich der tägliche Konsum spezifischer Substanzen unter den untersuchten Opiatabhängigen ist. Auf der Grundlage der gesammelten Angaben zur Konsumfrequenz (im letzten Monat) gaben 69 % der Patienten des Count Down einen täglichen Konsum von Opiaten, 15 % von Kokain und 8 % von Methadon an.

Tabelle 7: Monatsprävalenz (fast) täglichen Substanzkonsums (N=128)*

Alkohol	9
Cannabis	12
Beruhigungs- /Schlafmittel	3
Schmerzmittel	-
Stimulantien	-
Halluzinogene	-
Kokain	15
Heroin	69
Codein	-
Methadon/Polamidon	8

* Angaben in Prozent

Legt ein täglicher Konsum einer spezifischen Substanz (nur) die relative Wahrscheinlichkeit nahe, dass der Gebrauch einer weiteren Substanz in einem Mischkonsumkontext erfolgt, so ist die

Wahrscheinlichkeit des Mischkonsums dann als vergleichsweise hoch einzuschätzen, wenn *täglich mehrere* psychotrope Substanzen konsumiert werden.

Wie aus der nachfolgenden Abbildung deutlich wird, liegt bei knapp der Hälfte aller Patienten (47 %) der Entgiftungsstation ein täglicher Konsum von (nur) einer Substanz vor. 32 % der Count Down-Patienten jedoch hat im Monat vor der Aufnahme zwei und mehr Substanzen täglich konsumiert. Folgt man dieser Analyse, so muss mindestens bei jedem dritten Opiatabhängigen von einem (zumindest zeitweiligen) Mischkonsumverhalten ausgegangen werden.

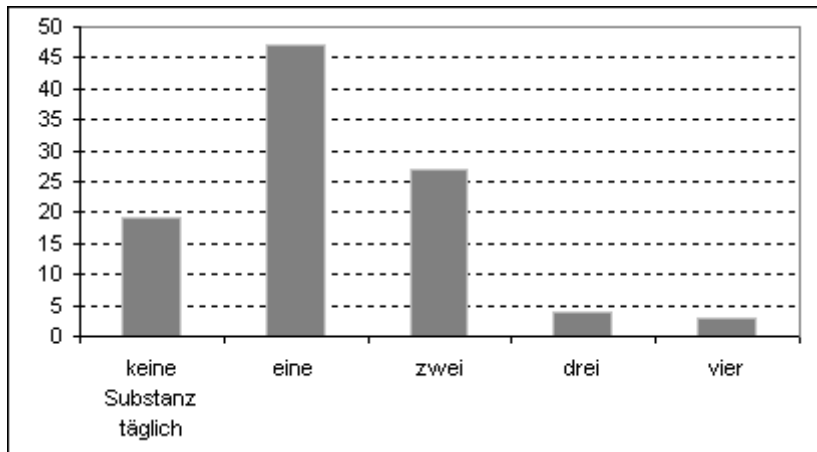


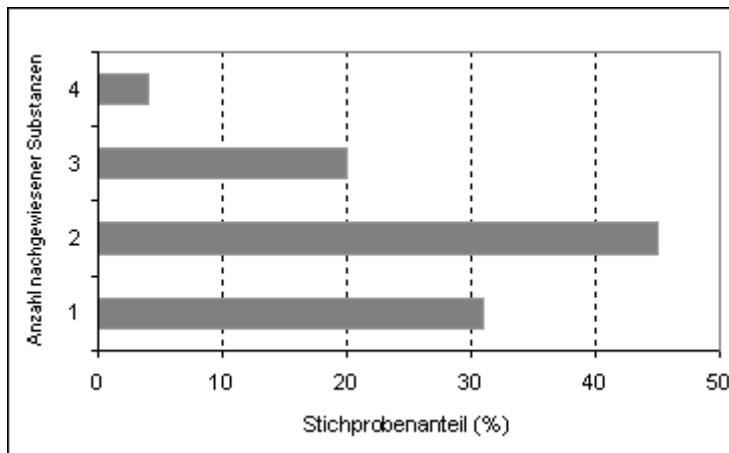
Abbildung 3: Anzahl täglich konsumierter Substanzen (N=128)*

*Angaben in Prozent

Zieht man die Daten der bei der Aufnahme in die Entzugsstation durchgeführten Urinalysen heran, so lassen sich ebenfalls Aussagen über die Verbreitung von Mischkonsum unter Opiatabhängigen treffen. Mit Hilfe eines quantitativen Verfahrens (Immunoassay zur Antigen-Antikörperbestimmung) wird im Rahmen der Aufnahme zur Entgiftung eine regelhafte Urinalyse durchgeführt. Ein Alkohol-screening erfolgt nur bei gegebener spezifischer Indikation.

Von einem Substanzgebrauch innerhalb der vergangenen 24 Stunden kann ausgegangen werden, wenn in der Urinprobe zumindest eine mittlere ² Wirkstoffkonzentration mindestens zweier psychotroper Substanzen festzustellen ist. Nach diesem Kriterium hat „nur“ knapp ein Drittel der Patienten des Count Down im unmittelbaren Vorfeld der Behandlungsaufnahme keinen Mischkonsum betrieben (vgl. *Abbildung 4*). Zwei von drei Opiatabhängigen jedoch, die in die Entgiftungsbehandlung aufgenommen wurden, haben unmittelbar vor der Aufnahme einen Mischkonsum von Substanzen betrieben.

Abbildung 4: Anzahl nachgewiesener Substanzen in zumindest mittlerer Wirkstoffkonzentration (ohne Alkohol) nach Urinanalyse (N=128)



3. Zusammenfassung und Ausblick

Ziel dieses Beitrages war es, den multiplen Substanzgebrauch von Drogenabhängigen einer genaueren Analyse zu unterziehen. Wie in einer Vielzahl anderer Forschungsarbeiten konnte anhand aktueller Daten einer Entgiftungsstation gezeigt werden, dass polytoxikomane Verhaltensweisen unter Drogenabhängigen weit verbreitet sind. Heroinabhängige konsumieren zu einem vergleichsweise hohen Anteil neben Heroin Substanzen wie Alkohol, Cannabis, Kokain, Beruhigungsmittel und Methadon.

Gezeigt werden konnte auch, dass (fast) alle aus einem Substitutionsprogramm in die Entgiftung aufgenommene Patienten – innerhalb des Monats vor der Aufnahme – einen Beikonsum insbesondere von Heroin und/oder Kokain aufwiesen. Auch wenn konstatiert werden muss, dass die hier untersuchte Stichprobe möglicherweise eine selektive Teilpopulation Substituierter darstellt, kann auf Grund der hier vorliegenden Daten wohl davon ausgegangen werden, dass Substituierte eher in der Regel als im Ausnahmefall zusätzlich zu dem verordneten Substitut andere Substanzen konsumieren.

Die Frage, ob der unter Drogenkonsumenten feststellbare multiple Substanzgebrauch zeitlich versetzt oder (mehr oder weniger) zeitgleich erfolgt, ist schwerer zu beantworten. Hierzu fehlen bis heute die entsprechenden Daten. Von einem Mischkonsum sollte jedoch nur dann gesprochen werden, wenn mindestens zwei Substanzen mit psychotropem Wirkspektrum in einem so engen zeitlichen Rahmen konsumiert werden, dass sich die Rauschwirkungen überlagern (können). Entsprechend der hier verwendeten Daten kann jedoch davon ausgegangen werden, dass auch der Mischkonsum von Substanzen unter Drogenabhängigen vergleichsweise weit verbreitet ist. Für die Entwicklung präventiver, risikominimierender Maßnahmen, die in diesem Zusammenhang erforderlich

wären, gilt es in einem ersten Schritt, empirisch fundierte Kenntnisse über das Mischkonsumverhalten von Drogenabhängigen zu gewinnen.

Literatur

- Beisel, J., Müller, O. & Wegener, B. (1993). Mehrfachabhängigkeiten. *Das Gesundheitswesen*, 55 (4), 185-189.
- Braucht, G.N., Kirby, M.W. & Berry, G.J. (1978). Psychosocial correlates of empirical types of multiple drug abusers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46 (6), 1463-1475.
- Koch, U. & Ehrenberg, S. (1994). Das Drogenspektrum i.v. Heroinabhängiger in der Bundesrepublik. *Sucht* 40 (5), 308-314.
- Krausz, M., Watermann, U. & Degkwitz, P. (1998). Konsummuster und Konsumsequenz Langzeitheroinabhängiger. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 21 (1), 3-8.
- Ladewig, D. & Simoni, H. (1996). Basler Befragung von Opiatabhängigen zur Medikamentengruppe der Benzodiazepine. *Sucht* 42 (3), 167-175.
- Magura, S., Kang, S.-Y., Nwakeze, P.C. & Demsky, S. (1998). Temporal patterns of heroin and cocaine use among methadone patients. *Substance Use and Misuse* 33 (12), 2441-2467.
- Tossmann, H.P. (1999). *Psychosoziale Betreuung Substituierter. Auswertung der Berliner Klientendokumentation der PSB*. Fachverbund Substitutionsbetreuung e.V., Berlin.
- Tossmann, H.P., Boldt, S. & Tensil, M. (2000). *Drug affinity amongst youths within the Techno party scene in European metropolises. Final Report*. European Commission, Luxembourg.
- Wilkinson, D.A., Leigh, G.M., Cordingley, J., Martin, G.W. & Lei, H. (1987). Dimensions of multiple drug use and a typology of drug users. *Journal of Addiction*, 82, 259-273.
- 1 Hierbei handelt es sich um die trägerübergreifende Auswertung der Klientendaten aller Neuaufnahmen in die psychosoziale Betreuung Substituierter (PSB) in Berlin aus dem 2. Halbjahr 1998 (vgl. Tossmann 1999).
 - 2 Eine mindestens mittlere Wirkstoffkonzentration entspricht bei Cannabis einem Wert von >150 ng/ml THC, bei Heroin einer Konzentration von >2000 ng/ml, bei Methadon > 250 ng/ml, bei Kokain >150 ng/ml und bei Amphetaminen >1000 ng/ml.

Methadonsubstitution und Beigebrauch aus rechtsmedizinisch-toxikologischer Sicht

Gerold Kauert

Als ich Anfang diesen Jahres in meiner Post die Ankündigung zu Ihrer Tagung erhielt, wäre sie beinahe den üblichen Weg der Werbepost gegangen: in den Papierkorb. Doch das Stichwort „Beigebrauch“ hat in letzter Sekunde meine Aufmerksamkeit drastisch erhöht, und als ich das Programm näher studierte und feststellte, dass Drogentherapeuten sich auf einer zweitägigen Veranstaltung ausschließlich mit dem Problem des Beikonsums in der Substitutionsbehandlung befassen, habe ich mich als „Neugieriger“ aus der Rechtsmedizin sofort angemeldet. ¹

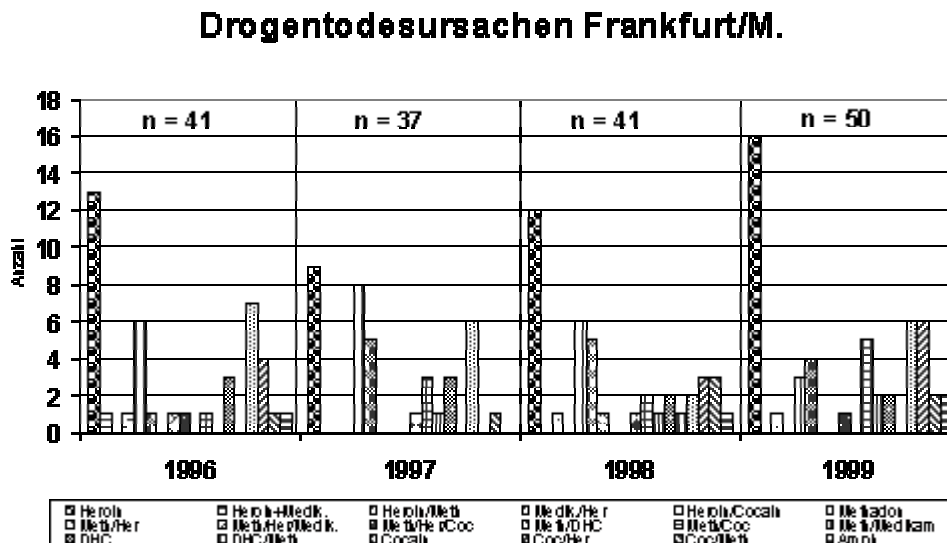
Als wir vor etwa zehn Jahren auf die stark zunehmende Tendenz des Beikonsums illegaler Drogen bei Substitutionspatienten hinwiesen, ernteten wir von Seiten der Therapeuten stets missbilligende Blicke. Ich beglückwünsche Sie deshalb zu dem Mut, diese Problematik zu einem Tagungsthema zu machen.

Ich vermisse in Ihrem Programm einen Beitrag aus der Rechtsmedizin, haben doch die Veröffentlichungen der Hamburger Kollegen (Schmoldt et al. 2000), nach denen 1998 die Zahl der methadonbedingten Todesfälle die der Herointodesfälle überschritten hat, zu einer sehr heftigen Reaktion bei den Methadonambulanzen geführt.

Allerdings ist auf die doch erheblichen regionalen Unterschiede hinzuweisen, wie sie am Beispiel Frankfurt/M. und umliegender Region demonstriert werden sollen.

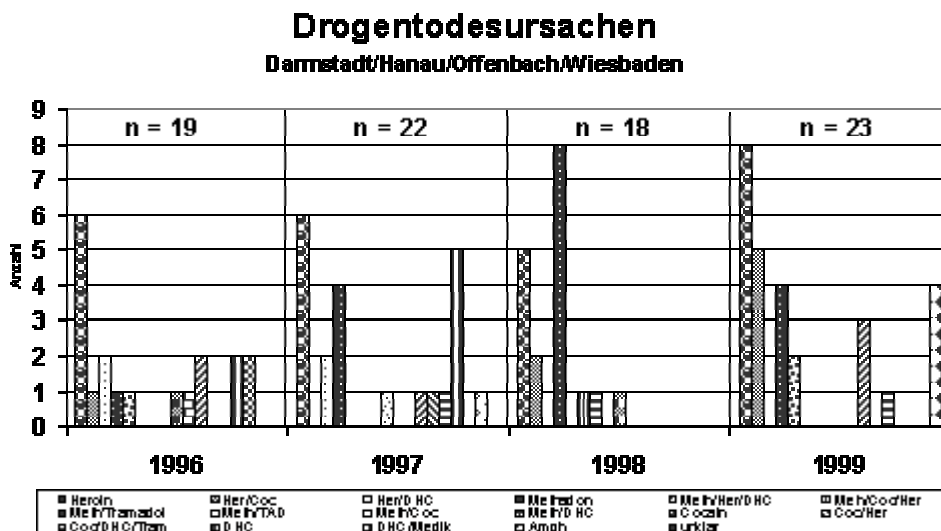
In *Abbildung 1* sind die diagnostizierten Drogentodesursachen anhand der toxikologischen Befunde für den Stadtbereich Frankfurt/M. der Jahre 1996 bis 1999 dargestellt:

Abbildung 1:



Man sieht, dass die Zahl der Methadon-Mono-Intoxikationen zwar zugenommen hat, beziehungsweise 1999 wieder rückläufig war, aber insgesamt deutlich unterhalb der Zahl der Herointodesfälle liegt. Betrachtet man die Fälle aus den umliegenden Städten von Frankfurt/M., so ergibt sich ein anderes Bild, wie in *Abbildung 2* dargestellt:

Abbildung 2:

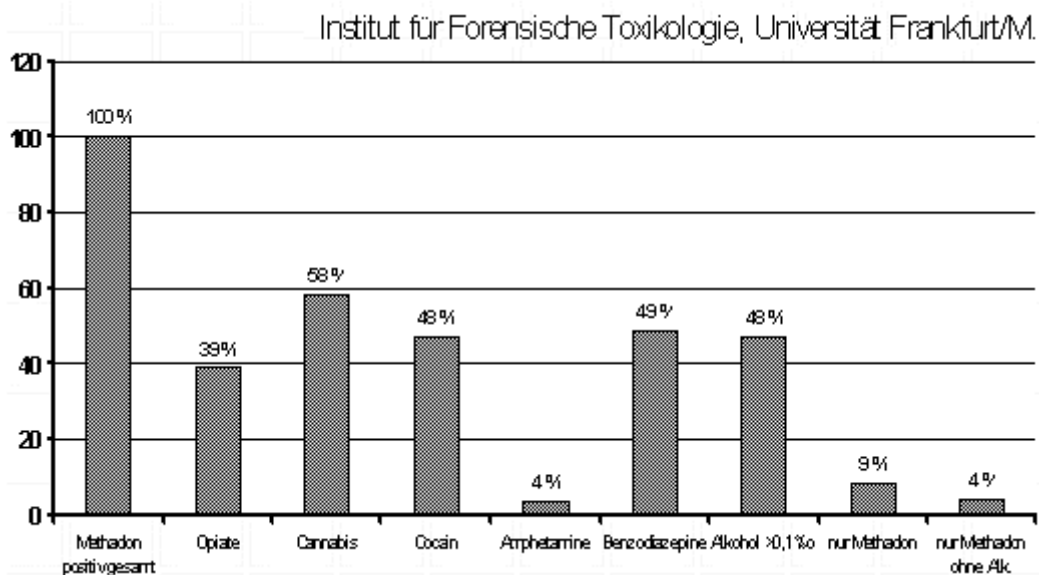


Hier ist von 1996 zu 1998 eine deutliche Zunahme der tödlichen Methadon-Intoxikationen mit Übersteigerung der Zahl der Herointodesfälle festzustellen, die jedoch auch hier im Jahre 1999 wieder rückläufig ist.

Vor dem Hintergrund des Hauptthemas sollen auch aus unserer Perspektive noch Zahlen nachgewiesenen Beikonsums dargestellt werden:

Abbildung 4:

Methadonpositive Blutproben 1999 (n=141)



In *Abbildung 4* sind aus unserem forensischen Probengut (Verkehrs- und Kriminaldelikte) die methadonpositiven Blutproben und deren Befundmuster dargestellt. In nur 9 % der Fälle war nur Methadon nachzuweisen ohne Berücksichtigung von Alkohol, in 4 % war ausschließlich Methadon positiv.

Wir haben es offensichtlich bei über 90 % des Beikonsums mit noch einer anderen Klientel zu tun.

Wege der Problemlösungen können wir Ihnen direkt sicherlich nicht anbieten, allerdings den Hinweis, dass ein spezifiziertes und forensischen Ansprüchen genügendes Drogen-Screening doch tiefere und wohl realere Einblicke in das Beikonsumverhalten erlaubt.

Es wäre wünschenswert, wenn unsere Erkenntnisse mit den therapeutischen zu einer kooperativen Symbiose wachsen würden; gemeinsames Ziel sollte die Verringerung der Anzahl der Drogentodesfälle sein.

Literatur

- Schmoldt, A., Iwersen-Bergmann, S., Stein, S., Franzelius, C., Heinemann, A. und Schulz, M. (1999): Methadon-Todesfälle und Intoxikationen im Umfeld der Substituierten und bei Drogenkonsumenten. Hamburger Ärzteblatt, 3, 111-112.
- Kauert, G. und Gleicher, S. (2000): Differenzierung Methadon-assoziiierter Todesfälle nach Enantiomerentrennung. 79. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin, Essen, Rechtsmedizin, Supplement 1, 5.
- 1 Dieser Beitrag ist das erste und einzige Spontanreferat im Rahmen der A.I.D.-Tagung. Die VeranstalterInnen waren angesichts der Thematik sehr erfreut über diese Ergänzung des Programms.

Beigebrauch in der ambulanten medizinischen Rehabilitation unter Substitution

Heinrich Küfner, Michaela Vogt, Detlef Weiler

1. Ausgangslage

Die größten und dringendsten Probleme bei der Behandlung von Drogenabhängigen durch Substitution mit Methadon sind erstens die Frage der zusätzlichen psychosozialen Maßnahmen, zweitens der Beigebrauch psychotroper Substanzen einschließlich der legalen Drogen und drittens der Ausstieg aus der Substitutionsbehandlung (vgl. Ball & Ross 1991; Ward et al. 1998). Zur Frage des Zusammenwirkens von Substitution einerseits und der medizinischen Rehabilitation andererseits, die primär aus psychosozialen Maßnahmen besteht, wurde von den Rentenversicherungsträgern und Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen und mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit eine umfangreiche Studie finanziert (Küfner et al. 1999; Vogt et al. 2000). Hauptziel dieser Studie war die Klärung der Frage, ob und mit welchem Effekt eine ambulante medizinische Rehabilitation unter Methadon-Substitution durchgeführt werden kann. Dabei wurde auch im gesamten Behandlungsverlauf der Beikonsum von Drogen untersucht und mit Urin-Analysen erfasst. In der nachfolgenden Analyse steht der Beikonsum im Mittelpunkt.

2. Behandlungsablauf

Zur Einordnung der Ergebnisse ist zunächst eine kurze Darstellung des Behandlungskonzepts erforderlich. Die Struktur des Konzepts bestand in einer bis zu sechs Monate dauernden Klärungsphase und einer Rehabilitationsphase unter Fortführung der Substitution, die maximal 18 Monate dauern konnte.

Die Ziele in der Klärungsphase waren:

- das Erreichen einer Methadon-Monoabhängigkeit,
- die Verbesserung beziehungsweise Stabilisierung des gesundheitlichen Zustandes,
- die Klärung und Stabilisierung der sozialen Rahmenbedingungen (u.a. Wohnung, Lebensunterhalt),
- die Entscheidung hinsichtlich einer weiterführenden Behandlung: Dazu gehörte eine ambulante substituionsgestützte Rehabilitationsbehandlung, eine Substitutionsbehandlung ohne intensive psychosoziale Rehabilitation, ein niedrighschwelliges Betreuungsangebot, eine stationäre drogenfreie Behandlung und schließlich eine psychiatrische oder psychotherapeutische Weiter- oder Parallelbehandlung.

