

HEROIN AN AMSTEL UND MAAS oder NICHT NUR DIE SCHWEIZ HAT IHREN REIZ

Womöglich werden in nicht allzu ferner Zeit auch deutsche Städte besucht, um den praktischen Umgang mit Originalsubstanzen in Medizin und Drogenhilfe zu besichtigen. Vorläufig sind es noch die Nachbarländer, die vom Heroin-Tourismus heimgesucht werden. Nach der Schweiz war also Holland an der Reihe.

Vom 19. bis zum 22. Dezember 1998 war eine Berliner Delegation¹ auf Einladung des Rotterdamer Gesundheitsamtes zu einem intensiven Erfahrungsaustausch in den Niederlanden. Zum Programm gehörten eine Vielzahl von Einrichtungsbesuchen und Gesprächskontakten in Rotterdam und Amsterdam, den derzeitigen Standorten des Heroin-Experiments. Weiterhin wurde bei einem Termin im Gesundheitsministerium in Den Haag umfassend über den gesundheits- und gesellschaftspolitischen Hintergrund der Originalstoffvergabe informiert. Bei diesem Treffen wurden auch Zielrichtung, Design und erste Resultate der laufenden Begleitforschung erörtert.

Inhaltlich standen im Mittelpunkt des Besuches a) die langjährigen niederländischen Erfahrungen mit der Methadonsubstitution (und die Versuche mit anderen Substitutionsmitteln wie Morphin und Palfium) sowie b) der darauf basierende spezielle Zuschnitt der Heroin-Projekte, ihre Einordnung in das Hilfesystem und ihre sozialverträgliche Integration in das jeweilige Umfeld.

Bei der Berliner Tagung „Mehr als abhängig? Versuche mit Methadon und Heroin?“ – veranstaltet am 15. und 16. Mai 1998 durch die Ambulanz für Integrierte Drogenhilfe (A.I.D.) in Kooperation mit der Ärztekammer Berlin² – richtete sich das Interesse in Sachen Heroin naheliegenderweise vor allem auf die Schweizer Vergabepraxis und die dabei gewonnenen Erkenntnisse. Nunmehr bestand – parallel zu fortgesetztem Austausch mit den Schweizer KollegInnen – dringlicher Klärungsbedarf vor allem hinsichtlich folgender Fragen:

Auf welche Weise entspringt der Niederländische Ansatz kontrollierter Heroinvergabe den länderspezifisch gewachsenen Problemlagen und der damit korrespondierenden Struktur der Hilfesysteme? Welche Zielgruppe(n) sollen und können mit dem Experiment erreicht werden? Mit welchen Resultaten wurde ein Transfer der Schweizer Erfahrungen geleistet? Inwiefern konnte die Begleitforschung der Niederlande auf den Schweizer Ergebnissen aufbauen? Welche Frage sind unbeantwortet oder differenzierungsbedürftig geblieben? Auf welche Weise sollen diese Lücken geschlossen werden? Welchen Einfluß haben die Forschungsergebnisse auf den Fortgang der Vergabepraxis? Wie werden im Zusammenhang mit der Heroin-Vergabe medizinische und psychosoziale Betreuung gewährleistet? Welche personellen, technischen, organisatorischen, finanziellen etc. Voraussetzungen sind für ein funktionierendes Modell unbedingt erforderlich? Welche konkreten Maßnahmen wurden getroffen, um Befürchtungen und Belastungen der Bevölkerung einzugrenzen und somit eine kontrollierte Heroinvergabe sozial akzeptabel zu gestalten?

Selbst vorläufige Antworten auf diese Fragen sind natürlich nirgendwo einfach „abzuholen“. Gesundheits- und ordnungspolitische Erwartungen erhalten auch in den Niederlanden auf kommunaler Ebene einen sehr konkreten Hintergrund. (Daß die Heroinprojekte in Rotterdam und Amsterdam ein auffällig verschiedenes Bild bieten, ist weder Zufall noch bloß Resultat der individuellen Präferenzen des jeweiligen Personals.) Auch spezielle Forschungsinteressen und die Wünsche der praktisch beteiligten Professionen müssen nicht identisch sein. (So waren z. B.

