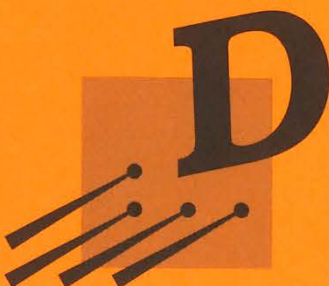


14. Jahrestagung
Internationale
Drogenhilfeprojekte
im Dialog

29. November 1994
Plenarsaal im Landeshaus
Münster

Dokumentation



Koordinationsstelle für
Drogenfragen und Fortbildung
48133 Münster

Telefon (02 51) 5 91 - 38 38

ISSN 0942 - 2382
Band 9

Herausgeber:
Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Abteilung Gesundheitswesen
Koordinationsstelle für Drogenfragen
und Fortbildung
Leiter: Wolfgang Rometsch
Textgestaltung: Alexandra Vogelsang

1. Auflage
1 - 1.800

März 1995

14. Jahrestagung

**"Internationale
Drogenhilfeprojekte im
Dialog"**

29. November 1994
Plenarsaal im Landeshaus, Münster

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Vorwort Landesrat Dr. Wolfgang Pittrich, Münster Wolfgang Rometsch, Münster	5 - 6
Therapie im Pfaffenwinkel (TIP) Therapie auf dem Bauernhof Franz Wimmer, München	7 - 11
Programme ambulanter Entgiftung in Katalonien Behandlungsweise bei ambulanter Opiatentgiftung Dr. Joan Colom-Farran, Barcelona	12 - 25
Anhang zum Beitrag von Herrn Dr. Joan Colom-Farran	26 - 30
Schadensminimierung durch kontrollierte Heroinvergabe an Drogenabhängige Anette Mühlhausen, Liverpool	31 - 39

Vorwort

Zum 14. Mal führt der Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Abteilung Gesundheitswesen, Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung, seine Jahrestagung durch. Wir hatten vorangekündigt, Ihnen verschiedene Soforthilfemodelle der Drogenhilfe vorzustellen. Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe hat bekanntlich mit seinem Soforthilfeprojekt "Therapie sofort", Pilotprojekt Dortmund, einen wichtigen Beitrag zur Differenzierung und Weiterentwicklung der Drogenhilfe geleistet. Leider steht dieses Projekt noch relativ "einsam" in der Landschaft, so daß wir von einer umfassenden Bearbeitung dieser Thematik absehen mußten.

Trotzdem haben wir aber daran festgehalten, Ihnen Projekte vorzustellen, die der Weiterentwicklung der Drogenhilfe dienen. Hierzu haben wir Referenten aus der Bundesrepublik, Spanien und England eingeladen. Herr Franz Wimmer, Geschäftsführer des Prop e.V., München, wird über ein ungewöhnliches Behandlungsmodell auf bayerischen Bauernhöfen berichten, das seit mehreren Jahren mit Erfolg praktiziert wird.

Die Frage der strukturierten ambulanten Entgiftung Drogenabhängiger wird Herr Joan Colom-Farran aus Barcelona in seinem Referat vorstellen. Die Qualifizierung der Entgiftungsbehandlung ist in der Bundesrepublik seit mehreren Jahren ein wichtiges Thema. Neben der Einführung sogenannter "qualifizierter Entgiftungsbehandlungen" an Fachkliniken bzw. Allgemeinkrankenhäusern hat der Landschaftsverband Westfalen-Lippe mit dem außerklinischen Entzugsmodell "COUDEX - 14 Tage ohne Drogen" einen spezifischen Beitrag auf diesem Sektor geleistet. Nunmehr soll die Frage einer strukturierten ambulanten Entgiftung Gegenstand der Diskussion sein.

Am Nachmittag wird Frau Anette Mühlhausen, Mitarbeiterin der Liverpooleser "Drugdependency Klinik", uns über das seit Jahren diskutierte Heroinvergabeprojekt an Drogenabhängige berichten. Da die sogenannte "Originalstoffabgabe" - neben der Substitution - seit mehreren Jahren verstärkt Thema fachlicher und gesundheitspolitischer Auseinandersetzungen ist, besteht hier die Gelegenheit, sich aus erster Hand zu informieren.

Wir denken, daß diese ausgewählten Themenschwerpunkte Anlaß bieten werden, erneut intensiv über (neue) Wege der Drogenhilfe zu diskutieren. Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe möchte Sie daher auch in diesem Jahr wieder recht herzlich zu seiner Jahrestagung nach Münster einladen.

Dr. W. Pittrich
Landesrat

Wolfgang Rometsch
Leiter der Koordinationsstelle
für Drogenfragen und
Fortbildung

THERAPIE IM PFAFFENWINKEL (TIP) THERAPIE AUF DEM BAUERNHOF

Franz Wimmer, München

Der Träger Prop e.V.

Prop e.V., Verein für Prävention, Jugendhilfe und Suchttherapie, ist ein gemeinnütziger Verein, der 1970 in München mit viel Pioniergeist von einer Elterninitiative und engagierten Bürgern gegründet wurde.

Durch Projekte, wie die "Notschlafstelle mit Kontaktladen L 43" in München, zwei Drogentherapiezentren in Aiglsdorf und Baumgarten (beider Lkr. Freising), eine Clearingstelle für Kinder und Jugendliche in München, sowie mehrere Drogenberatungsstellen in Oberbayern, leistet Prop e.V. einen wesentlichen Beitrag für die Suchtkrankenhilfe in Bayern.

Das Projekt "TIP" (Therapie im Pfaffenwinkel) haben wir im Januar 1994 von der Arbeiterwohlfahrt übernommen. Es handelt sich dabei um ein in dieser Form einzigartiges Suchthilfeangebot für drogenabhängige Menschen. Unsere 16 Therapiehöfe liegen hauptsächlich im Landkreis Weilheim-Schongau.

Aufgabe und Zielsetzung von TIP

Das Entwöhnungsangebot für Drogenabhängige "TIP" basiert auf dem einfachen Prinzip der gegenseitigen Hilfe. Dabei nützen wir bestehende natürliche und gesunde Strukturen in unserer Gesellschaft.