In der Rehabilitationsphase unter Fortführung der Substitution gab es folgende Therapieziele:

- Drogenfreiheit (einschließlich Methadon)
- berufliche Wiedereingliederung bzw. Herstellung der Erwerbsfähigkeit
- weitere gesundheitliche Verbesserung bzw. Stabilisierung
- weitere soziale Besserung bzw. Stabilisierung

Die Therapie in der medizinischen Rehabilitationsphase bestand mindestens in einem Einzelgespräch sowie einer Gruppensitzung pro Woche. Die weiteren therapeutischen und diagnostischen Aktivitäten sind von Einrichtung zu Einrichtung und je nach Einzelfall entschieden worden. Aufnahmekriterium für die medizinische ambulante Rehabilitation war die Beikonsumfreiheit von mindestens einem Monat Dauer vor Antragstellung.

3. Fragestellung

Nachfolgend geht es hauptsächlich um die Frage des Beikonsums primär in der Klärungs- und Rehabilitationsphase (Behandlungsverlauf), aber sekundär auch im katamnestischen Zeitraum von sechs und zwölf Monaten nach Beendigung der ambulanten medizinischen Rehabilitationsbehandlung. Nach einer zusammenfassenden Beschreibung der Ergebnisse wird die Frage untersucht, welches Kriterium des Beigebruchs für die Analyse von Bedingungsfaktoren geeignet erscheint. Die Frage der Prädiktion des Beigebruchs durch Faktoren (Klientenmerkmale) vor Beginn der Methadon-Substitution wurde lediglich für den Behandlungsverlauf untersucht. Von vornherein war anzunehmen, dass die korrelativen Zusammenhänge einzelner Merkmale mit dem Beikonsum sehr niedrig sein würden. Das zeigen verschiedene Studien zur Prädiktion von Verlaufskriterien im Suchtbereich (siehe zum Beispiel Glantz & Pickens 1992; Sieber 1993). Am häufigsten wurden Fragen der Prädiktion in Verlaufsstudien unabhängig von der Durchführung spezifischer Suchttherapien bearbeitet (siehe zum Beispiel Kufner et al. 2000). Leithypothesen zur Prädiktion werden jeweils bei der Ergebnisdarstellung zu den einzelnen Variablenbereichen formuliert.

4. Methodik

4.1 Untersuchungsansatz

Bei der Studie handelt es sich um eine prospektive Beobachtungsstudie mit einer Vergleichsgruppe und mit katamnestischen Erhebungen nach sechs und zwölf Monaten.

4.2 Untersuchungsgruppen

Beteiligt waren opiatabhängige Klienten von drei Methadon-Ambulanzen: Außerdem waren vier Suchtberatungsstellen mit einbezogen, deren Aufgabe hauptsächlich die Durchführung der ambulanten medizinischen Rehabilitation unter Methadon-Substitution war. Als Vergleichsgruppe wurde eine Klientengruppe aus stationären drogenfreien Therapieeinrichtungen verwendet.

4.3 Datenerfassung

Es wurden Klienten-, Therapeuten- und Behandlungsmerkmale erhoben. Zunächst wurde eine Eingangsuntersuchung durchgeführt. Aufnahmekriterien waren:

- Opiatabhängigkeit
- ein fester Wohnsitz am Ort der Methadon-Ambulanz
- die engeren NUB-Kriterien treffen auf diese Klientel nicht zu

Die Stichprobengröße umfasste N=341 Klienten.

Danach erfolgte, solange die Klienten im Therapieprozess blieben, jeweils nach 6, 12 und 18 Monaten und bei Therapieende eine Datenerhebung. Katamnestische Erhebungen wurden nach 6 und 12 Monaten durchgeführt. Die Ausschöpfungsquoten für die 6-Monatskatamnese betrug 78,9 % und für die 12-Monatskatamnese 78,0 %. Außerdem war eine Vergleichsgruppe von drogenabhängigen Patienten in vier stationären Einrichtungen untersucht worden, die repräsentativ im Sinne typischer Vertreter der drogenfreien stationären Langzeittherapie in Nordrhein-Westfalen sein sollten. Die Auswahl erfolgte über die Kriterien Größe der Einrichtung, Teil einer Therapiekette und regionale Lage. Von den vier stationären Suchtfachkliniken für Drogenabhängige wurden 150 Klienten einbezogen. Für die Dauer eines Jahres wurden alle Neuaufnahmen in die Studie aufgenommen, auch wenn sie nur kurzzeitig in der Klinik verblieben.

4.4 Erhebungsinstrumente

Zentraler Erhebungsbogen war der EuropASI bei Aufnahme sowie die EBIS-Dokumentation. Wegen des Behandlungsbeginns vor Start der Dokumentation liegt nur für 240 Klienten der EuropASI vor. Daneben wurden noch zahlreiche andere standardisierte Fragebogenverfahren wie der SCL90 (Symptomcheckliste) und der NEO-FFI (Persönlichkeitstest) angewandt (im Einzelnen siehe Kufner et al. 1999). Der Beigebrauch wurde im Therapieverlauf wöchentlich durch Urin-Analysen kontrolliert. Dabei wurden jeweils fünf Substanzgruppen getestet: 1. Opiate, 2. Benzodiazepine, 3. Barbiturate, 4. Amphetamine und 5. Kokain.

4.5 Auswertung

Die statistische Auswertung erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS für Windows 9.0. Die Auswertungen zur Prognose des Beikonsums wurden sowohl für die Gesamtgruppe der Klienten mit Methadon-Substitution als auch getrennt für die Teilgruppe mit ambulanter medizinischer Rehabilitation durchgeführt. Insofern liegt keine echte Kreuzvalidierung mit unabhängigen Stichproben vor. Die Anwendung multivariater Verfahren bezüglich der Prognose des Beikonsums wurde von dem Ergebnis der bivariaten Zusammenhänge abhängig gemacht.

5. Ergebnisse

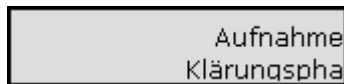
5.1 Verlaufgruppen

Von 341 in die Klärungsphase aufgenommenen drogenabhängigen Klienten haben 212, das sind 62,2 %, das Ende der Klärungsphase erreicht, während 129 (37,8 %) vorzeitig ausgeschieden sind. In die ambulante medizinische Rehabilitation waren 36,1 % (N=123) aufgenommen, die Übrigen hatten entweder das Kriterium der Beikonsumfreiheit von mindestens einem Monat vor Antragstellung nicht erreicht oder waren nicht bereit, sich einer medizinischen ambulanten Rehabilitationsbehandlung zu unterziehen. Die weiteren Ergebnisse beziehen sich vor allem auf die 123 Klienten in der ambulanten medizinischen Rehabilitation. In den drei beteiligten Methadon-Ambulanzen variierte die Übernahmerate der Klienten in die ambulante Rehabilitation zwischen 20,1 % und 54,6 %.

Abbildung 1: Klientenstatistik

Aufnahme Klärungsphase

N=341



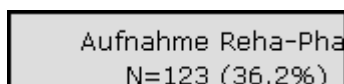
Ende Klärungsphase N=214

(62,8 %)

Ende Klärungsphase N=214

Aufnahme Reha-Phase

N=123 (36,2%)



Vorzeitige Entlassung

43,1 % (53)

Vorzeitige Entlassung

Reguläre Entlassung

56,9 % (70)

Reguläre Entlassung

Stationäre Rehabilitation

N=150

Vorzeitige Entlassung

57,3 % (86)

Reguläre Entlassung

42,7 % (64)

56,9 % der Klienten in ambulanter medizinischer Rehabilitation sind regulär entlassen worden, 43,1 % vorzeitig aus unterschiedlichen Gründen. Von den Klienten der Vergleichsgruppe in stationärer drogenfreier Behandlung sind 42,7 % regulär und entsprechend 57,3 % vorzeitig entlassen worden.

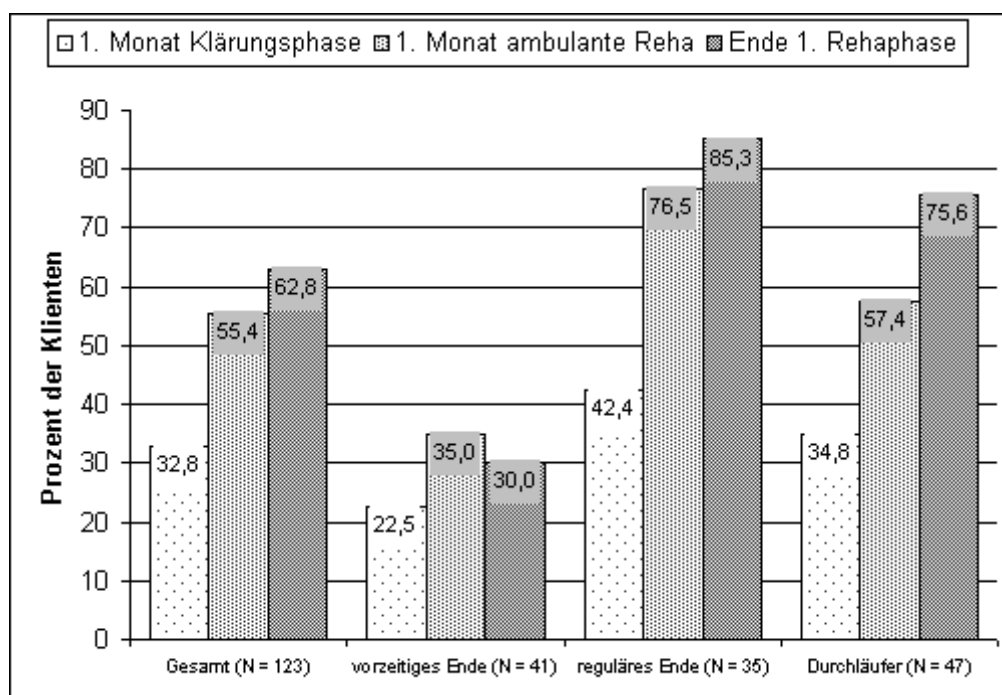
5.2 Beikonsum im Behandlungsverlauf

Ständig Beikonsum, das heißt jeden Monat mindestens eine positive Urin-Kontrolle, hatten 39 % der mit Methadon substituierten Gesamtstichprobe von N=341. Dabei variierte die Beobachtungsdauer zwischen weniger als einem Monat und dreißig Monaten. Nur die Hälfte der Klienten schaffte es, länger als einen Monat ohne Beikonsum zu bleiben. Im Mittel waren die Klienten allerdings 4,2 Monate

ohne Beikonsum. Die Teilgruppe der in die ambulante Rehabilitationsphase aufgenommenen Klienten war im Mittel sogar 9,8 Monate ohne Beikonsum (Median: 9 Monate; Modalwert: 6 Monate).

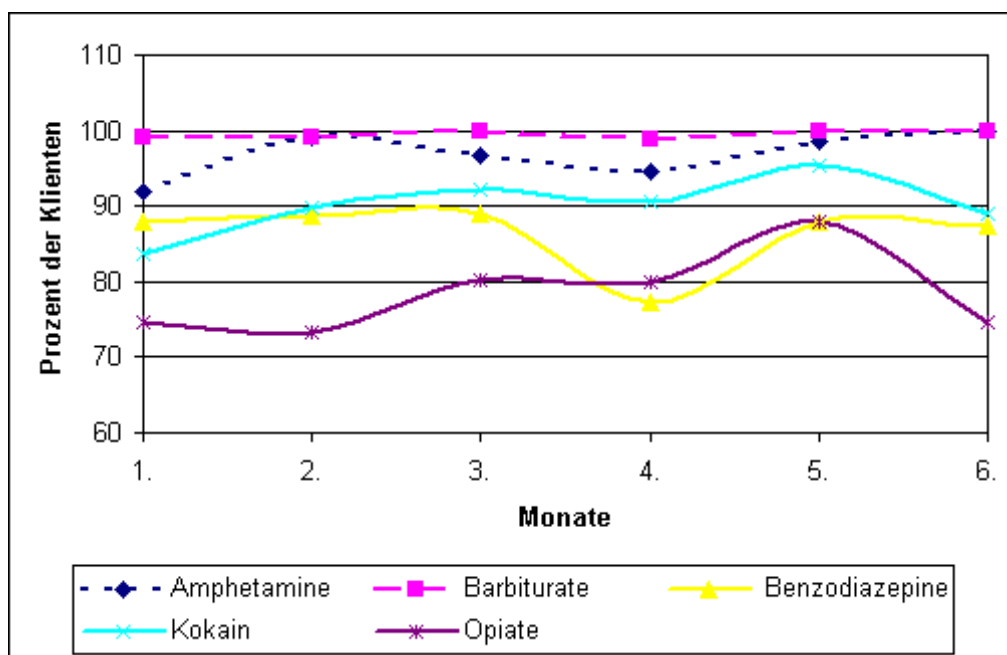
In *Abbildung 2* wird die Anzahl beikonsumfreier Klienten im ersten Monat der Klärungsphase, im ersten Monat der Rehabilitationsphase und am Ende dieser ersten Rehabilitationsphase sechs Monate später dargestellt. Bezogen auf die Gesamtgruppe der Klienten in medizinischer Rehabilitation waren im ersten Monat der Klärungsphase 32,8 % beikonsumfrei, zu Beginn der ambulanten Rehabilitationsphase waren es 55,4 %, und am Ende der ersten Rehabilitationsphase sechs Monate später waren knapp zwei Drittel, das heißt 62,8 %, frei von zusätzlichen Drogen außer Methadon. Erhebliche Unterschiede ergaben sich, wenn man die Gesamtgruppe aufspaltet in die Gruppe mit einem vorzeitigen Therapieende (N=41), einem regulären Therapieende (N=35) und den sogenannten Durchläufern (N=47), die noch länger in der ambulanten Rehabilitation verblieben. Bei den Klienten mit einem vorzeitigen Therapieende ergaben sich praktisch keine bedeutsamen Veränderungen hinsichtlich der Quote von Klienten ohne Beikonsum: Im ersten Monat der Klärungsphase waren 23,5 %, zu Beginn der Rehabilitationsphase 35 % und am Ende der ersten Rehabilitationsphase 30 % ohne Beikonsum. Dagegen kam es bei den Klienten mit einer regulären Therapiebeendigung zu einem deutlichen Anstieg der Beikonsumfreiheit von 42,4 % zu Beginn der Klärungsphase, auf 76,5 % zu Beginn der Rehabilitationsphase und auf 85,3 % am Ende der Rehabilitationsphase. Bei den sogenannten Durchläufern zeigte sich ebenfalls ein deutlicher Anstieg der Beikonsumfreiheit vom ersten Monat in der Klärungsphase mit 34,8 % über den Beginn der Rehabilitationsphase mit 57,4 % auf 75,6 % am Ende der ersten Rehabilitationsphase.

Abbildung 2: Anteil der Klienten ohne Beikonsum während der Behandlung



Betrachtet man den Beikonsum hinsichtlich einzelner Substanzgruppen (siehe *Abbildung 3*), dann ist zunächst auffällig, dass Amphetamine und Barbiturate praktisch überhaupt nicht konsumiert wurden, während der Prozentsatz der Klienten ohne Beikonsum am stärksten ansteigt bezüglich des Opiatgebrauchs, was durch die Substitution mit Methadon auch nahe liegt. Der Anstieg der Beikonsumfreiheit bezüglich Benzodiazepinen und Kokain erfolgt deutlich flacher als bei Opiaten.

Abbildung 3: Einzelne Substanzgruppen im Verlauf (Klärungsphase)



Keinen Beikonsum in den ersten sechs Monaten der Rehabilitationsphase hatten 10,2 % der Klienten, frei von Opiaten waren in dieser ersten Rehabilitationsphase 18,8 %, ohne Benzodiazepine waren 43,2 %, ohne Kokain 46,6 %, ohne Amphetamine 88,1 % und ohne Barbiturate 94,9 %. Durchgehend während der gesamten Behandlung (einschließlich der Klärungsphase) waren 9,6 % der Klienten frei von Beikonsum.

Für die Beurteilung konkreter Erfolgskriterien im Katamnesezeitraum ist zunächst wichtig, wie der Verlauf der Behandlung beziehungsweise die weiteren Behandlungsmaßnahmen aussehen. Vor Aufnahme in die Klärungsphase waren immerhin schon 55,5 % irgendwann in Substitutionsbehandlung gewesen, in der Katamnese nach sechs Monaten und nach zwölf Monaten verblieben jeweils 80 % der Klienten, die in die ambulante medizinische Rehabilitation gekommen waren, weiterhin in Substitutionsbehandlung. Die Häufigkeit von Kontakten mit ambulanten Behandlungseinrichtungen betrug nach sechs Monaten 57,5 % und nach zwölf Monaten 60 %. Im ersten Halbjahr nach der ambulanten medizinischen Rehabilitation kamen 2,5 % der Klienten, im zweiten Halbjahr danach 9,6 % in eine stationäre Entwöhnungsbehandlung. Der Anteil von Klienten, die katamnestisch Selbsthilfegruppen regelmäßig in Anspruch genommen haben, war mit 8,8 % nach sechs Monaten und 7,5 % im zweiten Halbjahr sehr niedrig.

Frei von harten Drogen waren 58,8 % der Klienten im ersten Halbjahr und 38,6 % im zweiten Halbjahr nach der ambulanten medizinischen Rehabilitation. Wenn man die weichen Drogen, damit ist hier ausschließlich Cannabis gemeint, noch mit einbezieht, dann waren im ersten Halbjahr 28,8 % frei von illegalen Drogen und im zweiten Halbjahr 28,9 %. Der Cannabiskonsum hat sich offenbar nur wenig geändert: Vor Aufnahme hatten 77,8 % Cannabis konsumiert, in den ersten sechs Monaten nach der ambulanten medizinischen Rehabilitation waren es 61,3 % und im zweiten Halbjahr danach 63,8 %. Die Tage mit Drogenproblemen (jeweils innerhalb der letzten 30 Tage vor der Erhebung) reduzierten sich von 15,8 Tage bei der Aufnahme in die Klärungsphase auf 8,4 Tage sechs Monate nach der ambulanten Rehabilitation und stieg dann wiederum leicht an auf 9,9 Tage im zweiten Halbjahr der Katamnese. Der Anteil von Klienten mit Belastung durch Drogen fiel von 79,3 % bei Aufnahme auf 46,2 % sechs Monate nach Ende der ambulanten Rehabilitation und stieg wiederum leicht auf 51,2 % im zweiten Halbjahr an. Beim Alkoholkonsum kam es zu einem leichten Anstieg von 53,3 % bei der Aufnahme auf 65,1 % sechs Monate nach der Rehabilitation. Danach erfolgte wiederum eine Reduktion der Klientenzahl mit Alkoholkonsum auf 49,5 % nach zwölf Monaten. Die Tage mit Alkoholproblemen stiegen dagegen kontinuierlich an: von 0,8 Tagen vor der Aufnahme auf 2,1 Tage in den ersten sechs Monaten der Katamnese auf 3,4 Tage nach zwölf Monaten. Ebenso stieg die Belastung mit Alkohol von 7,6 % auf 16,2 % nach den ersten sechs Monaten und auf 17,1 % nach zwölf Monaten an. Auch aus anderen Studien ist ein Anstieg des Alkoholkonsums und des Alkoholmissbrauchs bekannt (vgl. Ward et al 1998).

5.3 Weitere Behandlungsergebnisse

Zur Beurteilung des Therapieerfolgs sind über den Drogenkonsum hinaus weitere Erfolgskriterien erforderlich. Bei der Erwerbstätigkeit kam es nur zu einem geringfügigen Anstieg von 24,2 % bei Aufnahme auf 31 % in der 6-Monatskatamnese und 30,5 % in der 12-Monatskatamnese. Die Kontakte zu Personen mit aktuellen Suchtproblemen fielen von 52,9 % bei Aufnahme auf 15,1 % in der Katamnese nach sechs Monaten und 19,5 % in der Katamnese nach zwölf Monaten. Rechtlich problematisches, das heißt delinquentes Verhalten trat bei 59,8 % der Klienten vor Aufnahme auf, in der Katamnese nach sechs Monaten bei 22,2 % und in der Katamnese nach zwölf Monaten bei 27,7 % der Klienten. Einen Beratungsbedarf gaben im Katamnesezeitraum nach sechs Monaten 63,7 % der Klienten an, nach zwölf Monaten 30,1 %. Erstaunlicherweise kam es zu einem Anstieg der körperlichen Probleme von 4,9 Tage vor der Aufnahme auf 7,8 Tage in der Katamnese nach sechs Monaten und 9,3 Tagen in der Katamnese nach zwölf Monaten, bezogen jeweils auf die letzten 30 Tage. Entsprechend erhöhte sich auch der Anteil der Klienten mit Behandlungsbedarf wegen körperlicher Probleme von 33 % vor Aufnahme auf 63,7 % nach sechs Monaten und auf 56,6 % nach 12 Monaten. Der Prozentsatz von Klienten mit psychischer Belastung stieg ebenfalls an: von 42,4 % bei Aufnahme auf 80 % sechs Monate nach der Rehabilitationsbehandlung beziehungsweise 79,5 % zwölf Monate danach. Auch der Anteil der Klienten mit Beratungsbedarf hinsichtlich psychischer Probleme und Schwierigkeiten erhöhte sich von 38 % bei Aufnahme auf 47,5 % in der Katamnese nach sechs Monaten und auf 55,4 % in der Katamnese nach zwölf Monaten. Dieses Phänomen der erhöhten körperlichen und psychischen Belastung zeigte sich noch nicht während der

Rehabilitationsbehandlung und ist zur Erklärung des katamnesticen Verlaufs von besonderer Bedeutung.

