



Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Abteilung Gesundheitswesen

FORUM SUCHT

Beiträge aus Praxis und Wissenschaft

Tagungsbericht

*Substitution - ja:
psychosoziale
Begleitung - nein!?*

*03./04.05.1993
Gut Holmecke*



Koordinationsstelle für
Drogenfragen und Fortbildung
48133 Münster

Telefon (02 51) 5 91 - 38 38
32 67
32 71

ISSN 0942 - 2382
Bd. 6

Herausgeber:
Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Abteilung Gesundheitswesen
Koordinationsstelle für Drogenfragen
und Fortbildung

1. Auflage
1 - 1.500

Februar 1994

Substitution - ja:
psychosoziale
Begleitung - nein !?
-Tagungsbericht -

Abt. Gesundheitswesen
Koordinationsstelle für Drogenfragen
und Fortbildung

48133 Münster
Tel.: 0251/5 91-38 38

Einleitung

Die Substitution Opiatabhängiger ist bis heute ein Thema, das zwischen den Fachkräften der Drogenhilfe kontrovers diskutiert wird. Für die Einen ist es das Verlassen eines erfolgreich eingeschlagenen Weges - für die Anderen eine Chance mehr, Abhängige zu erreichen bzw. das Leben schwer abhängiger Menschen humaner gestalten zu können.

Nach langjähriger Anwendung (u. a. in den USA, Holland, der Schweiz) ist die Substitution in vielen Ländern - unter bestimmten Voraussetzungen - heute eine akzeptierte Möglichkeit der Behandlung Drogenabhängiger.

Mit den NUB-Richtlinien, beschlossen vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen (Stand 07. August 1992), gibt es auch in der Bundesrepublik formulierte Rahmenbedingungen, unter denen eine Substitution Opiatabhängiger fachlich möglich ist und deren Kosten von den Leistungsträgern übernommen werden. Diese Richtlinien stehen dabei durchaus in der Kritik, da nur ein bestimmter Personenkreis - auf der Basis festumrissener Indikationen - im Einzelfall substituiert werden kann. Fragen wie: "Welcher Personenkreis soll substituiert werden?" "Unter welchen Rahmenbedingungen soll Substitution stattfinden?" "Soll die psychosoziale Begleitung ein unbedingtes Muß innerhalb von Substitutionsprogrammen darstellen oder hat sie nur Angebotscharakter?" "Wie soll die psychosoziale Begleitung inhaltlich gestaltet werden und wer bezahlt sie?" sind aktueller denn je. Festzustehen scheint aber zumindest, daß das Angebot einer psychosozialen Begleitung für den Abhängigen unabdingbar ist.

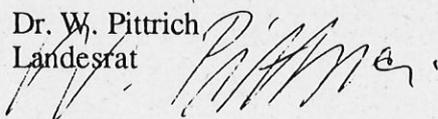
Diese Fachtagung will in einem einleitenden Teil über die medizinischen Aspekte der Substitution i.v. Opiatabhängiger informieren und die Rahmenbedingungen (medizinisch / gesetzlich / leistungsrechtlich / verwaltungsmäßig) vorstellen. Im Anschluß daran ist beabsichtigt, unterschiedliche Modelle und Ansätze einer psychosozialen Begleitung substituierter darzustellen um die Vielfältigkeit dieses Begriffes in der Praxis zu dokumentieren. Die Übertragbarkeit vorhandener Arbeitsansätze soll zudem Gegenstand ausführlicher Diskussion sein.

Die Ausrichtung des konkreten persönlichen Alltags substituierter Menschen auf die Verabgabepaxis mit allen Reglementierungen wirft u. a. Fragen nach der Verfügbarkeit von Menschen und Ressourcen auf, die aus der Sicht Betroffener dargestellt und erläutert werden.

Allen Diskussionen zum Thema Substitution werden jedoch dort Grenzen gesetzt, wo gesetzliche und leistungsrechtliche Bedingungen nicht nur beachtet, sondern als vorgegebenes Faktum akzeptiert werden müssen. Vor diesem Problem sieht sich zur Zeit auch das "Erprobungsvorhaben zur medikamentengestützten Rehabilitation" in NRW, bei dem es aktuell noch zu keiner Entscheidung hinsichtlich einer weiteren Fortführung bzw. Ausweitung des Angebotes zu einer - auch mit den Kostenträgern abgestimmten - Regelung gekommen ist. Hierzu wird der zuständige Referent der WAG/LVA, Herr D. Männchen, am zweiten Tag der Veranstaltung referieren.

Wir hoffen, daß diese Fachtagung dazu beiträgt, Klarheit über die aktuell geltenden Rahmenbedingungen herzustellen, den unklaren Begriff der "psychosozialen Begleitung" weiter zu präzisieren und offene Fragen und Unsicherheiten im Zusammenhang mit dem Themenkomplex der Substitution abzubauen.

Dr. W. Pittrich
Landesrat



W. Rometsch
Leiter der Koordinationsstelle

Inhaltsverzeichnis

Referat

"Gesetzliche, leistungsrechtliche und verwaltungsmäßige Rahmenbedingungen heutiger Substitution"

Anke Follmann, Münster

1

Kurzreferat

"Das Modell psychosozialer Begleitung der 'Odyssee' Rotterdam"

Robert van Heinigen, Rotterdam

19

Kurzreferat

"Plädoyer für eine therapeutische Orientierung der akzeptierenden Drogenarbeit"

Joachim Dörner, Bochum

28

Kurzreferat

"Erfahrungen der psychosozialen Begleitung substituierter Drogenabhängiger in Hamburg"

Thure von Boltenstern, Hamburg

34

Referat

"Lebensrealität von Substituierten und deren Angehörigen"

Willi Bulthaupt, Herford

39

Referat

"Substitution und psychosoziale Begleitung i.V. Opiat-abhängiger heute und morgen - aus der Sicht der Leistungsträger"

OVR Dietmar Männchen, Münster

44

Gesetzliche, Leistungsrechtliche und Verwaltungsmäßige Rahmenbedingungen heutiger Substitution

Anke Follmann, Münster

Zunächst sei darauf aufmerksam gemacht, daß sich die im folgenden aufgezeichneten Rahmenbedingungen ausschließlich auf die sogen. Einzelfallsubstitution beziehen. Für das wissenschaftliche Erprobungsvorhaben des Landes Nordrhein-Westfalen (Landesmethadonprogramm), das nach zweimaliger Verlängerung zum 31.12.93 beendet wird, gelten z. T. andere Bedingungen.

Mit Beginn des Jahres 1993 wurden durch die Novellierung des Betäubungsmittelrechtes die gesetzlichen Grundlagen für eine ärztlich indizierte Substitutionsbehandlung Drogenabhängiger geschaffen. Seit 01.01.93 ist das geänderte Betäubungsmittelgesetz (BtmG) in Kraft. Von wesentlicher Bedeutung ist der vorgenommene Einschub "..., einschließlich der ärztlichen Behandlung einer Betäubungsmittelabhängigkeit, ...", (§ 13 Abs. 1 BtmG) da hierdurch mehr Rechtssicherheit für die Ärzte geschaffen wurde, die im Bereich von Substitutionsbehandlung tätig sind. Nicht zuletzt durch diese Änderung kann erreicht werden, daß die sogen. "Graue Substitution" nicht mehr notwendig ist und abgelöst wird durch eine geordnete, qualifizierte Behandlung.

Durch die am 01.02.93 in Kraft getretene, geänderte Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtmVV) werden die Rahmenbedingungen einer Substitutionsbehandlung rechtlich geregelt. Der § 2 a "Verschreiben zur Substitution" wurde eingefügt. Er regelt den formalen Ablauf der Behandlung und ist somit Grundlage für den behandelnden Arzt.

Besonders ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, daß in der BtmVV nicht mehr von psychosozialer Begleitung oder Betreuung die Rede ist, sondern von der Teilnahme an einer Psycho- und/oder Sozialtherapie (§ 2 a Abs. 2 BtmVV). Diese Aussage ist bei vielen im Bereich der Drogenarbeit Tätigen auf großes Unverständnis gestoßen und hinterläßt viele Fragen, die sicher auch im Verlauf dieser Veranstaltung gestellt werden. Erwähnt sei noch, daß die Finanzierung weder für eine psychosoziale Betreuung, noch für eine Psychozialtherapie eindeutig geregelt ist. Aufgrund der steigenden Zahl der substituierten Klienten, die eine "Begleitung" benötigen, die sich häufig intensiver darstellt als die Betreuung nicht substituierten Klienten, sind die Beratungsstellen in Westfalen-Lippe z. T. schon an ihre Kapazitätsgrenzen gestoßen und nicht mehr in der Lage, eine steigende Zahl von Klienten zu betreuen bzw. würde dies eindeutig zu Lasten der Quantität und damit auch zu Lasten der Qualität der Betreuung gehen.

Eine Möglichkeit zur "take-home"-Vergabe ist nach der BtmVV jetzt für Klienten gegeben, die mindestens 12 Monate erfolgreich substituiert wurden und bei denen ein erneuter Mißbrauch nicht zu erwarten ist (§ 2 a Abs. 7 BtmVV). Offen bleibt hier, wie eine erfolgreiche Substitution zu bemessen ist. Wenn dieses bedeutet, daß der Klient mindestens 12 Monate beibegebrauchsfrei sein muß, wird diese Möglichkeit sicherlich nicht für viele Klienten in Betracht kommen. Unter Fachleuten ist bekannt, daß ein Beibegebrauch nach dem Beginn der Substitution noch für einen längeren Zeitraum zu erwarten ist. Es wird von einem Zeitraum von 6 Monaten ausgegangen, der von Fachleuten im Rahmen der Behandlung auch toleriert wird. Auch seitens der Ärztekammer wird empfohlen, die Behandlung bei Beibegebrauch nicht sofort abzubrechen, sondern vielmehr nach den Gründen zu suchen.

Die "take-home"-Vergabe bedarf außerdem immer der Zustimmung der zuständigen Landesbehörde. Die "zuständige Landesbehörde" ist das jeweils örtlich zuständige Gesundheitsamt. Über das genaue Procedere liegen derzeit noch keine genauen Aukünfte vor.

Durch die Novellierung des Betäubungsmittelrechtes ist es für die Substitutionsbehandlung zu mehr Rechtssicherheit für die behandelnden Ärzte gekommen, wobei jedoch für die Praxis noch viele Fragen und Unsicherheiten geblieben sind, die - um eine flächendeckende Versorgung gewährleisten zu können - dringend klärungsbedürftig sind.

In Westfalen-Lippe haben wir die Situation, daß zwei Institutionen mit Entscheidungen bzw. Beratungen zur Substitutionsbehandlung befaßt sind. Das ist zum einen die **Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL)** und zum anderen die **Ärztekammer Westfalen-Lippe (ÄKWL)**.

Die KVWL ist ausschließlich dann zuständig, wenn eine Substitutionsbehandlung mit L-Polamidon zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen durchgeführt werden soll. Grundlage für diese Behandlung sind die "NUB-Richtlinien" (Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden).

Der Arzt, der eine Substitution zu Lasten der Krankenkasse durchführen will, benötigt eine generelle Genehmigung, die an seine Person gebunden und unabhängig von den Patienten ist. Gemäß den NUB-Richtlinien stellt die Drogenabhängigkeit selbst keine Indikation für eine Substitutionsbehandlung dar. Bestehen neben der Abhängigkeit folgende Indikationen (Ziff. 2.2.1 - 2.2.6), muß der behandelnde Arzt die Behandlung auf einem entsprechenden Formblatt lediglich anzeigen:

- lebensbedrohlicher Zustand im Entzug
- schwere konsumierende Erkrankung
- opioidpflichtige Schmerzzustände
- Drogenabhängigkeit bei AIDS-Kranken (CDC III)
- notwendige stationäre Behandlung wegen einer schweren Erkrankung
- Schwangerschaft, unter der Geburt und bis zu 6 Wochen danach.

Eine Beratung seitens der NUB-Kommission ist auch bei diesen Indikationen möglich, aber nicht notwendig.

Besteht eine Indikation gem. Ziff. 2.3 der NUB-Richtlinien - vergleichbar schwere Erkrankung - so muß diese in jedem Einzelfall durch die NUB-Kommission genehmigt werden. Die Genehmigung ist ebenfalls auf einem entsprechenden Formblatt bei der KVWL zu beantragen.

Bei jeder Behandlung, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen durchgeführt wird, muß die psychosoziale Betreuungsstelle benannt werden. Außerdem muß der Beginn und das Ende der Behandlung bei der KVWL angezeigt werden.

Sollte eine Behandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen abgelehnt werden, der Arzt jedoch weiterhin der Meinung ist, der Patient müsse substituiert werden, kommen als weitere Kostenträger das Sozialamt (was in jedem Einzelfall zu klären ist) oder u. U. auch der Patient selbst in Frage.

Nicht zuletzt auch für diese Fälle hat die ÄKWL bereits im Juli 1991 ebenfalls eine Beratungskommission "Sucht und Drogen" eingerichtet. Sie bietet jedem Arzt die Möglichkeit, sich hinsichtlich der Indikationsstellung beraten zu lassen. Darüber hinaus steht sie den Ärzten auch für weitere Fragestellungen hinsichtlich der Substitutionsbehandlung zur Verfügung. Grundlage der Bescheide der ÄKWL ist der "Leitfaden zur Behandlung i. V. Opiatabhängiger mit L-Polamidon der Ärztekammer Westfalen-Lippe". Ein befürwortender Bescheid dient der berufsrechtlichen Absicherung des behandelnden Arztes, darüber hinaus wird er häufig von Sozialämtern verlangt, wenn die Behandlung zu deren Lasten durchgeführt wird. Die Anträge auf Beratung durch die Beratungskommission sind bei der ÄKWL formlos zu stellen. Die Indikation, die seitens der Beratungskommission aus beruflicher Sicht befürwortet werden, gehen über den Indikationskatalog der NUB-Richtlinien hinaus. Ein positiver Bescheid der Beratungskommission "Sucht und Drogen" der ÄKWL hat jedoch keine Auswirkungen auf die Bescheide der NUB-Kommission, da hier aus leistungsrechtlicher Sicht entschieden wird.

Diese Ausführungen beziehen sich ausschließlich auf eine Substitutionsbehandlung mit L-Polamidon. In der Praxis gibt es jedoch immer mehr Klienten, die mit Dihydrocodein-Präparaten substituiert

werden. Eine Kostenübernahme für diese Präparate zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen ist ausschließlich 4 Wochen vor nachweislich feststehendem Therapieantritt vorgesehen. Die ÄKWL vertritt die Ansicht, daß eine Substitution mit Dihydrocodein-Präparaten nur in Ausnahmefällen sinnvoll ist und hat zur Orientierung im Februar 93 den "Leitfaden zur Substitution Opiatabhängiger mit Dihydrocodein-Präparaten" veröffentlicht.

Im Hinblick auf diese Veranstaltung ist zusammenfassend zu sagen, daß zwar in allen, die Substitution betreffenden Gesetzen, Verordnungen usw. die Notwendigkeit der "psychosozialen Betreuung" benannt oder sogar vorgeschrieben wird, jedoch nach wie vor ungeklärt bleibt, wer die Kosten dafür übernimmt.

Nachtrag:Die während der Veranstaltung angekündigte Änderung der NUB-Richtlinien ist nicht in Kraft getreten, da der Bundesgesundheitsminister die Neufassung der NUB-Richtlinien beanstandet hat. In der Praxis wird somit weiterhin nach den gültigen NUB-Richtlinien vom 07.08.92 verfahren.

ÄNDERUNG DES BETÄUBUNGSMITTELGESETZES

Das Betäubungsmittelgesetz (Art. 1 des Gesetzes vom 28. Juli 1981, BGBl. I S. 681, 1187), zuletzt geändert durch Art. 2 des Gesetzes vom 15. Juli 1992 (BGBl. I S. 1302), wird wie folgt geändert:

" 13 Abs. 1 Satz 1

"Die in Anlage III bezeichneten Betäubungsmittel dürfen nur von Ärzten, Zahnärzten und Tierärzten und nur dann verschrieben werden oder im Rahmen einer ärztlichen, zahnärztlichen oder tierärztlichen Behandlung, einschließlich der ärztlichen Behandlung einer Betäubungsmittelabhängigkeit, verabreicht oder einem anderen zum unmittelbaren Verbrauch überlassen werden, wenn ihre Anwendung am oder im menschlichen oder tierischen Körper begründet ist."

ÄNDERUNG DER BETÄUBUNGSMITTEL-Verschreibungsverordnung

3. Nach § 2 wird folgender § 2 a eingefügt:

§ 2 a

Verschreiben zur Substitution

(1) Zur Behandlung einer Betäubungsmittelabhängigkeit (Substitution) darf der Arzt Levomethadon oder ein anderes, zur Substitution zugelassenes Betäubungsmittel nur verschreiben, wenn und solange die Anwendung des Betäubungsmittels unter den Voraussetzungen des § 13 Abs. 1 des Betäubungsmittelgesetzes, insbesondere unter Beachtung der Regeln der ärztlichen Kunst, erfolgt.

(2) Im Interesse des Behandlungszieles der Betäubungsmittelabstinenz hat der behandelnde Arzt darauf hinzuwirken, daß Betäubungsmittelabhängige, die sich einer Substitutionsbehandlung unterziehen, auch kontinuierlich an einer Psycho- und/oder Sozialtherapie teilnehmen.

(3) Ärzte, die Betäubungsmittel nach Abs. 1 für Betäubungsmittelabhängige zur Substitution verschreiben, dürfen das Rezept außer in den in Abs. 7 gen. Fällen nur selbst in der Apotheke einlösen oder durch von ihnen beauftragtes zuverlässiges Hilfspersonal einlösen lassen.