Der Grundgedanke dabei ist die Unterbringung jeweils einer/eines Drogenabhängigen in einer bäuerlichen Familie. Die Suchtkranken sollen die Chance bekommen, bestehende Defizite im psychischen und sozialen Bereich so auszugleichen, daß eine Wiedereingliederung in ein normales gesellschaftliches Leben möglich wird.

Die Bauernfamilien, die bei TIP mitmachen, brauchen jede Hand und jede Arbeitskraft, um nicht nur ihren eigenen Betrieb, sondern auch Kultur- und Landschaftspflege in der Region zu betreiben.

Auf der anderen Seite haben Suchtkranke die Chance, in ihrem Leben etwas "Nützliches" und nicht etwas "künstlich Therapeutisches" zu machen. Durch diesen Einsatz haben sie die Möglichkeit, den Suchtstoff als Motor ihres Lebens zu ersetzen und Verantwortung für ihr Leben zu übernehmen.

Voraussetzung ist das Vertrauen der Bauernfamilie selbst, die einen Teil ihrer Existenz in die Hände eines/einer Drogenabhängigen gibt.

Das Projekt "TIP" ist für langzeit-drogenabhängige Männer und Frauen geeignet, die entweder für sich in den bestehenden klassischen Hilfsangeboten (stationäre oder ambulante Therapie) keine Perspektive sehen, oder aber für sich eine individuelle Entwöhnungshilfe suchen, bei der sie nicht unbedingt in Gruppenprozesse mit anderen Suchtkranken eingebunden sind.

Die Suchtkranken übernehmen durch ihre Mitarbeit auf dem Hof zunehmend Verantwortung, indem sie im Laufe der Zeit eigenständige Aufgabenbereiche übertragen bekommen. Dieses Prinzip ist für das Selbstbewußtsein der Klienten/Klientinnen von großer Bedeutung.

Die Drogenfreiheit ist das Ziel der Therapie und wird zwischen den Gastfamilien, dem Klienten / der Klientin und dem Betreuer / der Betreuerin ständig thematisiert.

Die Hauptaufgaben des Trägervereins Prop. e.V. bei dieser Art der Suchthilfe sind:

- * die Therapiefamilien und Drogenabhängigen auszuwählen,
- * die Drogenabhängigen den Familien zuzuordnen,
- * die bäuerliche Familie sowie die Klienten während der gesamten Therapie zu betreuen und
- * die Klienten auf ihre zukünftige Arbeit vorzubereiten.

Viele Drogenabhängige haben Angst vor dem drogenfreien Leben, sodaß sie lieber körperliche und geistige Verelendung, hohe Haftstrafen und erhebliche Einschränkungen in Kauf nehmen. Dieser Lebenseinstellung begegnen wir mit einem Projekt, das in einen natürlichen Lebenskreis eingebunden ist. Dies eröffnet die Möglichkeit, eine neue und meistens noch unbekanntere Welt zu entdecken, in der man sich bewähren kann, Anerkennung bekommt und sich

damit die Grundlage für ein drogenfreies, selbstbestimmtes Leben schaffen kann.

Die Einzelunterbringung von Suchtkranken in landwirtschaftlichen Betrieben und deren Familien ist ein zukunftsweisender neuer Weg in der Suchtkrankenhilfe, um drogenabhängigen Menschen eine Wiedereingliederung zu ermöglichen.

Die Therapiephasen

Das Therapieprojekt "TIP" dauert für jede/jeden Drogenabhängige/n 12 Monate, die in drei Phasen aufgeteilt sind:

Die erste Phase (ca. 3 Monate) ist geprägt von der Eingewöhnung in die Therapiefamilie, der Gewöhnung an den Arbeitsalltag und vom Vertrautmachen mit der Umgebung.

Zum Schutz des Klienten/der Klientin besteht in dieser ersten Phase eine Kontaktüberwachung, die u. a. bedeutet, daß der Klient/die Klientin die häusliche Gemeinschaft nur in drogenfreier Begleitung verlassen dürfen.

In der zweiten Phase (ca. 4. - 8. Monat), der sog. Hauptphase, übernimmt der Klient/die Klientin mehr und mehr eigenverantwortliche Tätigkeiten: In dieser Phase soll der Klient/die Klienten lernen, die Belange eines bäuerlichen Anwesens zu erkennen und diese aktiv mitzugestalten.

Durch das Sicheinlassen auf andere und durch das aktive Mitarbeiten auf dem Hof, gewinnt der Klient/die Klientin die Anerkennung und das Vertrauen der Gastfamilie. Diese neue Lebenserfahrung beinhaltet den Gewinn von Durchhaltevermögen und den Austausch der Selbstzweifel in Selbstvertrauen.

Die zunehmende Eigenverantwortung im Arbeitsbereich befähigt die Klienten / Klientinnen im weiteren auch zu selbständigen Kontakten zu "nicht-Drogenabhängigen" und zu eigenverantwortlichen Ausgängen.

Die dritte Phase (ca. 9 - 12. Monat) ist vor allem geprägt vom Verfestigen des bisher Gelernten und von der Reflexion über die Fähigkeiten, Wünsche und Träume des Klienten/der Klientin für die Zukunft.

Konkret geht es in dieser dritten Zeitspanne darum, in Anlehnung an die Adaptionphase der stationären Langzeittherapie, Perspektiven und konkrete Handlungsschritte für die Zukunft zu entwickeln. Ziel in dieser letzten Therapiephase ist es, daß jeder Klient/jede Klientin mit einem festen Ausbildungs- oder Arbeitsplatz und einem festen Wohnsitz unsere Einrichtung verläßt.

In allen drei Phasen der Reintegration werden die Klienten durch die Therapeuten von Prop e.V. begleitet und entsprechend der jeweiligen Anforderungen unterstützt.

Während der gesamten Therapie sollen die Suchtkranken lernen, mit ihrem Suchtproblem umzugehen, damit kein "Umstieg" auf die "Ausweichdroge" Alkohol erfolgt.

Phasen	Hauptinhalte	Zeitraum
Phase 1	Eingewöhnung in die Familie und den landwirtschaftlichen Betrieb	1. - 3. Monat
Phase 2	Übernahme von eigenverantwortlichen Tätigkeiten	4. - 8. Monat
Phase 3	Entwicklung von Zukunftsperspektiven	9. - 12. Monat

Bisherige Erfahrungen

Das Konzept wird fortlaufend den realen Gegebenheiten angepaßt und weiterentwickelt. Hierzu treffen sich in regelmäßigen Abständen die "Therapiefamilien", die Mitarbeiter, Vertreter der Geschäftsleitung sowie Mitarbeiter des IFT (Institut für Therapieforschung, Parzivalstr. 25, 80804 München).