5.4 Prognosefaktoren des Beikonsums

Für die empirisch-statistische Analyse des Zusammenhangs von Prognosemerkmalen zum Zeitpunkt der Aufnahme und dem späteren Beikonsum sind einige methodische Vorüberlegungen erforderlich. Als erstes soll geklärt werden, welcher Parameter am besten den Beikonsum charakterisiert. Bei der Darstellung der Ergebnisse zum Verlauf (siehe *Abbildung 2*) stand die Beikonsumfreiheit der Klienten in einem Monat als Gruppensaussage im Vordergrund. Im individuellen zeitlichen Verlauf können sich jedoch erhebliche Schwankungen ergeben, so dass unter Umständen die Beikonsumfreiheit im Monat sechs nach Beginn der Substitution wenig aussagt über die Beikonsumfreiheit im Monat zwölf und damit wenig geeignet wäre, um den Beikonsum insgesamt im Verlauf zu charakterisieren. Zur Klärung dieser Frage wurde die Beikonsumfreiheit im ersten Monat der Klärungsphase, im sechsten Monat und im zwölften Monat nach Beginn der Klärungsphase miteinander korreliert. Insgesamt zeigten sich sehr niedrige Korrelationen: Zwischen der Beikonsumfreiheit im ersten und im sechsten Monat betrug die Korrelation $r=.25$, zwischen dem ersten und dem zwölften Monat bestand überhaupt kein signifikanter korrelativer Zusammenhang und zwischen sechstem und zwölftem Monat ergab sich eine ebenfalls nicht signifikante Korrelation von $r=.17$. Daher erscheint die Beikonsumfreiheit innerhalb eines Monats wenig geeignet als Erfolgskriterium für das Ausmaß der Beikonsumfreiheit im Verlauf insgesamt. Stattdessen wurde als Erfolgskriterium die Anzahl der Monate ohne Beikonsum kumuliert und hinsichtlich des Zusammenhangs mit der monatlichen Beikonsumfreiheit untersucht. Zwischen der Beikonsumfreiheit im ersten Monat und der Anzahl der Monate ohne Beikonsum ergab sich eine Korrelation von $r=.4$, mit der Beikonsumfreiheit im sechsten Monat eine Korrelation von $r=.52$ und mit der Beikonsumfreiheit im zwölften Monat nach Beginn der Klärungsphase eine Korrelation von $r=.38$ (siehe *Tabelle 1*). Wegen der unterschiedlichen Beobachtungszeiträume wurden auch die prozentualen Anteile der beikonsumfreien Monate am individuellen Beobachtungszeitraum berechnet. Aber auch damit ist das Problem der unterschiedlichen Beobachtungszeiten nicht wirklich gelöst, da auf diese Weise jeder Beobachtungszeitraum gleich gewichtet wird. Die Korrelation zwischen diesen beiden Parametern beträgt $r=.88$. Wir haben uns daher entschlossen, als abhängige Variable die Anzahl der Monate ohne Beikonsum für die Analyse von Prognosefaktoren zu verwenden.

Bivariate Zusammenhänge zwischen Anzahl der Monate ohne Beikonsum im Verlauf und Charakteristika des Drogenkonsums vor Aufnahme in die Klärungsphase (Kendall's Tau)

EuropASI-Merkmal	Korrelation mit Anzahl der Monate ohne Beikonsum	
	Gesamtgruppe Methadon (N=341)	Ambulante medizinische Rehabilitation (N=123)
Anzahl Tage mit Heroin/ letzte 30 Tage	-.148 p=.003 (N=237)	n.s.
Anzahl Tage mit Methadon/ 30 Tage	-.121 p=.047 (N=237)	n.s.
Anzahl Tage mit Benzodizapezinen/ Barbituraten/ 30 Tage	-.211 p=.001 (N=140)	-.184 p=.087 (N=50)
Anzahl Tage mit Kokain/ 30 Tage	-.260 p=.000 (N=168)	n.s.
Jahre mit Cannabis	-.127 p=.015	n.s.
Anzahl Tage mit mehr als einer Droge/ 30 Tage	-.134 p=.046 (N=127)	-.292 p=.008 (N=47)
Häufigkeit Injektionen in den letzten 6 Monaten	-.136 p=.011 (N= 21)	n.s.
Anzahl Tage mit Injektionen/ 30 Tage	-.124 p=.016 (N=221)	n.s.
Alkohol-/Drogen- verlangen/ 30 Tage	-.138 p=.011 (N=237)	n.s.
Drogen-/Alkohol- wirkungen/ 30 Tage	-.181 p=.001 (N=237)	-.171 p=.041 (N=92)

Bei der nachfolgenden Analyse zur Prognose der Anzahl der Monate ohne Beikonsum wurden lediglich die Variablen des EuropASI bei Aufnahme als potentielle Bedingungsfaktoren untersucht. Zunächst erfolgte eine Überprüfung bivariater Zusammenhänge zwischen der jeweiligen Variablen des EuropASI und der Anzahl der Monate ohne Beigebrauch. Dabei wurde auch jeweils das Streudiagramm auf Plausibilität untersucht. Wegen der unterschiedlichen Skalenniveaus und den für

eine Pearson-Korrelation erforderlichen Voraussetzungen wurden Rangkorrelationen nach Kendall's Tau-b berechnet. Zur Absicherung einer größeren Stabilität der insgesamt sehr niedrigen Korrelationen wurden die Auswertungen sowohl in der Gesamtstichprobe von Klienten mit EuropASI-Daten als auch mit der Teilgruppe in ambulanter medizinischer Rehabilitation durchgeführt. Bei der Ergebnisdarstellung werden folgende Bedingungsbereiche unterschieden: 1. der Drogenkonsum, 2. die äußere Situation, 3. die sozialen Beziehungen, 4. die psychische Situation und 5. die rechtliche Situation. Es werden nur Zusammenhänge interpretiert, die in beiden Gruppen signifikant waren (davon in einer Gruppe auch auf dem 10 %-Signifikanzniveau).

Hypothesenbereich 1: Drogenkonsum vor der Behandlung

Der frühere Drogenkonsum ist der beste Prädiktor für den Beikonsum. Das heißt, Klienten mit einem stärkeren Drogenkonsum vor Aufnahme haben auch später im Verlauf einen größeren Beikonsum.

In *Tabelle 1* sind verschiedene Charakteristika des Drogenkonsums vor der Behandlung mit der Anzahl der Monate ohne Beikonsum korreliert worden. Insgesamt zeigten sich nur sehr wenige Zusammenhänge. Die Häufigkeit von Tagen mit Benzodiazepinen beziehungsweise Barbituraten in den letzten 30 Tagen vor Aufnahme korrelierten negativ, das heißt, je mehr Benzodiazepine vor der Substitution, desto mehr Beikonsum im Verlauf der Monate nach Beginn der Substitution. Weitere negative korrelative Zusammenhänge zeigten die Merkmale „mehr als eine Droge in den letzten 30 Tagen“ und „Trockenrauschphänomene ähnlich wie unter Drogen oder Alkohol“ ebenfalls in den letzten 30 Tagen. Eine negative Korrelation bedeutet in diesem Zusammenhang, dass das häufigere Auftreten von Alkohol und Drogenverlangen mit einer geringeren Anzahl der Monate ohne Beikonsum, das heißt mit mehr Beigebrauch, verbunden war.

Tabelle 2: Bivariate Zusammenhänge zwischen Anzahl der Monate ohne Beikonsum und EuropASI-Merkmalen (soziale Situation, soziale Beziehungen, rechtliche Situation, psychische Situation) bei Aufnahme in die Klärungsphase (Rangkorrelation: Kendall's, Tau)

EuropASI- Merkmal	Korrelation mit Anzahl der Monate ohne Beikonsum	
	Gesamtgruppe Methadon (N=240)	Ambulante med. Rehabilitation (N=123)
Wohnzeit Jahre	-.126 p=.012	-.150 p=.055
Wohneigentum	-.126 p=.012 (N=237)	n.s.
Erwerbstätigkeit	-.177 p=.002	n.s.

EuropASI- Merkmal	Korrelation mit Anzahl der Monate ohne Beikonsum	
	Gesamtgruppe Methadon (N=240)	Ambulante med. Rehabilitation (N=123)
Anzahl Tage mit Arbeit	-.106 p=.047 (N=237)	n.s.
Geld aus Sozialhilfe	-.142 p=.012	n.s.
Rechtsgrundlage	-.134 p=.018 (N=235)	n.s.
Häufigkeit von Delikten ohne Bezug zu Drogen	n. s.	-.202 p=.019 (N=91)
Illegale Einkünfte in den letzten 30 Tagen	-.102 p=.071 (N=237)	-.194 p=.028 (N=92)
Familienangehörige mit Alkohol- oder Drogenproblemen	-.128 p=.023 (N=236)	-.206 p=.016 (N=92)
Versorgung anderer als zusätzliche Aufgabe	n.s.	-.206 p=.016 (N=92)
Anzahl von Personen für Ernstfall	-.141 p=.010 (N=236)	n.s.
Freizeitaktivitäten überwiegend mit Familie	-.117 p=.023 (N=236)	-.173 p=.031 (N=92)
Anzahl guter Freunde	-.168 p=.010	-.162 p=.042 (N=92)
Missbrauch emotional	n.s.	-.201 p=.023 (N=92)
Medikamente gegen psychische Störungen	-.155 p=.006 (N=236)	n.s.
Häufige Langeweile	-.128 p=.023	n.s.

Hypothesenbereich 2: Äußere soziale Bedingungen

Eine Stabilität der äußeren sozialen Situation hinsichtlich Wohnung und Arbeit ist mit einer größeren Beikonsumfreiheit verbunden.

Die Ergebnisse unterstützen die oben dargestellte Hypothese für beide Klientengruppen nur hinsichtlich der Konstanz der Wohnadresse. Bezüglich der Erwerbstätigkeit zeigte sich der Zusammenhang nur in der Gesamtgruppe (siehe *Tabelle 2*).

Hypothesenbereich 3: Soziale Beziehungen

Zahlreiche Studien weisen darauf hin, dass der Drogenkonsum in Zusammenhang steht mit einem Freundes- und Bekanntenkreis, der ebenfalls Drogen gebraucht, und auf diese Weise zur Aufrechterhaltung des Drogenkonsums beiträgt. Eine zweite häufig genannte Hypothese bezieht sich auf Probleme und Konflikte in sozialen Beziehungen: Schwierigkeiten und Probleme in sozialen Beziehungen stehen in Zusammenhang mit einem stärkeren Beikonsum.

Die Anzahl guter Freunde stand jeweils in einem positiven Zusammenhang mit der Anzahl der Monate ohne Beikonsum. Das Verbringen der Freizeit mit Familienangehörigen ohne Alkohol- oder Drogenprobleme war ebenfalls mit mehr Monaten ohne Beikonsum verbunden.

Familienangehörige mit Alkohol- und Drogenproblemen sind dagegen eher ein Indikator für mehr Beikonsum im Verlauf.

Hypothesenbereich 4: Psychische Situation

Psychische Belastungen und Störungen führen zu einem verstärkten Beigebrauch.

Entgegen den Erwartungen stand keine der im EuropASI erfassten Störungen der Komorbidität, wie schwere Depressionen, Angstzustände (u.a.) sowie entsprechende Belastungen, in einem auf dem 5 %-Niveau signifikanten Zusammenhang mit dem Beikonsum. Dagegen zeigte die Aussage, sich häufig zu langweilen, einen negativen Zusammenhang mit den Monaten ohne Beikonsum, allerdings nur für die Gesamtgruppe. Auch hier wiederum war der Zusammenhang mit $r=-.13$ sehr niedrig.

Die nicht als signifikant bestätigten Zusammenhänge zwischen Komorbidität und Beikonsum stehen in Gegensatz zu der Hypothese, dass Drogen zur Selbstmedikation gebraucht werden, es sei denn, man stuft die Suche nach Stimulation oder nach Abwechslung und intensiverem Erleben gegen Langeweile als Störung mit Krankheitswert ein.

Hypothesenbereich 5: Rechtliche Situation

Je mehr Delikte beziehungsweise je mehr Verurteilungen ein Betroffener aufweist, desto stärker ist sein Beikonsum.

Diese generelle Hypothese lässt sich ebenfalls empirisch nicht bestätigen. Lediglich illegale Einkünfte können als Indikator für häufigeren Beikonsum aufgefasst werden. Das Item „Sonstige Delikte“ war sogar mit mehr Monaten ohne Beikonsum verbunden. Der Faktor einer rechtlichen Auflage der Therapie zeigte nur für die Gesamtgruppe einen positiven Zusammenhang mit der Anzahl der Monate ohne Beikonsum.

Wegen der sehr niedrigen korrelativen Zusammenhänge wurde auf eine multivariate Regressionsanalyse verzichtet, die in der Regel bei derart niedrigen statistischen Zusammenhängen keine konsistenten interpretierbaren Ergebnisse liefert. Generell müssen die Ergebnisse zur Prognose als vorläufig und wenig stabil, das heißt wenig generalisierbar auf andere Klientengruppen mit Substitution angesehen werden.

6. Zusammenfassung und Folgerungen

- Kürzere Zeiten wie zum Beispiel ein Monat ohne Beikonsum sind sehr häufig, längere Phasen ohne Beikonsum (neun Monate oder länger) werden auch noch von einer beachtlichen Anzahl zum Beispiel der Hälfte der Klienten in ambulanter medizinischer Rehabilitation erreicht. Allerdings waren nur etwa 10 % der Klienten in ambulanter medizinischer Rehabilitation im gesamten Verlauf dieser bis zu 18 Monaten dauernden Therapiephase frei von Beikonsum (ohne Berücksichtigung von Cannabis).
- Beigebrauch beziehungsweise Freiheit von Beikonsum in einem Monat korreliert nur geringfügig mit Beikonsum in den späteren Monaten. Deshalb erscheint dieser Parameter nicht geeignet, um den Beikonsum im Verlauf der Substitution zu charakterisieren.
- Besser geeignet ist das Merkmal „Anzahl der Monate ohne Beikonsum“ oder der prozentuale Anteil der Monate ohne Beikonsum an der individuellen Behandlungsdauer als Erfolgskriterium für eine Substitutionsbehandlung. Beide Parameter haben jedoch Vor- und Nachteile.
- Zwischen verschiedenen Methadon-Ambulanzen kam es zu beträchtlichen Unterschieden hinsichtlich des Beikonsums. Zum Teil dürfte dies abhängig sein von unterschiedlichen therapeutischen Vorgehensweisen.
- Die prognostischen Korrelationen der Monate ohne Beikonsum mit Variablen bei der Aufnahme in die Klärungsphase sind insgesamt nur sehr schwach ausgeprägt.
- Hinsichtlich des Drogenkonsums vor Aufnahme in die Substitution waren folgende Charakteristika bedeutsam für den Beikonsum im Verlauf: Der Konsum von Benzodiazepinen/Barbituraten sowie der Konsum von mehr als einer Droge pro Tag sowie spezifische Alkohol- und Drogenwirkungen sind mit vermehrtem Beikonsum verbunden.

- Positive prognostische Indikatoren für mehr Monate ohne Beikonsum sind eine konstante Wohnadresse über Jahre, Freizeitaktivitäten überwiegend mit Familienmitgliedern ohne Alkohol- und Drogenprobleme und die Anzahl guter Freunde.
- Häufige illegale Einkünfte in den letzten 30 Tagen vor Aufnahme und Familienmitglieder mit Alkohol- oder Drogenproblemen sind eher mit einem häufigeren Beikonsum verbunden.
- Nicht analysiert wurde die Frage, ob Veränderungen in der Anfangsphase eine bessere Prognose ermöglichen als die Erfassung des Ausgangszustandes allein. Auch bleibt die Frage offen, welche Prognosekriterien sich für den katamnesticen Drogenkonsum ergeben.

Die insgesamt sehr niedrigen, aber statistisch signifikanten Korrelationen legen nahe, dass ohne Bestätigung durch andere Untersuchungen die hier gewonnenen empirischen Zusammenhänge nicht als ausreichend stabil angesehen werden können. Es ergeben sich lediglich empirisch gestützte Hypothesen, die erst durch die Unterstützung beziehungsweise durch gleichartige Ergebnisse in anderen Studien eine entsprechende empirische Basis für praktische Folgerungen darstellen können. Allerdings sind die Ergebnisse durchgängig klinisch plausibel und stimmen größtenteils mit anderen Studienergebnissen überein, zum Beispiel hinsichtlich der Bedeutung des Freundeskreises (vgl. Glantz & Pickens 1992).

Literatur

- Ball, J.C. & Ross, A. (1991). *The effectiveness of methadone maintenance treatment* New York: Springer.
- Glantz, M. & Pickens, R. (Eds.) (1992). *Vulnerability to drug abuse*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Küfner, H., Vogt, M. & Weiler, D. (1999). *Medizinische Rehabilitation und Methadon-Substitution*. Baltmannsweiler: Schneider.
- Küfner, H., Duwe, A., Schumann, J. & Bühringer, G. (2000). Prädiktion des Drogenkonsums und der Suchtentwicklung durch Faktoren in der Kindheit: Grundlagen und Ergebnisse einer empirischen Studie. *Sucht* 46: 32-53.
- Sieber, M. (1993). *Drogenkonsum: Einstieg und Konsequenzen*. Bern: Huber.
- Vogt, M., Weiler, D. & Küfner, H. (2000). Katamnestiche Ergebnisse zur ambulanten medizinischen Rehabilitation unter Methadon-Substitution: *Suchtmedizin* 2: 93-102.
- Ward, J., Mattick, R.P. & Hall, W. (Eds.) (1998). *Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies*. Amsteldijk: Harwood Academic Publishers.

Ist Beigebrauch unmoralisch?

Versuch einer ethischen Orientierungshilfe

Thomas Wallimann

Für drogenabhängige Frauen und Männer, deren Leben meist seit vielen Jahren durch illegalen Drogenkonsum gesteuert und entsprechend geprägt ist, stellen die Angebote der methadon- oder heroingestützten Behandlung einen wichtigen Schritt dar, die Sucht in eine kontrollierbare Phase zu bringen oder sich im besten Falle ganz vom süchtigen Verhalten zu entfernen. Zahlreiche epidemiologische Untersuchungen ¹ zeigen, dass diese Behandlungsformen Erfolge aufzuweisen haben, sie machen aber auch deutlich, dass es keinen Königsweg zur Behandlung von Drogensucht gibt. So bleibt bei vielen Helferinnen und Helfern angesichts gescheiterter Behandlungsversuche oft das Gefühl zurück, den hohen Anforderungen der Substitutionsprogramme ebenso wenig genügen zu können wie die drogensüchtigen Menschen selbst. Argumentationsnöte für die Richtigkeit des Behandlungsansatzes werden besonders dann spürbar, wenn diese Programme in der Öffentlichkeit oder auf der politischen Bühne verteidigt werden müssen. Denn lange nicht alle Menschen, die Methadon oder Heroin im Rahmen eines Substitutionsprogramms konsumieren, verhalten sich so, wie es von ihnen erwartet wird, und fast alle konsumieren nebst den ärztlich verschriebenen Substanzen zahlreiche andere illegale und legale Suchtmittel. Für viele, die in Hilfseinrichtungen tätig sind oder die politisch für Substitutionsprogramme Verantwortung übernehmen, bedeutet gerade dieser Beigebrauch einen Misserfolg, und sie fragen sich, ob noch verantwortet werden kann, an solchen Programmen festzuhalten beziehungsweise weiterhin methadon- und vermehrt auch heroingestützt zu behandeln. Konkret stehen Helferinnen und Helfer immer wieder vor dem Dilemma, ob sie einen Bezüger von Methadon wegen dessen Beigebrauch weiter im Programm behalten, die verschriebene Dosis verändern oder ihn vom Programm ausschließen sollen, denn unterschwellig scheinen sich alle einig zu sein: Beigebrauch darf nicht sein!

Ausgehend von diesem individuellen Dilemma betrachte ich im Folgenden „Beigebrauch“ nicht als isoliertes Phänomen, sondern als spezielle Form des Drogenkonsums, der durch die äußeren Umstände für Substitutionsprogramme oder durch die Gesetzgebung maßgeblich bestimmt ist. Diese Rahmenbedingungen machen deutlich, dass die Frage nach der ethischen Beurteilung des Beikonsums nicht nur individuelleethisch, sondern auch sozialetisch ² von Bedeutung ist. Die Suche nach Orientierungshilfen für die Beurteilung des Beigebrauchs wird sich deswegen zuerst dem (individuellen) Drogenkonsum zuwenden. Weil individuelles Verhalten immer auch von gesellschaftlichen (und damit politischen) Rahmenbedingungen mitbestimmt, werde ich anschließend die Frage des Beigebrauchs auch aus sozialetischer Perspektive kurz zur Sprache bringen und einige Handlungsoptionen formulieren.

Drogenkonsum und Menschenbild

Nicht erfüllte Erwartungen in einer Therapie, enttäuschte Hoffnungen auf der Suche nach politischer Unterstützung oder die Frage nach dem Sinn des (Bei-)Gebrauchs von Drogen für süchtige Menschen wecken immer wieder Zweifel, ob der eingeschlagene Weg der richtige ist, und berühren letztendlich die Frage nach dem Sinn des Lebens. Damit wird die Grundfrage der Religion angesprochen und unter anderem die Theologie auf den Plan gerufen. Weil aber gleichzeitig auch Auffassungen vom ‚richtigen‘ und ‚guten‘ Leben oder vom ‚geglückten‘ Menschsein explizit und sehr oft implizit gefordert werden, ist die Ethik als wissenschaftlich geleitete Reflexion des ‚guten Lebens‘ herausgefordert, diese normativen Ansprüche auf ihre Konsistenz wie Korrektheit hin zu überprüfen.