(4) Betäubungsmittelabhängigen ist außer in den Abs. 7 gen. Fällen die jeweilige Einzelgabe in einer zur parenteralen Anwendung nicht verwendbaren Form unter Aufsicht des verschreibenden Arztes oder seines ärztlichen Vertreters zum unmittelbaren Verbrauch zu überlassen.

(5) An Wochenenden oder Feiertagen sowie in Fällen häuslicher Pflegebedürftigkeit kann das Betäubungsmittel nach Abs. 1 in der in Abs. 4 genannten Form auch durch vom behandelnden Arzt eingewiesene examinierte Krankenschwestern oder -pfleger einer Sozialstation oder einer anderen von der zuständigen Landesbehörde anerkannten Einrichtung dem Betäubungsmittelabhängigen zum unmittelbaren Verbrauch überlassen werden. Zur Erfüllung ihrer Aufgaben wird den Sozialstationen oder anderen von der zuständigen Landesbehörde anerkannten Einrichtungen erlaubt, die nach Satz 1 benötigten Betäubungsmittel in ihren Räumlichkeiten zu lagern. Die einschlägigen Sicherungsmaßnahmen sind zu gewährleisten.

(6) Vom behandelnden Arzt ist sicherzustellen, daß durch die Anwendung geeigneter labordiagnostischer Verfahren in unregelmäßigen Abständen ein Gebrauch des Ziel der Substitution gefährdender Stoffe erkannt werden kann.

(7) Der Arzt darf einem Patienten mit schriftlicher Zustimmung der zuständigen Landesbehörde einmal pro Woche ein Rezept für die bis zu drei Tagen benötigte Menge des Betäubungsmittels nach Abs. 1 aushändigen, wenn der Patient seit mindestens 12 Monaten an einer erfolgreichen Substitution teilnimmt und bei ihm über einen ausreichenden langen Zeitraum weder ein Gebrauch von dem Ziel der Substitution gefährdenden Stoffen noch sonst Anhaltspunkte für einen erneuten Mißbrauch von Betäubungsmitteln festgestellt wurden. Dabei hat der Arzt das Betäubungsmittel in einer zur parenteralen Anwendung nicht verwendbaren Zubereitung und in für die jeweiligen Anwendungstage abgeteilten Einzeldosen zu verschreiben. Die Behandlungstage sind auf dem Rezept anzugeben und durch die Apotheke auf den Einzeldosen zu vermerken. Der Arzt hat auf dem Rezept den Vermerk "Mit Zustimmung der Landesbehörde" anzubringen. Die Abgabe des Betäubungsmittels nach Abs. 1 darf nur gegen Vorlage des Personalausweises oder Reisepasses an den Substituierten persönlich erfolgen.

(8) Patienten, die den behandelnden Arzt für einen bestimmten Zeitraum nicht aufsuchen können und hierfür wichtige Gründe glaubhaft darlegen, kann der Arzt auf einem Betäubungsmittelrezept bestätigen, daß der Patient regelmäßig substituiert wird (Substitutionsbescheinigung). Auf der Substitutionsbescheinigung sind anzugeben:

1. Name, Vorname und Anschrift des Patienten, für den die Substitutionsbescheinigung bestimmt ist;
2. Ausstellungsdatum;
3. Menge des zu verschreibenden und zum unmittelbaren Verbrauch zu überlassenden Betäubungsmittels nach Abs. 1;
4. Gültigkeit: von/bis (längstens 30 Tage);
5. Name des ausstellenden Arztes, seine Berufsbezeichnung und Anschrift einschl. Telefonnummer;
6. Unterschrift des ausstellenden Arztes.

Die Substitutionsbescheinigung ist mit dem Vermerk "Nur zur Vorlage beim Arzt" zu kennzeichnen. Teil I der Substitutionsbescheinigung erhält der Patient, Teil II übersendet der Arzt un-

verzüglich der für die Überwachung seines Betäubungsmittelverkehrs zuständigen Landesbehörde. Teil III verbleibt bei dem ausstellenden Arzt. Nach Vorlage des Teils I der Substitutionsbescheinigung und Überprüfung der Angaben zur Person durch Vergleich mit dem Personalausweis oder Reisepaß des Patienten kann ein Arzt die Substitution des Patienten nach den in den Abs. 1 - 4 festgelegten Regeln übernehmen. Der die zeitweilige Substitution übernehmende Arzt unterrichtet den behandelnden Arzt unverzüglich nach Abschluß der Substitution schriftlich über die durchgeführten Maßnahmen.

(9) Die Durchführung der in den vorstehenden Absätzen erforderlichen Maßnahmen einschl. der Einbindung in eine Begleittherapie nach Abs. 2 ist vom behandelnden Arzt für jeden Patienten zu dokumentieren und der zuständigen Behörde anzuzeigen. Die Dokumentation ist auf Verlangen der zuständigen Landesbehörde zur Einsicht und Auswertung vorzulegen."

NUB-Richtlinien

**2. RICHTLINIEN ZUR METHADON-SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG
BEI I.V.-HEROINABHÄNGIGEN**

Präambel

- 2.1 Drogensubstitution stellt für sich allein keine Krankenbehandlung dar und ist somit nicht Gegenstand der kassen-/vertragsärztlichen Versorgung. Die Drogensucht selbst stellt keine Indikation zur Drogensubstitution im Sinne einer Krankenbehandlung dar, denn therapeutisches Ziel bei der Behandlung einer Sucht bleibt die Drogenabstinenz. Die Drogensubstitution mit Methadon kann bei bestimmten Indikationen lediglich dann als notwendiger Teil der Krankenbehandlung angesehen werden, wenn diese mittels der Drogensubstitution erst ermöglicht wird. Dies gilt unter den nachstehenden Voraussetzungen.**

Indikationen zur Substitutionsbehandlung

- 2.2 Im Einzelfall kann die Indikation zur Substitutionsbehandlung mit Methadon bei Kranken vorliegen. Indikationen für eine solche Substitutionsbehandlung in Einzelfällen sind bei i.v.-Heroinabhängigen:
- 2.2.1 Drogenabhängigkeit mit lebensbedrohlichem Zustand im Entzug,
 - 2.2.2 Drogenabhängigkeit bei schweren konsumierenden Erkrankungen,
 - 2.2.3 Drogenabhängigkeit bei opioidpflichtigen Schmerzzuständen,
 - 2.2.4 Drogenabhängigkeit bei AIDS-Kranken,
 - 2.2.5 Drogenabhängigkeit bei Patienten, die sich einer unbedingt notwendigen stationären Behandlung wegen einer akuten oder schweren Erkrankung unterziehen müssen und denen gegen ihren Willen nicht gleichzeitig ein Drogenentzug zuzumuten ist (Überbrückungssituation),
 - 2.2.6 Drogenabhängigkeit in der Schwangerschaft, unter der Geburt und bis zu 6 Wochen nach der Geburt,
- 2.3 Drogenabhängigkeit bei vergleichbar schweren Erkrankungen, bei denen die Kommission nach 2.7 im Einzelfall eine Substitution als Teil der Krankenbehandlung für angezeigt hält.

Indikationsstellung

- 2.4 Bei Vorliegen einer oder mehrerer der Indikationen nach 2.2.1 bis 2.2.6 kann die Entscheidung zur Substitutionsbehandlung durch den dazu berechtigten Arzt unter Wahrung berufsrechtlicher Regelungen getroffen werden (s. Nr. 2.8). Dabei kann er sich von der Kommission nach Nr. 2.7 beraten lassen.
- 2.5 Beabsichtigt der dazu berechnigte Arzt eine Substitutionsbehandlung bei einer Indikation nach 2.3, kann die Methadon-Substitution erst nach Zustimmung durch die KV erfolgen. Die KV erteilt die Zustimmung aufgrund einer Empfehlung der Kommission nach Nr. 2.7.
- 2.6 Beginn und Beendigung der Substitutionsbehandlungen hat der Arzt unverzüglich der zuständigen KV und der zuständigen Krankenkasse anzuzeigen. Der Anzeige sind Angaben über die beabsichtigten oder eingeleiteten psychosozialen Begleitmaßnahmen (z. B. Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst und/oder mit Hilfsorganisationen für Drogensüchtige) beizufügen.

Beratungskommission

- 2.7 Zur Beratung der KV bei der Erteilung von Genehmigungen für Substitutionsbehandlungen mit Methadon sowie für die Zustimmung zu Substitutionsbehandlungen nach 2.3 errichtet die KV eine Kommission. Diese Kommission soll der KV und den berechtigten Ärzten ferner zur Beratung in Einzelfällen, auch zur Dauer einer Substitutionsbehandlung, zur Verfügung stehen. Die Kommission besteht aus 6, höchstens 7 Mitgliedern. 3 Mitglieder werden von der KV benannt, darunter sollen 2 Ärzte mit besonderer Erfahrung in der Behandlung von Suchtkranken sein. Einer dieser Ärzte soll von der KV als Ansprechpartner für ratsuchende Ärzte bei Drogenproblemen mit Patienten benannt werden. 2 in Drogenproblemen fachkundige Mitglieder werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und ein in Drogenproblemen fachkundiges Mitglied von den Verbänden der Ersatzkassen benannt. Bei einem weiteren Mitglied soll es sich um einen in der Drogenberatung erfahrenen Arzt des öffentlichen Gesundheitswesens handeln.

Berechtigte Ärzte und Qualifikation der Ärzte

- 2.8 Ärzte, die Substitutionsbehandlungen durchführen wollen, bedürfen einer Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. Die KV kann sich vor Erteilung der Genehmigung durch die Kommission nach 2.7 beraten lassen. Die Genehmigung zur Durchführung von Substitutionsbehandlungen kann nur erteilt werden, wenn gewährleistet ist, daß der Arzt sowohl über das für den Umgang mit Methadon erforderliche pharmakologische Wissen als auch über Kenntnisse der Drogensucht selbst verfügt.

Durchführung der Substitutionsbehandlung

- 2.9 Bei der Verordnung von Methadon sind die Bestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) und der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) zu beachten.
- 2.10 Die Verordnung von Methadon darf nur vom Arzt selbst oder von einem von ihm beauftragten Praxismitarbeiter in der Apotheke eingelöst werden. Die Abgabe des Rezeptes an andere Personen, insbesondere an die Patienten, ist nicht zulässig.
- 2.11 Die Verabreichung und die Einnahme des Methadon muß grundsätzlich unter Überwachung des berechtigten Arztes oder eines von ihm beauftragten Praxismitarbeiters erfolgen. Die Abgabe des verordneten Methadon an den Patienten in Form von Rezepten oder

Mitnahmedosen ist nicht zulässig, auch nicht an Wochenenden oder vor Feiertagen. Ist der berechnigte Arzt verhindert, kann er einen anderen approbierten Arzt oder eine Krankenschwester oder einen Krankenpfeleger, die an einer der im Auflagenbescheid des BGA benannten Einrichtungen tätig sind, mit der Methadonabgabe - insbesondere an Wochenenden und Feiertagen - gemäß dieser Richtlinien beauftragen.

Ein Arzt darf - mit Ausnahme der Behandlung im Vertretungsfall - bei höchstens 10 Versicherten gleichzeitig Substitutionsbehandlungen durchführen.

- 2.12 Die Kassenärztlichen Vereinigungen teilen dem BGA die Ärzte mit, die zu Substitutionsbehandlungen mit Methadon berechnigt sind.

Maßnahmen während der Substitutionsbehandlung

- 2.13 Der behandelnde Arzt soll den gleichzeitigen Gebrauch anderer Drogen während der Substitutionsbehandlung ausschließen. Dazu sind in angemessener Häufigkeit und unregelmäßigen Zeitabständen Drogensucht-Tests durchzuführen, wobei dem Patienten die Termine der Kontrollen vorher nicht bekannt sein dürfen.

Wird der Gebrauch anderer Drogen neben der Substitutionsbehandlung nachgewiesen, kann die Substitutionsbehandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen nur weitergeführt werden, wenn die KV nach Beratung durch die Kommission nach 2.7 zustimmt.

- 2.14 Der behandelnde Arzt hat den Behandlungsverlauf zu dokumentieren und auf dem Behandlungsausweis des Patienten unter "Diagnosen" die Angabe "Substitutionsbehandlung" zu vermerken.

LEITFADEN ZUR BEHANDLUNG I.V.-OPIATABHÄNGIGER MIT L-POLAMIDON**Präambel**

Die therapeutischen Hilfsangebote an i.v.-Opiatabhängige im Kammerbereich Westfalen-Lippe bedürfen der Ergänzung durch eine medikamentengestützte Psycho-Sozio-Therapie. Hierbei ist die Zulässigkeit von therapeutischen Maßnahmen in diesem Sinne unter der Voraussetzung des Betäubungsmittelgesetzes - § 13 Abs. 1 Nr. 1 - gewährleistet und darüber hinaus dann, wenn eine Behandlungsfähigkeit mit der Chance besteht, über eine Substitutions-therapie Opiatfreiheit zu erreichen. Ziel der qualifizierten Substitutionsbehandlung ist die gesundheitliche Stabilisierung, soziale Integration mit Reduzierung des delinquenten Verhaltens, Herstellen der Ansprechbarkeit für psychotherapeutische und medizinische Maßnahmen und schulische und/oder berufliche Rehabilitation des Drogenabhängigen. Gleichzeitig dient die qualifizierte Substitutionsbehandlung der Prävention von Infektionskrankheiten, insbesondere HIV und Hepatitis. Die Regelungen sind allein einzelfallbezogen und anwendbar.

I. Therapie-Voraussetzungen**1.1 Indikation**

Bei den nachfolgend aufgeführten Indikationen ist eine L-Polamidon-Behandlung möglich:

1. Drogenabhängigkeit mit lebensbedrohlichen Zuständen,
2. Drogenentzug bei schweren konsumierenden Erkrankungen,
3. Drogenentzug bei opioidpflichtigen Schmerzzuständen,
4. Drogenabhängigkeit bei Patienten, die sich einer unbedingt notwendigen stationären Behandlung wegen einer akuten oder schweren Erkrankung unterziehen müssen und denen gegen ihren Willen nicht gleichzeitig ein Drogenentzug zuzumuten ist (Überbrückungssituation),
5. Drogenabhängigkeit in der Schwangerschaft bzw. unter der Geburt,
6. Drogenabhängigkeit bei HIV-Infizierten mit fortgeschrittener manifester Erkrankung,
7. Überbrückungsbehandlung vor feststehender stationärer Entwöhnungstherapie
8. Drogenabhängigkeit bei vergleichbar schweren Erkrankungen.

Als vergleichbar schwere Erkrankung kann auch eine schwere psychiatrische Erkrankung, die durch einen Arzt für Psychiatrie festzustellen ist, angesehen werden.

In Zweifelsfällen kann eine Stellungnahme der Beratungskommission zur Substitutionstherapie eingeholt werden. Von dieser Stellungnahme unabhängig ist die Kostenübernahme durch die gesetzlichen Kostenträger bzw. die Entscheidung der NUB-Kommission.

1.2 Indikationsstellender Arzt

Die Indikationsstellung erfolgt primär durch den behandelnden Arzt. Hierbei sollte die Feststellung der Begründetheit der qualifizierten Substitutionstherapie sowie der langzeitigen i.v.-Opiatabhängigkeit bzw. vergleichbarer anderer Applikationsformen in enger Zusammenarbeit mit einem im Umgang mit i.v.-Opiatabhängigen erfahrenen Fachkollegen (Klinik/Praxis) erfolgen.

1.3 Psychosoziale Betreuung

Die kontinuierliche psychosoziale Betreuung ist von großer Bedeutung für den Erfolg der L-Polamidon-Substitutionstherapie. Sie kann je nach Qualifikation und Möglichkeit von verschiedenen Institutionen (z. B. niedergelassener Psychiater, psychiatrische Klinik, Sozial-Psychiatrischer Dienst, Drogenberatungsstelle, AIDS-Beratungsstelle, Gesundheitsamt) durchgeführt werden. In der Regel sollte der indikationsstellende Arzt schon vor Therapiebeginn Kontakt zu den o.g. Stellen aufnehmen und sich im Einzelfall von der Möglichkeit einer kontinuierlichen psychosozialen Betreuung versichern.

1.4 Antragsverfahren

In Zweifelsfällen stellt der behandelnde Arzt in Abstimmung mit der psychosozialen Einrichtung einen entsprechenden Antrag auf Beratung bezüglich der Indikation zur qualifizierten Substitutionstherapie bei der Beratungskommission "Medikamentengestützte Rehabilitation i.v.-Opiatabhängiger mit L-Polamidon bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe". Voraussetzung ist, daß der antragstellende Arzt durch den Patienten von der Schweigepflicht gegenüber der Beratungskommission für die Durchführung der Substitution entbunden wird. Die Kommission nimmt schriftlich Stellung anhand des eingereichten Antrages. Außerdem sollte bei dem Antrag die Einrichtung, die die psychosoziale Betreuung übernimmt, genannt werden.

1.5 Mitteilung der Entscheidung

Die Beratungskommission teilt das Ergebnis der Entscheidung dem Antragsteller schriftlich mit. Bei einer etwaigen wissenschaft-

lichen Begleitung werden die Daten der zuständigen Stelle weitergeleitet.

II. Durchführung der Therapie

2.1 Einleitung der L-Polamidon-Therapie

Die Einstellung auf die erforderliche L-Polamidon-Dosis für die Substitution muß mit besonderer Sorgfalt geleistet werden. Bei schwierigen Fällen sollte die Dosisfindung stationär erfolgen (Anlage 1: Checkliste).