¹ Der Delegation gehörten an: G. U. Bellman (Fachärztin für Allgemeinmedizin, A.I.D.), M. Hoffmann-Bayer (Geschäftsführer des Notdienstes für Suchtmittelgefährdete und –abhängige Berlin e.V.), C. Jellinek (Praktischer Arzt, A.I.D.), B. Landwehr (Bereich Psychosoziale Betreuung A.I.D.), J. Schaffranek (Leiter des Szeneladens „Strass“), Dr. B. Westermann (Leiter des PSB-Bereichs, A.I.D.)

² Vgl.: G. Bellmann, C. Jellinek, B. Westermann (1999): Mehr als abhängig? Versuche mit Methadon und Heroin, Deutscher Studien Verlag, Weinheim 1999

nicht wenige kritische Stimmen der PraktikerInnen zum Forschungsdesign und zum Verhältnis Versorgung – Wissenschaft zu vernehmen.) Nicht zu vergessen: Auch die Bedürfnisse der VersuchsteilnehmerInnen und ihres Umfeldes bieten ein eigenes Bild mit vielen Schattierungen.

Unsere vorläufige Bilanz komprimiert überaus vielfältige Informationen und Eindrücke: Vertreter der nationalen Koordinationsebene und des Begleitforschungsinstituts CCBH erläuterten nicht nur die gesundheitspolitischen Intentionen des niederländischen Heroin-Experiments sowie das Design der Begleitforschung. Sie konnten darüber hinaus bereits resümieren, daß die zentralen Fragen a) nach Sicherheit und Effizienz der Substanz und b) nach „sozialverträglicher Integration“ einer Heroinverschreibung wissenschaftlich gesichert zu beantworten sein werden. Auch der zentrale Kritikpunkt am Schweizer Vorgehen, das Fehlen einer Methadon-Kontrollgruppe, habe Berücksichtigung gefunden. Nicht verschwiegen wurden die Probleme, die im Vorfeld und im Verlauf (z.B. im Hinblick auf das Finden und Halten der Zielgruppe) aufgetreten sind.

Der intensive Austausch mit den Koordinatoren der Gesundheitsämter von Rotterdam und Amsterdam verdeutlichte insbesondere, welche Art von Transfer bei der Umsetzung der übergreifenden Ziele des Experiments unter Berücksichtigung des kommunal gewachsenen Hilfesystems zu leisten ist. So war es überaus aufschlußreich, in beiden Städten nicht allein die Heroinvergabe stellen zu besichtigen, sondern auch deren weiteres (institutionelles) Umfeld kennenzulernen. In Rotterdam erhielten wir Einblicke in Konzepte und Praxis mehrerer Gesundheitsräume (u.a. Het Buurthuis), eines niedrigschwelligen Projekts für die Basisversorgung Drogenabhängiger (Huiskamer) und der legendären Paulskirche. Wir erlebten, wie in Räumlichkeiten des GGD die Methadonabgabe organisiert ist, besuchten ein Arbeitsprojekt (De Plantage) und auch das Arbeitsvermittlungsbüro für Drogenabhängige (Topscore, organisiert vom Rotterdams Junkiebond). Beeindruckend waren auch Gespräch und Besichtigung im Heroin-Projekt für Prostituierte (Keetje Tippel). In Amsterdam sahen wir außer der Heroinvergabe (Medisch Sociale Unit) auch Teestube, Konsumraum und Projekte von AMOC/DHV.

Die Protokolle dieser Kontakte sowie eine Sammlung wichtiger Materialien sind bereits in Form eines „Reiseberichts“ publiziert. Daher verzichten wir an dieser Stelle auf die Auflistung von Details,³ nicht zuletzt um a) die grundlegenden Niederländischen Erfahrungen mit den bekanntesten Schweizer Resultaten zu vergleichen und b) davon ausgehend die besonderen deutschen Startbedingungen für ein Heroin-Experiment im Blick zu behalten. Was letzteres betrifft, ist uns klar, daß unser Blick selbstverständlich vor allem durch die „Berliner Brille“ geprägt ist.