Den Rahmen für Handlungsnormen und ethische Urteile setzt das Menschenbild. Menschenbilder als Vorstellungen vom ‚guten‘ Leben spielen sowohl auf der individuellen Ebene des Drogenkonsumenten oder der Therapeuten, auf der mehr von der Gruppe geprägten Ebene der Drogenkonsumierenden oder der Hilfseinrichtungen (vgl. Leitbilder, Therapiegrundsätze etc.), Nachbarschaften oder politischen Parteien als auch auf der Ebene gesellschaftlicher Einstellungen und Haltungen eine zentrale Rolle. Für die Frage nach der Beurteilung von Drogenkonsum ist dabei insbesondere von Bedeutung, welche Stellung die Werte Abstinenz, Leistung und Genuss in der individuellen, gruppenspezifischen oder gesellschaftlichen Werteordnung einnehmen.³ Aber auch die Gewichtung der Verantwortung für das eigene Leben und die eigene Gesundheit, der Verpflichtung zu Hilfeleistung oder des Rechts auf Betreuung haben direkten Einfluss auf die Beurteilung von Drogen- und Beigebrauch.

Hinter der Drogenproblematik stehen konkrete Menschen mit ihren eigenen Geschichten, Vorlieben und Eigenheiten. Diese spielen auch dann eine Rolle, wenn es darum geht, was richtig oder falsch ist.



Paul
*1965
Arzt
"Ex-katholisch"
Geschieden
Frühwache



Fritz
*1968
Drogenkonsum: vielfältig
zunehmend
Perspektiven: immer weniger
Langschläfer

Elemente des christlichen Menschenbildes

Jede wertende Stellungnahme setzt einen weltanschaulichen Standpunkt voraus. Dieser ist geprägt von Erfahrungen und Lebensumständen des Autors, von Ort und Zeit sowie von seinem Menschenbild. Meine Überlegungen basieren auf dem biblisch-christlichen Menschenbild, dessen Eckpunkte ich im Hinblick auf die hier gestellte Frage kurz skizzieren will.

Die biblischen Geschichten ⁴ von der Schöpfung bis zu den Erfahrungen der Menschen mit Jesus Christus nehmen Grunderfahrungen menschlichen Lebens auf und deuten sie auf das Verhältnis Mensch – Gott hin.

Ausgangspunkt bildet die Schöpfungsgeschichte, die dem Menschen verständlich machen will, dass sein Leben ein Geschenk ist und letztlich nicht in seiner eigenen Hand liegt. Die Rede vom Menschen als Abbild Gottes (Gen 1,27) erinnert den biblisch-christlich orientierten Menschen daran, dass in jedem Menschen nicht nur die Einmaligkeit eines Lebens, sondern auch Gott selbst erfahr- und sichtbar wird. Diese Sichtweise liegt (nebst anderen) nicht nur dem modernen Denken von der unveräußerlichen Menschenwürde zu Grunde, sondern sie verweist den Menschen auch darauf, dass er nicht allein ist (verdeutlicht wird dies zusätzlich in der Geschaffenheit als Frau und Mann).

Die Geschichte von Adam und Eva thematisiert in der Folge die Gabe der Freiheit und Verantwortung des Menschen für sich, sein Tun und Unterlassen, erinnert aber auch daran, dass Menschen nicht vollkommen und allmächtig (gottgleich), sondern eben begrenzt und fehlerhaft sind. Der Himmel ist auf Erden durch Menschen nicht machbar, stattdessen müssen Menschen lernen, mit der Unvollkommenheit, Begrenztheit und Fehlerhaftigkeit ihres Tuns und Lassens zurechtzukommen. Denn sie sind eingebunden in Raum, Zeit und Geschlechtlichkeit und müssen lernen, mit Differenzierungen und unerfüllbarer Leere umzugehen. ⁵

Die Erfahrung lehrt nun aber nicht gerade, dass der Mensch in Fülle leben und souverän mit seinen Begrenzungen und seiner Freiheit umgehen kann. Sucht und Drogenkonsum, misslungene Entzüge und gescheiterte Therapieversuche machen überdeutlich, dass wir Menschen nicht im Paradies leben, sondern auf Erlösung angewiesen sind. Gleichzeitig führen die Lebensgeschichten drogenabhängiger Frauen und Männer vor Augen, dass sich der Mensch nicht selbst erlösen kann. In diese Welt hinein

sind die Geschichten von Erlebnissen der Menschen mit Jesus gesprochen. Sie erzählen von Begegnungen, die buchstäblich Wunder gewirkt, Lähmungen gelöst, Augen geöffnet und von Besessenheit befreit haben. Dabei wird nicht nur gezeigt, dass der Mensch von Gott gerade in der größten Not und Hilflosigkeit angenommen ist, sondern, dass bereits in der Begegnung mit Gott im Menschen Jesu Christi Erlösung angebrochen ist. Für den gläubigen Menschen liegt die Bedeutung des Lebens Jesu Christi, das in seiner Radikalität bis zum Tod am Kreuz geführt hat, darin, dass für den Menschen trotz seiner Fehlerhaftigkeit nie alles verloren ist. Christlicher Glaube an die Überwindung der Mächte des Todes in der Auferstehung artikuliert deshalb immer wieder neu die Hoffnung, dass menschliches Leben, wie zerfahren, armselig und hilflos es sich auch immer präsentiert, von Gott getragen ist und bei Gott vollendet wird. Individuell wie auch politisch spornt diese Hoffnung an, nicht zu resignieren, sondern immer wieder neu für ein menschenwürdigeres Leben zu kämpfen. ⁶

Leitplanken für die Beurteilung von Drogenkonsum

Die christliche Soziallehre hat auf der Basis des biblisch-christlichen Menschenbildes Prinzipien erarbeitet, die helfen sollen, individuell wie gesellschaftlich menschenwürdiges Leben zu ermöglichen. Nebst den klassischen Prinzipien des Personenwohls (Eigenverantwortung, etwa für die eigene Gesundheit und Freiheitsrealisierung), der Solidarität (Verpflichtung zur Hilfe, Verantwortung für andere) und Subsidiarität (Einbezug struktureller Grenzen und Möglichkeiten individueller wie politischer Maßnahmen durch die Klärung und Zuweisung von Zuständigkeiten) ⁷ sind für unsere Frage auch die Sachgerechtigkeit (Substanzenwirkung, Set, Setting etc.) und das richtige Maß wichtige ethische Orientierungshilfen. ⁸ Zudem müssen Gründe und Ziele des Beigebrauchs wie des Drogenkonsums ⁹ mit in die ethische Beurteilung einbezogen werden. Ziel soll sein, dass Menschen ihr Leben in größerer Freiheit und mit weniger Belastungen (Risiken, Schaden) für sich selbst und die Umwelt führen können. ¹⁰ Dies beinhaltet, Verantwortung für sich selbst, ¹¹ das eigene Handeln, die eigene Gesundheit sowie für die Gemeinschaft zu übernehmen (Realisierung der Autonomie), wobei die eigenen Grenzen und Unzulänglichkeiten als wesentliche Rahmenbedingungen respektiert werden sollen. Totalitäre Lösungen, die sofort immer alles haben wollen, widersprechen sowohl auf individueller wie gesellschaftlich-politischer Ebene den Kernaussagen des oben skizzierten Menschenbildes.

Ausgangspunkt jeder ethischen Beurteilung ist die Frage nach dem Menschenbild. Es legt gleichsam den Rahmen fest für das ‚richtige‘ Menschsein.



Versuch einer Wertung

Sucht, die per definitionem ein Übel darstellt, kann ethisch nicht gebilligt werden.¹² Ähnlich wie der Drogenkonsum umfasst auch die Sucht in den meisten Fällen regelmäßigen und häufig ebenso suchtmäßigen Beigebrauch. Insofern lässt sich über den suchtmäßigen Beigebrauch dasselbe ethische Urteil wie über die Sucht fällen. Ich gehe aber davon aus, dass auch in der schwersten Sucht (einschließlich des Beigebrauchs) ein bestimmter Rest von Freiheit vorhanden ist und süchtige Menschen deswegen (zwar oft sehr begrenzt) selbstverantwortlich handeln können (denn wo keine Freiheit mehr vorhanden ist, kann auch nicht mehr von ethisch verantwortbarem Handeln gesprochen werden). Deshalb hat jeder süchtige Mensch eine minimale Verantwortung für seine Situation, die beispielsweise beim Eintritt in ein Substitutionsprogramm sichtbar wird. Für den süchtigen Menschen bedeutet nun die Forderung nach Selbst- wie Fremdverantwortung, dass er verpflichtet ist, diesen kleinen Rest Freiheit und die damit verbundene Autonomie zu pflegen und nach Möglichkeit zu vergrößern. Im konkreten Fall kann dies bedeuten, dass selbst der unregelmäßige Besuch einer Substitutionseinrichtung der momentan einzig mögliche Schritt in diese Richtung darstellt und den entsprechenden Halt zu geben vermag. Deshalb muss er entsprechend respektiert werden: Für den Therapeuten muss es in erster Linie um den Versuch gehen, Schaden zu vermindern und die Situation für den süchtigen Menschen zu stabilisieren, um auf dieser Basis einen Weg hin zu einem weniger gefährlichen Lebensvollzug zu finden. Abstinenz stellt dabei ein wichtiges (Ideal-)Ziel dar, darf aber nicht absolut gesetzt werden, denn jede Situation muss letztlich als je eigene konkret betrachtet werden.

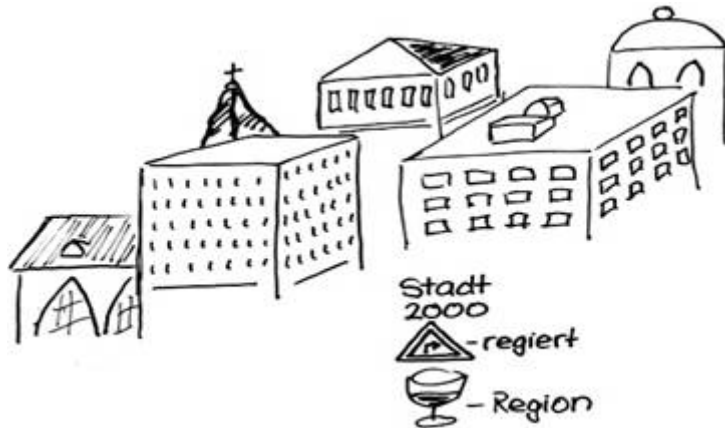
Für den (nicht-süchtigen) Drogenkonsum fällt das ethische Urteil differenzierter aus. Je umfassender die individuelle Freiheit gesehen und je stärker die individuelle Autonomie betont wird, desto weniger

Einschränkungen können dem Drogen- und Beigebrauch gegenüber gemacht werden. Eingeschränkt wird dieses Urteil dadurch, dass durch den individuellen Konsum keine Dritten geschädigt werden dürfen. Orientiert an den oben genannten Prinzipien kann der Konsum zahlreicher, als Drogen geltender Substanzen (legal und illegal) zwar nicht im Voraus abgelehnt werden, doch müssen die Umstände sowie Substanzwirkung und Umfeld darauf hin geprüft werden, wie stark sie Freiheit und Autonomie eines Menschen gefährden und wie groß die Risiken und die Belastung für die Gesellschaft ausfallen. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass Drogenkonsum zu den riskanten Verhaltensweisen gehört, weil sowohl Freiheitsrealisierung wie Gesundheitsverantwortung gerade beim Konsum von Substanzen von unbekannter Qualität übermäßig aufs Spiel gesetzt werden. Zudem können die meisten Ziele, die mit dem Konsum von Drogen verbunden werden, auch anderweitig, ohne die mit dem Drogenkonsum verbundenen Risiken und Gefahren erreicht werden. Der Beigebrauch (besonders von Alkohol) verschärft diese Situation zusätzlich und lässt sich entsprechend weniger rechtfertigen.

Mit dieser allgemeinen Beurteilung ist das ethische Urteil über den Drogenkonsum und den Beigebrauch in der *konkreten* Situation noch nicht gefällt. Die Beigebrauchssituation ist ja auch dadurch gekennzeichnet, dass betroffene Frauen und Männer praktisch ausnahmslos in einer Sucht gefangen sind und damit nur noch bedingt und oft eingeschränkt autonom handeln können. Weil jeder Mensch seine eigene Geschichte von Sucht und Beigebrauch hat, müssen diese Situationen individuell betrachtet werden.

Zudem ist zu betonen, dass mit dem ablehnenden ethischen Urteil zur Sucht und dem bedingt zustimmenden bei gelegentlichem Drogenkonsum und – auf dieser Linie – auch zum Beigebrauch *kein* ethisches Urteil über den Menschen gefällt ist, der Drogen konsumiert oder süchtig ist. Leben ist eine Herausforderung, die sich nicht allgemein lösen lässt. Dies bedeutet, dass letztendlich immer die je einzelne Situation, die Geschichte eines jeden von Sucht, Drogenkonsum oder Beigebrauch betroffenen Menschen in ihrer Einzigartigkeit betrachtet werden muss. Gleichzeitig muss jedoch betont werden, dass jeder Einzelfall auch vor dem Hintergrund struktureller gesellschaftlicher und politischer Gegebenheiten stattfindet.

Drogenprobleme sind nicht einzig Probleme von Einzelmenschen. Strukturen müssen mit berücksichtigt werden.



Eine sozialetische Betrachtung des Problems von Sucht, Drogenkonsum und Beigebrauch

Das Drogenproblem und damit auch jenes des Beigebrauchs ist nicht einzig eine Frage betroffener Individuen und fachspezifischer Institute und Einrichtungen, sondern auch ein *strukturelles* Problem und damit (auch) eine *politische* Herausforderung. Die Illegalisierung bestimmter Substanzen gehört zum Kern dieser strukturellen Sichtweise und verhindert nicht nur in vielen Fällen eine sachliche Diskussion, sondern setzt Arbeitende im Drogenbereich gerade in Situationen des Beigebrauchs illegaler Substanzen in einen rechtlich zwiespältigen Raum, in dem sie einerseits rechtlich legitimierte Hilfe leisten, andererseits bei Tolerierung von Beigebrauch illegale Handlungen nicht verhindern. Der Wille, Beigebrauch zu verhindern, kann also auch ein Ausweg aus dieser unbefriedigenden legalen Situation bedeuten. Eine sozialetische Orientierungshilfe für Situationen des Beigebrauchs kommt deshalb nicht umhin, jene Politik kritisch zu hinterfragen, die die Voraussetzungen schafft, dass Drogenkonsum und damit verbundener Beigebrauch zu einem ernsthaften (gesundheitlichen und sozialen) Problem werden. Sowohl Sachgerechtigkeit (vgl. die auf der Basis von Gesundheitsrisiken sachlich nicht begründbaren Unterschiede zwischen legalen und illegalen Substanzen) wie auch die Orientierung an der Würde aller durch das Drogenproblem betroffenen Menschen fordern eine politische und damit gesetzliche Neuorientierung. Diese weist weg von der Illegalisierung und dem Verbot bestimmter Substanzen und Handlungen hin zu einer *Reglementierung*, die Vorschriften (Verkaufslizenzen, Qualitätssicherung etc.) und wenn nötig auch Verbote (wie Werbung, Jugendschutz etc.) gemäss dem Gefährdungspotenzial konkreter Substanzen formuliert. Selbstverständlich können nicht alle Folgen einer solchen Entwicklung vorweggenommen werden, doch darf mit gutem Recht – und die Erfahrungen mit der heroingestützten Behandlung in der Schweiz ¹³ weisen darauf hin – erwartet werden, dass damit die Situation für Drogenkonsumierende wie

Helfende in eine Richtung verändert wird, die mehr Offenheit und damit auch Menschlichkeit zulässt. Abstinenz ist dabei ein in vielen Fällen sinnvoll anzustrebendes Ziel. Doch kann das Ziel nicht eine sucht-, drogen- oder auch beigebrauchsfreie Welt sein, sondern eine Welt, in der Menschen, die sich in Sucht und Drogen mit oder ohne Beigebrauch verheddert haben, Hilfen finden können, eine Welt auch, die ihnen einen gangbaren Weg zurück zu mehr Autonomie und damit Menschlichkeit weist und diesen mit ihnen gehen kann.

Handlungskonsequenzen für in Hilfseinrichtungen tätige Frauen und Männer

Viele in Hilfseinrichtungen tätige Frauen und Männer spüren diese Spannung zwischen offizieller Politik, wünschbaren Veränderungen und realisierten Hilfsleistungen. Für sie liegt die große Herausforderung darin, einerseits im gesellschaftlichen Umfeld ihre Arbeit zu legitimieren und andererseits Hilfen anzubieten.

Diese besteht darin, den Autonomiegrad der drogensüchtigen Menschen abzuschätzen und darauf aufbauend mögliche Schritte in Richtung Autonomiesteigerung zu planen und gemeinsam mit den betroffenen Frauen und Männern zu gehen. ¹⁴ Dieser gemeinsame Weg ist vergleichbar mit dem Erziehungsweg von Lehrpersonen mit Schülerinnen und Schülern oder von Eltern mit Kindern. Nicht nur gibt es keine Erfolgsgarantien, sondern auch der Zeitaufwand für einzelne Schritte ist oft nicht planbar, zudem müssen oft Grenzen gesetzt werden, was angesichts der konkreten Situation (Mündigkeit der betroffenen Menschen) in der Drogensubstitution besonders schwierig ist. Beides steht in deutlicher Spannung zu entscheidenden Erfolgskriterien, die von außen (Politik, Gesellschaft) und manchmal auch von innen (Helferpersönlichkeit) an Hilfseinrichtungen im Drogenbereich herangetragen werden. Natürlich haben Abstinenz, Tempo und Messbarkeit (wie schnell werden wie viele Personen abstinent) in der Drogenarbeit auch ihre Bedeutung, aber sie gelten als sekundär, wenn Überleben, Stabilisierung des Gesundheitszustandes oder, ganz allgemein formuliert, Schadenverminderung als Ziele der Drogenarbeit vorgegeben sind. Gerade bei der Arbeit in den Substitutionsstellen passiert das Weltverändernde in kleinen Schritten. Gleichzeitig darf aber die gesellschaftliche und damit auch politische Großwetterlage nicht aus den Augen verloren werden. Informationsveranstaltungen, Gespräche mit politisch Verantwortlichen sowie Kontakte mit Medienschaffenden können helfen, die Gesellschaft für die Drogenproblematik weiter zu sensibilisieren und ein Umfeld zu schaffen, das den Umgang mit Drogen nicht einzig kriminalisiert, sondern als Herausforderung betrachtet, gemeinsam auf eine menschlichere Welt hinzuarbeiten.

Literatur

- Almond, B., Drug use and abuse: the ethical issues, in: Ciba Foundation Symposium (Hrsg.), Cocaine: scientific and social dimensions, 166, Chichester, New York, Brisbane, Toronto, Singapore, 1992, 277-283.
- Anzenbacher, A., Christliche Sozialethik. Einführung und Prinzipien, Paderborn, München, Wien, Zürich, 1997.
- Baumann-Hölzle, R., Autonomie oder Paternalismus bei der Betreuung abhängiger Menschen?, Intercura, 46, Stadtärztlicher Dienst Zürich (Hrsg.), Zürich, Sommer 1994, 2-9.
- Beauchamp, T.L. and Childress, J.F., Principles of Biomedical Ethics, New York, Oxford, 4. Edition, 1994.
- Hämmig, R., Individuelle Erfahrungen mit der Abgabe von Betäubungsmitteln an schwer abhängige Drogendelinquenten. Grenzl意思ien ärztlicher Ethik, in: Bauhofer, S. et al. (Hrsg.), Drogenpolitik. Beharrung oder Wende. Politique de la drogue. Continuation ou alternance, Chur, Zürich, 1997, 213-222.
- Höffe, O., Personale Bedingungen eines sinnerfüllten Lebens. Eine ethisch-philosophische Erkundung, in: Eisenburg, J. (Hrsg.), Sucht: ein Massenphänomen als Alarmsignal, Düsseldorf, 1988, 137-166.
- Homann, K. (Hrsg.), Wirtschaftsethische Perspektiven des Drogenproblems, Schriften des Vereins für Sozialpolitik, Neue Folge Band 217, Berlin, 1992.
- Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP) (Hrsg.), Zusammenfassung: Evaluation der Maßnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme. Dritter zusammenfassender Bericht 1997-99, Lausanne, 2000.
- Kappeler, M., Die Würde des Menschen ist unantastbar! – Aber wer sich berauscht..., in: Michels, I. I. und Stöver, H. (Hrsg.), Menschenwürde in der Drogenpolitik. Ohne Legalisierung geht es nicht!, Hamburg, 1993, 15-24.
- Kasachkoff, T., Paternalism and Drug Abuse, The Mount Sinai Journal of Medicine, 58 No. 5, Oct. 1991, 412-415.
- Lacan, J., Ecrits, Paris, 1966 (deutsch: Schriften I-III, Olten, 1973-80).
- Mieth, D., Anthropologie und Ethik der Sucht, 7. November 1995 (Unveröffentlichter Vortrag im Rahmen des Studium Generale an der Universität Tübingen).
- Murray, T.H. et al. (Hrsg.), Feeling Good and Doing Better. Ethics and Nontherapeutic Drug Use, Clifton, New Jersey, 1984.
- Oddie, G., Addiction and the Value of Freedom, Bioethics, Vol. 7 No. 5, 1993, 373-401.
- Ostini, R. et al., The ethics of experimental heroin maintenance, Journal of medical ethics, 19, 1993, 175-182.
- Patzig, G., Gibt es eine Gesundheitspflicht?, Ethik in der Medizin, Jg. 1, Bd. 1, 1989, 3-12.
- Peter, H.-B. et al. (Hrsg.), Drogen – weder Himmel noch Hölle. Überlegungen aus christlicher Sicht zum Umgang mit illegalen Drogen, Studien und Berichte des SEK, 44, Bern, 1993.
- Peter, H.-B. et al. (Hrsg.), Drogenpolitik: Ein dritter Weg jenseits von Repression und Freigabe, Studien und Berichte des SEK, 47, Bern, 1994.
- Ringeling, H., Die Suche nach dem rechten Maß. Ethische Erwägungen, in: Böker, W. und Nelles, J. (Hrsg.), Drogenpolitik wohin? Sachverhalte, Entwicklungen, Handlungsvorschläge, Bern, 1991, 65-72.