Es hat sich gezeigt, daß die bäuerlichen Familien eine ausgezeichnete Einschätzung für die Fertigkeiten, sowie das Durchhaltevermögen oder auch das Unvermögen der einzelnen Klienten/Klientinnen besitzen, sodaß ein natürliches Regulativ in bezug auf Über- und Unterforderung gegeben ist. Diese Art der Therapie ist für einige

Menschen genau die richtige Form. Sie sind nach oft langen "Drogenkarrieren" nicht mehr bereit, sich auf die übliche Form der stationären Therapie einzulassen. Sie suchen einen geschützten Freiraum ganz für sich selbst, weit ab vom gewohnten Umfeld. Aufgrund unserer positiven Erfahrungen, die wir im vergangenen Jahr sammeln konnten, arbeiten wir momentan daran, unsere "Therapiefamilien" auch für Jugendliche unter 18 Jahren anbieten zu können (Minderjährige).

Rahmenbedingungen

Das seit Anfang 1992 geförderte Bundesmodell "Therapie auf dem Bauernhof", wurde bis zum Ende des Jahres 1994 mit Bundesmitteln bezuschußt.

Ab 01.01.1995 ist die Finanzierung über einen Pflegesatz zu gewährleisten. Die Finanzierung wird über einen Betreuungspflegesatz durch den überörtlichen Sozialhilfeträger gewährleistet.

Am Projekt nehmen 16 Therapiehöfe teil, die jeweils einen Suchtkranken/eine Suchtkranke auf dem Hof aufnehmen. Die Therapiedauer beträgt 12 Monate. Der Personalschlüssel für die Betreuung der Suchtkranken sieht vor, daß jeweils ein Sozialpädagoge/eine Sozialpädagogin acht Patienten und deren Therapiefamilien begleitet und betreut.

Unser Angebot richtet sich an alle jungen Menschen ab 18 Jahren, die Probleme mit Drogen haben.

TIP ist eine Einrichtung, die durch das Bayerische Staatsministerium für Arbeit, Familie und Sozialordnung die Anerkennung nach § 35 BMG erhalten hat.

Kontaktadresse:
TIP-Therapie im Pfaffenwinkel
Pütrichstr. 1
82362 Weilheim
Tel.: 0881/6796

PROGRAMME AMBULANTER ENTGIFTUNG IN KATALONIEN BEHANDLUNGSWEISE BEI AMBULANTER OPIATENTGIFTUNG

DR. JOAN COLOM-FARRAN, BARCELONA, SPANIEN

Zu Beginn der Behandlung von opiatabhängigen Patienten muß die Bedeutung der Entgiftung als erster Schritt auf dem Wege zu Abstinenz und sozialer Wiedereingliederung des Suchtkranken hervorgehoben werden. Auch wenn es sich nur um die Einstiegsphase handelt, so zeigt die Erfahrung doch, daß, wenn das akute Rauschmittel-Entzugs-Syndrom korrekt behandelt wird, der Kontakt Arzt-Patient außerordentlich günstig beeinflußt wird, sodaß der psychotherapeutische Einstieg, der später erfolgen sollte, wirksamer und dauerhafter wird; hierdurch werden die Erfolgsaussichten auf eine globale Behandlung des Suchtbildes gesteigert.

Hinsichtlich der pharmakologischen Behandlung des akuten Entzug-Syndroms sollte versucht werden, die Richtlinien für die Entgiftung zu individualisieren. Fragen, die das Vorgehen im einzelnen, die anzuwendenden Pharmaka, die Wahl einer ambulanten Entgiftung etc. betreffen, sind Themen, die nicht allgemeingültig zu beantworten sind und der Idiosynkrasie des jeweiligen Patienten angepaßt werden sollten, je nach den Besonderheiten seines Suchtprozesses und der klinischen Erfahrung, die das behandelnde Team auf diesem Behandlungsgebiet besitzt.

Man muß beachten, daß Entgiftungsprozesse nicht unmittelbar anwendbar sind auf jeden von Opiaten abhängigen Patienten, der dies in Anspruch nehmen will. Wenngleich die Abstinenz immer als der zu erreichende Idealzustand angesehen wird, so darf man doch nicht aus den Augen verlieren, daß es bei Patienten mit gravierendem organischem Befund, bei Patienten mit bestimmten psychiatrischen Erscheinungsbildern und bei Schwangeren nötig ist, die Indikation für eine Entgiftung mit größter Vorsicht zu stellen. Für gewöhnlich ist es ratsamer, sie zu verschieben auf einen Zeitpunkt, zu dem diese besonderen Umstände sich geändert haben. Andererseits gibt es Suchtkranke mit wiederholten Rückfällen, resistent gegen jede Art von herkömmlicher Behandlung, die durch die Opiate eine wohltätige psychotropische Wirkung erzielen, und diese Substanzen benutzen als eine Art Automedikation; sie würden vermutlich günstiger reagieren auf

Erhaltungsprogramme mit Agonisten, als auf wiederholte und nutzlose Versuche neuerlicher Entgiftungen.

Äquivalenzen von Heroindosis und anderen Opiaten

1 mg Heroin entspricht	2,5 mg Methadon
	3,0 mg Morphin
	24,0 mg Kodein
	50,0 mg Propoxifen

Psycho-Pharmaka, die hauptsächlich bei der Opiat-Entgiftung eingesetzt werden.

Methadon

Die Behandlung mit Methadon zur Entgiftung des opiatabhängigen Patienten kann durchgeführt werden auf zwei therapeutischen Wegen:

- a) Vollständige Entgiftung innerhalb von 21 Tagen durch Verabreichung des Mittels in abnehmender Dosierung, bis daß der Patient einen Zustand erreicht hat, in dem er ohne Drogen leben kann.
- b) Entgiftung über einen längeren Zeitraum, d.h. eine allmähliche Herabsetzung der Methadon-Dosis über einen Zeitraum von 6 Monaten. Diese Behandlungsweise wird angewendet bei Patienten; die an einem Erhaltungsprogramm mit Methadon teilnehmen, das eine Entgiftung einleiten soll.