2.2 Ambulante L-Polamidon-Substitutionstherapie

2.3 BTM-Verordnung

2.3.1 BTM-Rezepte

Es wird empfohlen, mit Aufnahme der Behandlung das Bundesgesundheitsamt, Bundesopiumstelle, Genthiner Str. 38, 1000 Berlin 30, zu informieren und einen erhöhten BTM-Rezeptbedarf anzumelden.

2.3.2 Zusammenarbeit mit der Apotheke

Um einen reibungslosen Ablauf der L-Polamidon-Behandlung zu garantieren, sollten rechtzeitig mit dem Apotheker die Lieferungsmodalitäten besprochen werden.

2.3.3 L-Polamidon-Trinklösung

Aus Gründen der Dosierungsgenauigkeit und der vereinfachten Handhabung für den Arzt wird die Verordnung von trinkfertigen Lösungen als Rezepturarzneimittel empfohlen. Die maximal auf einem Rezept verschreibungsfähige Menge ist zu beachten. Rezeptiert werden kann an einem Tag bei entsprechender Indikation maximal 120 mg Levomethadonhydrochlorid. Ergibt sich die Notwendigkeit einer höheren Tagesdosis als 60 mg für einen Patienten, so muß der Arzt dieses handschriftlich auf dem Rezept begründen.

2.4 Verabreichung unter kontrollierten Bedingungen

Die Applikation darf nur oral, möglichst mittels nicht injizierbarer Trinklösung, täglich erfolgen. Sie soll durch den Arzt, dessen Vertreter oder von diesem beauftragten entsprechend qualifizierten ärztlichen Hilfspersonal zu festgelegten Zeiten und Orten persönlich durchgeführt werden.

Im Falle seiner kurzfristigen Verhinderung (Feiertagsversorgung, Wochenendvergabe) kann die Verabfolgung des L-Polamidons in anderen Institutionen erfolgen (z. B. Sozialstation, Klinikambulanz). Für langfristige Verhinderungen (Urlaub, Krankheit) sollte ein ärztlicher Vertreter mit der Verabfolgung des L-Polamidons beauftragt werden.

Der Arzt oder die Vertretung müssen sich von der ordnungsgemäßen Einnahme überzeugen, d. h. die Trinklösung muß vom Patienten in jedem Falle vor den Augen der verantwortlichen Person eingenommen werden. Ist der Patient in seltenen Einzelfällen am persönlichen Erscheinen verhindert, darf in keinem Fall einem nahen Angehörigen das Medikament zum Überbringen ausgehändigt werden.

Es hat sich bewährt, die substituierten Patienten dem zuständigen Gesundheitsamt namentlich zu melden, um so Doppelbehandlungen vorzubeugen.

2.5 Behandlungsvertrag

Zwischen dem Arzt und dem Patienten wird in Abstimmung mit der Einrichtung zur psychosozialen Betreuung eine Behandlungsvereinbarung geschlossen. Darin verpflichtet sich der Patient:

- kooperativ am gesamten Behandlungsangebot mitzuarbeiten,
- sich regelmäßigen, ärztlichen Kontrollen zu unterziehen,
- das Substitut regelmäßig einzunehmen,
- auch unangemeldete Kontrollen auf Beikonsum zu ermöglichen,
- behandelnde Ärzte und psychosoziale Betreuer bzw. deren Vertreter bei deren kollegialer Zusammenarbeit von ihrer Schweigepflicht zu entbinden,
- die Bereitschaft zum Verzicht auf Konsum von anderen Suchtmitteln zu erklären,
- keinen Drogenhandel zu betreiben,
- die ärztlichen Anordnungen in Bezug auf die Teilnahme am öffentlichen Straßenverkehr zu beachten, (s. Mustervertrag).

Der behandelnde Arzt stellt dem Patienten einen L-Polamidon-Behandlungsausweis aus.

III. Kontrolle des Behandlungsverlaufes und Gesundheitszustandes

3.1 Umfassendes Therapiekonzept

Die Verabreichung des Medikamentes ist nur ein Teil der Behandlung. Es müssen regelmäßig Gespräche mit dem Patienten und medizinische Untersuchungen zur Kontrolle des Gesundheitszustandes stattfinden. Die psychosoziale Betreuung und ärztliche Behandlung sollten koordiniert werden.

3.2 Drogenscreening

Es müssen unangemeldete, stichprobenartige Urinkontrollen unter Aufsicht auf möglichen Beigebrauch anderer Drogen stattfinden. Hierbei ist insbesondere nach anderen Opiaten, Barbituraten, Benzodiazepinen, Codeinpräparaten und Amphetaminen zu suchen.

3.3 Ärztliche Kontrolle

Die Vergabe der L-Polamidon-Trinklösung hat zu unterbleiben, wenn Beikonsum besteht. Insbesondere ist darauf zu achten, daß eine gleichzeitige Einnahme von Alkohol oder anderen Sedativa zu Atemdepressionen mit tödlichem Ausgang führen kann.

In der Regel sollte spätestens alle drei Monate eine gründliche internistische/allgemeinmedizinische Kontrolluntersuchung erfolgen.

Der behandelnde Arzt ist zu einer sorgfältigen Dokumentation des Behandlungsverlaufes verpflichtet.

IV. Therapieabbruch

4.1 Beikonsum

Bei nachgewiesenem Beikonsum sollte zunächst die Ursache eruiert und nach Möglichkeiten der Beseitigung gesucht werden, dies in Zusammenarbeit mit der psychosozialen Beratungsstelle. In einem Arzt - Patienten - Gespräch lassen sich häufig Gründe finden, wie z. B. außergewöhnliche Streßsituationen, zusätzliche Erkrankung, erhöhte körperliche Betätigung, die durch Dosisanpassung zur Beendigung des Beikonsums führen. Im Zweifelsfall kann Rücksprache mit der Beratungskommission genommen werden.

4.2 Abbruchkriterien

Führt eine Ursachenforschung und die Anpassung der Therapie nicht zum gewünschten Ergebnis, gelten als Abbruchkriterien:

- fortgesetzter Beikonsum,
- Verweigerung der Kontrollen.

Von einem evtl. Abbruch der Behandlung ist unverzüglich die kooperierende Institution der psychosozialen Versorgung zu unterrichten.

4.3 Ausschleichender Entzug

Bei Abbruch der Behandlung muß dem Patienten die Gelegenheit zu einem ausschleichenden Entzug angeboten werden.

LEITFADEN ZUR BEHANDLUNG OPIATABHÄNGIGER MIT DIHYDROCODEIN-PRÄPARATEN

Präambel

Um die therapeutischen Hilfsangebote für Opiatabhängige auf eine breite Basis zu stellen, ist u. U. auch die qualifizierte Substitutionsbehandlung mit dihydrocodeinhaltigen Präparaten angezeigt. Dafür ist eine strenge Indikationsstellung ebenso erforderlich wie eine psychosoziale Betreuung. Die Behandlung mit Dihydrocodein-Präparaten kann nur unter Anlegung strengster Maßstäbe erfolgen und erfordert ein hohes Maß an Gewissenhaftigkeit. Das oberste Ziel der Behandlung Drogenabhängiger muß die Drogenfreiheit sein. Auf dem Wege dahin kann sich die Notwendigkeit einer zeitlich nicht festzulegenden Substitutionstherapie ergeben, die in der Regel mit Levomethadon erfolgen sollte. In begründeten Einzelfällen kann es notwendig sein, statt dieses Medikament ein Dihydrocodein-Präparat zu verwenden. Zur Sicherstellung einer qualifizierten Behandlung sollte die von einem Arzt betreute Patientenzahl in der Regel nicht mehr als 10 betragen. In auf die Behandlung Opiatabhängiger spezialisierten Praxen ist jedoch auch eine Behandlung von bis zu 40 Patienten möglich.

Therapievoraussetzungen

1.1 Indikation

Die Notwendigkeit zu einer Behandlung mit einem Dihydrocodein-Präparat kann sich insbesondere in folgenden Fällen ergeben:

1. Behandlung von bedrohlichen Erscheinungen im Entzug,
2. Überbrückungsbehandlung bis zum feststehenden Beginn einer Entgiftung, vor Einleitung einer qualifizierten Levomethadon-Substitutionstherapie bzw. einer Abstinenztherapie.
3. Ambulanter Opiat-Entzug
4. In Einzelfällen, in denen aus beruflichen Gründen nachgewiesenermaßen eine qualifizierte Levomethadon-Substitutionstherapie nicht möglich ist.
5. Levomethadon-Unverträglichkeit.

Darüber hinaus kann die Verordnung dihydrocodeinhaltiger Präparate bei fortgeschrittener sozialer und psychosomatischer Verelendung angezeigt sein. Dies mit dem Ziel, zunächst eine Erholung des Patienten dahingehend zu ermöglichen, ihn einem Therapiekonzept zugänglich zu machen.

1.2 Indikationsstellender Arzt

Die Indikationsstellung erfolgt durch den behandelnden Arzt. Hierbei sollte die Feststellung der Begründetheit der qualifizierten Substitutionstherapie sowie die langjährige Opiatabhängigkeit in enger Zusammenarbeit mit einem im Umgang mit Opiatabhängigen erfahrenen Fachkollegen (Klinik / Praxis) erfolgen.

1.3 Psychosoziale Betreuung

Beim Stellen der strengen ärztlichen Indikation ist ein Zusammenwirken mit Drogenberatungsstellen, Therapieeinrichtungen und mit den psychosozialen Diensten unabdingbar. Eine schriftliche Entbindung von der Schweigepflicht ist angeraten.

Durchführung der Therapie

An die Behandlung opiatabhängiger Patienten mit Dihydrocodein-Präparaten sind strengste Maßstäbe zu stellen.

Wichtige Voraussetzungen sind:

1. Gründliche Erhebung der Vorgeschichte des Patienten
2. Eingehende Untersuchung des Patienten
3. Überzeugende Indikation
4. Ständige Kontrolle, insbesondere auf Nebengebrauch, durch regelmäßige Gespräche mit dem Patienten und durch Drogenscreening ist unverzichtbar. Es hat sich nach der klinischen Symptomatik zu richten.
5. Eine gesicherte psychosoziale Betreuung durch eine Drogenberatungsstelle oder andere psychosoziale Beratungsstellen ist in der Regel erforderlich. Die Frequenz richtet sich nach dem jeweiligen Einzelfall.
6. Ein Arzt - Patienten - Gespräch ist in der Regel 1 x wöchentlich erforderlich.
7. Die Abgabe des Dihydrocodein-Präparates sollte in einer festzulegenden Apotheke in maximal 3-Tages-Dosen erfolgen. Der Apotheker sollte über Verschreibungsgewohnheiten informiert sein. Das testierte Rezept ist vor der nächsten Verschreibung dem Arzt vorzulegen.
8. Eine schriftliche Vereinbarung mit dem Patienten in Form eines Behandlungsvertrages ist ebenso angeraten wie das Einholen einer Schweigepflichtsentbindungserklärung gegenüber den beteiligten Institutionen.
9. Alle Untersuchungen, Behandlungen und Verordnungen sind zu dokumentieren.

10. Die Patienten sind auf eine eventuelle Fahruntüchtigkeit durch verminderte Reaktionsfähigkeit aufmerksam zu machen.

In den meisten Fällen ist davon auszugehen, daß eine Einstiegsdosis von 300 mg - 600 mg Dihydrocodein/täglich ausreichend ist. Die niedrigst mögliche Einhaltungsdosis richtet sich nach dem klinischen Zustand des Patienten.,

Das Modell psychosozialer Begleitung der "Odyssee", Rotterdam

Robert van Heinigen, Rotterdam

Oft ist es so, daß die Niederländische Drogenpolitik entweder in den Himmel gehoben oder unmißverständlich heruntergemacht wird. Häufig ist keine der beiden extremen Haltungen richtig, weil in den meisten Fällen einige Nuancierungen fehlen, die von allergrößter Bedeutung sind.

In den Niederlanden sind wir der Ansicht, daß Drogenkonsum ein Teil unseres Zusammenlebens ist. Daß Drogen konsumiert werden, können wir nicht leugnen und auch nicht ändern. Bedenken Sie zum Beispiel den Konsum legaler Drogen wie Alkohol. Deshalb gehen wir davon aus, daß es immer Menschen geben wird, die bewußtsein-erweiternde Mittel benötigen. Cannabisprodukte, Opiate, Kokain oder XTC werden von großen Gruppen innerhalb der Gesellschaft genommen. Einige können damit umgehen und an einen bestimmten Punkt damit aufhören, einige versuchen es nur ein einziges Mal, und es bleibt dann auch bei dem einem Mal, andere wiederum sehen Rauschgifte als entspannende Mittel an, und eine bestimmte Gruppe von Menschen wird süchtig.

Wir glauben, daß die Gesellschaft durch ihre Einstellung und ihre Vorschriften das Verhalten dieser Menschen beeinflussen kann. Dieser gesellschaftlicher Rahmen bestimmt, ob diese Gruppen "gezwungen" sind, in die Illegalität abzutauchen, um an das Rauschgift heranzukommen, wo sie eine potentielle Beute für Dealer sind, oder nicht.

Das bedeutet für uns dann auch, daß die Verantwortung des Staates weitergeht und es nicht mit der Bekämpfung des Drogenhandels allein getan ist. Diese weitergehende Verantwortlichkeit stellt einen Teil des Hintergrundes für unsere Drogenpolitik dar. Mißverständnisse in bezug auf unsere Drogenpolitik sind allenthalben noch vorhanden.

Zu den Gegnern unserer Politik will ich folgendes sagen:

Drogen sind in den Niederlanden nicht freigegeben, der Handel mit Drogen ist strafbar, von Süchtigen begangene Straftaten werden geahndet und auf dem Gebiet der polizeilichen Ermittlungen werden durchaus Anstrengungen unternommen. Die Befürworter unserer Politik setzen sich zu schnell darüber hinweg, daß unsere Politik eine Lösung darstellt, die sich in vielen Teilen nicht so einfach auf andere Länder übertragen läßt. Unsere Gesetzgebung und unsere Kultur sind deutlich in unserer Politik wiederzufinden. Toleranz und Humanität prägen zum Beispiel schon seit Jahrhunderten unser Zusammenleben in hohem Maße.

Es ist allerdings absolut nicht richtig, Toleranz damit gleichzusetzen, daß alles erlaubt ist.

Das Wesentliche der niederländischen Drogenpolitik besteht in der Unterscheidung zwischen Konsumenten und Dealern und in der Trennung von harten und weichen Drogen. Die Einstellung zu den sogenannten Softdrugs ist schwankend.

Der allgemeinen Meinung nach muß der Gebrauch von Haschisch und Marihuana auf derselben Ebene gesehen werden wie der Alkoholkonsum. Beim Verkauf dieser weichen Drogen drückt man beide Augen zu, in den meisten Fällen zumindest geht man nicht dagegen vor. Von Gesetzes wegen ist es allerdings immer noch verboten. Der Gebrauch von weichen Drogen finden wir gut, aber auch wieder nicht. Dadurch entsteht Verwirrung.

Es gibt zum Beispiel ein großes Maßnahmenpaket gegen das Fahren unter Alkoholeinfluß.

Massive Kampagnen gegeben Alkohol im Verkehr, Röhrchen zum Hineinblasen, Blutproben und so weiter. Das ist auch gut so - aber gegen das Fahren unter dem Einfluß von Cannabisprodukten gibt es kein Gesetz, keine Kontrollmöglichkeiten. Der einzige Verfolgungsgrund in solchen Fällen wäre die Gefährdung anderer Verkehrsteilnehmer oder etwas ähnliches. Merkwürdig nicht?

Erwarten Sie bitte von mir keine Erklärung.

Die Polizei kann jedoch durch diese Trennung ihre begrenzten Mittel gegen Dealer von harten Drogen und gegen Dealer von großen Partien Marihuana und Haschisch einsetzen. Das Strafmaß für Händler ist in den Niederlanden nicht ohne - erst kürzlich wurde ein großer Dealer zu einer Haftstrafe von 16 Jahren verurteilt.

Polizei und Justiz gehen gegen die Dealer vor. Die Konsumenten werden nicht aufgrund der Tatsache verfolgt, daß sie Drogen nehmen, wohl jedoch wegen Gesetzesübertretungen, die sie begehen. Die Süchtigen werden in den Niederlanden und damit auch in Rotterdam nicht verfolgt. Wir bieten ihnen Hilfe an.

Die Stadt Rotterdam verfolgt mit ihrer Politik folgende Ziele:

1. Akzeptanz des gesellschaftlichen Phänomens Drogensucht;
2. Niedrigschwellige und damit nicht primär auf Entziehung gerichtete Hilfeleistung, so daß eine größtmögliche Gruppe von Süchtigen erreicht wird, und
3. Konsequentes polizeiliches Auftreten in bezug auf Belästigungen und Straftaten, zu denen es im Zusammenhang mit Drogenkonsum kommen kann.

Rotterdam gibt 17 Millionen Gulden pro Jahr für die Drogenpolitik aus. Dieses bezieht sich auf den Alkohol- und Drogenmißbrauch. Insgesamt sind in Rotterdam etwa 265 Menschen damit beschäftigt, Alkohol- und Drogensüchtigen Hilfe zu leisten.

Odysee gehört zu den größeren niederländischen Einrichtungen auf dem Gebiet von Drogenhilfe. Bei uns sind ca. 75 Personen tätig, Ärzte, Krankenpfleger und -schwestern, Sozialarbeiter, Werkmeister und so weiter.

Wir haben in Rotterdam insgesamt 9 Häuser und zwei Methadonbusse. Wir werden mit insgesamt 5,9 Millionen Gulden subventioniert.

Für uns sind 530 der 1100 in Rotterdam zur Verfügung stehenden Methadonplätze vorgesehen. Für je drei Süchtige steht ein Platz zur Verfügung. Wir wissen fast sicher, daß es ungefähr dreitausend Süchtige in Rotterdam gibt.