Rust, A., Ärztlich kontrollierte Drogenabgabe: Ethische Erwägungen, in: Rihs-Middel, M. et al. (Hrsg.), *Ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Wissenschaftliche Grundlagen und praktische Erfahrungen*, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 1996, 41-49.

Rust, A., Ethische Aspekte, in: Uchtenhagen, A. und Zieglgänsberger, W. (Hrsg.), *Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management*, München, Jena, 2000, 573-583.

Saner, H., Sucht und Freiheit, in: Saner, H. (Hrsg.), *Dramaturgien der Angst*, Basel, 1991, 153-166.

Szasz, T., The Fatal Temptation: Drug Prohibition and the Fear of Autonomy, in: *Daedalus*, 121, Nr. 3, 161-164.

Trautmann, F., Autonomie und/oder Bevormundung – zum Spannungsverhältnis von akzeptierender Drogenarbeit und KonsumentInnen(organisationen), in: Michels, I. I. a.a.O., 55-63.

Wallimann, T., Kontroverse Drogenpolitik – Kontroverser Drogenkonsum. Versuch einer ethischen Orientierung aus christlicher Perspektive, Dissertation, voraussichtliche Veröffentlichung: Herbst 2000.

Wolf, J.-C., Recht auf Rausch oder Pflicht zur Mäßigung, *Universitas*, 47, Juni 1992, 551-562.

1 Vgl. die Beiträge in diesem Sammelband.

2 Ethik reflektiert allgemeingültige Verpflichtungen zum ‚guten Leben‘. Während die *Individuelethik* nach den Verpflichtungen des Einzelnen fragt, denkt *Sozialethik* über die Verantwortung von kollektiven Entscheidungs- und Handlungsträgern zur Schaffung oder Änderung von gesellschaftlichen und staatlichen Ordnungen (Maßnahmen, Gesetze) nach.

3 Sichtbar werden Aspekte des dominierenden Menschenbildes auch durch die verwendete Sprache oder das emotionale Engagement bei Diskussionen und Auseinandersetzungen.

4 Als Mythen speichern sie menschliche Grunderfahrungen und versuchen, Perspektiven für das Leben zu zeichnen.

5 Psychologisch hat u.a. der französische Psychoanalytiker Jacques Lacan diese Sichtweise systematisch darzulegen versucht.

6 Nicht alle können diese im christlichen Glauben begründete Hoffnung teilen, doch kann sie zeigen, weshalb sich gerade in der Drogenhilfe wie -politik christlich motivierte Menschen und Gruppen engagieren und arbeiten.

7 Insbesondere klärt das Subsidiaritätsprinzip die Zuständigkeiten gesellschaftlicher und individueller Verantwortungsträger und erinnert daran, dass weder das Individuum, die Familie, eine Hilfsorganisation noch der Staat für jedes und alles zuständig sind, sondern die Verantwortlichkeit so aufgeteilt werden soll, dass Personen- wie Gemeinwohl bestmöglich geschützt und gestärkt werden.

8 Es kann im Rahmen dieses Artikels nicht darum gehen, diese Prinzipien ausführlich darzustellen. Vgl. Anzenbacher 1997. Bezogen auf die Drogenproblematik ausführlich: Wallimann 2000.

9 Vgl. entsprechende Untersuchungen in der Fachliteratur.

10 Die christliche Theologie spricht in Anlehnung an ein Wort aus dem Johannesevangelium (Joh 10,10) von „Leben in Fülle“.

Heutzutage könnte etwa von „quality of life“ gesprochen werden, um deutlich zu machen, dass „Fülle“ weniger materiell, sondern viel mehr qualitativ gemeint ist.

11 Dies bedeutet nicht, dass damit Lust, Freude oder Genuss automatisch negativ bewertet werden. Es gilt aber zu beachten, dass sie ebenso wenig wie Gesundheit absolute, das heißt in jedem Fall erstrangige und zu realisierende Werte darstellen.

12 Vgl. ausführlicher Wallimann 2000.

13 Vgl. Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne, 2000, 4.

14 Das sogenannte „case-management“ nimmt diese Ansätze auf und versucht sie umzusetzen.

Drogengebrauch zwischen Hedonismus und Traumatisierung

Der Krankheitsbegriff in der Drogenhilfe

Harm J. Menger

Sind Raucher krank? Vor einigen Wochen traten zwei Bekannte an mich heran, ein Ehepaar. Sie haben einen Sohn, und zu ihrem Entsetzen haben sie festgestellt, dass er regelmäßig am Wochenende gemeinsam mit Freunden Kokain nimmt. Sie erzählten mir, dass sie ernsthaft mit ihm gesprochen und ihn ermahnt hätten, mit mir Kontakt aufzunehmen.

Dies ist merkwürdig: Normalerweise geht man zum Arzt, wenn man krank ist, nicht wahr? Ist der Junge krank? Was würde er selbst dazu sagen?

Wir reden von Krankheit als etwas, das uns zustößt, die Antwort sollte demnach sein: „Nein, er ist nicht krank“, und dies empfand er selbst eindeutig auch so, denn er hat mich nicht aufgesucht. Warum dann haben diese Eltern ihn zu mir geschickt?

Im Exposé zu dieser Tagung – und auch während der Veranstaltung – ist mir etwas Ähnliches aufgefallen: In Deutschland betrachten ebenso wie bei uns in den Niederlanden viele Leute den Drogengebrauch als eine Krankheit, und sie glauben, dass Substitution die Absicht verfolgt, diese Krankheit zu heilen, also den Drogengebraucher den Konsum beenden zu lassen.

Nur aufgrund dieses Gedankens kann ‚Beigebrauch‘ als das Problem identifiziert werden, als – ich zitiere aus dem Exposé –: „Indiz für eine unzureichende oder offensichtlich misslingende Behandlung“. Dieser Gedanke trifft den Sachverhalt nicht. So haben wir zum Beispiel Substitutionsmittel für Nikotin, aber niemand von uns glaubt tatsächlich, Rauchen durch Nikotinplaster ersetzen zu können.

Offensichtlich hat noch niemand den Drogengebraucher befragt. Natürlich sollen wir nicht fragen, ob er sich für krank hält, denn es ist in seinem Interesse, sich krank zu nennen. Aber wenn wir die ‚richtigen‘ Fragen stellen, werden wir herausfinden, dass Konsumenten Drogen gebrauchen, aber nicht ‚bei-‘: Sie gebrauchen – mit oder ohne Substitutionsmittel. *Wir* reden von ‚Beigebrauch‘, *sie* nicht, und ich bin davon überzeugt, dass *wir* uns irren.

Ich wurde gebeten, in meinem Vortrag den Drogengebrauch zwischen den Extremen ‚Hedonismus‘ und ‚Bewältigung von Traumatisierung‘ anzusiedeln. Aber ich möchte diese Frage – wie heißt dies noch in der Philosophie? – kritisch umkehren. Warum sollten wir den Drogengebrauch dort platzieren? Warum wollen wir das? Wo würden wir das Rauchen einordnen und das Trinken alkoholischer Getränke? Ebenso könnten wir die Raucher fragen: „Seid ihr Hedonisten, seid ihr traumatisiert?“ Warum reden wir von Drogengebern in solchen Zusammenhängen, und warum sagen wir, dass sie krank sind, nur weil sie Drogen konsumieren?

Wir können hier nicht auf das DSM (Diagnostic and Statistical Manual) verweisen oder auf die ICD (International Classification of Diseases); so leicht können wir uns nicht davonstellen. Das DSM identifiziert Raucher nämlich ebenfalls als krank. Diese haben aber das Glück, dass es ihre Droge zu jeder Zeit und an jeder Straßenecke zu kaufen gibt, deshalb ist das Beeindruckendste und das Problematischste des Abhängigkeitsverhaltens – die Sucht, das ‚craving‘ – bei ihnen kaum sichtbar.

Erinnern wir uns an die Prohibition in den Vereinigten Staaten. Hiernach können wir leicht voraussagen, was geschieht, wenn das Rauchen bei uns plötzlich verboten würde. Die Folge wären die gleiche Kriminalisierung und gesellschaftliche Korrumpierung, die wir jetzt im Umfeld des Drogengebrauchs betrachten können.

Ich wiederhole die Frage: „Warum glauben wir, dass Drogengebern krank sind? Warum beurteilen wir sie so negativ?“ Es ist nicht schwer, dies zu beantworten: Wir leben in einer Gesellschaft, die einen ‚Krieg gegen Drogen‘ führt.

Wie in jedem Krieg ist die Wahrheit das erste Opfer, und die Wahrheit ist erstens, dass unsere Aufmerksamkeit gegenüber Drogen unangemessen ist, zweitens, dass der Krieg mehr Böses als Gutes bewirkt. Es gibt zum Beispiel eine eben erschienene Publikation ¹, die zu dem Ergebnis kommt, dass bei uns in den Niederlanden unnötig Schmerzen erlitten werden, weil Ärzte und Patienten wegen einer ungerechtfertigten Angst vor Abhängigkeit den Einsatz von Opiaten ablehnen: Es gibt bei uns eine kollektive Drogenphobie. Die dritte Wahrheit ist, dass wir Drogenhelfer Kombattanten sind: Wir sind in den Krieg gezogen. Wir sollen neutral sein, aber wir kämpfen mit.

Wir glauben immer noch, den Drogengebrauch ausrotten zu können. Am liebsten würden wir heimlich alle Drogengebern umbringen, aber dies widerspricht unserem humanistischen Weltbild. Sie einzusperren ist auch nicht so einfach, obwohl dies in einigen Ländern gelegentlich versucht wird.

Es gibt eine weitere Möglichkeit: Wir erklären sie für krank, damit wird das Einsperren ebenfalls erleichtert. Absicht und Resultat sind, dass wir die Drogengebern aus unserer Gesellschaft ausschließen. Und es ist nicht das erste Mal, dass dies geschieht. In der Sowjetunion wurden Dissidenten für (geistes-)krank erklärt und eingesperrt.

In den 70- und 80-er Jahren versuchte die Anti-Psychiatrie-Bewegung bei uns, eine neue Auffassung von Geisteskrankheit zu propagieren. Ihr Versuch ist gescheitert, hat jedoch dahingehend sein Ziel erreicht, dass er sichtbar gemacht hat, dass wir Geisteskranke tatsächlich ausschließen. Und in der Vergangenheit haben wir Homosexuelle auf die gleiche Weise ausgeschlossen. Seit wir die Homosexualität als solche benennen – dies ist ungefähr seit 1870 der Fall –, haben wir geglaubt, dass ihr eine Krankheit zu Grunde liegt. Und so wird die Medizin allzu oft missbraucht, um die menschliche Pluralität oder Pluriformität auf das zu beschränken, was in unserer Gesellschaft als ‚normal‘ empfunden wird.

Vielleicht sollten wir unseren Freiheitsbegriff noch einmal überdenken. Unsere Freiheit scheint vor allem jene zu sein, tagtäglich auf unserem Weg zur Arbeit im Stau zu stehen und in Reihenhäusern zu wohnen. Aber ebenso wie unsere Meinungsfreiheit nicht nur dazu gedacht ist, nette Dinge zueinander zu sagen, sollte es unsere Idee von Freiheit aushalten können, dass manche von uns sich für ein anderes Leben entscheiden, ein Leben, welches der Mehrheit nicht gefällt.

Ich kehre zurück zum Krankheitsbegriff. Ich vertrete den Standpunkt der Anti-Psychiater: Nicht die Drogengebraucher sind krank, sondern diese Gesellschaft. Die Krankheit dieser Gesellschaft ist die Drogenphobie.

Verstehen sie mich richtig: Ich versuche nicht, den Drogengebrauch zu verteidigen. Ich glaube nicht, dass er ein wertvoller Beitrag zur menschlichen Existenz ist, und ich hoffe, dass meine Kinder nie Drogen nehmen werden. Aber ich bin der Meinung, dass die Drogenphobie uns keine guten Dienste leistet, sie führt zu einer verzerrten Wahrnehmung der Wirklichkeit. Und ich finde, dass unsere Diskussion von dieser Verzerrung beeinflusst wird.

Wenn wir uns von dieser Phobie befreien könnten, wären wir in der Lage, manche Dinge anders zu sehen. Wir würden erkennen, dass Methadon ein riskantes Heilmittel ist: Es führt zu einer schwereren Abhängigkeit als Heroin und erzielt offensichtlich keine guten Wirkungen. Wir würden feststellen, dass Methadon als Substitutionsmittel keine gute Medizin ist.

Wenn wir diese Phobie beseitigen könnten, würden wir uns nur auf die vom Klienten erbetene Hilfe und nicht auf die Erfüllung der Wunschvorstellungen dieser Gesellschaft konzentrieren. Die Hilfefrage der Drogengebraucher bezieht sich selten darauf, abstinent zu werden, sondern darauf, die Abhängigkeit erträglich zu machen. Und das können wir, denn hierzu eignet sich Methadon am besten, nämlich für eine langfristige Behandlung der Heroinabhängigkeit. Wir sollen uns nicht an der ‚Bedürftigkeit‘ des Klienten orientieren, denn diesen Begriff kann man sehr verschieden interpretieren.

Wenn wir diese Phobie beseitigen könnten, würden wir sehen – und hierbei handelt es sich um ein ‚Understatement‘ –, dass die Diskussion um Beigebrauch nicht sehr fruchtbar ist.

Wenn wir diese Phobie beseitigen könnten, wären wir in der Lage, einen konsequenten Krankheitsbegriff zu entwickeln.: Wir könnten Drogengebraucher ähnlich wie Raucher und Alkoholiker sehen. Wir würden auf das Moralisieren verzichten und würden *sie* entscheiden lassen, ob sie krank sind.

Und wir würden uns in unserem Urteil hierauf beschränken: Drogengebraucher sind nicht krank, *weil* sie Drogen gebrauchen. Sie sind nur dann krank, wenn ihr Gebrauch negative Folgen für sie hat.

¹ „Onnodig lijden door angst voor verslaving“, W.W.A. Zuurmond en F.A.M. Winter, in: Jansen Cilag, Medisch-wetenschappelijk nieuws, maart-april 2000.

Scheitern des Substitutionsansatzes oder Mitagieren des Therapeuten im Theater der Süchtigkeit

Toni Berthel

1. Einleitung

Die Behandlung von Süchtigen hat sich in den letzten Jahren gewandelt: von einem primär abstinentenorientierten, meist stationären, sich häufig an einem Lasterkonzept orientierenden Ansatz hin zu einem differenzierten mehrdimensionalen, größtenteils ambulanten, auch suchtakzeptierende Elemente beinhaltenden Konzept. Damit einhergehend wurden überall unterschiedlichste Substitutionsprogramme installiert (Methadon, Heroin, Buprenorphin, teilweise Benzodiazepine) und neuartige Medikamente eingesetzt. Der Rückfall wird – als zur Sucht gehörendes Ereignis – teilweise therapeutisch genutzt, und in der Alkoholismusbehandlung konnten sogar Ansätze mit kontrolliertem Trinken ihren Platz finden. Gleichzeitig beobachten wir in den Substitutionsprogrammen einen mehr oder minder auffälligen und regelmäßigen Beikonsum von psychoaktiven Substanzen, insbesondere von Heroin, Kokain, Alkohol, Cannabis, Benzodiazepinen. Ist der Substitutionsansatz gescheitert, müssen wir diese Behandlungsform überdenken? Oder: Gehören Rückfälle zur Sucht? Müssen wir Beikonsum auch in Substitutionsbehandlungen als zum Suchtgeschehen gehörend akzeptieren?

2. Allgemeine Erkenntnisse zu Sucht und Süchtigkeit

2.1 Sucht ist ein lang dauerndes Geschehen

Wenn ein Suchtgeschehen als solches erkennbar wird, konsumiert ein Abhängiger schon während längerer Zeit psychoaktive Substanzen. Bis ein Süchtiger seine Sucht als behandlungsbedürftig einschätzt und Hilfe sucht, ist viel Zeit vergangen. Wenn wir eine Suchterkrankung zu behandeln beginnen, ist diese Sucht einerseits eine akute Erkrankung – das heißt, es liegt ein akutes Suchtgeschehen vor –, gleichzeitig handelt es sich jedoch immer auch um ein länger dauerndes Geschehen. Das heißt bis ein Süchtiger zu einer Behandlung kommt, ist eine Chronifizierung eingetreten. Substitutionsbehandlungen führen wir also bei Menschen durch, die an einer länger dauernden Suchterkrankung leiden.

In den Richtlinien des Kantons Zürich zur methadonunterstützten Behandlung Heroinabhängiger vom 20. März 1996 (Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich 1996) wird in den Leitlinien zur Stellung einer Langzeitindikation unter anderem verlangt, dass eine zweifelsfrei festgestellte chronische, seit mindestens einem Jahr bestehende Heroinabhängigkeit vorliegt.

In diesen Richtlinien kann Methadon sowohl zur Unterstützung des Heroinentzugs als auch zur Substitutionsbehandlung eingesetzt werden. Bei der Substitutionsbehandlung ist das kurz- und mittelfristige Ziel eine gesundheitliche und soziale Stabilisierung des Abhängigen. Diese umfasst

die Förderung der beruflichen und sozialen Wiedereingliederung,

die Verbesserung von Hygieneverhalten und Ernährungsgewohnheiten (Verminderung von Verwahrlosung, Vermeidung von Infektionskrankheiten),

den Abbau von Kontakten mit der Drogenszene, von Beschaffungskriminalität und Prostitution.

Langfristiges, aber nicht in jedem Fall erreichbares Ziel ist die Suchtfreiheit der Patienten.

In diesen Richtlinien wird die Heroinsucht als mit sozialen, psychischen und somatischen Problemstellungen einhergehend betrachtet. Die Behandlungsziele orientieren sich an diesen multiplen, viele Lebensbereiche tangierenden Schwierigkeiten. Die Substitutionsbehandlung wird häufig als Behandlung zweiter Wahl beurteilt und erst nach dem Scheitern anderer Behandlungsansätze in Erwägung gezogen. Das heißt sowohl von den Befunden, die wir erheben, wie von den formulierten und vorgegebenen Richtlinien behandeln wir in unseren Substitutionsprogrammen Menschen mit chronifizierten Suchterkrankungen und mit eingeschränkten Ressourcen.

2.2 Sucht ist ein Geschehen mit vielschichtigen Problemstellungen

Untersuchungen zeigen, dass bei Süchtigen in Substitutionsprogrammen eine Vielzahl von Problemen vorliegt.

2.2.1 Somatische Erkrankungen und Infektionen

Somatisch umfassend untersucht sind in der Schweiz die Patienten, die in den Versuchen für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln (PROVE) heroинunterstützt behandelt wurden. Viele sind körperlich krank oder leiden an chronischen Infektionen (Uchtenhagen 1997).

2.2.2 Psychiatrische Erkrankungen und Störungen

In psychiatrischen Untersuchungen finden sich beim überwiegenden Teil unserer Patienten zusätzlich zur Sucht andere psychiatrische Störungsbilder wie Schizophrenie, Depression, Ängste und eine große Zahl von Persönlichkeitsstörungen. Verschiedene Studien zeigen hier übereinstimmend eine hohe Co-Morbidität. So finden sich in diesen und anderen Untersuchungen zusätzlich zur Suchterkrankung organische Störungen (F0) bei 1-6 %; Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2) bei 7-25 %; affektive Störungen (F3) bei 25-40 %; neurotische, Belastungs- und

somatoforme Störungen (F4) bei 5-20 %; Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5) bei 2,7-5 %; Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6) bei 50-80 % (Regier 1990; Steffen 2000; Kunze 1998; Krausz 1998). Auch wenn die Erfassung der Dualdiagnosen in den verschiedenen Kliniken nicht immer einheitlich erfolgt, sind die Trends eindeutig. Dualdiagnosen sind die Regel und nicht die Ausnahme.

2.2.3 Persönlichkeitsstörungen, Beziehungsstörungen und Traumatisierungen

Häufige Diagnosen sind Persönlichkeitsstörungen. Diese haben neben konstitutionellen Gegebenheiten ihre Ursachen in multiplen Traumatisierungen in der Kindheit, in der Jugend und im Erwachsenenalter. Untersuchungen zeigen zum Beispiel bei Frauen mit Suchtmittelabhängigkeit eine um das Mehrfache erhöhte Zahl von sexuellem Missbrauch (Beutel 1999; Kaplan 1998). Gehäuft finden wir bei diesen Substanzabhängigen Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Menschen mit Persönlichkeitsstörungen zeigen eine Identitätsdiffusion, eine Ich-Schwäche, eingeschränkte Realitätsprüfung, Schwierigkeiten in den Beziehung zu Mitmenschen (Lindner 1999).

In den letzten Jahren wurde das Augenmerk vermehrt auf Zusammenhänge zwischen Traumatisierungen und psychischen Problemen gelegt. Hier spricht man von Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). Bei multiplen und immer wiederkehrenden Traumen spricht man auch von komplexen posttraumatischen Belastungsstörungen. Auch hier führen Traumen und vielfach immer wiederkehrende Traumen zu spezifischen psychischen Symptomen und häufig zu Drogenmissbrauch und -abhängigkeit (Najavits 1998; Van der Kolk 1999).

Menschen mit ausgeprägten Persönlichkeitsstörungen zeigen ein immer wiederkehrendes ähnliches interpersonelles Muster, das sich auch in der Beziehung zu den Behandlern und Therapeuten zeigt. So werden wir rasch wechselnd idealisiert und entwertet; freundliche, zuvorkommende Euphorie wechselt mit klagsam beschimpfender Jammrigkeit; chronisches Misstrauen erschwert die Beziehungsgestaltung; Helfer werden gegeneinander ausgespielt und manipuliert; Beziehungsabbrüche werden inszeniert. Diese Verhaltensweisen führen zu chronischen Beziehungsschwierigkeiten (Berthel 2000).