Bei Durchführung der Entgiftung mit Methadon innerhalb von 21 Tagen sollte als Richtlinie vorgegeben sein, keinesfalls über 25% täglich zu reduzieren. Als Orientierung und unter Zugrundelegung eines Reinheitsgrades des Heroins im Straßenhandel von 5-10% könnten die in der Tabelle 1 (s. Anhang) aufgeführten Hinweise dienlich sein (SOLER INSA, 1988).

Gewöhnlich erfolgt die Einnahme oral. Sollte aufgrund bestimmter organischer Komplikationen eine parenterale Verabreichung

notwendig sein, ist zu beachten, daß aus Gründen der Verträglichkeit die Dosis auf 50% reduziert werden muß.

Dextropropoxifen

Dextropropoxifen hat analgetische Wirkung, die etwa der Hälfte bis zwei Drittel des Codeins, auf oralem Wege verabreicht, vergleichbar ist. Bei der Opiatentgiftung wird Dextropropoxifen oral verabreicht. Eine tägliche Dosis, die 1000 mg überschreitet, kann Nebenwirkungen hervorrufen, wie etwa Halluzinationen, Krämpfe, Dysphorie, Sedation und verlangsamte Sprechweise. Diese Auswirkungen setzen der therapeutischen Anwendung gewisse Grenzen. Die Sicherheit dieses Medikamentes auf lange Sicht ist noch nicht erprobt, und seine Anwendung im Vergleich zu Methadon scheint weniger effektiv in der Stabilisierung bei der Behandlung zu entgiftender Patienten

Orientierungsrichtlinien für die Entgiftung mit Dextropropoxifen (Deprancol 150 mg) zur Opiatentgiftung bei einem Konsum von etwa 1/2 g Heroin pro Tag (SOLER INSA, 1988):
Siehe Tabelle 2 (im Anhang).

Für gewöhnlich wird diese Anwendungsrichtlinie unterstützt durch Benzodiazepine (z.B. Diacepam 5-45 mg pro Tag)

Buprenorfina

Buprenorfina ist ein halbsynthetisches Opiat mit gemischt agonistisch-antagonistischer Wirkung, das 25 bis 50 mal wirksamer ist als Morphin. Es wird relativ gut absorbiert bei allen Einnahmearten, einschließlich sublingual. Seine durchschnittliche plasmatische Lebensdauer beträgt 3 Stunden, wenngleich es scheint, als besäße es eine langanhaltende Wirkungsdauer, -vergleichbar der des Methadons -, als Resultat seiner langsamen Dissoziation der Opium-Rezeptoren.

In der Untersuchung von BICKEL und Koll. (1988), in der die Effizienz des Buprenorfina mit der des Methadon bei der Entgiftung verglichen wird, scheinen die Resultate darauf hinzuweisen, daß das Buprenorfina genügend agonistische Wirkung besitzen könnte, um es ebenso wirksam zu machen wie das Methadon, wenngleich bisher keine Angaben für eine noch bessere Wirkung belegt sind.

Beachtenswert ist, daß es gegenwärtig in unserem Land einen bedeutenden illegalen Handel mit Buprenorfina gibt, ein Faktor, der den therapeutischen Nutzen der zitierten Substanz bedingt.

Clonidina und andere alpha- 2 adrenergische Agonisten

Clonidina ist ein alpha-2-adrenergischer Agonist, der seit mehr als 10 Jahren in der Entgiftungsbehandlung eingesetzt wird, sei es bei Patienten, die von illegalen Opiaten abhängig sind oder bei Patienten in Erhaltungsprogrammen mit Methadon, wegen seiner Fähigkeit, das akute Abstinenzsyndrom zu verringern oder zu unterdrücken durch die Unterdrückung der Neuronalaktivität des locus ceruleus.

Clonidina hat, wie die anderen alpha-2 adrenergischen Agonisten, den Vorteil ,nicht Gegenstand möglichen Mißbrauchs durch die Patienten zu sein. Eine der Möglichkeiten, Clonidina einzusetzen, ist die orale Verabreichung einer festgelegten Dosis während der ersten 10 Tage; am 11.,12.,und 13. Tag wird sie um 50% reduziert und schließlich am 14.Tag ganz abgesetzt.

Das Auftreten von Hypotonie bei den meisten der durchgeführten Studien weist hin auf die Notwendigkeit, die Anwendung dieses Mittels nur bei stationärer Behandlung vorzunehmen.

In den letzten Jahren hat man damit begonnen, andere Substanzen einzusetzen , die gewisse Eigenschaften mit dem Clonidina gemeinsam haben, jedoch bessere klinische Resultate zeitigen und weniger unerwünschte Nebenwirkungen (Sedation und Hypotonie), wodurch die Anwendung auf ambulanter Ebene erleichtert wird. Zu diesen Substanzen gehört das Guanfacina. Es wurde eingeführt als der vorteilhafteste der alpha-2 adrenergischen Agonisten, nützlich wegen seiner Fähigkeit, die vegetative Semiotik des Entzugssyndroms zu verbessern und wegen seiner geringeren Nebenwirkungen bei therapeutischer Dosierung.

Richtlinien für die Substitution mit Guanfacina, unter Einbeziehung des Körpergewichtes und des Heroinkonsums (SAN,1988) (s. Tabelle 3 im Anhang)

Richtlinien für die Substitution mit "guanfacina" unter Berücksichtigung von Körpergewicht und Heroinkonsum

siehe
Tabelle 3 und Tabelle 4

Zur Zeit wird die Möglichkeit untersucht, Methadon und Guanfacina kombiniert zu verabreichen bei Entgiftungsprozessen. So würde das Methadon in der ersten Phase eingesetzt, um das Abstinenzsyndrom niedrig und erträglich zu halten, und bei Erreichung von 15 mg täglich würde anstelle des Methadon das Guanfacina eingeführt; auf diese Weise würde die Entgiftungszeit verkürzt und gleichzeitig die lange andauernde Auswirkungen der Abstinenz, - die typisch für die Behandlung mit Methadon sind-, unterdrückt.