Mit unserem Feldarbeitsprojekt erreichen wir neben den Süchtigen in den Methadonprogrammen noch einmal etwa 400 Süchtige auf der Straße. Schließlich verfügen wir noch über achtzehn Betten. Sechs dieser Betten sind für eine Art Notaufnahme vorgesehen und die restlichen 12 für die klinische Behandlung.

Unsere Stiftung sieht wie folgt aus:

Außer Verwaltung, zuständig für Unterhaltung von Gebäuden, Einkauf von Materialien, Buchhaltung usw., und das Stadtbüro, gibt es unsere Projekte. Die Methadonprojekte tragen die äußerst originellen Namen Zentrum, Nord und Süd, genannt nach den Stadtvierteln Rotterdams.

Es gibt auch noch unsere Werkstätte, wo sich Drogenabhängige unserer Methadonprojekte an die Regelmäßigkeit und arbeitsvoraussetzende Verhaltensweisen gewöhnen können.

Und dann verfügen wir noch über einen Feldarbeitsprojekt mit dem Namen "Hadon". Ich werde Ihnen später etwas über Feldarbeit, Informationen und Prävention und Methadonherausgabe erzählen.

Mit den finanziellen Mitteln, Arbeitskräften und Gebäuden wollen wir drei Ziele erreichen, die sich an die Rotterdamer Zielsetzungen anlehnen.

1. Hilfeleistung für Süchtige;
2. Verminderung der schädlichen Folgen des Drogenmißbrauchs auf die Gesellschaft,
3. weiteres Anwachsen des Problems vorbeugen.

Wir halten den Konsum von Drogen nicht für normal, und wir halten ihn deshalb auch nicht für empfehlenswert. Einige Formen des Gebrauchs spielen sich auf einer Ebene ab, auf der dem Individuum und der Gesellschaft kein Schaden zugefügt wird. Auch ich habe schon einmal ein Gläschen zuviel getrunken, es hat keinen Schaden ange richtet, und ich bin nicht alkoholsüchtig geworden. Ich kann meinen Konsum kontrollieren. Solange diese Bedingungen gegeben sind - kein Schaden und kontrollierter Konsum - halte ich Drogenkonsum für akzeptabel. Leider führt Alkoholmißbrauch oft zu Schäden, und eine Kontrolle ist häufig auch nicht gegeben. In den Niederlanden gibt es 400.000 bis 800.000 Problemtrinker.

Der Konsum von harten Drogen ist fast schon gleichzusetzen mit großen Schäden und gänzlicher Unkontrolliertheit. Gegen Schäden und für Kontrolle setzen wir uns ein. Was mich anbelangt, so ist der Verzicht auf den Konsum die beste Form der Kontrolle.

Was machen wir also:

- Aufklärung und Prävention.
- Feldarbeit.
- Methadonversorgungsprogramme.

- Fürsorgeprogramme für Süchtige mit psychiatrischem Hintergrund.
- Klinischer und ambulanter Entzug.

Wie gesagt leben wir großen Wert darauf, den Drogenmißbrauch zu verhindern und die Gesellschaft vor den schädlichen Folgen des Drogenmißbrauchs zu schützen. Die Arbeit unseres Feldarbeitsprojektes "Hadon" ist zum großen Teil auf diese Ziele ausgerichtet.

An erster Stelle wenden wir uns an Gruppen potentieller Konsumenten. Wir suchen diese Gruppen in ihrer eigenen Umgebung auf. Die Informationen sind nicht so ausgelegt, daß ihnen die schrecklichsten Geschichten über Rauschgift und seine Folgen aufgetischt werden. Ebensovienig setzen wir Schulklassen einen verlotterten Junkie vor, der erzählt, wie schlecht es ihm doch geht. Denn gerade potentielle Konsumenten oder Verwender im Anfangsstadium werden immer sagen, daß aus ihnen kein Abhängiger wird. Sie können mit ihrem Konsum umgehen, in ihren Augen ist Dope gut und diejenigen, die etwas anderes behaupten, sind ewige Nörgler.

Wir versuchen daher, diese Gruppen über die schädlichen Folgen des Konsums aufzuklären, ohne zu übertreiben. Wir versuchen, ihnen die Alternativen aufzuzeigen: Drogen ja oder nein, mit allen Vor- und Nachteilen. Egal ob es um Tabak, Alkohol, weiche oder harte Drogen geht. Ehrliche Aufklärung ermöglicht es ihnen, eine Wahl zu treffen.

Zu unserer Feldarbeit gehört auch die praktische Weiterbildung und Unterstützung von Berufsgruppen, die während ihrer Arbeit mit Süchtigen zu tun haben. Sie lernen bei uns, wie sich ein Süchtiger verhält, wir weisen sie auf Dinge hin, die man bei Süchtigen per se tun muß oder tunlichst unterlassen sollte, und wir machen ihnen vor allem deutlich, nicht selbst bei der Betreuung von Süchtigen herumzudoktern. Wir informieren sie über die Einrichtungen, an die Süchtige weiterverwiesen werden können, und so weiter.

Wir haben in diesem Rahmen zum Beispiel Kurse für Polizeibeamte und Eisenbahnbeschäftigte gegeben.

Wir sind uns nur allzusehr bewußt, daß Süchtige in einzelnen Stadtgebieten für eine Menge Ärger sorgen können. Spritzen auf der Straße, Dealer im Viertel, ungebührliches Verhalten auf der Straße und so weiter. Wir nehmen Kontakt zu Stadtteilgruppen auf, von denen wir wissen, daß sie in ihrem Viertel ein Problem haben. Wir versuchen, so viele Betroffene an einen Tisch zu bringen wie möglich. Anwohner, Jugendheime, Polizei, Straßenreinigung, Baugenossenschaften, um nur ein paar zu nennen. Unsere Arbeit zielt darauf ab, zusammen mit dem Stadtteil Lösungen zu finden.

Wie ich bereits zu Beginn dieser Einleitung ausgeführt habe, ist der Ausgangspunkt, daß der Drogenkonsum ein Teil unserer Gesellschaft ist. Das gilt auch für die eigene Nachbarschaft. Man kann das Problem nicht einfach verschwinden lassen.

Man muß lernen, damit umzugehen, ohne die eigenen Grenzen von Gut und Böse ändern zu müssen. Andererseits versuchen wir alles, um mit den Süchtigen in Kontakt zu kommen. Glauben Sie mir, mit dieser Gruppe kann man gut ins Gespräch kommen, wenn es um Verantwortung in bezug auf den Stadtteil geht, in dem sie leben. Wir zeigen ihnen, wie sie ihre Spritzen loswerden können, ohne sie auf den Straßen herumliegen zu lassen. Wenn wir ihnen neue Spritzen und Container geben, dann verfolgen wir damit nur das Ziel, daß sie ihre vollen Container wieder zurückbringen. Dann geben wir ihnen wieder einen leeren Container und neue Spritzen mit. Bitte - wir sagen damit nicht: "Mach nur weiter so, wir helfen dir schon." Unsere Verantwortung ist auf dieser Ebene viel eher im Schutz der Gesellschaft als in der Hilfelei-

stung für Abhängige zu suchen. Denken Sie nur an die Gefahren von AIDS, Hepatitis, TBS.

Wir geben also an die Drogenabhängigen Spritzen aus. Wir machen das schon seit Jahren, und die Ergebnisse geben uns recht. Wir haben bis jetzt die niedrigste Zahl HIV-infizierter Drogenabhängiger. Na und, werden Sie sagen. Aber auch hier gilt unsere Sorge dem Zusammenleben.

Durch ihre Anwesenheit in der Welt der Prostitution stellen die Abhängigen eine Art "Durchreise" zur "normalen" Welt dar. AIDS, Hepatitis, TBC und Geschlechtskrankheiten finden auf diese Art und Weise Zugang zur Bevölkerung. Ein Mann, der es für nötig hält, sich sein Vergnügen ohne Kondom zu besorgen, kann Krankheiten an seine Ehefrau weitergeben. Deshalb verteilen wir auch Kondome an die Drogenabhängigen und raten ihnen dringend, niemals ohne Kondom zu arbeiten.

Diese Arbeit verrichten wir hauptsächlich auf der Straße und in eher dubiosen Häusern. Das geht auch nicht anders, vom Schreibtisch aus würde uns das absolut nicht gelingen. Nachmittags und abends gehen wir deshalb auf die Straße, unter anderem mit einem zu diesem Zweck ausgestatteten Bus. Wir sind am Hauptbahnhof anzutreffen und arbeiten dort mit großen Gruppen Drogensüchtiger, wir arbeiten in einer Homoprostitutionszone und zu einem kleinen Teil auch an einem Ort mit heterosexueller Prostitution.

Der nächste Punkt, den ich Ihnen erläutern möchte, ist die Hilfeleistung für Abhängige.

In der Vergangenheit wurden nur wenige oder gar keine präventiven Maßnahmen ergriffen. Unsere Gesellschaft wurde vor ungefähr 15 Jahren quasi von diesem Problem überfallen. Viele der von uns betreuten Süchtigen haben auch schon eine so lange Abhängigkeit hinter sich. Ihnen gilt unsere Hilfe. Uns dies führt wiederum häufig zu Mißverständnissen. Jeder kann - sowohl den Befürwortern als auch den Gegnern von Methadon zufolge - mal eben so Methadon bekommen. Das entspricht aber absolut nicht der Wahrheit. Die Methadonvergabe ist an eine ganze Reihe von Bedingungen geknüpft. Echte Abhängige können zwar in der Regel immer ihr Methadon bei uns bekommen, sie müssen allerdings dafür ein Verfahren durchlaufen.

Wir bieten ihnen Hilfe auf drei Ebenen an:

- Fürsorge
- Betreuung
- Behandlung.

Wenn wir über Fürsorge und Betreuung sprechen, geht es häufig um eine Versorgungsdosis. Unsere Fürsorgeklienten, zum Beispiel unsere Klienten mit einer psychiatrischen Störung, werden wahrscheinlich ihr Leben lang abhängig bleiben und unsere Fürsorge benötigen. Methadon ist in diesem Fällen nicht mehr und sicher auch nicht weniger als ein Kontaktmittel. Über Methadon und die damit verbundenen Kontakte sind wir in der Lage, die Klienten zu beobachten und dafür zu sorgen, daß sie weiterhin ein menschenwürdiges Leben führen. In der Betreuungsgruppe gibt es hingegen viele, die nichts wollen. Sie entscheiden sich noch immer für ein Leben mit Dope. Sie sind auch nicht für die von uns angebotene Behandlung empfänglich. Trotzdem bekommen sie eine Versorgungsdosis, denn für diese Gruppe gilt, daß unsere Hilfe dazu dient, daß sie einigermaßen in der Gesellschaft zurechtkommen.

Im Gegensatz zu den Fürsorgeklienten meinen wir jedoch, daß diese Klienten für die Schritte, die sie unternehmen oder unterlassen, selbst verantwortlich sind. Wenn sie

also, zum Beispiel, Probleme mit ihrem Vermieter bekommen, müssen sie die selber lösen. Sie haben den Mist eingebrockt und müssen ihn auch selbst wieder ausbaden. Bei unseren Fürsorgeklienten kümmern wir uns darum. Sie sind häufig selbst dazu nicht in der Lage.

Wenn ein Klient allerdings implizit oder explizit zu erkennen gibt, daß er etwas gegen die Abhängigkeit tun will, dann stehen wir für ihn bereit. Diese Klienten kommen dann in ein Behandlungsprogramm.

Die Behandlung kann auch so aussehen, daß der Klient nicht mit Methadon aufhören kann, aber seinen zusätzlichen Rauschgiftkonsum aufgeben will. Auch das ist möglich. Man kann einigermaßen im menschlichen Zusammenleben zurechtkommen, auch wenn man Methadon nimmt. Ziel dieser Programme ist selbstverständlich, keinerlei Rauschgifte mehr zu gebrauchen, also auch kein Methadon.

Kann man als Klient bei uns anrufen und sein Methadon bekommen? Nein, so einfach geht das nicht. Man muß sich auf jeden Fall zu einer besonderen Sprechstunde anmelden oder einen Termin haben.

Danach muß der Klient zu einem Sozialarbeiter. Dieser bestimmt in erster Linie, welche Möglichkeiten bei dem Abhängigen gegeben sind. Bei geringer Motivation wird er oder sie direkt zum Versorgungsprogramm weitergeleitet. Bestehen Zweifel, wird er oder sie an ein Beobachtungsprogramm verwiesen. Um feststellen zu können, welche Möglichkeiten bei einem bestimmten Klienten bestehen, bedienen wir uns unter anderen psychologischer Tests. Auch wenn man sich schon zum zehnten Mal anmeldet, muß man sich dem Gang zum Arzt und zum Sozialarbeiter unterziehen. Klienten mit genügend Motivation werden direkt in ein ambulantes oder klinisches Behandlungsprogramm geschickt.

Das Verfahren läßt sich am besten mit einem Zug vergleichen. Der Klient steigt hinten in den letzten Waggon ein. Hier werden noch kaum Anforderungen an ihn gestellt. Keine Gewalt, keine Waffen, nicht dealen oder Rauchgift nehmen und nicht mit gestohlenen Sachen handeln. Wir wissen, daß die Klienten noch zusätzlich Drogen zu sich nehmen, aber das interessiert uns nicht so sehr. Wenn ein Klient aber mehr will, stellen wir auch höhere Anforderungen an ihn. Er oder sie können sich in den nächsten Waggon begeben.

Will zum Beispiel ein Klient, daß wir ihm bei Problemen helfen, dann fordern wir von ihm, er solle mit dem zusätzlichen Konsum aufhören. In dieser Phase werden den Abhängigen auch mehr Privilegien zugestanden. Sie können bei allen möglichen Aktivitäten mitmachen. Wollen sie noch einen Waggon weitergehen, stellen wir zum Beispiel die Forderung, daß sie ihre Methadondosis herabsetzen. Und das geht immer so weiter, bis sie vorn im Zug angelangt sind und wieder als clean in die Gesellschaft entlassen werden können. Viele Klienten brechen unter dem Druck unserer Forderungen zusammen, sie fallen zurück.

Wir versuchen in solchen Fällen dahinterzukommen, was genau im Kopf des Klienten vorgegangen ist. Wir lassen sie dann lieber einen Waggon zurückgehen, als sie aus dem Zug fallen zu lassen.

Lassen Sie mir bitte die Vergleichung mit dem Zug weiter ausarbeiten. Unsere Einrichtung entwickelt in Augenblick verschiedene Züge. Wir entwickeln, so zu sagen, ein Eisenbahnnetz mit Fahrplan. Ist ein Zug nicht in der Lage der Klient zum

Bestimmungsort zu bringen, dann kann er oder sie am Bahnhof aussteigen und übersteigen in einem anderen Zug.

Hilfe nach Maß.

Wie sieht das praktisch aus?

Wie bieten folgende Bereiche an:

Harm reduction

Dieser Bereich besteht aus zwei Routen, die eine ohne, die andere mit Methadon.

1. den Abhängigen wird ein Angebot gemacht, um die schädlichen Folgen des Rauschgiftkonsums und die schädlichen Folgen von eventuellen ungesundem Verhalten so viel wie möglich zu begrenzen oder zu vermeiden.
2. Klienten, die durch ihre gegenwärtige Lebensweise lediglich ab und zu und unregelmäßig nach Methadon fragen, wird Methadon erteilt, gekoppelt an "harm reduction". Diese Abhängigen haben außer Methadon keine weiteren Bedürfnisse nach Hilfe.

Intensive Fürsorge

Der Bereich der intensiven Fürsorge besteht aus zwei Routen. Hierbei ist es wichtig, daß die Hilfe, so lange wie nötig, einen Teil der Verantwortlichkeiten des Klienten übernimmt.

1. Klienten, die wegen bestimmter Umstände keine oder kaum eigene Verantwortung übernehmen können, wird Methadon erteilt, gekoppelt an eine Kombination intensiver medizinischer und sozialer Begleitung.
2. Klienten, die das Bedürfnis haben, für kurze Zeit bei der Drogenhilfe aufgenommen zu werden, wird für kurze Zeit (einige Wochen) intensive medizinische und soziale Begleitung angeboten. Dies ist möglich, falls notwendig, in Kombination mit Aufnahme rund um die Uhr.

Betreuung und Begleitung

Der Bereich der Betreuung und Begleitung besteht aus drei Routen; Im Mittelpunkt steht die Methadonverteilung, dem stehen medizinische und soziale Betreuung und Begleitung zur Seite. Verschiedene Abstufungen müssen vorgenommen werden:

1. Es gibt Klienten, die Methadon als Grundlage gebrauchen und dies mit anderen Mitteln kombinieren. Methadon ist das einzige Hilfsbedürfnis, das sie haben. In diesem Fall wird Methadonverteilung an "harm reduction" und gelegentliche Begleitung (monitoring) gekoppelt.
2. Es gibt auch Klienten, die ihren Konsum mittels Methadon stabilisieren. Bei ihnen wird die Methadonverteilung an Begleitung (Monitoring und Motivierung) gekoppelt.

3. Dann gibt es noch Klienten, die mit Methadon und dem Gebrauch anderer Drogen ein regelmäßiges Leben führen. Hier wird die Methadonverteilung an verfahrensmäßige Begleitung gekoppelt.

Behandlung und Therapie

Alle Klienten, die mit jeder Art von Drogenkonsum aufhören möchten, wird auf Reduktionsbasis Methadon erteilt in einem durch den Klienten bestimmten Tempo. Diese Verteilung wird an intensive Begleitung gekoppelt. In diesem Bereich gibt es unterstützende Therapien, wie Akupunktur, Drama, Arbeits- und Kreative Therapie. Einmal pro Woche ein Behandlungsgespräch. Wenn notwendig wird einer an einer drogenfreien therapeutischen Gemeinschaft verwiesen. Leider ist Drogengebrauch noch immer eine Kontra-Indikation bei einer Verweisung an ein Institut für Psychotherapie.