2.2.4 Soziale Probleme und Schwierigkeiten in der Lebensbewältigung

Schwierigkeiten in der Bewältigung des Lebens finden wir bei den meisten Menschen in Substitutionsprogrammen. Vielfältige soziale Auffälligkeiten sind hier die Regel und betreffen alle relevanten sozialen Bezüge; sie ziehen sich über viele Jahre hin und führen häufig zu Schulden und sozialer Randständigkeit (Uchtenhagen 1997; Steffen 2000).

2.2.5 Konflikte mit der Justiz

Der Konsum illegaler Drogen führt zur Delinquenz, Straffälligkeit und zu einem speziellen Umgang mit der Mitwelt. Die Fähigkeit, für sich selbst zu sorgen, ist eingeschränkt. Ein großer Teil unserer

Patienten hat durch die Straffälligkeit unterschiedlich lange Gefängnisstrafen verbüßt oder unterlag anderen strafrechtlichen Maßnahmen.

2.2.6 Psychologische Aspekte

Nach Wurmser (1978) liegt der Sucht eine schwere narzisstische Störung zu Grunde. Der Süchtige versucht, die große Diskrepanz zwischen enttäuschendem Real-Selbst und grandiosem Ideal-Selbst mit Hilfe der Droge zu überwinden. Kohut (1977) schreibt: „In jedem Fall versorgt die Droge den Süchtigen mit jenem Selbstwertgefühl, über das er nicht verfügt, und die Drogenwirkung fördert sein Gefühl zu leben und die Gewissheit angenommen zu werden.“ Für Burian (1994) ist die eingeschränkte Fähigkeit, für sich selbst zu sorgen, die Unfähigkeit, ohne Hilfe von außen – im Falle der Sucht ohne chemische äußere Unterstützung – zu leben, ein zentraler psychologischer Mechanismus bei süchtigen Verhaltensweisen: „Der Süchtige verlangt nach der Droge als ein Placebo, um sich seines Gefühls der Entleerung zu entledigen, das aus der Unterdrückung der Selbstfürsorge herrührt. Er muss daher die ‚Droge‘ Fürsorge zu einem Teil der Objektrepräsentanz machen, um sein fragiles Selbstbild wieder herzustellen. Wir können annehmen, dass der Drogenabhängige Drogen psychisch dazu verwendet, um seine zentralen Überlebensfunktionen wieder in Gang zu bringen, die ohne das gute mütterliche Objekt nicht vorstellbar sind.“

2.2.7 Neuropsychologische Gegebenheiten

Neuere neuropsychologische und neurobiologische Untersuchungen und die Möglichkeit, mit bildgebenden Verfahren Prozesse im Gehirn darzustellen, lassen Zusammenhänge zwischen seelischen und körperlichen Traumatisierungen, Hirnentwicklung, Drogenwirkung, Stress und seelischer Entwicklung vermuten. Das Belohnungssystem ist zentral in die Entwicklung von Sucht involviert. Es gibt Hinweise auf ein Suchtgedächtnis. Sucht wird eng mit Strukturveränderungen und -anpassungen auf Mikro- und Makroebene des Gehirns verbunden (Böning 1994; Childress 1999; Leshner 1997; Volkow 1999; Krause 1999).

2.2.8 Gesellschaftliche und philosophische Aspekte

Auch die Betrachtung der Problematik von Sucht und Süchtigkeit aus einer gesellschaftlichen und philosophischen Sichtweise geben dem Suchtgeschehen eine lang dauernde und kulturelle Perspektive.

Sloterdijk meint zum Thema Sucht: „Damit wird deutlich, dass jeder Fall von Sucht eine Aussage über die Schwierigkeiten des Weltaufbaus in modernen Zeiten enthält. Gerade dort, wo die Subjekte ihre Rechnung mit dem Überwältigenden zu begleichen haben, lassen die modernen Kulturtendenzen zur Entritualisierung der Lebensformen und zum konsumistischen Individualismus ein Einfallstor für alle möglichen Suchttendenzen offen“ (Sloterdijk 1993).

Auch hier wird Sucht und im Besonderen die Opiatabhängigkeit als ein lang dauerndes Geschehen mit vielschichtigen Problemstellungen beschrieben, als Prozess mit unterschiedlichen Facetten und verschiedensten Ursachen, der mit Auffälligkeiten in allen relevanten Lebensbereichen einhergeht. Es ist vermessen zu glauben, dass durch die Substitution – das heißt durch die Befriedigung einiger Transmittoren im Gehirn – alle diese Probleme gelöst werden können. Substitutionsprogramme – und damit auch Rückfälle in diesen Programmen – dürfen nicht isoliert betrachtet werden.

3. Sucht und Rückfall

Rückfälle sind in der Karriere von Süchtigen häufige Ereignisse. Unterschiedlichste Untersuchungen zeigen, dass die meisten Patienten, die eine Therapie abbrechen und viele derjenigen, die regulär eine Therapie beenden, rückfällig werden. Körkel schreibt: „Drogenrückfälle sind eher die Regel als die Ausnahme.“

Auch der Beikonsum in Substitutionsprogrammen wird als ein Rückfall beurteilt. Der Rückfall und damit auch der Beikonsum wird von vielen Behandlern und Patienten als Scheitern der Therapie oder der eigenen Bemühungen erlebt. Hier müssen wir uns die Frage stellen, ob eine solche Beurteilung nicht mehr über unsere therapeutischen Grundannahmen, das heißt über unsere Ideologie aussagt, die hinter der Behandlung steckt, als über die tatsächlichen Gegebenheiten, mit denen wir es bei der Behandlung von Menschen mit Suchterkrankungen zu tun haben.

Häufig wird argumentiert, dass eine ausreichende Substitution Rückfälle verhindere. Dies trifft bis zu einem gewissen Punkt sicher zu, doch deckt jede Substitution nur einen Teil der Bedürfnisse der Süchtigen ab. Methadon verhindert wohl die Entzugserscheinungen, doch der Wunsch nach Euphorie, das Gefühl des Einsseins mit der Welt, Gefühle absoluten Wohlbefindens, Gefühle der Wärme, Wünsche erlebter oder gefühlter eigener Grandiosität, die narzisstische Aufblähung bleiben aus. Von Patienten geäußerte Sätze wie: „Unter der Droge brauche ich nichts, da bin ich nur“ oder „Dieses Gefühl ersetzt alles“ mögen dies illustrieren.

Die Substitution vermag nur einen Teil der in der Droge gesuchten Bedürfnisse abzudecken. Der Rückfall ist ein normales Geschehen, und er ist ein notwendiges Geschehen jeder Suchtbehandlung.

4. Der Beikonsum als symbolisches Geschehen und als Geschehen in der Interaktion zwischen Therapeut und Patient

Jedes Suchtmittel hat für den Abhängigen seine spezifische Bedeutung und Funktion. Wir können dabei unterscheiden zwischen

- a) der direkten Wirkung der Droge,
- b) der durch die Droge vermittelten „Welt“ mit ihren Beziehungsmustern,

c) der Möglichkeit der Gestaltung der Beziehung zur Mitwelt und damit auch zum Therapeuten.

Die direkte Wirkung der Droge

Jeder Drogenkonsument sucht in der Droge eine spezifische Wirkung. Dazu gehören je nach Situation Wohlbefinden, Euphorie, Gefühle von Geborgenheit, Gefühle von Grandiosität, Gefühle der Ruhe, Gefühle der Wärme, Beziehungersatz, Omnipotenz etc. Sätze wie: „Unter der Droge fliege ich davon. Ich fühle mich eins mit der Welt“, „Hier fühle ich mich aufgehoben“, werden von vielen Patienten geäußert und unterstreichen die tiefen Gefühle, die durch die Droge abgedeckt werden können.

Doch auch wir Nicht-Suchtkranken suchen immer wieder Zustände, in denen wir uns wohlfühlen, in denen wir Euphorie erleben können. Dass wir dies in einer sozial akzeptierten Form und weniger destruktiv tun, erlaubt uns jedoch nicht, unsere Patienten für diese Bedürfnisse zu bestrafen. Kohut (Hoffmann 1988) hat dies in seinem Text über den Musikgenuss eindrücklich dargelegt: „In diesem Augenblick unterscheidet der ekstatische Zuhörer nicht mehr klar zwischen sich und der Außenwelt; er empfindet Töne als von ihm selbst hervorgebracht oder sogar als Teil seiner selbst, weil sie emotional das sind, was er fühlt. Mit dem Niederbrechen der Ich-Grenzen wird das ‚ozeanische Gefühl‘ des Einsseins mit der Welt (Seid umschlungen Millionen) erreicht und damit eine sozial akzeptierte Form magischer Allmacht und eine Wiederholung früher, primitiver, kinästhetischer Freuden, bei denen der Zuhörer durch den Raum fliegt.“

Auf den Zusammenhang zwischen der Suche der Wirkung der Droge und der Unfähigkeit zur Selbstfürsorge wurde weiter oben bereits hingewiesen (Burian 1994).

Mit der Substitution besetzen wir Transmittoren im Hirn, wir verhindern Entzugserscheinungen, vielleicht reduzieren wir das Craving. Die vorher in der Regel gesuchte Wirkung wird durch das Substitutionsmittel nur unzureichend abgedeckt. Konsum von Substanzen, die diese oder eine ähnliche Wirkung zeigen, sind deshalb häufig.

Die durch die Droge vermittelte „Welt“ mit ihren Beziehungsmustern

Der Konsum der Droge beeinflusst alle Bereiche der Persönlichkeit und des Welterlebens. Dazu gehören im Besonderen die Affektivität, die Kognition, die zwischenmenschlichen Beziehungen und die Art des Umgangs mit Mitmenschen.

Die Droge vermittelt eine bestimmte Art des in Beziehungtretens mit anderen. Insbesondere die Drogenszene und alle mit ihr einhergehenden Gegebenheiten geben ein Gefühl der Zugehörigkeit, des Dazugehörens. Die Droge bietet eine Welt, die den Süchtigen nicht immer befriedigt, die er aber doch immer wieder selbst mitgestalten kann. Der Süchtige erlebt sich in der Szene so als jemand, der

aktiv ist und einen gewissen Einfluss auf seine Umgebung hat. Gleichzeitig kann er, der häufig viele Traumatisierungen erlebt hat, durch die Zufuhr psychoaktiver Substanzen seine eigene Befindlichkeit selbständig, ohne auf andere angewiesen zu sein, ohne Angst vor Willkür, ohne Angst vor Verletzung, verbessern. Gleichwohl ist die Szene im Besitz des Stoffes und damit der Befriedigung spendenden Nahrung. Damit muss man sich, um an den Stoff zu kommen, den Forderungen der Szene unterwerfen. Einerseits wird die Szene also Lebens- und Gestaltungsraum, andererseits ein Ort der Unterwerfung unter ihre Regeln und Hierarchien.

Dadurch, dass der Süchtige Teil der Drogenszene wird, erhält er auch die Möglichkeit, eine Identität zu erlangen. Es kommt zu einer Trennung zwischen Szene und Nicht-Szene, das heißt zu Trennungen in ein Innen und Außen, zu Spaltungen; Projektionen sind möglich. Verunsicherungen, Ängste können über Projektion abgewehrt werden. Eigene Identitätsverunsicherungen, teilweise Identitätsdiffusion – bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen häufige Befunde – können durch die Gruppen- und Szene-Identität aufgefangen werden. Die bösen Verfolger sind außerhalb ihrer selbst und außerhalb der Szene, und Aggressionen können so vom Einzelnen wie von der Gruppe nach außen projiziert werden. Alles, was nicht sein darf, was nicht selbst beeinflusst werden kann, wird abgespalten; dies natürlich zur Stabilisierung des eigenen Selbst, zum Erhalt eines minimalen Selbstwertgefühls. Der Aufenthalt in der Szene wird so zu einer Überlebensmöglichkeit, zur Überlebensstrategie dieser Menschen in einer sie verunsichernden und ängstigenden Welt.

Diese Spaltung zeigt sich zum Beispiel darin, dass sich, obwohl über Entzüge, Stellenverluste, Infektionen und Beziehungsschwierigkeiten berichtet wird, kein affektiver Zugang zum Ausmaß der Sucht und den damit einhergehenden Problemen findet. Wie oft hören wir: „Ich brauche nur Methadon, dann wird alles besser.“ Die Verleugnung aller unangenehmen Lebensereignisse und der Realität sind zentrale Überlebensmechanismen.

Die Substitution ist für den Süchtigen ein wichtiger Schritt zur Integration in die Gesellschaft. Er muss dabei aber auf einen großen Teil seiner Lebenswirklichkeiten verzichten. Wir nehmen ihm auch einen großen Teil seiner bisherigen Identität und Identifikationsmöglichkeiten. Wer einen solchen Wechsel ohne Rebellion und Rückfall über sich ergehen lässt, unterwirft sich der Macht eines anderen; in diesem Fall der Macht der nährenden und substituierenden Hand des Arztes und Therapeuten. Der Beikonsum wird also hier eine Möglichkeit, erlebte Ohnmacht und Gefühle des Ausgeliefertseins an den mächtigen Arzt, Sozialarbeiter oder Therapeuten zu verleugnen und durch eigenes, selbständiges Handeln eine vermeintliche, eigene Autonomie zu behalten.

Die Möglichkeit der Gestaltung der Beziehung zur Mitwelt und damit auch zum Therapeuten

Viele unserer Patienten erlebten Traumatisierungen und Vernachlässigung durch wichtige Bezugspersonen. In der Beziehung zu uns werden alte Beziehungskonstellationen reinszeniert. Wir müssen hier also zwei Aspekte besonders beleuchten. Einerseits wird durch den Beikonsum ein altes

Beziehungsmuster, geprägt durch frühere Traumatisierungen, reinszeniert, andererseits ist der Beikonsum eine Form des Agierens des Süchtigen im System der vielen Helfer. Van der Kolk (1999) beschreibt dies folgendermaßen: „Trauma und Vernachlässigung führen offenkundig zu einer Unfähigkeit, Emotionen zu modulieren. Wenn das so ist, können wir Menschen eine Palette von Verhaltensweisen hervorbringen, die am besten verstanden werden als Versuche zur Selbstfürsorge. Zu diesen Versuchen zählen anklammernde und wahllose Beziehungen zu anderen, in denen alte Traumata langfristig reinszeniert werden; außerdem selbstverletzendes Verhalten, Essstörungen und Suchtverhalten. Für gewöhnlich bestehen diese Verhaltensweisen nebeneinander.“

In der Substitution und der Behandlung von Suchtmittelabhängigen wiederholen sich die Muster der Lebensgeschichte, die der Patient vorgängig erlebt und gelebt hat. In der Beziehung zum Therapeuten werden viele Aspekte der vorher gelebten Objektbeziehungen unbewusst wieder inszeniert. Situationen der Flucht und der Verfolgung, sadistische und masochistische Umgangsmechanismen wiederholen sich teilweise zwanghaft.

Als Ärzte und Therapeuten sind wir, wenn auch mit anderem Ansatz, so doch mit ähnlichem Ziel, immer Teil des Ordnungsprinzips. Das heißt, wir repräsentieren eine Lebenswirklichkeit, die außerhalb der Drogenszene angesiedelt ist. Durch die Zugehörigkeit zur Nicht-Szene sind wir Teil der Legalität und der Normalität. Wir Betreuer sind gespaltene Figuren, immer Verfolger im Namen der Legalität und Helfer im Namen der Rehabilitation zur Normalität. Beide sind wir Teile ein und desselben Objekts, Institutionen der staatlichen Macht. Viele innere Persönlichkeitsanteile können so vom Patienten auf die Welt außerhalb, das heißt auch auf uns projiziert werden. Wir werden einerseits gesuchte Helfer auf dem Weg aus der Sucht, andererseits sind wir Teil einer angstmachenden und verfolgenden Welt. In dieser Ambivalenz sind wir einmal Helfer, einmal externalisierte, kontrollierende Verfolger. Immer wieder arbeiten wir auf eine Lebensgestaltung ohne die Zufuhr von Drogen hin.

Fässler (1988) schreibt dazu: „Die Sucht sucht Befriedigung immer wieder in der passiven Zufuhr, weil Schritte hin zur unabhängigen Aktivität, zum Geben und Nehmen, in die Leere zu führen drohen, ohne Antwort bleiben und ungeschützt der Ohnmacht ausliefern, durch Neid verfolgt, bedroht, bestraft oder schlicht ignoriert wurden und werden.“

Jeder Drogenkonsum ist auch Ausdruck unzureichender Möglichkeiten, eigene innere Bilder (internalisierte Objekte) für die Befriedigung von eigenen Wünschen oder zur Stabilisierung des Seelenhaushaltes zu mobilisieren oder zur Verfügung zu haben. Süchtige haben das Suchtmittel als Möglichkeit einer externalisierten Befriedigung (Selbstfürsorge) gefunden, das ihnen in ihrer unbewussten Vorstellung damit das seelische Überleben ermöglicht. Als Therapeuten arbeiten wir immer wieder darauf hin, auf den Stoff zu verzichten, abstinent zu werden, bisherige unzureichende Problemlösungsversuche fallen zu lassen. Wir werden damit Teil eines Kontrollsystems und sind grundsätzlich immer eine potentielle Bedrohung für die dem Süchtigen bekannten und erprobten Möglichkeiten, sich aus Krisensituationen zu retten. Als Therapeuten, Sozialarbeiter, Ärzte treten wir also in eine spezielle und spezifische Interaktion mit unseren Patienten. Diese Interaktion zwischen

Abhängigem, Suchtmittel und Helfern müssen wir zu verstehen versuchen. Neben der direkten Drogenwirkung sind beim Rückfall somit auch symbolische unbewusste Motive wirksam. Diese zu verstehen, ist Teil der Bearbeitung der Rückfälle und des Beikonsums.

Zwischen Droge und Substitutionsmittel sowie unserer Helfer- und unserer Verfolgerfunktion eröffnet sich ein Feld spannungsgeladener Verhältnisse (Zuwendung versus Repression, Verzicht auf Befriedigung versus Verhinderung von Befriedigung). Dieses Feld bietet eine Unmenge von Agiermöglichkeiten. Der Beikonsum ist nur eine Möglichkeit, die inneren Spannungen, die unbewussten Konflikte auszuagieren. Durch die krampfhaft Betonung der Abstinenz werden wir unbewusst willige Mitspieler in einem Theater, das unsere Patienten, weil als Überlebensstrategie jahrelang verwendet, besser zu spielen gewohnt sind als wir.

Fässler schreibt: „Trotz aller Bemühungen, Teilerfolge und Erfolge wird mit Hilfe der Droge immer wieder auf das innere Bild eines Objektes zurückgegriffen, das Befriedigung durch Wärme, Geborgenheit, Zuflucht nur als passive Zufuhr verbunden mit Bedrohung durch Verfolgung, Verstückerung und Schmerz erleben lässt. Es scheint, als ob eigene Fähigkeiten und mit diesen verbundene Leistungen kein befriedigendes Potential enthalten, sondern die durch eigene Aktivität hervorgerufene Zuwendung, Anerkennung und Befriedigung durch äußere Objekte vielmehr immer wieder zerstört werden muss, sodass sich diese Objekte in Verfolger verwandeln und sich schließlich die passiv zugeführte Befriedigung wieder als einzig Mögliche erweist.“

5. Schlussfolgerungen

Die Reduktion des Suchtgeschehens auf eine Dysfunktionalität von Transmitoren im Gehirn oder eine Verpflichtung des Süchtigen zur Anpassung an therapeutische Glaubenssätze ist nicht erlaubt. Wir müssen neben der Wirkung der Drogen auch psychologische Zusammenhänge erkennen und in unsere therapeutischen Bemühungen mit einbeziehen. Substitutionsbehandlungen sind in erster Linie für die Verbesserung der körperlichen, seelischen und sozialen Situation von Süchtigen eingeführt worden. Die Behandlung von Süchtigen ist eine Behandlung mit multiplen Problemstellungen. Dieser Herausforderung kann am besten mit einem interdisziplinären Ansatz begegnet werden. Dabei müssen der Rückfall und der Beikonsum als Teil des Problems akzeptiert werden. Die Reduktion dieser Behandlung auf mechanistische Denkansätze greift zu kurz, und die Forderung nach bedingungsloser Anpassung an normativistische Abstinenzgebote wird dem Wesen der Süchtigkeit und der Person des Süchtigen nicht gerecht. Es käme niemandem in den Sinn, einem Menschen, der an einem Diabetes erkrankt ist, das Insulin zu streichen, nur weil der Blutzuckerwert nicht optimal eingestellt ist.

Auch Süchtige haben einen Anspruch und ein Anrecht auf eine auf Wissen und Können basierende statt moralintriefende Behandlung. Der Beikonsum ist kein vom Arzt/Therapeuten gesuchtes und gewünschtes Geschehen. Er ist jedoch eine Realität des Süchtigen und eine Realität in der Behandlung des Süchtigen und hat unterschiedliche Hintergründe. Ideologiegeleitetes Denken und

Handeln will immer zu einem Teil die Realität verleugnen. Die eingeschränkte Realitätsprüfung ist wichtiger Bestandteil zum Beispiel der Borderline-Persönlichkeitsorganisation. Im Nicht-Akzeptieren der äußeren Realität, das heißt dem Nicht-Akzeptieren der Realität des anderen, agieren wir als Therapeuten in der Regel unbewusst mit, das heißt wir übernehmen einen wichtigen Part im Theater der Süchtigen.