Benzodiazepine

Sie werden in großem Umfang eingesetzt bei der Entgiftung als unterstützende Maßnahme beim häufigen Auftreten von Angstzuständen und Schlafstörungen

Neuroleptica

Sie werden eingesetzt zur Unterstützung bei der Entgiftung oder bei Patienten, die ein psychotisches Krankheitsbild aufweisen. Ihre Handhabung ist kompliziert, da sie von Opiatabhängigen häufig schlecht vertragen werden; es besteht erhöhte Wahrscheinlichkeit des Auftretens unerwünschter Nebenwirkungen der extrapyramidalen Serie. Sollte es notwendig sein, Neuroleptika einzusetzen, dann sollten die gewählten Mittel das Levomepromacin, Tioridacin und Clotiapin sein, die ein vergleichsweise niedriges Auftreten extrapyramidaler Wirkung aufweisen.

Allgemeine Richtlinien für die ambulante Entgiftung von Opiaten

Es gibt eine Reihe von allgemeinen Richtlinien zur Durchführung einer ambulanten Entgiftung mit einem Minimum an Erfolgsgarantie. Auch wenn die Umstände nicht besonders günstig sind, werden wir versuchen, eine Entgiftung durchzuführen, sofern wir der Überzeugung sind, daß der Patient genügend motiviert ist, seinen Konsum an Opiaten unterbrechen zu wollen. Im Folgenden werden wir diese Richtlinien zusammenfassen; es empfiehlt sich, sie dem Patienten und den Familienangehörigen schriftlich und in deutlicher, gut verständlicher Fassung mitzugeben.

Allgemeine Richtlinien für die Entgiftungsbehandlung

Es muß ganz klar sein, daß die Entgiftung durch Medikamente, falls dies nötig ist, nur der erste Schritt ist auf dem Wege, aus dem Heroinkonsum gänzlich und endgültig auszusteigen. Man muß sich der Tatsache bewußt sein, daß eine Suchtbehandlung erst lange nach der Entgiftung durch Medikamente als abgeschlossen anzusehen ist.

Unter den Behandlungsrichtlinien, die der Patient, ein Familienangehöriger oder eine andere verantwortliche Person befolgen müssen, sind besonders folgende hervorzuheben.

1. Bei der Entgiftung mit Medikamenten soll der Familienangehörige oder die mit der Kontrolle der Behandlung betraute Person die Medikamente aufbewahren und in der vom Beratungszentrum vorgegebenen Weise verabreichen.
2. Falls der Besuch beim behandelnden Arzt oder der Apotheke nötig ist, um die verschriebenen Medikamente zu besorgen, wird auch dies die verantwortliche Person übernehmen.
3. Der Patient sollte immer in Begleitung der verantwortlichen Person sein und nie allein aus dem Haus gehen.

4. Der Patient darf keine Besuche, Briefe oder Telefonanrufe von Bekannten oder Unbekannten entgegennehmen, weil die ja ebenfalls abhängig sein können. Telefonanrufe sollten grundsätzlich durch Familienangehörige oder verantwortliche Personen entgegengenommen werden.
5. Der Patient sollte höchstens bis 9 Uhr morgens im Bett bleiben dürfen. Während des Tages sollte er die Tätigkeiten ausführen, die ihm Spaß machen (z. B. Sport treiben, lesen, Musik hören, fernsehen usw.; jedoch sollten diese Aktivitäten nicht mit denen zusammenhängen, die er als Drogenabhängiger unternahm (z. B. ganz bestimmte Platten hören, ganz bestimmte Zeitschriften lesen, Comics usw.)
6. Nicht erlaubt sich stimulierende Getränke, wie z. B. Kaffee, schwarzer Tee usw.
7. Im Einverständnis mit dem Patienten wird dessen Adreßbuch mit Anschriften und Telefonnummern eingezogen und aufbewahrt.
8. Mit Zustimmung des Patienten werden Schallplatten, Kassetten, Zeitschriften und andere Objekte, die ihn an die Zeit als Drogenabhängiger erinnern könnten, eingezogen und aufbewahrt. (Er kann andere Bücher lesen oder eine andere Art von Musik hören.)
9. Es sollten häufig Kräutertees verabreicht und heiße oder lauwarme Entspannungsbäder genommen werden.
10. Der Patient darf sich weder im Bad noch in anderen Räumen einschließen.
11. Vor Beginn einer Entgiftung wird, im Einverständnis mit dem Patienten, sein Zimmer und die gesamte Wohnung/Haus minutiös nach Gegenständen oder Material abgesucht, die mit dem Drogenkonsum in Verbindung stehen könnten.
12. Wichtig ist ferner, daß der Patient über keinerlei Geldmittel verfügt, und daß dies von der Familie kontrolliert wird.

Mit Beginn der Behandlung ist die Teilnahme an allen, durch das Behandlungszentrum vorgeschriebenen Aktivitäten unerlässlich.

Alle diese Richtlinien können nach und nach aufgegeben werden, entsprechend der Entwicklung des Patienten.

Schnellentgiftung

Eine der interessantesten Neuerungen, die in den letzten Jahren bei der medikamentösen Behandlung von Heroinabhängigen durchgeführt wurden, ist die Einführung eines kombinierten Einsatzes von Opiat-Antagonisten und alpha-2-adrenergischen Agonisten (z.B. Naltrexona und Clonidina) als einer neuen Entgiftungstechnik, die eine Linderung des Abstinenzsyndroms ermöglicht und gleichzeitig seine Dauer entscheidend verkürzt; hierdurch wird eine schnellere und sicherere Entgiftung ermöglicht.

Es besteht kein Zweifel daran, daß die Fortschritte in der medikamentösen Entgiftung von Opiaten, -und ganz konkret die schnellen Entgiftungen -, dem abhängigen Patienten eine bessere Bewältigung der ersten und entscheidenden Etappe auf dem Weg zu einem langen und kostspieligen Behandlungsprozeß ermöglichen; dies wird sich niederschlagen in einer geringeren Ablehnung des Entgiftungsprozesses, etwa aus Angst vor dem gefürchteten Entzugssyndrom. Gleichzeitig erlaubt die schnelle Entgiftung den Einsatz von Behandlungsprogrammen mit Opiat-Antagonisten, ohne daß die Sicherheitsperioden frei von Medikamenten eingehalten werden müssen, die unmittelbar die Akzeptanz und Durchführung dieser Programme seitens unentschlossener und wenig motivierter Patienten beeinflussen und die Rückfallmöglichkeit aufgrund einer fehlenden, angemessenen medikamentösen Unterstützung erhöhen.