Auch wird materielle Hilfeleistung geboten und es gibt die Möglichkeit in unserem Wohnprojekt "Rivo Torto" rund um die Uhr aufgenommen zu werden.

Denn der Weg, der zu einem normalen Leben führt, ist lang und äußerst schwierig. Die Amerikaner kennen ein schönes Sprichwort dafür: "You need a lot of kissing to change a frog into a prince". Das ist der Grund, warum wir auf "im Kontakt mit den Klienten bleiben" stehen.

Im Durchschnitt versucht ein Klient sieben- oder achtmal, clean zu werden und es auch zu bleiben. Dabei hängt alles von seiner Motivation und seinem Durchsetzungsvermögen ab.

Zum Schluß noch einige Anmerkungen zur Abrundung meines Vortrags. Die Niederländische Drogenpolitik ist meiner Ansicht nach eine gute Politik. Sie ist allerdings in unserem Zusammenleben verwurzelt und funktioniert deshalb in den Niederlanden. Wie gesagt, handelt es sich um ein Mißverständnis, daß in den Niederlanden alles erlaubt ist. Die Verfolgung durch unsere Polizei und Justiz ist sicher nicht weniger streng als in anderen Ländern. Wir sehen allerdings die Süchtigen auch als Opfer. Die Gesellschaft muß für diese Gruppe eine bestimmte Verantwortung übernehmen. Wir setzen uns außerdem sehr für Vorbeugungsmaßnahmen ein, damit nicht noch mehr Schaden als Folge des Drogenmißbrauchs entsteht.

Wir normalen Bürgern Schaden zugefügt, tolerieren wir das nicht etwa, und unsere Klienten wissen das auch. Unsere Arbeit soll sowohl den Drogenkonsumenten als auch dem Zusammenleben aller helfen.

Was wir noch nicht in den Griff bekommen haben, ist der mehrfache Drogenkonsum. Viele unserer Klienten nehmen nicht nur Methadon oder Heroin, sondern auch alle möglichen Pillen: Benzodiazepinen (Tranquillizer), Amphetaminen (Aufputzmittel), Barbituraten (Schlafmittel) und natürlich Kokain. Darauf haben wir noch keine Antwort gefunden, denn Methadon hilft ja nicht gegen Pillen und Kokain.

Unsere Klienten werden im Durchschnitt immer älter. Das bedeutet, daß es auch immer schwieriger wird, sie nach der Behandlung wieder in die Gesellschaft einzugliedern.

Wir tun zu wenig, um unsere Politik anderen deutlich zu machen und andere dazu zu bewegen, uns einmal gut zuzuhören. Was das betrifft, sind wir schlechte Geschäftsleute. Wir haben eine erfolgreiche Geschichte zu erzählen, aus der andere ihren Nutzen ziehen können.

Es gibt nämlich positive Ergebnisse: In den Vierteln, in denen wir unsere Feldarbeit leisten, ist die Belästigung durch herumliegende Spritzen nahezu aus der Welt geschafft. Die Belästigung durch Dealer und ihre Kunden ist in diesen Vierteln auf ein erträgliches Niveau gesunken. Der Dialog mit der Polizei funktioniert.

Die Zahl der Raumdgiftsüchtigen stabilisiert sich in den Niederlanden, Jüngere kommen kaum hinzu. Die Zahl der HIV-infizierten Süchtigen ist sehr niedrig, ebenso die Zahl der Drogentoten. Aber wir sind noch lange nicht mit unserer Arbeit fertig. Ich verspüre hin und wieder eine gewisse Arroganz in bezug auf unsere Politik. Wir sollen, so meinen zumindest einige, die Weisheit gepachtet haben. Ich selbst denke das nicht. Wir haben Fehler gemacht und machen noch immer Fehler, von denen wir lernen müssen.

Ich bitte alle ausländischen Kollegen, uns kritisch zu betrachten, aber auch die positiven Auswirkungen unserer Arbeit zu berücksichtigen. Vielleicht können Sie einige Elemente für Ihre eigene Situation verwenden. Wenn es um die gemeinsamen Zielsetzungen geht, werden wir uns sicher schnell einig. Eine Gesellschaft, die nicht unter den Folgen des Drogenmißbrauchs leidet, bleibt unser Hauptziel.

Plädoyer für eine therapeutische "Orientierung" der akzeptierenden Drogenarbeit

Die psychosoziale Begleitung des nordrhein-westfälischen Methadon-Erprobungsvorhabens durch die Krisenhilfe Bochum

Joachim Dörner, Bochum

Zunächst einmal möchte ich den Untertitel meines Vortrags insofern erläutern, als es in der Praxis kein Gesamtmodell für das Landesmethadonprogramm gibt, sondern in den acht bestehenden Standorten acht unterschiedliche Modelle, die sich stellenweise stark ähneln, zum Teil aber auch stark differieren. Deshalb spricht der Vortrag von der Entwicklung eines Modells in Bochum, auch wenn ich hoffe, daß wesentliche Bestandteile dieses Modells einmal Eingang in Strukturen künftiger Substitutionsbehandlungen finden werden. Da die folgenden Ausführungen nicht nur eine Beschreibung praktischer Erfahrungen sein sollen, sondern auch in hohem Maße gedankliche Konsequenzen darstellen sollen, möchte ich das Ganze zum Zwecke besserer Verständlichkeit in drei Teile untergliedern:

Zunächst einmal möchte ich Ihnen aus meiner Sicht einen Blick auf die Ausgangsvoraussetzungen des Landesprogramms vermitteln und daraus diagnostische Konsequenzen ziehen;

zweitens möchte ich Ihnen kurz erläutern, was ich speziell mit dem Begriff "Orientierung" in der Überschrift meine und drittens soll noch ein kurzer Blick auf die praktischen Konsequenzen folgen.

Zum ersten Punkt: Das nordrhein-westfälische Erprobungsvorhaben war von Beginn an von seinen Zugangsvoraussetzungen her mit einem spezifischen Problem konfrontiert: Alle Teilnehmer hatten mindestens zwei Abstinenztherapieversuche hinter sich und waren damit gescheitert, und auch wenn hier gewisse Unzulänglichkeiten in der stationären Drogenarbeit aufscheinen, möchte ich die bis zu neun vergeblichen Therapieabläufe unserer Klientel in erster Linie als Indiz für die Trägheit ihrer persönlichen Problematik ansehen. Das soll heißen, daß es sich bei den Teilnehmern des Erprobungsvorhabens um Personen mit einer verhältnismäßig schwer zu beeinflussenden Suchtproblematik handelt. Praktisch hatte das die Konsequenz, daß es den "unproblematischen" Patienten, der nach der Einstellung auf eine für ihn wohltuende Erhaltungsdosis Methadon zielstrebig die Bearbeitung seiner Probleme angeht und nach zwei bis drei Jahren konstruktiver Zusammenarbeit vom Methadon entgiftet werden kann, auf den wir so große Hoffnungen gesetzt hatten, überhaupt nicht gab. Jeder Bochumer Patient hatte zu irgendeinem Zeitpunkt im Programm zusätzlichen problematischen Konsum berauschender Substanzen, und mehrere sind im Verlauf der Substitution so schwer dekompenziert, daß die Behandlung nicht mehr zu verantworten war. Ich will damit nicht sagen, daß es den unproblematischen Klienten in

Substitutionsbehandlungen nicht geben kann, sondern will im Folgenden von der Annahme ausgehen, daß sich aus diesem Typ nicht die spezifische Zielgruppe professioneller Drogenarbeit rekrutiert, sondern daß das Augenmerk unserer konzeptionellen Überlegungen auf den Klienten gerichtet sein sollte, der durch Symptome wie Beigebrauch, aggressive Impulsdurchbrüche und kriminelle Handlungen im Rahmen seiner verzweifelten Sprachlosigkeit Hilfsappelle an uns richtet und der es uns gleichzeitig aufgrund seiner panischen Angst vor der Konfrontation uns seinem übermächtigen Mißtrauen gegenüber jedem Anderen fast unmöglich macht, strukturell wirksame Hilfsangebote zu verwirklichen. Aus unserer inzwischen fünfjährigen Arbeit mit dieser Klientel haben wir die folgenden fünf diagnostischen Leitgedanken entwickelt, von denen wir meinen, daß sie mehr oder weniger für alle der oben beschriebenen, "problematischen" Klienten gelten:

1. Es handelt sich bei ihrer Problematik in aller Regel um eine frühe Störung. Das heißt, daß die Ich-Strukturen sich nicht in einem hinreichend fördernden Klima entwickeln konnten und daher den Anforderungen einer belastenden Realität in den meisten Fällen nicht gewachsen sind. Diese Vermutung wurde kürzlich empirisch bestätigt durch eine Untersuchung (Hartkamp et al. 1993), bei der sich die Ich-Funktionen (z. B. Objektkonstanz, Realitätswahrnehmung, Frustrationstoleranz, Fähigkeit zum vorausschauenden Planen) von Suchtpatienten denen von anderen Psychotherapiepatienten als deutlich unterlegen erwiesen.
2. Die zu schwachen Ich-Strukturen sind konfrontiert mit einem überstrengen und grausamen Über-Ich, das zwar zwischenzeitlich Scheinerfolge durch Anpassungsleistung produziert, langfristig aber immer wieder zu autoaggressiven und destruktiven Impulsen führt. An dieser Stelle ist besonders zu nennen die von mir bei allen Bochumer Patienten beobachtete massive Schamproblematik, d. h., der Klient schämt sich im tiefsten Innern so sehr für sich selbst, daß es ihm zunächst einmal gar nicht möglich ist, sich ohne Zensur mir anzuvertrauen, so daß seine Introspektionsfähigkeit massiv eingeschränkt ist und er deshalb oft auch wenig kooperativ erscheint.
3. Bei der Opiatabhängigkeit handelt es sich um eine Beziehungsstörung, d. h., es ist dem Klienten im bisherigen Leben nicht gelungen, hinreichend wohlwollende Objekte und die Struktur der Beziehung mit ihnen zu verinnerlichen. Hier etwas bewegen zu wollen heißt, sich auf eine reale emotionale, persönliche, aber nicht private Beziehung zum Klienten einzulassen und diese auch über die unterschiedlichsten Enttäuschungen und Konflikte aufrechtzuerhalten.
4. Weiterhin liegt in aller Regel eine Identitätsstörung vor, d. h., die Beziehung zu den früheren Bezugspersonen ist nicht durch Identifizierung, sondern durch Verweigerung und Ablehnung charakterisiert, was sich auch und besonders in einer Konfusion der geschlechtlichen Identität zeigt.
5. In ganz besonderem Maße scheinen die Handlungen des Opiatabhängigen, und speziell die Wirkung des Opiats selbst, das Problem seiner Ich-Grenzen zu thematisieren. Der Schutz gegen eine Überflutung durch emotionale Außenreize, die extreme Dünnhäutigkeit gegenüber Belastungen, unübersehbare Schwierigkeiten mit der Nähe-Distanz-Regulierung und der auffallend problematischen Umgang mit realen und symbolischen Grenzen (Regeln und Gesetzen) sind, bewußt oder unbewußt, ständiges Thema im Verhalten der Klienten und, konsequenterweise, in den Gegenübertragungsempfindungen und auch den Reaktionen der Berater und Therapeuten. Speziell zu diesem Aspekt der Störung

scheinen auf Seiten der Therapeuten die größten Schwierigkeiten zu bestehen, was sich z. B. in einem abrupten Wechsel zwischen invasivem Bohren nach Gefühlen des Klienten (meines Erachtens eine Form mangelnden Respekts vor seinen Grenzen) und einer schroffen Distanzierung in anderen Situationen ausdrückt. Auch die Frage, ob Klienten geduzt oder gesiezt werden, scheint mir in diesen Problembereich zu gehören.

Alle diese Punkte erfordern sicherlich noch genauere Untersuchungen, scheinen mir aber die charakteristischen Problemfelder bei der Opiatabhängigkeit hinreichend gut zu erfassen.

Zur therapeutischen Orientierung: Auf diesen Begriff aufmerksam geworden bin ich anlässlich seiner Negation in einer Vorgabe des Landesdrogenprogramms zum Modellprojekt "Niedrigschwellige Drogenarbeit": "punktuelle Hilfe zur gesundheitlichen und beruflichen Stabilisierung ohne therapeutische Orientierung" (zit. nach Hentschel 1992, p.3). Demgegenüber möchte ich hier folgende Hypothese aufstellen: Niedrigschwellige Arbeit braucht die therapeutische Orientierung, um nicht ganz ohne Orientierung dazustehen. Damit ist nicht eine Konfrontation um jeden Preis und auch kein Erzwingen von therapeutischer Interaktion gemeint, sondern damit soll gesagt werden, daß professionelle Drogenarbeit das Agieren ihrer Klienten mit einem therapeutischen orientierten Beobachten und Verstehen begleitet und ihnen, ausgehend von der Annahme ihrer Hilfsbedürftigkeit, sämtliche Hilfen auch zu dem Zwecke anbietet, eine therapeutische Hilfestellung im engeren Sinne zu ermöglichen, d. h.,

1. Effekt lebenserhaltender Hilfen sollte, soweit möglich, auch die behutsame Entstehung einer therapeutisch nutzbaren Beziehung sein, und
2. der professionelle Drogenarbeiter sollte mehr und mehr in die Lage versetzt werden, das Agieren der Klienten als spezifische nonverbale Botschaft vor dem Hintergrund persönlichen Leidens zu verstehen. Dieses Verstehenwollen geht allerdings weit über eine in der akzeptierenden Drogenarbeit geläufige Meinung hinaus, für die ich hier stellvertretend Heino Stöver (1990) zitieren möchte: "Auch persönlich unverständliches Drogenkonsumverhalten kann als eine persönliche Entscheidung mit einem anderen Wertkonzept akzeptiert werden, als ein Lebensstil - selbst wenn man ihn niemals übernehmen wollte." (p15). Hier wird eine freie Entscheidung postuliert, deren Annahme sich meines Erachtens in Anbetracht der sichtbaren Verzweiflung der Drogengebraucher nicht aufrechterhalten läßt. Daß sich akzeptierende Arbeit und therapeutische Orientierung nicht ausschließen, sondern vielmehr erfolversprechend ineinandergreifen können, scheint mir eigentlich naheliegend, denn jede andere therapeutische Arbeit, sei sie medizinisch oder psychotherapeutisch, ist in dem Sinne akzeptierend, als auch dort nicht schon das Verhindern oder gar Verbot von Symptomen für therapeutisch gehalten wird, sondern der Respekt vor der Sinnhaftigkeit des Symptoms Ausgangspunkt diagnostischer und therapeutischer Überlegungen ist. Analog dazu scheint mir eine therapeutisch orientierte akzeptierende Drogenarbeit die fruchtbare Synthese aus den bisherigen Tendenzen der hochschwelligeren therapeutischen Arbeit und der niedrigschwelligeren Angebote ohne therapeutische Orientierung zu sein.

Zur Praxis: Um das Problemfeld aufzuzeigen, indem sich die Substitutionsbehandlung bewegt, möchte ich diesen Abschnitt mit einem Zitat aus dem Substitutionsbericht der Berliner Ärztekammer beginnen: "In den meisten Untersuchungen werden soziale Parameter als vermutete Indikatoren für seelische Gesundheit gemessen. Ob die von vielen Befürwortern der Substitution erstrebte soziale Anpassung aber tatsächlich mit größerer seelischer Gesundheit einher-

geht, bleibt fraglich." (Jacobowski 1992, p. 28). Daraus möchte ich für die Praxis folgende Konsequenz ziehen: Nicht die soziale Anpassung, sondern das seelische Wohlbefinden des Klienten sollte der wichtigste Parameter in der Einstellung des Drogenarbeiters zu seinen Klienten sein. Damit will ich sagen: Solange das Wohlbefinden des Klienten nicht eine bestimmte Mindeshöhe erreicht hat, bleiben alle Erfolge Anpassungsleistungen und drücken keine Tendenz zur Selbstverwirklichung aus, wodurch sie weiterhin von Spannungen belastet bleiben und sich oft nicht als hinreichend tragfähig erweisen. Dieses Bemühen um das Wohlergehen des Klienten heißt aber nicht, und dadurch wird die Sache kompliziert, daß der Berater immer das tun sollte, was der Klient von ihm fordert, sondern das seelische Wohlbefinden des Klienten kann es durchaus erfordern, daß ich mir in bestimmten Situationen seinen Zorn zuziehe und einen Spannungsabbau dadurch befördere, daß ich den Konflikt mit ihm aushalte. Der schwierigste Punkt scheint mir darin zu bestehen, im Konflikt mit dem Klienten die Beziehung zu ihm aufrechtzuhalten. Die Erfahrungen in Bochum haben uns gezeigt, daß es zu schweren Eskalationen immer dann kam, wenn das "Nein" des Mitarbeiters mit dem Vermitteln von Ablehnung und damit einen partiellen Beziehungsabbruch einherging. Auf der anderen Seite scheinen mir z. B. die Bremer Erfahrungen zu zeigen, daß eine Vielzahl von Versorgungsangeboten eine für die Mitarbeiter nicht mehr zu ertragende Eskalation keineswegs verhindert (siehe hierzu hierzu "Drogenberatung auf dem Horrortrip", taz Bremen vom 26.03.1993). Obwohl wir sehr wohl das Gefühl haben, daß wir im Umgang mit den meisten Klienten die ideale Balance zwischen "Hilfs-Ich"-Angeboten (Winnicott 1974) und den in einer Beziehung notwendigen Versagungen noch nicht gefunden haben, scheint sich eine auf den jeweiligen Entwicklungsstand des Klienten abgestimmte "Höherdosierung" aufdeckender und Konflikte nicht vermeidender Interaktion zu bewähren, die durch folgende Grundzüge charakterisiert ist:

- Das Angebot einer unverbindlichen und behutsamen Kontaktaufnahme sowohl zur Einrichtung als auch zum einzelnen Betreuer im Rahmen des Cafes;
- Das Bereitstellen lebens- und gesundheitserhaltender Grundversorgung vom warmen Essen bis zur Waschmaschine;
- Das Akzeptieren des Rauschmittelkonsums als (noch) notwendige Selbstbehandlung zur Linderung unerträglicher Spannungs- und Unlustgefühle;
- Das Aufbauen einer im weitesten Sinne therapeutischen Beziehung vermittelt der Reduktion von Spannung und Unlust durch menschliche Hilfestellung, z. B. durch Begleitung und Hilfe gegenüber Gerichten, Ämtern sowie bei der Wohnungs- und Arbeitssuche etc.;
- Das Bemühen um ein jeweils für den einzelnen Klienten handhabbar-Beziehungsangebot, bei dem die je eigene Persönlichkeitsstruktur soweit wie möglich berücksichtigt werden soll;
- Das Verstehen des oft unerfreulichen Agierens der Klienten (Lügen, Dealen, Diebstähle, Aggressivität) nicht als Boshaftigkeit, sondern als Symptom und damit als Botschaft und diagnostischen Hinweis;
- Die Weiterentwicklung der zunächst im weiteren Sinne therapeutischen in eine mehr und mehr im engeren Sinne therapeutische Beziehung, von einer mehr unterstützenden in eine eher aufdeckende und Einsicht vermittelnde Interaktion.