Ich meine, dieses Mitagieren, diese Einengung auf die Abstinenz hat auch etwas mit uns zu tun. Es fällt uns als Helfer schwer zu akzeptieren, dass es neben unserer Lebensgestaltung noch andere Möglichkeiten gibt, in dieser Welt zu überleben. Ich weiß auch, dass der Süchtige nicht freiwillig süchtig ist, doch seine Möglichkeiten, ohne psychoaktive Substanzen zu überleben, sind eingeschränkt. Mir selbst hilft in der Arbeit mit Süchtigen und insbesondere in der Arbeit mit Substituierten der Sisyphos von Albert Camus. Sisyphos rollt Tag für Tag, jahrein, jahraus, einen großen Stein den Berg hinauf. Wenn der Stein endlich oben angekommen ist, rollt er auf der anderen Seite wieder herunter. Diese Beobachtung führt Camus zu folgendem Schluss: „Ich verlasse Sisyphos am Fuße des Berges! Seine Last findet man immer wieder. Nur lehrt Sisyphos uns die größere Treue, die die Götter leugnet und die Steine wälzt. Auch er findet, dass alles gut ist. Dieses Universum, das nun keinen Herrn mehr kennt, kommt ihm weder unfruchtbar noch wertlos vor. Jedes Gran dieses Steins, jeder Splitter dieses durchnächtigten Berges bedeutet allein für ihn eine ganze Welt. Der Kampf gegen Gipfel vermag ein Menschenherz auszufüllen. Wir müssen uns Sisyphos als einen glücklichen Menschen vorstellen.“

Literatur

- Berthel, T.: Interdisziplinäre Zusammenarbeit bei Mehrfachstörungen – Voraussetzungen für eine erfolgreiche und befriedigende Arbeit in komplexen Problemfeldern. In Vorbereitung.
- Beutel, M.: Sucht und Sexueller Missbrauch. *Psychotherapeut* 44, 313-319, 1999.
- Böning, J.: Warum muss es ein „Suchtgedächtnis“ geben? Klinische Empirie und neurobiologische Argumente. *Sucht* 40, 244-250, April 1994.
- Burian, W.: *Rituale der Enttäuschung*. Pincus Verlag Wien, 1994.
- Camus, A.: *Der Mythos von Sisyphos*. rororo, Hamburg, 1956.
- Childress, A.R. et al.: Limbic activation during cue-induced cocaine craving. *Am. J. Psychiatry* 156, 1, January 1999.
- Fässler, W.: *Die Psychodynamik der Sucht*. Psychoanalytisches Seminar Zürich, 1988.
- Hoffmann, J.: Popmusik, Pubertät, Narzissmus. *Psyche*, 71, 961-980, 11, 1988.
- Kaplan, S.: Adolescent physical abuse: Risk for Adolescent psychiatric disorders. *Am. J. Psychiatry* 155, 7, July 1998.
- Krause, R.: Trauma und Erinnerung. *Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie PTT*. 1, 36-44, 1, 1999.
- Kunze, et al.: Art und Häufigkeit der Komorbidität bei methadonsubstituierten Opiatabhängigen. *Sucht* 44, 96-103, April 1998.
- Krausz, M.: Prävalenz psychischer Störungen bei Opiatabhängigen mit Kontakt zum Drogenhilfesystem. *Der Nervenarzt* 69, 557-567, 7/98.
- Leshner, A.: Addiction is a brain disease, and it matters. *Science* 278, 45-47, October 1997.
- Lindner, W.: Psychodynamik der Sucht. *Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie PTT*. 3, 125-133, 3, 1998.
- Najavits, L.M.: Cocaine dependence with and without PTSD among subjects in the national institute on drug abuse collaborative cocaine treatment study. *Am. J. Psychiatry* 155, 2, February 1998.
- Regier, D.A. et al.: Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *JAMA* 264, 19, 211, 1990.
- Sloterdijk, P.: *Wozu Drogen – Der Einbruch der Süchte*, in: *Weltfremdheit*. Suhrkamp, Frankfurt/M. 1993.

Steffen, Th., Berthel, T. et al.: Die Entwicklung der psychischen Gesundheit in der heroingestützten Behandlung. Ergebnisse der Schweiz. Studie PROVE. Suchttherapie 1, 27-33, Juli 2000.

Uchtenhagen, A.: Synthesebericht; Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Institut für Suchtforschung Zürich 1997.

Van der Kolk, B.: Das Trauma in der Persönlichkeit. Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie. PTT, 3, 21-35, 1, 1999.

Volkow, N.: Association of Methylphenidate-induced craving with changes in Right-striato-orbitofrontal metabolism in cocaine abusers. Implication in addiction. Am. J. Psychiatry 156, 1, January 1999.

Wurmser, L.: The hidden dimension, New York 1978.

„Sie konnten zusammen nicht kommen, das Wasser war viel zu tief.“

Kundenorientierter Wissenstransfer als womöglich hölzerne Brücke zwischen Drogenhilfe und Drogenforschung

Bernd Westermann

Anscheinend gehen in Deutschland die Uhren anders als anderorts, auch im Hinblick auf das Verhältnis von Forschung und Praxis im Drogenbereich. Wissenschaft will (oder soll) sich auch hier als praktisch relevant erweisen, Praxis hat nie aufgegeben, gelegentlich nach Theorie zu rufen. Nicht selten jedoch sind die Teilnehmer „falsch verbunden“ oder der Anschluss ist aktuell nicht herzustellen. Sind es „fremde Mächte“ wie Politik oder Öffentlichkeit, die eine funktionierende Vermittlung zwischen praktischen und weniger praktischen Helfern eher erschweren? Geht es überhaupt primär um ein eigentlich bloß „technisches“ Vermittlungsproblem? Oder sind die Königskinder für eine Begegnung nicht gut präpariert? Braucht die Drogenhilfepraxis Forschungsergebnisse für sich selbst oder als Protektion gegenüber Dritten? Muss sich die Drogenhilfe mit Nachdruck in die Drogenforschung einmischen, da auch für diese – wie für sie selbst – gilt: „Wie jede Institution ist sie Trägheit, von einem Mythos gestützt: Sich selbst überlassen setzt sie sich mit unveränderter Geschwindigkeit in derselben Richtung fort; ihren Wert, ihre Methoden, ihre Orientierung und ihre Ergebnisse in Frage zu stellen, wäre Bilderstürmerei“ (Castoriadis 1981, S. 190). Wie gut sind auf Angebots- und auf Nachfrageseite die Voraussetzungen für einen „kundenorientierten Wissenstransfer“? Ist dieses betriebswirtschaftlich-schicke Vokabular tatsächlich bedenkenlos akzeptabel? Warum funktioniert so oft nicht einmal das? Warum sollte es nur so lieber nicht funktionieren? Aus der Praxis einer Berliner Behandlungs- und Betreuungseinrichtung für „schwerstabhängige“ Opiatkonsumenten und aus der immer noch auf Forschung hoffenden Reflexion über diese Praxis wird versucht, einige dieser Fragen zu vertiefen. „Kundenorientierter Wissenstransfer“ – das ist eine anscheinend moderne, ein ganzes Bündel von Ideen transportierende, allerdings auch provozierende Formel. Der anregende Ärger, den die damit verbundene Wunsch-Vorstellung auszulösen vermag, ist ganz gewiss durch einen konkreten Hintergrund geprägt. Auch von diesem Kontext muss daher im folgenden Text die Rede sein. Zunächst aber wird das Thema in die schlichte Frage überführt: Wann und warum denken Praktiker an die Wissenschaft – oder konkreter: Drogenhelfer an die Drogenforschung? Auch wenn es in Stellenanzeigen zum Beispiel heißt „Qualifizierungsbereitschaft wird vorausgesetzt“, muss das noch nicht viel bedeuten. Nirgendwo gibt es eine Zwangsverabreichung von Forschungsliteratur, auch das Surfen im Internet ist nicht vorgeschrieben, und die Teilnahme an Arbeitskreisen und Fachtagungen ist keineswegs unumgänglich. Außerdem findet das einprägsame Erlebnis einer wirklichen Begegnung mit Wissenschaftlern und Wissenschaft dort gewiss nicht in jedem Falle statt.

Es ist ein eigener, sicher nicht unerheblicher, aber dennoch sträflich vernachlässigter Forschungsgegenstand, was eigentlich von Praktikern der Drogenhilfe gelesen oder eben ignoriert wird, nach welchen Kriterien sie ihre Auswahl treffen und wovon wiederum diese Kriterien abhängen (Bourdieu 1998, S. 63). Genauso wäre von Interesse, warum Praktiker sich darum reißen oder sich davor hüten, wissenschaftliche Veranstaltungen zu besuchen. Warum treten Forscher vor Praktikern auf? Warum – umgekehrt – referieren gelegentlich auch Praktiker vor Forschern? Was wird dabei verkauft, vermittelt, nahe gelegt? Wofür wird geworben, wovon wird gewarnt? Welcher Teil dieser Botschaften – das muss nicht immer nur „Wissen“ sein – wird aufgenommen? Warum gerade dieser Teil? Welche „Einkäufe“ werden vom Praktiker tatsächlich genutzt, wenn er wieder „zu Hause“ ist? (Was kommt dagegen bloß in die Abstellkammer oder in den Reliquienschrein?) Was dürfen Forscher und Praktiker einander gegenseitig offenbaren? Welche Geheimnisse werden – bewusst oder unbewusst – sorgfältig voreinander gehütet? Wer übernimmt die Verantwortung für das Zusammentreffen von Drogenhilfe und Drogenforschung? Welche Funktion haben all die Bundes- oder Landesdrogenkongresse, Fachverbandstagungen, Expertenhearings, Frühlings-, Sommer-, Herbst- und Winterseminare oder Zukunftswerkstätten? Jeder weiß, dass die Intentionen der verschiedenen Beteiligten nicht unbedingt identisch sein müssen und wie erschreckend wenig oft aus ihnen wird. Veranstalter versuchen mitunter – mit mehr oder weniger Erfolg –, eigensinnige Referenten zu disziplinieren; das Publikum macht ohnehin, was es will; Sponsoren wollen möglichst oft genannt werden; Schirmfrauen und -herren müssen sich wenigstens kurz sehen lassen...

Aus Erlebnissen in der deutschen Drogenhelfer-Szene ließe sich problemlos eine „Ad-hoc-event-Typologie“ komprimieren: Da gibt es – neben den Informationsbörsen und Diskussionsrunden – u.a. auch Parteiversammlungen mit Abschlussresolution, Vereinssitzungen mit Werbeblock, Kirchentage, quasi-therapeutische Identitätszirkel, Truppenparaden, Schaukämpfe, öffentliche Hinrichtungen und Betriebsausflüge.

Für keine dieser Ereignisformen ist von vornherein ausgeschlossen, dass – unter anderem – auch so etwas wie ein „kundenorientierter Wissenstransfer“ stattfindet. Nun könnte aber kritisch vermerkt werden, dass dabei Umfang und Effizienz dieses Transfers mehr oder weniger dem Zufall überlassen bleiben. Die aus solcher Diagnose resultierende Therapie läge auf der Hand: Jemand – wer auch immer – müsste organisieren, dass es anders wird.

Schluss mit den Mogelpackungen! Ein Ende den Religionskriegen, der Vereinsmeierei und dem Wissenschaftstourismus! Auf in den Kampf für einen echten Dialog zwischen Drogenforschern und -praktikern! Wo finden sich „Vermittlungen und Vermittler, die in der Lage sind, das entscheidende Wissen fließen zu lassen und wichtige Verbindungen herzustellen, Beziehungen zu sichern?“ (Bourdieu 1998, S. 48). Sich dieser Frage zu widmen, ist zweifellos von höchster Bedeutung. Sie gehört aber wohl bereits zum „Programm für Fortgeschrittene“, und mir scheint, wenigstens aus meiner deutschen Sicht auf die deutsche Situation, dass noch nicht einmal der „Grundkurs“ in Gänze absolviert ist.

Alle Forderungen und jede noch so engagierte Transferförderung drohen ins Leere zu laufen, wenn unverstanden bleibt, warum die Lage genau so ist, wie sie ist. Weshalb uns vor allem Schweizer und Niederländer ungeduldig nach Gründen für die besondere Trägheit der deutschen Drogenwelt fragen, liegt auf der Hand. Die gängige politische Antwort (Der „Reformstau“ sei einfach zu groß.) reicht auch

mir ebenso wenig wie die Hoffnung, dass sich nach dem postulierten „Paradigmenwechsel“ über kurz oder lang alles zum Besseren wenden werde.

Die Bundesdrogenbeauftragte resümiert allerdings bereits jetzt: „Es gibt einen erfreulichen Trend, dass sich die langjährige und sehr stark ausgeprägte ‚Lagermentalität‘ – wenn auch langsam – abbaut und dass die verschiedenen Wege der Suchtkrankenhilfe sich nicht weiter als unversöhnliche ‚Königswege‘ gegenüberstehen und sich gegenseitig behindern, sondern sich ergänzen und zwar nach den individuellen Anforderungen und Bedürfnissen der Klienten.“ Problematisch erscheint mir daran weniger der – noch vorsichtige – Optimismus. Er wird ohnehin weiter relativiert, wenn es im Folgenden heißt: „Die im Suchtkrankenhilfesystem... Handelnden beginnen, sich auszutauschen, treten miteinander in Kommunikation und Vernetzung und verstehen sich gegenseitig in ihren verschiedenartigen Ansätzen, respektieren sich und lernen voneinander“ (Beauftragte..., S. 1). Wie passt die vernichtende Kritik, wonach jetzt erst ein Austausch überhaupt beginnt, zu der fast euphorischen Behauptung, man verstehe und respektiere sich gegenseitig und lerne voneinander? Der reale Hintergrund realer Bewegungen bleibt ebenso im Nebel dieses unaufgeklärten Widerspruchs wie das strukturelle Fundament der mächtigen, traditionsbeladenen Kommunikationsbarrieren.

Das Interesse von Praktikern für die Forschung folgt weder der politischen Beschlußlage noch der Gesetzgebung. Praktiker denken erst einmal ganz praktisch. Das ist weder genetisch bedingt noch ein sicheres Indiz für Theoriephobie oder Charakterschwäche. Praktisch zu denken heißt, in grundsätzlich vertrauten Situationen möglichst schnell, präzise und sicher Problemlösungen anzubieten, das heißt Antworten auf explizite oder implizite Fragen. Das lebensnotwendige Sicherheitsbedürfnis des Praktikers verbietet es ihm, den „Sand des Zweifels“ in´s Alltagsgetriebe zu streuen.

Von Wissenschaft darf zu Recht erwartet (oder befürchtet) werden, dass sie Routinen nicht mit Sicherheit bestätigt, ja mitunter sogar in Frage stellt. Bei Praktikern ist zunächst damit zu rechnen, dass sie selbst (oder ihre Kollegen) etwas schon immer, sehr oft und meistens recht erfolgreich getan haben. Neben dem Rettenden wächst jedoch auch die Gefahr: „Der größte Teil unseres Wissens basiert auf überlieferten Second-hand-Erfahrungen, die zwar einerseits unser Wissen erweitern und uns zusammen mit anderen in eine Wissensgemeinschaft einbetten, die aber andererseits durchaus auch realitätsferne Stereotypen oder gar Elemente eines kollektiven Wahnsystems sein können, das wir – bis auf weiteres – übernommen haben“ (Soeffner 1989, S. 99). „Bis auf weiteres“ heißt: bis zu einer Erschütterung dieser Erfahrungen. Das Risiko derartiger Erdbeben ist auch in der Drogenlandschaft dort am größten, wo verschiedene Formationen zusammenstoßen, sich aneinander reiben oder einander überlagern. Das ist ein Hinweis darauf, dass die Sensibilität, das heißt die Empfängnisbereitschaft, für fremde Impulse, zum Beispiel für Impulse aus der Drogenforschung, in der Drogenhilfe ungleich verteilt sein muss.

An den Nahtstellen verschiedener Systeme ist zwangsläufig die Chance am größten, dass Praktiker nach Orientierungspunkten jenseits ihres Alltags Ausschau halten. An solche Nahtstellen geraten Praktiker zwangsläufig durch systemübergreifende Ansprüche ihrer speziellen Klientel.

Jetzt bin ich endlich bei mir selbst angelangt: Meine Klienten sind „schuld“ daran, dass ich – als Praktiker der Drogenhilfe – meinem (biographisch bedingten, also zufälligen) Appetit auf wissenschaftliche Anregungen nicht nur in der sogenannten Freizeit entspreche. In der

Ambulanz für Integrierte Drogenhilfe Berlin versorgen wir – als multi-professionelles Team – sogenannte „Schwerstabhängige“. (Gerade haben wir übrigens die zweite Methadon-Ambulanz eröffnet.) Nach den üblichen Maßstäben der „Berliner Linie“ gelten die bei uns Substituierten als „extrem problematisch“. Sie haben in Arztpraxen und Beratungsstellen den Ruf erworben, „nicht wartezimmerfähig“, „nicht verabredungsfähig“ und „nicht vermittlungsfähig“ zu sein. Sie sind älter als der Durchschnitt, waren länger „drauf“, länger „anschaffen“, länger hospitalisiert oder inhaftiert, sind gesundheitlich und sozial verelendeter, häufiger psychisch krank etc. Sie waren beziehungsweise sind noch immer dem Gefängnis, der Klinik, dem Irrenhaus oder dem Friedhof näher als andere Opiatkonsumenten. Ihr Leben ist damit am stärksten durch Institutionen geprägt, die früher an den Stadtmauern ihren Platz hatten, oder – sicherer noch – außerhalb derselben. Vor allem von Foucault wurde überzeugend dargestellt, dass sich wesentliche Gesichtszüge einer sozialen Konstellation gerade an ihren Rändern mit größter Schärfe zeigen, an dem, was systematisch ausgegrenzt wird. Unsere Klienten, die überall „Stör- oder Restgröße“ sind, unsere Position innerhalb der Drogenhilfe, der spezielle Versorgungsauftrag, bewirken also, dass wir mit dem Geschenk oder dem Fluch eines offeneren Horizonts zu leben haben. Dazu kommt – erst einmal wieder ganz praktisch: Wo die Bedürfnisse drogenabhängiger Menschen oder ihrer Umwelt nicht mehr in sauberer Arbeitsteilung von separierten Institutionen befriedigt werden können, ist die Kommunikation zwischen Medizin und Sozialarbeit, Jugend- und Drogenhilfe, Drogenhilfe und Justiz etc. nicht mehr der persönlichen Neigung überlassen, sondern – im Sinne von Handlungsfähigkeit – obligatorisch.

Wissenschaft kann und sollte bei dieser praktisch auferlegten Grenzüberschreitung wenigstens Übersetzungshilfe leisten. Gerade bei speziell sensibilisierten Praktikern lohnt aber auch der Versuch, die Drogenforschung selbst ins Gespräch zu bringen. Das gelingt am ehesten, wenn auch wissenschaftsintern der Wissenstransfer funktioniert, wenn also Interdisziplinarität überzeugend gelingt oder wenn Grundlagenforschung und angewandte Forschung sich produktiv aufeinander beziehen. Je mehr Drogenforschung den eigenen, also wissenschaftlichen Ansprüchen genügt, desto hilfreicher und damit attraktiver ist sie letztlich für die Praxis der Drogenhilfe.

Andererseits: Je selbstbewusster Drogenhelfer untereinander und mit der Drogenforschung verkehren, desto eher halten sie es aus, nicht nur mit Evidenzen – im Sinne von „Gewissheiten“ – ausgestattet zu werden. Sie werden es auch überleben, wenn die Drogenforschung zeigt, worauf es noch keine Antwort gibt. Und: Selbstbewussten Praktikern wird es darüber hinaus selbstverständlicher, selbst offene Forschungsfragen zu formulieren. Die Möglichkeiten, dass Praktiker in einem umfassenderen Sinne „selbstbewusster“ werden, sind wiederum historisch und strukturell sehr konkret limitiert. Die Strukturähnlichkeiten zwischen Drogenhilfepraxis und Drogenforschung erscheint mir dabei – in Deutschland – geradezu frappierend.

Um dies exemplarisch darzustellen, will ich auf eine interessante Idee von Pierre Bourdieu zurückgreifen (Bourdieu 1998). Aufgefordert, über den „Gebrauch der Wissenschaft“ zu referieren, konnte er es nicht lassen, mit einem selbstgewählten Untertitel zu provozieren. Dieser heißt: „Für eine klinische Soziologie des wissenschaftlichen Feldes“.

Für die Drogenforschung wie auch für die Drogenhilfe – wenigstens in Deutschland – wäre als Erstes zu fragen, ob es sich jeweils überhaupt um „Felder“ (oder „Teilfelder“) im Bourdieuschen Sinne handelt. Im Hinblick auf die deutsche Drogenhilfepraxis drängt sich eine „klinische Soziologie“

zumindest gleichermaßen auf. Handelt es sich dabei überhaupt um einen, durch gewisse Grundregeln verbundenen, „relativ autonomen Mikrokosmos“?, oder sprengen die Antagonismen sogar den elementarsten Rahmen der Koexistenz in einem gemeinsam bevölkerten Universum?

Die Konkurrenz ist – in jeglicher Hinsicht – maßlos/ohne Maß: Sie wird von innen und außen gut gepflegt. Hinter den Büschen der deutschen Drogenhilfandschaft sitzen die sogenannten „freien Träger“ der Drogenhilfe, die meisten noch immer am Tropf der öffentlichen Zuwendung, und belauern einander. Zum Beispiel: „Demnächst könnte es Heroin geben, die Nachbarvölker haben's auch schon. Und der Rat der Häuptlinge findet's jetzt gut.“ Kommt ein Forscher des Weg's und stellt die Gretchenfrage: „Wie hältst du's mit der Wissenschaft? Liebe Praxis, darf ich's wagen, Arm und Begleitforschung dir anzutragen?“ Irritiertes Stirnrunzeln: „Will der mich auf den Arm nehmen? Wer ist das überhaupt? Wer hat den geschickt? Wohin will der mich begleiten? Dem soll ich mich unverhüllt zeigen? (Dann sehen mich ja auch die anderen!) Was, wenn der wieder weg ist?“

Das befremdlich bis paranoid wirkende Deckungsbedürfnis der Drogenhelfer hat kaum mit gehäufte Psychopathologie zu tun. Filz spielt da eine nicht unwichtige Rolle. Wohl noch mehr jedoch wird der Status quo einander bekriegender Stämme haushalts- und drogenpolitisch (das ist schwer zu unterscheiden) zementiert. Womit wir wieder bei Bourdieu wären. Die zentrale Frage, hinsichtlich der Drogenhilfe wie der Drogenforschung, ist die nach der Autonomie des jeweiligen Feldes: „Der entscheidende Hinweis auf den Grad der Autonomie eines Feldes ist... seine Brechungsstärke, seine Übersetzungsmacht. Umgekehrt zeigt sich die Heteronomie eines Feldes wesentlich durch die Tatsache, dass dort äußere Fragestellungen, namentlich politische, halbwegs ungebrochen zum Ausdruck kommen“ (Bourdieu 1998, S. 19).