PRÄVENTION UND/ODER AMBULANTE MEDIKAMENTÖSE BEHANDLUNG DES ALKOHOL-ENTZUGSYNDROMS.

Bei der Behandlung eines Alkoholikers erfolgt zunächst der sofortige und völlige Entzug von Alkohol; bei dieser Maßnahme ist das Auftreten von Abstinenzsyndromen sehr wahrscheinlich, wenn dem nicht mit entsprechender Medikation vorgebeugt wird.

Grundlegende Ziele der Behandlung sind die Abschwächung der Abstinenzwirkungen und -symptome, und die Prävention oder Behandlung der schwerwiegendsten Komplikationen, die mit dem Entzug von Alkohol einhergehen. Gegenwärtig gibt es verschiedene Medikamente, die diese Bedingungen erfüllen.

Das **Chlormetiazol** ist der Thiazolanteil des Vitamin B1; es wirkt antikonvulsiv, sedierend, hypnotisch, Herz- und Atemtätigkeit senkend und ist mäßig suchtfördernd. Die erstgenannten drei Wirkungsweisen machen es zu einem nützlichen Instrument gegen die Abstinenzerscheinungen, besonders wenn sie mit Erregungszuständen einhergehen. Das Chlormetiazol wird bevorzugt oral verabreicht (Kapseln zu 192 mg) und nach vorher festgelegten und abnehmenden Dosierungen, die - wegen der möglichen Suchtförderung - nach 7 bis 14 Tagen abgesetzt werden sollten. Die parenterale Verabreichung (erhöhtes Risiko von Atemstörungen) bleibt schweren Fällen vorbehalten.

Das **Tetrabamat** ist ein Komplex auf der Basis von Febarmato, Difebarmato und der Kernsubstanz des Piramidina des Phenobarbital, das beruhigend, gegen Tremor und Muskelverspannungen wirkt. Es wirkt weder hypnotisch noch analgetisch, noch senkt es Herz- oder Atemtätigkeit. Das Wahrnehmungsniveau fällt nicht ab. Es wird nicht potenziert mit Äthanol; das verringert das Risiko von Zwischenfällen bei eventuellen Rückfällen. Das Mittel ist vorhanden in Tablettenform zu 300 mg und wird in festgelegter und allmählich abnehmender Dosierung verabreicht.

Bevorzugte Indikation für Chlormetiazol und Tetrabamat bei Alkohol-Abstinenz-Syndrom (AAS/ spanisch: SAA)

Chlormetiazol:

- a) Patienten mit schwerem AAS, parenterale Medikamentengabe,
- b) Patienten mit zu erwartenden oder schon vorhandenen Konvulsionen
- c) Patienten mit dem Entzugs-Syndrom großer Erregung, bei denen eine rasche hypnotische Wirkung angebracht ist.

Tetrabamat:

- a) ambulante Behandlung im allgemeinen
- b) Patienten mit Atembeschwerden oder Beschwerden aufgrund von niedrigem Blutdruck.
- c) Patienten mit bereits vorher bekannter Medikamentenabhängigkeit, vor allem, wenn bereits ein Mißbrauch von Chormetiazol vorliegt.
- d) Patienten mit Abstinenzsyndrom nach Konsum von Chlormetiazol

Chlormetiazol und Tetrabamat sind angezeigt als Alternative bei Unverträglichkeit des jeweils anderen Medikaments. Die Dosierung beider Mittel ist aus der Bewertung der Abstinenzsyndrome zu entwickeln. Diese Bewertung muß vorab durchgeführt werden, wobei als Leitfaden die folgenden Tabellen gelten können: (SOLER INSA 1988)

siehe
Tabelle 5 und 6

In der folgenden Tabelle sammeln wir eine Reihe von Anzeichen und Symptomen, die uns erlauben, den Intensitäts-Grad der Alkohol-Abstinenz einzuschätzen; jeder dieser Stufen wird eine bestimmte Behandlungsrichtlinie entsprechen. Die Tabelle setzt sich aus 12 Punkten zusammen, die nach Häufigkeit ihres Auftretens geordnet sind (auf der Grundlage von 280 überprüften Fällen von AAS); die Evolution jedes Punktes wird objektiviert durch operative Definitionen, die sich untereinander ausschließen.

Je nach Summe der erreichten Punkte in der Skala können verschiedene Intensitätsgrade des AAS ermittelt werden und die entsprechenden Richtlinien für die Behandlung mit dem Medikament und der klinischen Intensität, welche die anzuwendende Behandlung erfordert; 0-7 Punkte: Stufe 1; 8-15 Punkte: Stufe 2 ; 16-23 Punkte: Stufe 3 ; 24 und mehr Punkte: Stufe 4.

Tabelle 7

Bei den verschiedenen Intensitätsstufen des AAS werden die vorher beschriebenen Behandlungsrichtlinien angewendet.

In vielen Fällen jedoch kommt der Patient in das Aufnahmezentrum nach vorherigem Alkoholgenuß. In diesem Fall ist es selbstverständlich nicht möglich, eine Bewertung der Intensität der Alkohol-Abstinenz vorzunehmen; es empfiehlt sich dann, die Behandlung einzuleiten mit einer abnehmenden Dosierung von Tetrabamato, Tiapride, -beide Medikamente werden wir gleich beschreiben - oder Chlormetiazol. Die Anfangsdosis wird festgelegt entsprechend der täglichen Alkoholration, die der Patient zu sich nimmt.(GUAL A, 1990) Dabei ist zu beachten, daß diese Kranken, im Gegensatz zu Heroinabhängigen, dazu neigen, ihren Konsum niedriger anzugeben.

Beispielsweise wäre die ungefähre Anfangsdosis für einen Mann mittleren Alters, mit einem Gewicht von ca.80 kg und täglichem Alkoholkonsum von etwa 300 cc Alkohol.: 2 oder 3 gr. Tetrabamato, 0,8 - 1,2 Gr. Tiapride oder 3 evtl.4 Gr. Chlormetiazol. Auf jeden Fall muß die jeweilige Dosis auf 3 bis 4 Anwendungen pro Tag verteilt , progressiv verringert und nach maximal 15 Tagen abgesetzt werden. In der folgenden Tabelle werden

Behandlungsrichtlinien angegeben, die sich beziehen auf einen männlichen Patienten, ca. 70 kg schwer, mit einem Tageskonsum von 200 - 250 cc Alkohol, der zum Zeitpunkt der Untersuchung keine Abstinenzsymptome aufweist. Die Dosierung jedes Medikamentes wird, angegeben in Tabletten, alle 8 Stunden verabreicht.