Dies ist nur ein verhältnismäßig grobes Raster und ersetzt vor allem nicht die intensive Auseinandersetzung mit dem Einzelfall. Dies möchte ich zum Ende noch veranschaulichen am Beispiel des Umgangs mit der mangelnden Zuverlässigkeit der Klienten bei der Einhaltung von Terminen. Ausgehend von der Prämisse, daß eine therapeutische Interaktion von Kontakt zum Klienten zur notwendigen Voraussetzung hat, sind zu diesem Thema im Laufe des Programms die unterschiedlichsten Strategien ausprobiert worden, wobei es mir im Moment so scheint, als gäbe es keine Methode, die für alle Klienten gut ist, sondern als müsse das Vorgehen, vom kommentarlosen Tolerieren des Wegbleibens über das briefliche und telefonische Erneuern des Gesprächsangebotes bis hin zum Androhen des Behandlungsabbruches, immer auf die Möglichkeiten des Klienten, auf den Stand der Beziehung zwischen Therapeut und Klient und auf die spezifische Botschaft, die im Wegbleiben steckt, abgestimmt werden. Dieses Beispiel soll auch zum Abschluß noch einmal veranschaulichen, daß es gerade im Rahmen einer therapeutischen Orientierung kaum Maßnahmen gibt, die immer richtig sind, sondern die Abstimmung auf den Einzelfall vor dem Hintergrund der bestehenden Beziehung zu ihm die oberste Richtschnur ist.

LITERATURVERZEICHNIS:

Hartkamp, N., DAVIES-OSTERKAMP, S., STANDKE, G., & HEIGL-EVERS, A.: Morbus Crohn - Sucht - Neurose: Ich-Funktionen im Vergleich. In: Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie 43, 1993, p. 75-81.

HENTSCHEL, U.: Modellprogramm Niedrigschwellige Angebote: Überlebenshilfe, Sicherung der Grundbedürfnisse, Vertrauen. In: Inforum - Das Suchtmagazin der freien Verbände, 1/92, p. 1-4.

JACOBOWSKI, C.: Polamidon-Substitution in Berlin. Auswertung der bisherigen Erfahrungen. In: Clearingstelle für Substitution der Ärztekammer Berlin (Hg.): 5 Jahre Polamidon-Substitution in Berlin. Zwischenbericht. Berlin 1992, p. 25-52.

STÖVER, H.: Akzeptierende Drogenarbeit - Entwicklungen, Bedingungen und Perspektiven (1). In: Schuller, K. & Stöver, H.: Akzeptierende Drogenarbeit. Ein Gegenentwurf zur traditionellen Drogenhilfe. Freiburg 1990, p. 14-30.

WINNICOTT, D.W.: Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Frankfurt/M. 1974.

Erfahrungen mit der psychosozialen Begleitung substituierter Drogenabhängiger in Hamburg

Erfahrungsbericht aus dem M.A.T. (Medikamentengestützte ambulante Therapie)

Thure v. Boltenstern, Hamburg

Das M.A.T. arbeitet seit 11/89 und ist eine Einrichtung des freien Hamburger Trägers Therapiehilfe e.V..

Im April 1991 wurde eine zweite M.A.T. Einrichtung aufgebaut, in der ich tätig bin. Diese Einrichtung hat deutlich bezirklichen Charakter.

Zu Beginn 1990 wurde zwischen Krankenkassen, Kassenärztlicher Vereinigung, Ärztekammer Hamburg und der Apothekerkammer sowie der Sozialbehörde ein sogen. Methadonvertrag geschlossen, der die Substitution Drogenabhängiger mit dem Ziel ermöglicht, ausstiegswillige Drogenabhängige zur Abstinenz zu bringen. Zur fachlichen Absicherung wurde bei der Ärztekammer Hamburg eine Sachverständigenkommission (SVK) aus Praktikern zusammengesetzt, der auch die Begutachtung von Anträgen zur Substitution obliegt. Anträge dazu stellen sowohl die Betreuungseinrichtungen als auch die Ärzte.

Im Methadonvertrag hat sich die Behörde verpflichtet, für eine qualifizierte Betreuung zu sorgen, sozusagen Anlaß für die freien Träger Einrichtungen zur psychosozialen Begleittherapie Substituierter zu schaffen. Der Vertrag ist zeitlich begrenzt und wurde noch einmal bis Ende 1995 verlängert.

Die Arbeit wird beforscht. Aus einem Zwischenbericht zitiere ich später.

Auf der Grundlage dieses Vertrages schlossen sich im Fachverband Ambulante Therapie (FAT) 3 Träger zusammen:

- Therapiehilfe e.V.,
- Die Palette e. V.
und
- Die Brücke e.V.,

die nun 5 spezielle Einrichtungen zur psychosozialen Therapie Substituierter betreiben. Jetzt werden in Hamburg ca. 500 Klientne substituiert, Tendenz steigend. Der Sozialsenator will die Substitution deutlich ausweiten; es sollen etwa 1 000 Drogenabhängige substituiert werden. In Hamburg leben etwa 10 000 Drogenabhängige. In Rede steht eine Lockerung der Zugangswege zum Methadon, eine Lockerung der Betreuungspflicht, sowie eine weitere Erleichterung in der Handhabung der ärztlichen Versorgung.

Seit 1990 haben sich in der Praxis die Vorgaben des Methadonvertrages im Sinne einer letztendlichen Abstinenzbehandlung und auch die vormals sehr hochschwelligem Zugangswege gelockert und liberalisiert.

Auf der ärztlichen Seite behandeln einerseits die Niedergelassenen (praktischen) Ärzte in zunehmender Zahl, andererseits ab Sommer 93 insgesamt 3 Drogenambulanz.

Die Zusammenarbeit der verschiedenen Arbeitsfelder ist gut, man geht davon aus, daß man sich gegenseitig fachlich ergänzt.

1990 waren mit Methadon substituierte Klienten die Ausnahme. Die überwiegende Mehrzahl wurde mit Remedacem auf Kosten der Sozialbehörde substituiert. Das hatte 2 Gründe:

- Zum einen war Methadon auf der Szene wenig akzeptiert als Substitutionsmedikament, man scheute das streng kontrollierte Reglement,
- zum anderen waren die Zugangswege wie gesagt, zu hochschwellig.

Neben den klassischen Bestimmungen der späteren NUB-Richtlinien wurde als soziale Indikation zugelassen: mindestens 2 erfolglose stationäre Therapieversuche und/oder 1/2-jährige Remedacensubstitution.

Über die Bestimmung "eine vergleichbar schwere Erkrankung" der NUB-Richtlinien, und darüber besteht Einvernehmen zwischen SVK Helfern und der Sozialpolitik, ist jetzt eine soziale Indikation jetzt möglich, die Drogenabhängigen Substitution ermöglicht, die den Zugang wünschen. Im Einzelfall muß allerdings eine auch nachvollziehbare Begründung geliefert werden. Es muß deutlich werden, aus welchen Gründen andere Hilfsangebote z. Z. nicht sinnvoll sind. Seit 1990 hat damit eine beträchtliche Öffnung der Substitution für Klienten mit sozialen Indikationen stattgefunden, Klienten, die keine Abstinenz anstreben wollen oder können.

Bislang wird mit der Methadongabe eine psychosoziale Begleittherapie verbunden, die in erster Linie von den 5 FAT Einrichtungen angeboten werden. Aber auch Beratungsstellen und sonstige Einrichtungen der Drogenhilfe arbeiten vereinzelt mit Substituierten.

Erfahrungen mit der psychosozialen Begleittherapie im M.A.T.

Spezielle Therapieangebote wie in Hamburg sind m. E. notwendig, um eine eigene Einrichtungskultur entstehen zu lassen, die Substituierte dabei unterstützt, sich von der Szene zu distanzieren und schrittweise eigene Lebensperspektiven zu entwickeln. Das sind Entwicklungen, die mit Orientierung, Lebensperspektive und persönlichem Reifen zu tun haben, die einzelne Klienten unter sozial günstigen Voraussetzungen auch ohne spezifische therapeutische Hilfen initiieren können. Die große Mehrzahl der Klienten die wir sehen, leben aber in sozialen Bezügen, die vorbelastet sind. Hier hat professionelle Hilfe den Vorteil, daß sie einerseits distanzierter und damit unbelasteter, schwerer verschleißbar und damit geduldiger sein kann.

Es geht also bei uns um soziale und psychische gesundheitliche Stabilisierung, Nachsozialisation (i. S. von sozialem Lernen und Therapie) und bei Bedarf um Eingliederungshilfe in Ausbildung und Beruf.

Was tun wir konkret?

Beide M.A.T. Einrichtungen betreuen etwa 120 Klienten mit 10,5 Stellen. Es sind die üblichen Berufsgruppen vertreten. Die Einrichtungen haben eine therapeutische Identität.

Mit der Aufnahme in die Begleittherapie erwarten wir, daß Klienten den Kontakt mit uns von sich aus halten. Das ist in der ersten Zeit sicher eine hohe Erwartung, aber dennoch auch schon so etwas wie Therapieziel.

Jeder Klient erhält einen Bezugstherapeuten, und kann an allen anderen Angeboten in der Einrichtung teilnehmen. Neben den wöchentlich mindestens einmal stattfindenden Einzelgesprächen, machen wir Montagsnachmittags so etwas wie Wochenplan und einrichtungsinternes Mitbestimmen (anstelle von Vollversammlung). Dienstags frühstücken wir gemeinsam und Donnerstags gibt es ein Mittagessen für alle. Darüber hinaus organisieren wir möglichst entlang von formulierten Klienteninteressen kurzfristig freizeitpädagogische Aktivitäten, hier allerdings mit festen Anmeldungen, häufig mit Kostenbeteiligung (damit die Unternehmung auch etwas "wert" ist).

Therapeutische Gruppen ließen sich im Arbeitsfeld nicht integrieren.

Kern unserer Arbeit bleiben aber das Einzelgespräch zwischen Bezugstherapeut und Klient. Gleichfalls wichtig erscheint uns zunehmend die Arbeit im oben geschilderten offenen Bereich der Einrichtung, den etwa 1/3 bis die Hälfte unserer Klienten besuchen.

Hier entwickelte sich mit der Zeit ein offenes sehr dynamisches soziales Lernfeld, daß seine thematische Fortsetzung in den Therapiegesprächen findet. Will man in diesem Setting mit Substituierten arbeiten, sind keine anderen Aufgaben, etwa einer Beratungsstelle, mit der Fluktuation anderer Besucher also "fremder Personen" möglich. Es entsteht fast eine großfamiliäre Atmosphäre, in der Klienten langsam beginnen zu "arbeiten". Allerdings ist für alle das Vertrauen wichtig, daß Mitarbeiter mit ihnen gut umgehen, keine übermäßige Strenge herrscht und daß das Einrichtungsreglement transparent und nicht pauschal ist.

Mitarbeiter müssen in so einer Arbeit angemessenen Strukturen setzen können, Klienten verlangen dies von uns, obwohl in der konkreten Situation Reibung und Widerstand entsteht. Mitarbeiter müssen in der Lage sein als greifbare Persönlichkeiten, also auch hinterfragbar und nicht nur therapeutische Funktionsträger in dieser Gruppe bewegen zu können.

Unsere Idee bei diesem Arbeitsansatz ist, daß viele Klienten ihre eigene Entwicklung mit Beginn des Drogenkonsums unterbrochen haben und auf der Szene negative Lernfelder und Vorbilder zur Verfügung standen.

Viele Klienten haben schon früh in ungünstigen sozialen Lebensbezügen gelebt, in denen Beziehungen zum Schaden waren. Es scheint, als hätte man keine Erfahrung damit machen können, Beziehungen zu gestalten, keine Erfahrung damit hat, daß Beziehungen auch helfen und heilen können. Wir verstehen Drogenkonsum als Selbstbehandlungsversuch und Ersatz für inneren Mangel.

Wir unternehmen den Versuch, stabile und belastbare Beziehungen und ein geschütztes soziales Lernfeld anzubieten, es besteht die Chance zu lernen, Beziehungen zu gestalten. Wir unternehmen den Versuch, Lebensperspektiven anzubieten, damit Drogenkonsum nicht mehr nötig wird.

Dazu gehört nicht nur ernsthaftes problematisieren, sondern auch Spaß. Unsere Haltung ist unterstützend, akzeptierend, begleitend, auch Realität einführend, bestärkend, aber auch Stellung beziehend und abgrenzend. Wir arbeiten weniger konfrontierend oder gar aufdeckend. Der Bezugstherapeut ist ebenso für die soziale Grundversorgung

wie auch die Einzelgespräche verantwortlich, alle Mitarbeiter übernehmen geregelt alle Aufgaben in der Einrichtung, d.h., wir sind in allen Aufgaben für Klienten sichtbar (z. B. kochen oder Einkaufen), haben aber auch Kontakt zu Klienten, was außerhalb der Therapiezimmer sehr wertvoll ist. Ich will betonen, daß die gruppenpädagogische Arbeit, das angemessene Bewegen in offenen sozialen Bezügen hohe Anforderungen an die Mitarbeiter stellt, es gleichsam "einfacher" sein kann ein Einzelgespräch zu führen. Es ist uns wichtig, daß keine personelle Trennung zwischen gruppenpädagogischen und therapeutischen Tätigkeiten besteht.

Die Haltequote ist im M.A.T. wie auch in den anderen F.A.T.-Einrichtungen hoch. Zum Untersuchungszeitraum waren es 91 %. Das kann sich seit 1991/92 verringert haben, aber nach meinem Eindruck nicht wesentlich.

Klienten, die aufgenommen wurden, verlassen die Einrichtung kaum wieder. Disziplinarische Entlassungen finden statt, sind aber die Ausnahme. Wir entlassen Klienten dann, wenn der Kontakt nicht wieder herstellbar ist, wofür wir uns aber von uns aus bemühen.

Nach etwa 1 1/2 - 2 Jahren haben sich Klienten häufig soweit stabilisiert, daß die Kontakte lockerer werden. D.h., wir vereinbaren in größeren Abständen Gespräche, wobei die Wünsche der Klienten natürlich berücksichtigt werden, da viele mit Umschulungen oder Berufstätigkeiten beginnen. Allerdings ist in begründeten Einzelfällen nach der Beginnphase ein reduzierter Kontakt möglich.

Erfahrungen mit der psychosozialen Begleittherapie

Die Erfahrungen mit der Arbeit sind positiv. Zur Zeit ist das Arbeitsfeld noch finanziell gut ausgestattet, es ist für beiden Seiten, Klienten wie Mitarbeiter, wohltuend noch keine Heilungsaufträge nach der RVO abarbeiten zu müssen. Trotzdem entwickeln viele Klienten den Wunsch ganz aus der Szene auszusteigen und clean zu werden.

64 % aller Methadonsubstituierter streben Drogenfreiheit an und 77 % der Remedaklienten. Klienten, die längere Zeit im Programm sind, stellen zunehmend Sinngebungsfragen, schulische oder berufliche Orientierungen werden zu Themen in Einzelgesprächen.

Zum Zeitpunkt der Datenerhebung für den Zwischenbericht über die Beforschung Hamburger Substituierter war die Haltequote mit 91 % auch für uns Helfer sehr überraschend hoch.

Neben sehr günstigen Zahlen der Legalbewährung (es sind seit Beginn der Substitution kaum Klienten straffällig geworden) muß der Erfolg m. E. daran gemessen werden, wie groß das körperliche und seelische Wohlbefinden ist, wie häufig Beikonsum stattfindet und ob eine Eingliederung in das Erwerbsleben möglich wurde.

Zum Untersuchungszeitpunkt/Wende 1991/92 gaben 83 % der Klienten eine Verbesserung ihres Wohlbefindens an, 57 % geht es seit Beginn der Substitution sogar deutlich besser. Allerdings geben 40 % an, häufig unter Depressionen zu leiden, sicher auch Folge der aufgesummtten Probleme im Zusammenhang mit der ehemaligen Lebensführung.