Ob die Politisierung der Drogenhilfe von der Politik oder den Drogenhelfern selbst – aus Überzeugung oder pragmatischem Instinkt – forciert wird, ist letzten Endes unwichtig. Noch immer – daran hat der „Paradigmenwechsel“ bislang wenig geändert – wirkt Politik nahezu ungebrochen bis in die feinsten Verästelungen der deutschen Drogenhilfe.

Dass sich die Vorzeichen dieser Übergriffe geändert haben, ist nicht wirkungslos, ändert aber wenig am Prinzip. Das Prinzip heißt – unabhängig davon, was dann auch bei Bourdieu als „wirkungslose Ökumene“ bezeichnet wird: Bewahrung der Abhängigkeit durch blinde Antagonismen (Bourdieu 1998, S. 50). Die Rivalen in den wissenschaftsbewaffneten Kämpfen der Drogenhilfe sind „blind geblieben, blind gegenüber der Tatsache, dass sie als Angehörige desselben Feldes dort zwei antagonistische Positionen eingenommen haben, von denen aus gleichzeitig jener klare Blick (auf die Schwächen des Konkurrenten – B.W.) und seine systematische Eintrübung ihren Ausgangspunkt nehmen mussten“ (Bourdieu 1998, S. 39).

Für die Drogenforschung stellt solche Blindheit jedoch eine wohl noch dramatischere Behinderung dar. An dieser Stelle ließen sich diverse Belege selektiver Wahrnehmung auflisten:

- Expertisen, in denen methodische Mängel des wissenschaftlichen Gegners akribisch benannt werden, ohne auf seine berechtigte Fragestellung auch nur ansatzweise einzugehen.
- Endlose Klagen über eine rudimentäre Datenlage, im selben Atemzug aber – merkwürdigerweise – weitreichende Urteile und darauf basierende Empfehlungen an die Politik.

- Die sogenannte Begleit-Forschung, die ihre Abhängigkeit schon im Wappen trägt, wobei unklar ist, wer da eigentlich wen begleitet: Womöglich geht es ja auch viel eher um eine begleitete Forschung, die anhand einer künstlichen Praxis politische Vorgaben zu bestätigen hat?
- Auffällig sind weiterhin jahrelange, ritualisierte, weitgehend folgenlose Kontroversen, in denen der Kontrahent nur noch als „Papiertiger“ künstlich am Leben erhalten wird.
- Kühne methodische Entwürfe, deren Anspruch dann jedoch nur halbherzig eingelöst oder durch „Trittbrettfahrer“ diskreditiert wird...

Von Letzterem kann leider auch die „qualitative Drogenforschung“ nicht ausgenommen werden. Sie hat sich immerhin vorgenommen, die Substanzfixierung der Drogenforschung (nomen est omen) aufzuheben. Sie hat durchaus dazu beigetragen, die entsetzliche Methodenarmut dieser Forschung ein wenig zu lindern. Damit ist heute schon ein kleines, viel zu kleines Stückchen des gravierenden Nachholbedarfs gegenüber anderen Forschungsrichtungen gedeckt.

Doch gerade in der qualitativen Drogenforschung häufen sich auch die „unvollendeten Sinfonien“, zum Beispiel interessante „Frühwerke“ (häufig Graduirungsarbeiten) ohne Fortsetzung. Der Mainstream zerdrückt offensichtlich gnadenlos fast jedes der Pflänzchen an seinem Rande. Qualitative Methodik wird andererseits auch von ihren Verfechtern oft nicht sonderlich ernst genommen, wodurch es zu peinlichem Wildwuchs kommt, der das ehrenwerte Projekt diskreditiert. Noch längst nicht begeistert gelöst ist das Problem der sogenannten „Triangulation“ qualitativer und quantitativer Ergebnisse. Wichtigster Stolperstein bleibt jedoch die Befangenheit der Forscher hinsichtlich ihrer drogenpolitischen Präferenzen. Um nicht falsch verstanden zu werden: Natürlich ist jedem Forscher gestattet, mitunter sogar auferlegt, sich politisch zu engagieren. Natürlich ist jedes Forschungsergebnis geeignet, für drogenpolitische Forschungen verwandt zu werden – oft sogar für einander entgegengesetzte.

Zu problematischen Konsequenzen führt die Parteinahme nur dann, wenn dadurch die Forschungsperspektive unreflektiert vereinseitigt wird. Manchmal geschieht dies sehr unbedarft und durchschaubar: „Die Interviews waren vom Stil her narrativ... Die Auswertung bestand in einer phänomenologischen Zusammenfassung der Interviews, bei der ich mich bemüht habe, möglichst wenig zu interpretieren... Mein Forschungsinteresse im Hinblick auf die von mir geführten Interviews hatte insbesondere zum Ziel, positive Aspekte von Rauscherleben zu erheben und somit einen Beitrag zur Entmystifizierung zu leisten...“ (Boikat 1997, S. 51).

Schon ganz anders hört es sich an, die – ansonsten wohlbegründete – Umorientierung in Richtung einer qualitativen Drogenforschung sei „weiterhin mit der Hoffnung verbunden, dass Typisierungen, wie Drogenkonsumenten sind labil, psychisch defekt, amotiviert, leistungsunfähig, erhöht narzisstisch, ich-geschwächt, behandlungsbedürftig, belanglos werden“ (Schneider 1997, S. 85). Hier wird ein Problem auf viel subtilere Weise fortgeschrieben: Die erkenntnisleitende Perspektive auf den Gegenstand wird nicht mit-thematisiert. Das ist der methodische Haken – nach dem Regelkatalog der „Qualis“ eigentlich unverzeihlich. Damit unmittelbar verbunden ist ein inhaltliches Problem, nämlich die Ausblendung einer praktisch höchst relevanten Tatsache: Jenseits unzulässiger Typisierungen gibt es nach meiner Erfahrung unstrittig auch Drogenabhängige, die sehr wohl labil, psychisch gestört, nur

begrenzt leistungsfähig und auch behandlungsbedürftig und deshalb auf eine angemessene medizinische und psychosoziale Unterstützung angewiesen sind.

Es nützt wenig, immer wieder bloß festzustellen, dass Kriminalisierung, Klientelisierung und Stigmatisierung sowie die Identifikation mit diversen Etikettierungen zu ihrem Leiden beigetragen haben. Wie sich derartige Prozesse stoppen oder gar wirksam umkehren lassen, ist von der Forschung bisher fast gänzlich unbeachtet geblieben.

Die Reihe von Beispielen für – letztlich ideologisch bedingte – „blinde Flecken“ könnte fortgesetzt werden. An offenen Fragen ist nicht der geringste Mangel. Um nur noch eine zu nennen: Unter den Zielparametern der Substitution – mit welcher Substanz auch immer – spielt die Distanzierung vom Drogenmilieu stets eine wichtige Rolle. Jeder aber, der mit jahrzehntelang szenefixierten Abhängigen zu tun hat, weiß ein Lied von der Vereinsamung seiner Klienten und von der Bindekraft der Stoffgemeinschaften zu singen, ganz zu schweigen von der strukturellen Verslossenheit der sogenannten „normalen Gesellschaft“ gegenüber Substituierten oder Ex-Usern. Die Untersuchung dieser maßgeblich kontextbedingten, weder mit dem „Krankheits-“ noch mit dem „Lebensstil“-Konstrukt erfassbaren Chronifizierung von Opiatkonsumenten wurde nach meiner Kenntnis nie und nirgends ernsthaft in Angriff genommen.

Auch dieses „Schweigen“ der Forschung ist natürlich bedeutsam und hat sicher seinen sozialen Sinn wie auch eine politische Funktion. Wissenschaftlich ist ein solches Defizit mit keinem Trick zu legitimieren. Zumal: Es steht in ungeklärter, vielleicht aber durchaus enger Beziehung zu Themen, die ihren Platz in der ersten Reihe abonniert haben, zum Beispiel auch zum Problem der sogenannten „Drogentoten“.

Dieser Gegenstand – in Deutschland war er gerade wieder in den Überschriften, weil auf den Dezember der Januar folgte – setzt auf makabre Weise ein tradiertes Modell gegenseitiger Konditionierung in Gang. Politik und Öffentlichkeit nutzen mal wieder den Anlass, die Drogenhilfe zu fragen, was sie denn eigentlich tut. Die Drogenforschung kann sich Chancen ausrechnen, eine neue Mortalitätsstudie finanziert zu bekommen. Die Drogenhilfe wiederum darf dann hoffen, dass unter Berufung auf die Forschung ein Modellprojekt herauspringt, natürlich mit Begleitforschung... und so weiter und so fort.

Auch nach diesem Modus denken Drogenhelfer gelegentlich an die Drogenforschung. Wahre Leidenschaft dürfte dabei nur selten im Spiel sein. Vielleicht ergibt sich ja manchmal bescheidener Lustgewinn durch eine gewisse Entfernung vom tristen Alltagsgeschäft. Wahrscheinlicher kommt es jedoch zu mehr oder minder heftigem Unbehagen. Dieses zwischen flacher Erregung und Desinteresse pendelnde Gefühl resultiert eben nicht aus der Praxisferne einer bestimmten Art von Drogenforschung.

Es ist – im Gegenteil – die mitunter gut gemeinte Distanzlosigkeit zu den im Praxisfeld abgefragten Meinungen, die systematisch Langeweile auslöst. Auch das ehrlich gewollte Verständnis kommt eben nicht zustande durch „das sich Identifizieren mit dem Anderen, wobei die Distanz zu ihm verschwindet“ (Plessner 1982, S. 179). Weiter heißt es in meinem Lieblingsaufsatz von Helmuth Plessner so wunderschön: „Man muss der Zone der Vertrautheit fremd geworden sein, um sie wieder sehen zu können. Mit erfrischten Sinnen genießt man die Wiederbegegnung mit dem nun sichtbar gewordenen Umkreis...“ (Plessner 1982, S. 169). Und: „Im vertrauten Milieu... werden wir alles mehr

oder weniger selbstverständlich finden... Alles geht wie von selbst, natürlich, als ob es so sein müsste, und auch wir gehen wie von selbst auf den vertrauten Wegen, ohne viel zu sehen. Die Wahrnehmungstätigkeit ist stark herabgesetzt, wir verlieren langsam den Blick für die Merkwürdigkeiten und Schönheiten der... Landschaft" (Plessner 1982, S. 168). Das entspräche dem Appell: Verlasse den Alltagstrott, begib dich auf unsicheres, zum Beispiel wissenschaftliches Terrain – schon ist die Fraglosigkeit dahin, die Wahrnehmung wird intensiver, der Blick für die Merkwürdigkeiten und Schönheiten des Berufs wird wieder geschärft. Drogenforschung hat oder hätte das Potential, das nötige „Befremden“ zu erzeugen, um nach dem Kontakt mit ihr „mit anderen Augen“ zu sehen. Quantitative Forschung kann das selbstverständlich genauso wie qualitative, sofern sie nicht der Beschreibung von Castoriadis entspricht: „Experimentieren, Quantifizieren um jeden Preis, selbst wenn triviale oder irrelevante Parameter im Spiel sind, zumindest aber Formalisierung“ (Castoriadis 1981, S. 191), und zwar ohne dass deren Sinn auch nur halbwegs erschlossen wäre. Auch das Material der „Quantis“ ist nicht ganz und ausschließlich zählbar, es „ruft nach Deutung“ (Plessner 1982, S. 165).

Doch entgegen der Begeisterung eines Teils der Drogenhilfepraktiker für die harten Daten quasi naturwissenschaftlich vorgehender Forschung werden auch sie den zwischenmenschlichen Kontakt zu ihren Patienten nicht nach Art des Naturwissenschaftlers gestalten können. Die naturwissenschaftliche Methode kann sich „auf das Existenzminimum des Beobachters“ beschränken. „Vom Geisteswissenschaftler dagegen ist der volle Einsatz seiner Person mit all ihren Resonanzflächen gefordert. Hat er sie auch unter rationale Kontrolle zu stellen, er muss sie doch spielen lassen, damit das Material erscheint, damit er es sieht“ (Plessner 1982, S. 166). Diese Haltung der Geisteswissenschaft, bei weitem nicht nur ihr Wissen, kommt – zumindest nach meiner Erfahrung – dem praktischen Alltag äußerst nahe, in seiner lebendigen Fülle und in seinem Wesen. Empirische Untersuchungen über das alltägliche Treiben der Drogenhelfer, über das, was sie einbringen, und das, was sie genau dadurch anteilig bewirken, gibt es bislang wohl kaum. Sollte es sie dann doch einmal geben, wäre der „kundenorientierte Wissenstransfer“ vermutlich mit geringerer Anstrengung zu leisten. Zum Lesen von Texten, in denen sich die Drogenhelfer wiederfinden, werden sie sich gewiss leichter verführen lassen. Drogenhelfer sind und bleiben aber zu wesentlichen Teilen „unberechenbar“, man kann sie höchstens verstehen. Als Kunden der Drogenforschung beziehungsweise der Wissenschaft überhaupt sind sie unbekannte Wesen, nach ihrer Nachfrage wurde noch wenig gefragt.

Als Vorteil der Formel vom „kundenorientierten Wissenstransfer“ kann gelten, dass der bloße Hinweis auf die Notwendigkeit einer Vermittlung die Distanz zwischen Forschung und Praxis bewahrt. Keiner muss in der erstickenden Umarmung des anderen seine Identität preisgeben. Wissenschaft rückt nicht zu nah an die Praxis – das würde stören. Nicht alle Wissenschaftler müssen alle Tage immer nur an die Praxis denken – das würde sie am unbedingt nötigen Abheben hindern.

Eine Reihe ernsthafter Nachteile der Verliebtheit in betriebswirtschaftliche Terminologie wurde ebenfalls bereits beschrieben: An erster Stelle steht die uninformierte Vorabendentscheidung, was transferiert werden soll und was nicht. An zweiter Stelle folgt die in mancher Hinsicht gänzlich unpassende Parallele zu wirtschaftlichen Beziehungen. Weder die Drogenforschung noch die Drogenhilfe funktioniert – jeweils für sich genommen – aktuell durchgängig als Markt. Zwischen

Wissenschaft und Praxis bestehen erst recht keine unvermittelten Ware-Geld-Beziehungen. Welchen Preis sollten die Kunden der Drogenforschung auch zahlen? Welcher Preis wäre für eine konsequent auf Verkauf orientierte Wissenschaft zu entrichten? Gäbe es Billigangebote und Luxusgüter, fast food, Briefkastenwerbung und Wissenschaftskriminalität? Womöglich wären einige Probleme gelöst. Ganz gewiss wären einige neue erfunden.

Die aus meiner Sicht fundamentalen Voraussetzungen für ein fruchtbares Verhältnis habe ich zu skizzieren versucht: Damit Drogenhilfe und Drogenforschung effektiver kooperieren können, muss die Wissenschaft auch einige wissenschaftliche und die Praxis auch viele praktische Probleme lösen: Wenn das eigene Feld gut bestellt ist, richtet sich der Bauer auf und geht entspannt spazieren. Ein neugieriger Blick auf die Kulturen des Nachbarn findet dabei fast immer statt...

Literatur

- a. Bahrdt, Hans Paul (1974): Über die Notwendigkeit der Kultivierung „vorwissenschaftlicher“ Orientierungsformen beim Betreiben von Soziologie, in: Dux, Günter und Luckmann, Thomas (Hrsg.): Sachlichkeit. Festschrift zum achtzigsten Geburtstag von Helmuth Plessner, Westdeutscher Verlag, Opladen, S. 175-185
- b. Beauftragte der Bundesregierung für Drogenfragen (2000): Stellungnahme vom 11.03.00
- c. Beckmann, Herbert (1998): HIV-positiv und drogenabhängig. Belastungserleben von HIV-infizierten i.v. Drogenabhängigen unter Berücksichtigung von substituierten i.v. Drogenabhängigen, Prävention und Gesundheitsforschung Bd. 7, Profil Verlag, München
- d. Boikat, Ricarda (1997): Rausch, Ekstase, Sucht – Ein Bestandteil menschlicher Existenz?, in: Akzept (Hrsg.): DrogenVisionen. Zukunftswerkstatt für eine innovative Drogenpolitik und Drogenhilfe, Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin
- e. Bourdieu, Pierre (1998): Vom Gebrauch der Wissenschaft. Für eine klinische Soziologie des wissenschaftlichen Feldes, UVK Universitätsverlag, Konstanz
- f. Castoriadis, Cornelius (1981): Durchs Labyrinth. Seele, Vernunft, Gesellschaft, Europäische Verlagsanstalt, Frankfurt/M.
- g. Klein, Lutz (1997): Heroinsucht: Ursachenforschung und Therapie. Biographische Interviews mit Heroinabhängigen, Campus, Frankfurt/M.
- h. Plessner, Helmuth (1982): Mit anderen Augen, in: ders.: Mit anderen Augen. Aspekte einer philosophischen Anthropologie, Phillip Reclam jun., Stuttgart
- i. Schneider, Wolfgang (1997): Drogenabhängigkeit als soziale Konstruktion – Anmerkungen zur Drogen-forschung, in: Akzept: a.a.O.
- j. Seegel, Falko (1996): Alkoholismus aus familienbiographischer Perspektive, Peter Lang. Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt/M.
- k. Soeffner, Hans-Georg (1989): Hermeneutik. Zur Genese einer wissenschaftlichen Einstellung durch die Praxis der Auslegung, in: ders.: Auslegung des Alltags – Der Alltag der Auslegung. Zur wissenssoziologischen Konzeption einer sozialwissenschaftlichen Hermeneutik, Suhrkamp, Frankfurt/M.
- l. Thabe, Sabine (1997): Drogen und Stadtstruktur. Lebenswelten zwischen Raum und Rausch, Leske + Budrich, Opladen

Autorinnen und Autoren

[Albrecht, Prof. Dr. Hans-Jörg](#)

Freiburg i.Br., Direktor des Max-Planck-Instituts für ausländisches und internationales Strafrecht

[Andersen, Dr. Gerhard](#)

Berlin, Präsident der Ärztekammer Berlin

[Barendregt, Cas](#)

Rotterdam/Niederlande, coordinator community field work, Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving

[Baumgarten, Prof. Dr. Renate](#)

Berlin, Chefärztin der Infektiologie des Krankenhauses Prenzlauer Berg, Akademisches Lehrkrankenhaus des Universitätsklinikums Charité

[Berthel, Dr. Toni](#)

Winterthur/Schweiz, Leitender Arzt, Bereichsleiter Sucht, Integrierte Psychiatrie
Winterthur, Beratungsstelle für Jugend- und Drogenprobleme, Zentrum zur heroingestützten Behandlung IKARUS

[Broers, Dr. Barbara](#)

Genf/Schweiz, Substance Abuse Division, University Hospital

[Fischer, Dr. PhD. Benedikt](#)

Toronto/Canada, scientist and coordinator, Drug Policy Research Group, University of Toronto, Center for Addiction and Mental Health

[Fleischmann, Dr. Heribert](#)

Wöllershof, Stellvertretender ärztlicher Direktor, Bezirkskrankenhaus Wöllershof

Gastpar, Prof. Dr. Markus

Rheinische Kliniken Hessen, Ärztlicher Direktor, Ordinarius für Psychiatrie an der
Universität Gesamthochschule Essen

[Gölz, Dr. Jörg](#)

Berlin, Facharzt für Allgemeinmedizin

[Grüsser, Dr. rer. nat. Sabine](#)

Berlin, Hochschulassistentin, Lehrstuhl für Klinische Psychologie & Fachgruppe
Verhaltensneurowissenschaft, Institut für Psychologie, Humboldt-Universität zu Berlin

[Haberl, Dr. Annette](#)

Frankfurt/M., Ärztin, Universitätsklinik Frankfurt/M., Infektionsambulanz

[Kauert, Prof. Dr. Gerold](#)

Frankfurt/M., Institut für Forensische Toxikologie, Zentrum der Rechtsmedizin,
Klinikum der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität

[Koller, Elfriede](#)

Berlin, Landesdrogenbeauftragte, Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport

[Küfner, Dr. Heinrich](#)

München, Institut für Therapieforschung München

[Menger, Dr. Harm J.](#)

Alkmaar/Niederlande, Brijderstichting, Consultatiebureau voor Alcohol an Drugs

[Michels, Dr. Ingo Ilja](#)

Berlin, Leiter der Geschäftsstelle der Beauftragten der Bundesregierung für
Drogenfragen

[Moldovanyi, Dr. Andreas](#)

Zürich/Schweiz, Oberarzt, Poliklinik am Zeltweg des Psychiatrisch-Psychologischen Dienstes

Seivewright, Dr. Nicholas

Sheffield/Großbritannien, Community Health, Substance Misuse Service

[Sourgens, Prof. Dr. Hildegard](#)

München

[Tossmann, Dr. Hans Peter](#)

Berlin, Gesamtleiter Drogentherapiezentrum Berlin

[Wallimann, Dr. theol. Thomas](#)

Zürich/Schweiz, Leiter des Sozialinstituts der Katholischen Arbeitnehmerinnen- und Arbeiterbewegung der Schweiz

[Westermann, Dr. phil. Bernd](#)

Berlin, Suchttherapeut, Ambulanz für Integrierte Drogenhilfe Berlin-Kreuzberg