Im allgemeinen wird nach 24 Stunden Alkoholabstinenz außerdem ein interdiktorisches Medikament verabreicht. Normalerweise handelt es sich dabei um Disulfiram, in einer Dosis von 250 mg täglich in einmaliger Verabreichung. Mit ähnlichen Resultaten kann auch Caciumcyanamid eingesetzt werden.

siehe Tabelle 8

Die durchschnittliche Dauer einer Heimentgiftung beträgt etwa 8-10 Tage. Die ersten 5-7 Tage müssen Tage "häuslicher Internierung" sein. Später kann dem Patienten erlaubt werden, das Haus zu verlassen, aber stets in Begleitung. Es wird geraten zu regelmäßiger Ruhe, Vitamintherapie mit Vitamin B 1, kaliumreicher Ernährung und Beachtung einer ausreichenden Flüssigkeitszufuhr.

Weitere Medikamente

Benzodiazepine

Die Anwendung von Benzodiazepinen zur Behandlung von AAS ist die in Nordamerika am weitesten verbreitete Methode. Hingegen werden Chlormetiazol und Tetrabamato in unseren Breiten häufiger eingesetzt ; über sie besitzen wir mehr klinische Erfahrung.

Tiapride

Das Tiapride ist ein Synthese-Molekül aus der Gruppe der substituierten Benzamide (also ähnlich dem Metaclopramida und dem Sulpiride). Hervorzuheben ist seine positive Wirkung bei Erregungszuständen und seine anti-halluzinatorischen und Anti-Tremor-Effekte.

Auch angstlösende und antidysphorische Wirkung wurde festgestellt. Tiapride ist nicht suchtfördernd und nicht unverträglich mit Äthanol. Es hat keine zentralen depressorischen Effekte, wodurch es in vielen Fällen als Medikament der Wahl in Frage kommt, z.B. "Patologia respiratoria asociada". Es kann oral und parenteral verabreicht werden. Die Dosierung pro Tag wäre 600-800 mg bei AAS der Stufe 1, 800 - 1000 mg bei Stufe 2, 1000-1400 mg bei Stufe 3 und 1400-1800 mg bei DT.

Allgemeine Behandlungshinweise

Äußerst ratsam ist die routinemäßige und frühzeitige Einsetzung von Polyvitamin-Präparaten und besonders Tiamina (B1) bei der Behandlung von neurologischen Störungen wie dem Wernicke-Korsakoff-Syndrom, das in der Abstinenzphase unbemerkt bleiben könnte und dessen Prognose abhängt von einer frühzeitigen Einsetzung einer prolongierten Vitaminbehandlung in hohen Dosen.

Es gibt eine Reihe von Maßnahmen, die notwendig sind, um eine Heimentgiftung mit einem Minimum an Erfolgsgarantien durchzuführen (GUAL, A. 1990)

1. Anwesenheit eines verantwortlichen Erwachsenen, bevorzugt eines direkten Familienmitgliedes, der unter keinerlei Drogenabhängigkeit leiden darf. Dieser soll verantwortlich sein für die Verabreichung der Medikamente an den Patienten und für die Beobachtung seines Verhalten.

2. Aufenthalt des Patienten im Hause während der ersten 5- 7 Behandlungstage. Absolutes Verbot, der gewohnten Arbeit nachzugehen, Motor-Fahrzeuge zu fahren usw.

3. Keinerlei alkoholische Getränke in Reichweite des Patienten. Diese strikte Vorschrift ist nur notwendig während der Entgiftung. Während der weiteren Behandlung ist sie nicht zwingend einzuhalten, oft nicht einmal wünschenswert.

4. Akzeptanz der "absoluten Abstinenz" als unmittelbares Ziel seitens des Patienten . Es ist nicht unbedingt nötig, daß sich der Patient seiner Krankheit bewußt ist, aber es ist unerläßlich, daß er freiwillig bereit ist, das Trinken aufzugeben. Wenn der Patient offen erkennen läßt, daß er bei der Behandlung nicht aktiv mitarbeiten will, ist es vorzuziehen, damit gar nicht erst zu beginnen.

Abschließend soll noch einmal daran erinnert werden, daß eine Behandlung zum Entzug des Alkohols nicht eine Behandlung des Alkoholismus an sich ist, wenn sie auch der erste Schritt hin zu einem Prozeß der Entwöhnung und völligen Rehabilitation sein kann.

ANHANG

Tabelle 1

Heroin	Methadon
1/8 g (125 mg)	15 - 20 mg
1/4 g (250 mg)	30 - 45 mg
1/2 g (500 mg)	60 - 90 mg
3/4 g (750 mg)	90 - 135 mg
1 g	120 - 190 mg

Tabelle 2

Tag	Kapseln à (150 mg.)
1.	2-2-2
2. - 5.	2-2-3
6.	2-2-2
7.	2-1-2
8.	1-1-2
9.	1-1-1
10.	1-0-1
11.	0-0-1
12.	Absetzen

Tabelle 3

Richtlinien für die Substitution mit "Gruanfaccina" unter Berücksichtigung des Körpergewichtes und des Heroinkonsums			
Richtlinien	Gewicht des Patienten (kg)	Letzte Heroindosis in Gramm	Tägl. Gesamtdosis in Intervallen v. 8 Stunden
1	< = 60	< = 0,250	3
2	< = 60	> 0,250 → < 1	3,5
3	< = 60	> = 1	4
4	> 60	< = 0,250	3,5
5	> 60	> 0,250 → < 1	4
6	> 60	> = 1	4,5