I.

Schon aus kurzer Entfernung sieht man manches „mit anderen Augen“, vielleicht auch deutlicher: Die in Deutschland einige Zeit umlaufende Idee, es bedürfe allein politischer Entschlußkraft und juristischer Weichenstellung, um heroingestützt behandeln zu können, erweist sich schnell als nicht durchzuhaltende Illusion. Tatsächlich ist die deutsche Situation höchst ambivalent:

Einerseits haben die Nachbarn mit ihren Versuchen Vorleistungen erbracht, durch die unsere Ausgangsposition für eine kontrollierte Heroinvergabe vergleichsweise komfortabel ausfällt. So wäre es zweifellos eine sträfliche Verschwendung von Zeit und Ressourcen, die Erfahrungen sowohl der Schweiz als auch der Niederlande nicht produktiv aufzugreifen.

³ Vgl.: Notdienst Berlin e.V./A.I.D. (Hrsg.), Erfahrungsaustausch mit Projekten der Drogenhilfe in den Niederlanden, Berlin 1999 (Kann in der Geschäftsstelle angefragt werden.)

Andererseits sollte trotz des aktuellen Erwartungsdrucks im Blick bleiben, daß neben den normalen (dennoch nicht zu unterschätzenden) Transferproblemen auch ein weiterer Umstand zu bewältigen bleibt. Der „Vorlauf“ für die Aufnahme von Heroin in den Substitutionsmittel-Katalog ist in Deutschland signifikant geringer (nicht zuletzt wegen des weitaus späteren Einstiegs in die methadongestützte Behandlung). Einige der damit verbundenen Diskussionsfelder sind praktisch kaum besetzt. Dazu zählt – so jedenfalls unser Eindruck – auf jeden Fall die Frage nach dem unabdingbaren Rahmen von Hilfsangeboten, die sich zwar fachlich vertreten und gesundheitspolitisch durchsetzen lassen, über deren Sozialverträglichkeit und öffentliche Akzeptanz damit aber noch längst nicht entschieden ist.

Oder noch weiter gehend: In den Niederlanden ist das Thema „overlast“ an prominenter Stelle eines jeden Einrichtungskonzepts zu finden (eventuell sogar noch gewichtiger als in der Schweiz)⁴. Der Einfluß der Öffentlichkeit (insbesondere der unmittelbar betroffenen) auf den Betrieb vorhandener und die Planung neuer Drogenhilfe-Projekte ist erheblich.

Das ist von vornherein gewollt (Bestandteil von Zielformulierung und Planung) sowie auf eine sehr pragmatische und effektive Weise auf allen Ebenen institutionalisiert. Darüber hinaus ist es – wie unsere eigenen Erfahrungen belegen – letztlich auch unumgänglich (und zwar substanzunabhängig), die Belastbarkeit des Umfelds einzukalkulieren, wenn tatsächlich „Schwerstabhängige“⁵ effektiv medizinisch und psychosozial versorgt werden sollen. Eine funktionierende „Verschleiß-Prophylaxe“ kann zudem unterstützen, daß sich das Klima in den Einrichtungen selbst entspannter und damit produktiver gestalten läßt.

II.

Daß sich Heroin bei der medizinischen und psychosozialen Versorgung Opiatabhängiger sinnvoll einsetzen läßt, darf bereits als anschaulich demonstrierte und wissenschaftlich belegte Tatsache gelten. Nicht nur in den Schweizer Kantonen, sondern jetzt auch an Amstel und Maas ist unter Beweis gestellt, daß sowohl die VersuchsteilnehmerInnen selbst als auch ihr unmittelbares Umfeld sowie die Gesellschaft insgesamt von einer kontrollierten Originalstoffabgabe profitieren.

Im Vergleich mit anderen anderen Substanzen hat Heroin, bezogen auf die anvisierte Zielgruppe, in mancherlei Beziehung besser abgeschnitten.⁶ Was geeignete Applikationsformen betrifft, kann ebenfalls auf differenzierte, insgesamt überzeugende Ergebnisse verwiesen werden.