Beim Beikonsum ergeben sich relativ kleine Werte, selbst wenn bei der Auswertung von den ungünstigsten Werten ausgegangen wurde.

"Oft" und "sehr oft" konsumierten 16 % Heroin, i.V. Heroin und Kokain 13 %, Barbiturate 1 %, Benzodiazipine 23 %, Cannabis 22 % und Alkohol 13 %. Problematisch sind sicher Klienten, die Benzodiazipine konsumieren, ihre Entwicklung ist schwer zu beeinflussen, Entgiftungen unter der Substitution werden durchgeführt.

Gut die Hälfte, 54 % der Methadonsubstituierten ist auf Sozialhilfe angewiesen. 20 % der Klienten sind berufstätig i. S. einer geregelten Arbeit, 4 % jobben gelegentlich und noch einmal 20 % beziehen Arbeitslosengeld oder machen eine Umschulung.

Es scheint uns, daß intensive Beziehungsarbeit wirksame Ausstiegshilfe darstellt. Reduzierung des Beikonsums, Entkriminalisierung, Erhöhung des persönlichen Wohlbefindens und für einige Aufnahme einer Arbeit sind äußere Zeichen dafür.

* Prof. Dr. Peter Raschke:
Zwischenbericht über die Medikamentengestützte Ambulante Therapie
und
die Ambulante Abstinenztherapie

Hamburg Juni 1992

Lebensrealität von Substituierten und deren Angehörigen

W. Bulthaupt, Herford

In diesem Referat gehe ich ein auf die Situation von Menschen aus dem Kreis Herford. Substitution von Drogenkonsumenten mit codeinhaltigen Präparaten gibt es schon seit mehreren Jahren in verstärktem Maße. Erfahrungen mit Polamidonsubstituierten haben wir seit ca 1 1/2 Jahren.

Ich gehe zunächst kurz auf die Herforder Situation ein.

Im Jahr 1992 haben wir ca 90 Menschen begleitet, die von verschiedenen Ärzten substituiert wurden.

Ca. 70 Klienten bekamen Polamidon, 20 Klienten bekamen Remedacen oder Codeinsaft.

Die Möglichkeit 90 Klienten mit Medikamenten zu substituieren, verdanken wir der guten Zusammenarbeit mit 15-20 Ärzten, den Diakonie - und Sozialstationen sowie den privaten Pflegediensten, die die Wochenendvergabe übernommen haben, und unserer Beratungsstelle.

Zunächst gab es regelmäßige Treffen aller Beteiligten zur gegenseitigen Fortbildung sowie zum unterstützenden Erfahrungsaustausch.

Uns lag von Anfang an viel daran, eine Möglichkeit der Zusammenarbeit mit dem jeweiligen Hausarzt des Klienten zu bewirken.

Dieses geschieht aus einer Haltung, Drogenkonsumenten nicht nur Fachärzten zur Behandlung zuzuschieben, sondern deutlich zu machen, daß Drogenkonsum zum Alltag vieler Menschen dazu gehört und die Zeit, daß Drogenkonsumenten etwas exotisches sind, welche nicht in unsere Lebensrealität passen und aus der Normalität weggeschoben werden müssen, der Vergangenheit angehören soll.

In vielen Fällen ist dieser Weg möglich, wenn die Hausärzte über die notwendigen fachlichen Fragen informiert werden, und sie die Unterstützung anderer in der Substitution erfahrener Ärzte bekommen. Dieses ist u. a. durch den Arbeitskreis der Ärzte und durch das Engagement einzelner Mediziner gewährleistet.

Das, was ich durch dieses Referat berichten kann, ist Ergebnis von vielen Gesprächen mit Klienten, die vor allem mit Polamidon substituiert werden.

Wenn zunächst Polamidon für den Einzelnen wie die "Wunderdroge" gesehen wird, mit der das Leben leichter, unbeschwerter und legaler wird, so wird schon recht bald deutlich, daß Substitution nicht nur Ausstieg ist, sondern Umstieg auf eine andere Droge, mit ganz neuen Abhängigkeiten.

Es sind Abhängigkeiten anderer Art. Dem vermeintlichen Gewinn von leichterem Leben, Ausstieg aus der Illegalität, Kriminalität, Prostitution, Beschaffungshektik steht der große Verlust der Eigenständigkeit gegenüber.

Polamidonsubstitution heißt u. a. gebunden sein an einen anderen Stoff, dessen Aufgabe mit starkem Entzug verbunden ist.

Abhängigkeit gegenüber einem Arzt, mit dem der Umgang nicht immer leichter ist, als mit dem "alten Dealer".

Abhängigkeit von der Drogenberatungsstelle, die Kontaktbescheinigungen schreiben muß, die die weitere Substitution ermöglichen.

Die Eigenständigkeit zu entscheiden, wo ich bei schönem Wetter meine freien Tage von der Arbeit verbringe, wird aufgegeben. Eine Entscheidung, kurzfristig für einige Tage wegzufahren, ist nicht möglich. "Take home Dosis" ist nicht für alle möglich.

Manche Klienten sind der Willkür der Ärzte stark ausgeliefert. Heimlich die Dosis zu reduzieren oder zu erhöhen, ist Realität genauso, wie bei Beigebrauch kurzfristig aus dem Programm geworfen zu werden und dann sehen wie man klar kommt, gehört ebenfalls zur Lebensrealität.

Zu guten Lösungen kommt es immer dann, wenn ein Vertrauensverhältnis zwischen Klient und Arzt auch darüber entsteht, daß über Suchtdruck und Beigebrauch offen gesprochen werden kann.

Glücklicherweise wird der Kreis der Ärzte größer, daß Beigebrauch thematisiert werden und therapeutisch nutzbar gemacht werden kann.

Leider sind, obwohl wir eine gute Zusammenarbeit mit Ärzten haben, immer noch zu wenige Ärzte zur Substitution bereit, weil Drogenabhängige möglichst nicht in die Praxis sollen. Sie vertreiben die andere Kundschaft, an denen man das eigentliche Geld verdienen kann.

Bei der Übernahme der Kosten für die Behandlung gibt es ein klares Zwei-Klassen-system. Verschiedene Ärzte verhandeln mit den zuständigen Stellen, andere halten es für therapeutisch wertvoll, wenn die Drogenkonsumenten ihre Droge selber finanzieren.

Aus unserer Sicht ist hiermit wieder eine Willkür der Ärzte verbunden.

Konkurrenz zwischen Hausarzt und Beratungsstelle darüber, wer die eigentliche Behandlung macht, ist nicht immer auszuschließen und findet seinen Niederschlag nicht selten beim Klientel.

Ob die Zusammenarbeit gut oder schlecht läuft, der Arzt ist der neue Dealer, zu dem eine enge Abhängigkeit entsteht.

Der Gang zur Beratungsstelle ist nicht mehr von Freiwilligkeit gekennzeichnet.

Ohne Bescheinigung der Beratungsstelle, kein Zugang zum Medikament. Wo bleiben wir dann mit unserer Idee von Freiwilligkeit und Anonymität?

Ein Problem, welches uns immer wieder genannt wird, ist die Zeit. Wenn der Tagesablauf vor der Substitution eher durch Hektik bezüglich Geld- und Giftbeschaffung geregelt wurde, so entsteht mit der Einnahme vom Medikament ein großes Loch, welches Leere, Langeweile, rumhängen usw. genannt wird, und die Unzufriedenheit über das "neue Leben" deutlich werden läßt.

Aus unseren Beobachtungen, die wir jedoch nicht statistisch belegen können, scheint es besonders im Umgang mit der freigewordenen Zeit so zu sein, daß Frauen ihre neu zur Verfügung stehende Zeit leichter ausfüllen können. Teils durch die Betreuung der

Kinder, für die die Substitution eine Möglichkeit zum Aufatmen ist, teils durch geregelte Arbeit, Schule usw.

Nach unseren Beobachtungen gehen die Frauen aktiver mit der Zeitgestaltung um als die Männer. Hier scheint das Abwarten, sich noch nicht an eine feste Arbeit heranzumachen oder herantrauen einen größeren Stellenwert zu haben.

Durch mehr Zeit wird deutlich, daß man recht alleine ist, wenn man oder frau den Gang zur Scene meidet.

Die Scene mit klarem Kopf zu erleben, ist für die meisten auch nicht mehr das Erlebnis, welches so spannend und die Leere ausfüllend ist.

Bedingt dadurch entstehen nach unseren Beobachtungen neue Konsumbedürfnisse. Z. B. Kino, Disco, Kneipe, Urlaub. Für manche ist der nicht immer billige Konsum Anlaß darüber nachzudenken, durch welche Form der Arbeit man schnell an Geld kommt, für andere Grund zur Resignation, weil die Erfahrung Geld durch regelmäßige Arbeit zu verdienen fehlt oder manchmal auch körperlich oder psychisch noch nicht zu leisten ist.

Das "Mehrzeit-Problem" schafft auch mehr Zeit zum Nachdenken und Nachfühlen. Manchem werden Gefühle und Gedanken deutlich, die vorher keinen Stellenwert hatten.

Heroin macht dicht, auch gegenüber eigenen Gefühlen. Es bildet ein Schutzschild.

Polamidon macht den Kopf wieder klar und frei, für die schönen und für die unangenehmen Seiten des Lebens.

Die veränderte Wahrnehmung zeigt sich auch im Umgang mit Partnerschaft. Die psychischen und körperlichen Empfindungen bekommen einen neuen Stellenwert. Sexualität, früher oftmals in Prostitution zum Überleben gelebt, wird neu gesehen und kann neu gelebt werden.

Der Umgang mit Gefühlen, vor denen man sich früher mit Heroin abgedichtet hat, bringt eine Lebensqualität anderer Art, die auch der Neuorientierung bedürfen.

Die Nebenwirkungen bei manchen wie z. B. erhebliche Gewichtszunahme, bedingt durch das Medikament oder mehr Zeit und Ruhe, durch neues Ernährungsverhalten usw. schafft besonders den Frauen neuen Druck.

Der Umgang der Anghörigen mit Substitution ist in manchen Punkten ähnlich dem der Klienten, häufig jedoch übersteigter.

Polamidon ist in ihren Gedanken die Wunderdroge, durch die alles besser wird.

Wenn unser Sohn oder unsere Tochter erst Polamidon bekommt, wird alles gut, dann ist genügend Geld da, dann wird er oder sie regelmäßig arbeiten. Dann wird das Leben wieder so wie früher. Dann sind wir wieder eine heile Familie.

Die Erwartungen tragen dazu bei, daß manche Eltern Substitution zur eigenen Sache machen. Eigene Verhandlungen mit dem Hausarzt, sowie Angebote, das Medikament und die Vergabe selber zu zahlen, möglichst alle notwendigen Regularien zu erledigen, den Konsumenten von einer Stelle zur anderen zu schleppen, Überzeugungsarbeit bei der DROBS, daß ohne Polamidon das eigene und das Leben des "Kindes" bald vorbei ist, machen dieses deutlich.

Bei keinem der Klienten habe ich solche hohen und übersteigerten Erwartungen erlebt, wie gerade bei den Angehörigen. In ihrer Situation sicherlich verständlich nach all der Hektik, den Wunsch nach heiler Welt zu haben.

Die Erwartungen an das Medikament als Wunderdroge sind ebenso übersteigert, wie die Erwartungen an den Konsumenten. Nun bekommt er oder sie Polamidon, nun ist Arbeit angesagt. Die Ungeduld in Bezug auf die Erwartungen an das normale Leben, welches durch Geldverdienen, fester Partnerschaft, geregeltes Leben in Bezug auf

Tagesablauf, Berufs- oder Schulausbildung ist oft so erschlagend, daß das mit klarem Kopf kaum oder nicht aushaltbar ist.

Der Preis für diese hohen Erwartungen ist ebenfalls hoch.

Eltern lassen sich erpressen.

Wenn ich nicht dieses oder jenes Auto bekomme, nehme ich kein Polamidon mehr.

Wenn ihr mich nicht in Ruhe laßt... usw., usw.

Erpresst werden und erpressen, erinnert stark an das, was auch schon vorher ohne die "Wunderdroge" gelaufen ist.

Substitution - eine Möglichkeit der Behandlung von Drogenkonsumenten mit hohem Gewinn und hohem Preis in vielen Fällen.

Ralf, 26 Jahre

Seit ich Polamidon bekomme, nehme ich keine Drogen mehr. Ich komme mit meinen Eltern wieder besser klar, wir verstehen uns und sie unterstützen mich.

Von Monat zu Monat geht es mir besser. Ich habe wieder mehr Selbstvertrauen und eine positive Sicht für die Zukunft bekommen. Ich habe eine Arbeitsstelle, ein Auto und meine Schulden sind überschaubar geworden.

Seit einem 3/4 Jahr bekomme ich Polamidon. Trotz Runterdosierung geht es mir gut. Aber das wichtigste ist, daß das Leben wieder Spaß macht. Wenn sich mein innerer Zustand weiterhin so positiv verändert, bin ich in einem Jahr clean.

Susanne schreibt:

Mittlerweile bin ich nun schon 1 1/4 Jahr im Polamidonprogramm. Leider hat sich an meiner Situation nicht viel geändert.

Im letzten Jahr habe ich zweimal versucht einen Halbtagsjob zu machen. Beide Stellen mußte ich aufgeben, weil ich es körperlich nicht schaffte.

Gerne würde ich eine Ausbildung machen. Ich halte mich im Moment nur psychisch relativ stabil. Das einzige, was eben doch ganz schön an meinen Kräften zehrt, ist, daß ich mit meiner Polamidondosierung immer noch nicht klar komme.

Wenn ich morgens 11 ml. nehme, setzt schon nach einigen Stunden wieder der Entzug ein. Auch bis dahin geht es mir nicht besonders gut. Immer noch habe ich heftige Schweißausbrüche, die einer regelmäßigen Tätigkeit oder Ausbildung im Wege stehen.

Manchmal bin ich deprimiert, wenn ich höre, wie andere gut mit Polamidon leben.

Trotz der Situation, daß ich praktisch jeden Tag einige Stunden unter dem Entzug zu leiden habe, käme ich nicht darauf wieder mit Heroin anzufangen.

Mein Heißhunger auf Heroin ist weg. Heroin würde mich erheblich mehr in die Sackgasse führen.

Seitdem ich Polamidon bekomme, habe ich die Kontakte zu Fixern aufgegeben. Mein Freundeskreis besteht aus sogenannten "normalen" Leuten.

In den nächsten Tagen werde ich mit meinem Arzt über eine andere Form der Dosierung oder auch Höherdosierung sprechen. Bisher erschien mir dieses wie ein Rückschritt, über den ich nicht mit meinem Arzt zu sprechen wagte.

Auch wenn meine Erfahrungen mit Polamidon noch nicht nur positiv sind und ich nicht alles erreicht habe, was ich mir erhofft hatte, ist mein Optimismus in Bezug auf Lebensgestaltung und Lebensqualität gewachsen.

Soweit die Berichte von zwei Menschen, die substituiert werden.

Aus dem, was Klienten über ihre Erfahrungen mit Substitution berichten, wird deutlich, daß höhere Lebensqualität auch seinen Preis fordert.
Die Erfahrung zeigt jedoch, daß zumindestens für eine große Gruppe von Drogenkonsumenten der Preis immer noch in einem guten Verhältnis zum Gewinn steht.

Substitution und psychosoziale Begleitung i. V. Opiatabhängiger heute und morgen - aus der Sicht der Leistungsträger-

Dietmar Männchen, Münster

Im Jahre 1988 begann das Land Nordrhein-Westfalen wegen der steigenden Zahl von Drogentoten das "Wissenschaftliche Erprobungsvorhaben medikamentengestützte Rehabilitation bei Opiatabhängigen" (Methadonprojekt), das zunächst bis zum 31.12.1992 befristet war und sich auf die Standorte Ahlen, Bielefeld, Bochum, Dortmund, Düsseldorf, Essen, Köln und Unna erstreckte.

Aufgrund der bisher erzielten Ergebnisse, die in einem Zwischenbericht veröffentlicht wurden, ist der Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) der Auffassung, daß

- das Methadonprojekt nach dem Ende der Modellphase flächendeckend umgesetzt werden sollte,
- die Gesamtfinanzierung durch eine Rahmenvereinbarung aller Sozialleistungsträger des Landes Nordrhein-Westfalen sichergestellt werden sollte,
- sich hierbei die Krankenversicherungsträger im Rahmen der Krankenbehandlung an der Finanzierung beteiligen sollten und
- sich hierbei die Rentenversicherungsträger im Rahmen der medizinischen Rehabilitation an der Finanzierung beteiligen sollten (subsidiär dann auch die Krankenversicherungs- und Sozialhilfeträger).

Die Kranken- und Rentenversicherungsträger in Nordrhein-Westfalen haben sich Anfang 1992 in einem gemeinsamen Arbeitskreis zusammengefunden, dem auch die BfA und die Bundesknappschaft angehören. Von diesem Arbeitskreis wurden nach eingehenden Beratungen im Mai 1992 folgende Entwürfe vorgelegt:

- a) Entwurf eines Modellprojektes über die Substitution mit L-Polamidon zur Vorbereitung und Einleitung einer medizinischen Rehabilitation für Drogenabhängige

Dieser Entwurf eines Modellprojektes soll die Voraussetzungen und die Finanzierung der Substitution durch die Renten- und Krankenversicherungsträger im Rahmen medizinischer Leistungen zur Rehabilitation regeln

- b) Entwurf einer Rahmenvereinbarung zur Substitutionsbehandlung mit L-Polamidon bei Drogenabhängigen in Nordrhein-Westfalen

Dieser Entwurf betrifft die Gesamtfinanzierung aller in Betracht kommenden Substitutionsleistungen und erfaßt alle hierfür zuständigen Leistungsträger

Anmerkung:

Das Methadonprojekt in NRW, die Entwürfe des Modellprojektes und der Rahmenvereinbarung sind zu unterscheiden von der Substitutionsbehandlung im Rahmen der NUB-Richtlinien.