Zu den am wenigsten geklärten Fragen zählt nicht zuletzt, wie sich das konkrete psychosoziale Betreuungsangebot und die Versuchseinbindung als „Betreuungsäquivalent“ in den Behandlungsergebnissen niederschlagen. Das Niederländische Begleitforschungsdesign ermöglicht zunächst, den am Schweizer Modell kritisierten „Verzerrungseffekt“⁷ zu reduzieren und dadurch

⁴ Auffällig ist, daß in der Schweiz bei der Benennung der Problematik ein ähnliches Vokabular Verwendung findet, wenn z.B. von „Immissionen für die Nachbarschaft“ die Rede ist.

⁵ Intentionen, Inhalt und Grenzen dieses Begriffs wurden aus verschiedensten Perspektiven auf der o.g. A.I.D.-Tagung thematisiert. Vgl.: G. Bellmann, C. Jellinek, B. Westermann (1999): Mehr als abhängig? Versuche mit Methadon und Heroin, a.a.O.

⁶ Die Schweizer Daten zu Erreichbarkeit, Haltekraft, gesundheitlicher Entwicklung, sozialer Integration, Delinquenzverhalten, Beikonsum etc. sowie substanz- und versuchsbezogene Resultate (Sicherheit, Wirtschaftlichkeit...) sind in den vorliegenden Berichten dokumentiert und diskutiert. Die ersten Niederländischen Ergebnisse sollten inzwischen auch in aggregierter Form vorliegen. In unserem „Reisebericht“ sind sie in Grundzügen bereits vorweggenommen. Vgl.: Notdienst Berlin e.V./A.I.D. (Hrsg.), Erfahrungsaustausch mit Projekten..., a.a.O.

⁷ Im Schweizer Forschungsbericht heißt es dazu, es müsse „gefragt werden, ob ein Ausbau der psychosozialen Betreuung in den Methadonpolikliniken zu gleich guten Ergebnissen im Behandlungsverlauf führen würde, wie die beobachteten Ergebnisse für die Patienten in heroingestützter Behandlung. Auf der Basis der vorliegenden Studie kann diese Frage nicht beantwortet werden, eine entsprechende Hypothese scheint aber berechtigt.“ A. Dobler-

den substanzbedingten Unterschied von Methadon- und Heroin-Substitution schärfer zu fassen. Auch verschiedene Varianten der Kombination beider Substanzen bieten sich als höchst interessanter Gegenstand weiterer Untersuchungen an.

Unangefochten dürfte mit hoher Wahrscheinlichkeit auch in den Niederlanden das Schweizer Fazit bleiben:

„Auf drogenpolitischer und gesundheitspolitischer Ebene ergeben sich aus der Vergleichsstudie insbesondere Anhaltspunkte, die für eine Verbesserung der gegenwärtigen Praxis methadongestützter Behandlungen sprechen. Hingegen empfiehlt sich weder ein Ersatz der Methadonbehandlung durch heroingestützte Behandlungen, noch ergeben sich Gründe gegen eine Weiterführung der heroingestützten Behandlungen.“⁸

III.

Noch viel zu wenig erprobt und untersucht ist unseres Erachtens die Frage, welche speziellen Möglichkeiten eine kontrollierte Originalstoffvergabe bietet, um die nötige „compliance“ für medizinische und psychosoziale Maßnahmen überhaupt erst zu schaffen und im erforderlichen Ausmaß stabil zu erhalten.

Während die Vorzüge integrierter Angebote vor allem bei der Versorgung „Schwerstabhängiger“ länderübergreifend unübersehbar sind, bleibt weiter zu prüfen, wie die beteiligten Professionen (Medizin, Krankenpflege, Sozialarbeit, Sozial- und Psychotherapie) am effektivsten kooperieren können und wie die Einbindung in das weitere Hilfesystem zu organisieren ist.

IV.