Die bundesweit geltenden NUB-Richtlinien betreffen die kassen-/vertragsärztliche Versorgung. Nach diesen Richtlinien ist in Einzelfällen bei bestimmten Indikationen die Substitution als Teil einer Krankenbehandlung zulässig. Es wird mit den Krankenkassen darüber diskutiert, ob der Indikationskatalog erweitert werden soll. Für den Entwurf eines Modellprojektes der Renten- und Krankenversicherungsträger waren seinerzeit folgende Überlegungen ausschlaggebend:

Die Abhängigkeitserkrankung wird durch bloße Substitution weder geheilt noch gebessert. Auch eine Substitution mit nur sozialer Begleitung (d. h. Hilfen bei der Arbeitssuche, Entschuldung, Gerichtsverfahren usw.) ist nicht geeignet, die der Abhängigkeit zugrunde liegenden Persönlichkeitsstörungen zu behandeln, zu heilen oder zu bessern. Daher ist die (bloße) Vergabe von Methadon als Substitutionsmittel und auch die Vergabe von Methadon mit sozialer Begleitung weder Krankenbehandlung noch eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

Zu Beginn der Substitution liegen noch keine hinreichend gesicherten Erkenntnisse darüber vor, welche begleitenden Betreuungs- oder Behandlungsinhalte konkret erforderlich sind - im Regelfall läßt sich erst nach einer Substitutionsdauer von etwa 6 Monaten feststellen, ob begleitend zur Substitution eine psychiatrische Akutbehandlung, eine psychotherapeutische Behandlung oder nur allgemeine soziale Hilfen (ggf. i. V. mit Leistungen der beruflichen Rehabilitation) erforderlich sind.

Klärungsbedürftig war, ob der substituierte Drogenabhängige für eine psychotherapeutische Behandlung zugänglich und geeignet ist (Therapiefähigkeit).

Klärungsbedürftig war auch, ob der substituierte Drogenabhängige arbeitsfähig und damit erwerbsfähig ist (Erfolgsaussicht).

Weil diese Fragen nicht geklärt waren, sollte an der völligen Abstinenz - auch von Methadon - als Ziel der Krankenbehandlung und der medizinischen Rehabilitation weiterhin festgehalten werden. Die Substitution im Rahmen der Krankenbehandlung und auch im Rahmen der medizinischen Rehabilitation sollte daher ausgeschlossen werden, wenn nicht zu erwarten ist, daß das Ziel der völligen Abstinenz möglichst nach Abschluß der im Modellprojekt vorgesehenen Orientierungs- und Diagnosephase, d. h. nach 6 Monaten erreicht wird - spätestens aber in einem überschaubaren Zeitraum von insgesamt 12 Monaten.

Bei einer über einen längeren Zeitraum zu erwartenden Substitution wurde die Erfolgsaussicht hinsichtlich der Abstinenz, Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ausgeschlossen.

Aufgrund dieser Überlegungen wurde in dem Modellprojekt und in der Rahmenvereinbarung eine finanzielle Beteiligung der Renten- und Krankenversicherungsträger in Nordrhein-Westfalen an der Substitution Drogenabhängiger mit Methadon nur im Rahmen einer sogen. Orientierungs- und Diagnosephase vorgeschlagen mit einer Behandlungsdauer bis zu 6 Monaten und einer Methadon-Vergabe mit obligatorischer psychosozialer und psychotherapeutischer Betreuung sowie mit obligatorischer medizinischer, insbesondere psychiatrischer Untersuchung. Diese Orientierungs- und Diagnosephase sollte in geeigneten Fällen der Vorbereitung auf eine medizinische Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) dienen.

Die Finanzierung sollte durch einen jährlichen Gesamtzuschuß aller beteiligten Renten- und Krankenversicherungsträger sichergestellt werden, d. h. für die Rentenversicherung durch eine Beteiligung aus § 31 Abs. 1 Ziff. 5 SGB VI F (Forschung in der Rehabilitation).

Zunächst sollten 2 Einrichtungen (jeweils 1 Einrichtung in Westfalen-Lippe und im Rheinland) modellhaft gefördert werden.

In einer nach der Orientierungs- und Diagnosephase sich anschließenden Entwöhnungsbehandlung sollte eine Substitution nur noch kurzfristig fortgesetzt werden, damit innerhalb der Entwöhnungsbehandlung noch ausreichend Zeit zur Stabilisierung der erreichten Abstinenz verbleibt.

Die vorstehend beschriebenen Entwürfe eines Modellprojektes und einer Rahmenvereinbarung wurden unter den Vorbehalt gestellt, daß in die Rahmenvereinbarung Regelungen aufgenommen werden, die für Drogenabhängige, die sich nach der Orientierungs- und Diagnosephase nicht in eine Entwöhnungsbehandlung begeben oder die aus einer anschließenden Entwöhnungsbehandlung vorzeitig ausscheiden, die notwendige Erhaltungsdosis bzw. die Fortsetzung der Substitution und den dafür zuständigen Leistungsträger sicherstellen.

Die Zuständigkeit der Rentenversicherungsträger und Krankenversicherungsträger sollte insoweit ausgeschlossen sein.

Die vorgelegten Entwürfe wurden wegen der noch ungeklärten Fragen in der Folgezeit gemeinsam mit Sachverständigen dahin überprüft, ob die Substitution neben der Orientierungs- und Diagnosephase zusätzlich auch für die Gesamtdauer einer anschließenden ambulanten oder stationären medizinischen Rehabilitation möglich ist.

Am 11. November 1992 wurde von Wissenschaftlern, die Substitutionsprogramme in der Bundesrepublik begleiten, die sogen. "Essener Erklärung" der Fachöffentlichkeit bekanntgegeben.

Im Januar 1993 folgten dann Gespräche der Wissenschaftler mit den Renten- und Krankenversicherungsträgern. Hierbei ging es um die Inhalte und Ergebnisse laufender Substitutionsprogramme und die sich daraus ergebenden Schlußfolgerungen für den Bereich der medizinischen Rehabilitation.

Wesentliche Ergebnisse der Beratung mit den Wissenschaftlern im Januar 1993 waren:

1. Die Substitution spart erhebliche Arzt- und Krankenhauskosten ein, da ohne Substitution wiederholte Notfallentgiftungen im Krankenhaus und ärztliche Behandlungen wegen der körperlichen und gesundheitlichen Folgen des Heroinkonsums erforderlich wären (bis zu 75 % der Substituierten zeigen einen deutlich besseren gesundheitlichen Status).
2. Die Kriminalitätsrate bei den substituierten Drogenabhängigen fällt gegenüber den Nichtsubstituierten von etwa 75 % auf 5 %.
3. Das Substitutionsangebot ist nur eine von mehreren Möglichkeiten, die Drogenabhängigkeit wirkungsvoll zu bekämpfen. Es kommt nur für eine Untergruppe der Drogenabhängigen in Betracht, die 10 bis 30 % ausmacht. Bei einer geschätzten Gesamtzahl von ca. 20.000 Drogenabhängigen in Nordrhein-Westfalen bedeutet das eine Gruppe von 2.000 bis 6.000 Drogenabhängigen, für die das Substitutionsangebot in Betracht kommt.
4. Eine Begrenzung der Substitutionsdauer auf 6 oder auch 12 Monate ist in der weit überwiegenden Zahl der Fälle illusorisch. Man muß oft mit einer mehrjährigen Substitution rechnen.
5. Allein die Vergabe von Methadon als Substitutionsmittel kann nach wie vor nicht als medizinische Rehabilitation angesehen werden.

Die medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitskranken ist ein therapeutischer Prozeß, der die zugrunde liegende Persönlichkeitsstörung behandelt. Dieser therapeutische Prozeß ist gekennzeichnet durch Psychotherapie in Einzel- und Gruppengesprächen, durch Arbeits- und Beschäftigungstherapie. Die Inhalte der Therapie ergeben sich aus einer individuellen Psychodiagnostik (Problemanalyse) durch erfahrene Therapeuten.

Daher kann auch die Substitution mit nur sozialer Betreuung nicht als medizinische Rehabilitation angesehen werden.

6. Die Substitution ohne jede Begleitung ist wirkungslos. Die Substitution muß an bestimmte Bedingungen und Strukturen gebunden sein, die strikt eingehalten und entsprechend kontrolliert werden müssen.

Bedingungen und Strukturen (z. B. Urinkontrollen, Teilnahme am begleitenden medizinischen, sozialen und therapeutischen Maßnahmen) stoßen bei den substituierten Drogenabhängigen auf eine hohe Akzeptanz.

7. Die Substitution durch niedergelassene Ärzte sollte auf Ausnahmefälle begrenzt bleiben, da nur ein strukturiertes und kontrolliertes Substitutionsprogramm erfolgversprechend ist. Dies gilt jedenfalls für die ersten 1 1/2 Jahre. In dieser Zeit ist daher die Substitution am besten in der Zuständigkeit der Sozialleistungsträger angesiedelt (Renten- und Krankenversicherungsträger sowie Sozialhilfeträger).
8. Die im Entwurf des Modellprojektes der Renten- und Krankenversicherung vorgesehene Orientierungs- und Diagnosephase für Substituierte wird von den Wissenschaftlern als richtig und unbedingt notwendig angesehen.

Die Orientierungs- und Diagnosephase sollte zu Beginn der Substitution auch als eine ein- bis dreiwöchige stationäre Behandlung möglich sein.

9. Ergebnis der Orientierungs- und Diagnosephase kann sein, daß für den Substituierten anschließend
- eine soziale Begleitung/Beratung,
 - eine Psychotherapie mit Arbeitstherapie als medizinische Rehabilitation,
 - eine berufliche Rehabilitation/Eingliederung oder
 - eine psychiatrische Akutbehandlung erforderlich ist.
10. Der substituierte Drogenabhängige bleibt mit Abschluß der Orientierungs- und Diagnosephase zwar weiterhin pharmakologisch und biologisch abhängig. Die typischen Suchtmerkmale (Kontrollverlust, physische, psychische und soziale Folgeerscheinungen) sind jedoch nicht mehr vorhanden.

Die unkontrollierte Abhängigkeit geht in eine kontrollierte Abhängigkeit über. Damit werden die Möglichkeiten geschaffen, die zugrunde liegende Erkrankung/Persönlichkeitsstörung zu behandeln, den substituierten Drogenabhängigen in Arbeit, Beruf und Gesellschaft wieder voll einzugliedern und ihn in einem geeigneten Zeitpunkt auch vom Methadonkonsum total herunterzubringen.

11. Der substituierte Drogenabhängige zeigt eine hohe Motivation, vom ursprünglichen Suchtmittel loszukommen, da er täglich in freier Entscheidung die zahlreichen Auflagen erfüllen muß, die mit der Substitution verbunden sind (tägliche Einnahme in der Drogeneinrichtung, Urinkontrollen und Teilnahme an den begleitenden medizinischen, sozialen und therapeutischen Maßnahmen).
12. Wichtig ist, den Beigebrauch von Drogen auszuschließen. Dies ist schon ein wesentlicher Erfolg, der in der Orientierungs- und Diagnosephase im Rahmen einer strukturierten und kontrollierten Substitution erreicht werden kann.
13. Der substituierte Drogenabhängige ist für eine psychotherapeutische Behandlung (mit Arbeitstherapie) zugänglich und therapiefähig.

Entscheidend für die Therapiefähigkeit sind das geistige Leistungsvermögen und die emotionale Ansprechbarkeit/Stabilität (emotionale Schwingungsfähigkeit). Wenn der Patient gut auf die Substitution eingestellt und der Beigebrauch von Drogen bzw. psychoaktiven Substanzen ausgeschlossen ist, ist der substituierte Patient hinsichtlich seiner Therapiefähigkeit vom Patienten in einer Abstinenztherapie nicht mehr zu unterscheiden.

Psychoaktive Wirkungen, die die Therapiefähigkeit beeinträchtigen könnten, sind bei Methadon nicht nachweisbar.

14. Der substituierte Drogenabhängige ist arbeitsfähig und damit auch erwerbsfähig.

Bei der Substitution mit Methadon sind keine psychoaktiven Wirkungen nachweisbar. Dies wird deutlich dadurch, daß z.B.

- in den USA schwangeren Drogenabhängigen angeraten wird, auf Methadon umzusteigen, da Methadon im Gegensatz zu Heroin für Schwangere als unbedenklich eingestuft wird,
- durchgeführte Testverfahren ergaben, daß die Fahrtüchtigkeit eines Substituierten nicht eingeschränkt ist.

Die Arbeitsfähigkeit und Erwerbsfähigkeit beim substituierten Drogenabhängigen kann nur durch den Beigebruch von Drogen, Alkohol, Medikamenten, Heroin usw.) oder durch andere Erkrankungen beeinträchtigt werden. Der Beigebruch wird bei einer entsprechend strukturierten und kontrollierten Substitution ausgeschlossen.

Die vorhandenen Substitutionsprogramme weisen nach, daß substituierte Drogenabhängige in den verschiedenen Berufen voll erwerbsfähig sind.

Die bisherigen Erfolge in den laufenden Substitutionsprogrammen (Nordrhein-Westfalen, München, Hamburg und Göttingen) liegen übereinstimmend darin, daß bei etwa 60 % der substituierten Patienten positive Veränderungen im Beschäftigungsbereich (bis hin zu Ganztagsbeschäftigungen) festzustellen sind.

15. Die Erfolge der Substitutionsprogramme lassen sich mit denen der Abstinenztherapien durchaus messen.

Dies gilt auch im Hinblick auf die notwendige Substitutionsdauer. Auch in den Abstinenztherapien verteilt sich die Behandlungsdauer durch wiederholte Abbrüche und wiederholte Therapieversuche oft auf mehrere Jahre, bevor das Ziel der Abstinenz erreicht wird.

16. Ein wesentlicher Erfolg der Substitution i. V. m. psychotherapeutischer Behandlung ist u.a. auch die Herabdosierung der Methadonmenge, so daß oft am Ende der Therapie nur noch geringe Mengen zu vergeben sind (z. B. Beginn mit 50 Milligramm und am Ende nur noch 10 Milligramm).

Für die Sozialversicherungsträger sind insbesondere folgende - teilweise neue - Erkenntnisse entscheidend:

1. Nach wie vor bleibt die Drogenfreiheit das angestrebte Ziel.
2. Für einen Teil der Drogenabhängigen, der mit dem Angebot einer Abstinenztherapie nicht erreichbar ist, ist die Substitution unter bestimmten Voraussetzungen ein Weg, das Ziel der Drogenfreiheit zu erreichen.
3. Wichtigste Voraussetzungen für eine auf Drogenfreiheit ausgerichtete Substitution sind: den Beigebruch von anderen Drogen auszuschließen und die Substitution mit den notwendigen medizinischen, therapeutischen und sozialen Hilfen zu begleiten.

Zu diesen Hilfen gehören auch die medizinische und berufliche Rehabilitation.

4. Der substituierte Drogenabhängige, der frei vom Beigebruch anderer Drogen ist, ist therapiefähig, arbeitsfähig und erwerbsfähig.

Es ist anzuerkennen, daß eine medizinische Rehabilitation (Psychotherapie und Arbeitstherapie) auch unter Vergabe von Methadon durchgeführt werden kann.

5. Ein Erfolg i. S. der Rentenversicherung tritt bereits ein, wenn durch die medizinische Rehabilitation der Beigebrauch anderer Drogen dauerhaft ausgeschlossen ist, die notwendige Methadonmenge herabdosiert werden kann und vom Drogenabhängigen aufgrund der durchgeführten Therapie zu erwarten ist, daß er sich schließlich auch aus eigener Kraft vom Methadon lösen wird.
6. Die Forderung, die Substitution im Rahmen der medizinischen Rehabilitation nach 6 oder 12 Monaten abzusetzen, sollte nicht mehr erhoben werden.

Aufgrund dieser Erkenntnisse soll das vorgelegte Modellprojekt der Renten- und Krankenversicherungsträger überarbeitet werden.

Wichtig ist hierbei, daß die Modellbeschreibung Rahmenbedingungen für das therapeutische Konzept, Ausführungen über die Behandlung des Beigebrauchs und Ausführungen über die Reduzierung der Methadondosis enthalten muß.

In einer Rahmenvereinbarung muß sichergestellt werden, daß ein weiterhin substitutionsbedürftiger Patient nach Abschluß der medizinischen Rehabilitation bis auf weiteres seine notwendige Methadondosis erhält. Für die Finanzierung dieser Leistung ist der RV-Träger als Leistungsträger der vorausgehenden medizinischen Rehabilitation nicht mehr zuständig, da es bei der bloßen Substitution an den Kriterien einer medizinischen Rehabilitation fehlt.

Die vorstehenden Vorstellungen sollen zunächst in Form von Modellprojekten durchgeführt werden, die sowohl den großstädtischen als auch den ländlichen Bereich umfassen. Die Modellprojekte sollen befristet und für diesen Zeitraum wissenschaftlich begleitet werden.

Das bisherige Methadon-Projekt, das bis zum 31.12.1993 verlängert wurde, ist vom Prognos-Institut wissenschaftlich begleitet worden. Prognos wird voraussichtlich Ende Mai den Endbericht über die Methadon-Erprobung in Nordrhein-Westfalen vorlegen.

Die bisherige Arbeitsgruppe der Renten- und Krankenversicherungsträger befaßt sich z. Zt. damit, die notwendige Überarbeitung der ursprünglich vorgelegten Entwürfe vorzunehmen.