Zu guter Letzt: „Schwerstabhängige“ zu erreichen und zu halten, war bzw. ist erklärtes Ziel der bislang praktizierten Heroin-Modelle. Den vorliegenden Daten zufolge, kann auch die Behandlung „extrem problematischer“ oder als „therapieresistent“ bezeichneter PatientInnen unter bestimmten Voraussetzungen zu durchaus ermutigenden Ergebnissen führen. Unabhängig davon bleibt die Zielgruppen-Diskussion allerdings weiterhin von zentraler Bedeutung.

Der recht großräumige Schweizer Begriff von „Schwerstabhängigkeit“ (gewissermaßen „operationalisiert“ in den Zugangskriterien für die Teilnahme am Heroin-Versuch) spiegelt sich letztlich auch in den Resultaten. So zeige sich, „dass mit der Einführung der heroingestützten Behandlung zwar eine etwas chronifiziertere Gruppe von Opiatabhängigen in die Behandlung aufgenommen werden konnte, aber dass die heroingestützte Behandlung keine grundsätzlich andere Gruppe von Opiatabhängigen erreicht als dies bereits bei den Methadonpolikliniken der Fall ist.“⁹

Ob und auf welche Weise die in Methadonbehandlungen besonders „abbruchgefährdeten Patienten“ (Comorbidität/„Doppeldiagnosen“) mit Heroin besser behandelbar sind, muß somit noch weitgehend ungeklärt bleiben. Zwar liegen auch Daten zur Verringerung psychischer Beschwerden vor, doch ist nicht geklärt, welches besondere Potential die kontrollierte Heroinvergabe in Kombination mit einer intensiven Betreuung in dieser Hinsicht zu bieten vermag.

Mikola, S. Pfeifer, V. Müller, A. Uchtenhagen (1998): Methadon- und heroingestützte Behandlung Opiatabhängiger im Vergleich, Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung Nr. 62, Zürich, S. 171

⁸ Ebenda, S. 174. Es folgt die Feststellung: „Eine Veränderung der bisherigen Rahmenbedingungen für die heroingestützte Behandlung empfiehlt sich ebensowenig.“ Mit diesem Schlußsatz dürfte nicht zuletzt der über dem Schweizer Methadon-Standard liegende, in seiner Bedeutsamkeit immer wieder unterstrichene Betreuungsrahmen gemeint sein.

⁹ Ebenda, S. 161

In den Niederlanden gibt es vereinzelte Anzeichen dafür, daß sich auch „Doppeldiagnose“-PatientInnen gut in eine heroingestützte Versorgung integrieren lassen. Genau diese Gruppe wurde aber – um die Produktion auswertbarer Daten zu sichern – zunächst weitestgehend aus dem Experiment ausgeschlossen. Erst in einem zweiten Schritt, heißt es, soll diese Klientel – als „eigentliche Zielgruppe“ bezeichnet – einbezogen werden.

Auch somatisch besonders schwer erkrankte PatientInnen – im ersten Schritt ebenfalls aus gleichem Grund nicht einbezogen – werden dann sicherlich die Heroin-Klientel erweitern. Damit wäre der „Umweg“ in Richtung der in einem engeren Sinne „Schwerstabhängigen“ absolviert.

Für Deutschland bleibt zu diskutieren, ob bei der kontrollierten Heroin-Vergabe mit dieser Gruppe begonnen (oder sie doch wenigstens stärker einbezogen) werden kann. Eine vergleichsweise sehr viel engere Verflechtung von Medizin und intensiver psychosozialer Betreuung, in verschiedenen Settings langjährig erprobt und bewährt, könnte dafür eine tragfähige, weiter zu entwickelnde Basis bieten. Der Diskussion eines breiten Spektrums von offenen Fragen im unmittelbaren Vorfeld eines deutschen Experiments dient die A.I.D.-Fachtagung „Mehr als abhängig? Heroinverschreibung: Wirkungen und Nebenwirkungen“ am 25./26. Juni in Berlin. Auch mit den KollegInnen aus den Nachbarländern ist dabei in bester Besetzung zu rechnen.

B. Westermann