Tabelle 4

Beispiel für programmierte Reduktion von GUANFACIN													
Richtlinien	Std.	Behandlungstage											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	8	1	1	1	1	0,5	0,5	0,5	-	-	-	-	-
	16	1	1	1	0,5	0,5	0,5	-	-	-	-	-	-
	24	1	1	1	1	1	0,5	0,5	0,5	-	-	-	-
2	8	1	1	1	1	1	0,5	0,5	0,5	-	-	-	-
	16	1	1	1	1	0,5	0,5	0,5	-	-	-	-	-
	24	1,5	1,5	1,5	1	1	1	0,5	0,5	0,5	-	-	-
3	8	1,5	1,5	1,5	1	1	1	0,5	0,5	0,5	-	-	-
	16	1	1	1	1	1	0,5	0,5	0,5	-	-	-	-
	24	1,5	1,5	1,5	1,5	1	1	1	0,5	0,5	0,5	-	-
4		ebenso wie Richtlinie 2											
5		ebenso wie Richtlinie 3											
6	8	1,5	1,5	1,5	1	1	1	0,5	0,5	0,5	-	-	
	16	1,5	1,5	1	1	1	0,5	0,5	0,5	-	-	-	
	24	1,5	1,5	1,5	1,5	1	1	1	0,5	-	0,5	-	

Tabelle 5

Richtlinien für Chlormetiazol (Kapseln zu 192 mg)				
Tag	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4
1	2-2-3	3-3-4	4-4-4-4	parenteral
2	2-2-2	3-3-3	3-4-3-4	beginnen mit 3
3	1-2-2	3-2-3	3-3-4	
4	1-1-2	2-2-3	3-3-3	
5	1-1-1	1-1-3	3-2-3	
6	1-0-1	1-1-2	2-2-3	
7	0-0-1	0-1-1	2-1-3	
8		0-0-1	1-1-3	
9		0-0-1	1-0-2	
10			0-0-2	
11			0-0-1	

Tabelle 6

Richtlinien für "Tetrabamato" (Tabletten zu 300 mg)				
Tag	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4
1	2-2-2	2-2-3	3-3-4	4-4-4
2	2-1-2	2-2-2	3-3-3	4-3-4
3	1-1-2	2-1-2	3-3-3	3-3-4
4	1-1-1	2-1-2	3-2-3	3-3-3
5	1-0-1	1-1-2	2-2-3	3-3-3
6	1-0-1	1-1-2	2-2-2	3-2-3
7	1-0-1	1-1-1	2-1-2	2-2-3
8	0-0-1	1-1-1	1-1-2	2-2-2
9	0-0-1	1-0-1	1-1-1	2-1-2
10		0-0-1	1-0-1	1-1-2
11			0-0-1	1-1-1
12				1-0-1
13				0-0-1

Tabelle 7

Bewertung der Intensität des AAS					
		0 Punkt	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte
1.	Angstzustände	nein	+	++	+++
2.	Schweißausbrüche	nein	nur Nachts	Tag + Nacht	starke Ausbrüche
3.	Zittern	inexistent oder schwach diestal am Morgen	schwach, distal ständig	stark, distal ständig, Lippen Zunge	allgemeiner fühlbarer Tremor
4.	Bewußtseins-Defizit	nein	Episoden vereinzelter nächtlicher unauff. Defizite	Ebenso, Tag und Nacht	Notorisches ständiges, persistentes Defizit
5.	Desorientierung	nein	vereinzelt Episoden alopsychischer Desorientierung	Ebenso, völlige Desorientierung	völlig, ständig, persistent.
6.	Wahrnehmungsstörungen	nein	Alpträume u. Visionen, nur nachts	intermitt. visuelle Halluzinationen, Tag u. Nacht	konstante visuelle Halluzinat. Illusionen, falsches Erkennen
7.	Gedächtnisstörungen	nein	Amnesien (oder Palimpseste) Lücken bezügl. der Nacht	Amnesien Lücken bezüg. Tag und Nacht	Große amnesische Lücken (12 Std. oder mehr)
8.	Schlaflosigkeit	nein	Einschlafschwierigkeiten, vorzeitiges Erwachen	Ebenso Schlafstörungen (mehr Stunden wach als Schlaf)	Totale Schlaflosigkeit
9.	Hyperpyrexie	nein	nein	erhöhte Temperatur	Fieber
10.	Psychomotorik	normal	normal	Unruhe	Erregung
11.	occ. Delirium	nein	nein	nein	ja

Tabelle 8

Richtlinien zur Prävention des Alkohol-Abstinenz-Syndroms			
Tag	clormetiazol (Kapseln 192 mg)	tetrabamato (Kapseln 300 mg)	tiapride (Kapseln 100 mg)
1	3-3-4	3-3-3	3-2-3
2	3-2-4	3-2-3	2-2-3
3	2-2-3	2-2-3	2-1-3
4	2-1-3	2-1-3	1-1-3
5	1-1-3	1-1-3	1-1-2
6	1-0-3	1-0-3	1-1-1
7	1-0-2	1-0-2	1-0-1
8	0-0-2	1-0-1	0-0-1
9	0-0-1	0-0-1	0-0-0
10	0-0-0	0-0-0	0-0-0

SCHADENSMINIMIERUNG DURCH KONTROLLIERTE HEROINVERGABE AN DROGENABHÄNGIGE

Anette Mühlhausen, Liverpool

Drogensucht und ihre Folgen ist ein Thema, das Wissenschaftler unterschiedlichster Fachbereiche schon seit Jahren beschäftigt.

Die jährlich steigende Zahl von Drogengebrauchern, die stark angestiegene Sterberate von Drogenabhängigen und nicht zuletzt die drogenpolitische Entwicklung der letzten Jahre haben die Substitution als "Therapiemöglichkeit" für Drogensüchtige in den Vordergrund der Diskussion gerückt.

Die Formen der Substitution

Der Staat reagierte auf den steigenden Konsum der neuen Drogen mit Verschärfung der Repression auf judikativer und exekutiver Ebene (Novellierung des Opiumgesetzes von 1929 zum BtMG 1972; außerdem erfolgte der Ausbau des polizeilichen Apparates (THAMM))

Hohe Preise und Versorgungsengpässe zwingen Abhängige, die nicht von der begehrten Ware lassen wollen oder können, auf andere, billigere, leichter erhältliche Stoffe auszuweichen. Um Entzugssymptome zu vermeiden und den Beschaffungsstreß zu mindern, konsumieren Heroinabhängige notgedrungen substituierte, also Ersatzstoffe. Dies ist die **e r s t e** und grundlegende Form der Substitution - die ganz alltägliche Selbstmedikation der Drogenabhängigen unter den Bedingungen der Illegalität.

Eine **z w e i t e** Form, die jedoch meistens mit der ersten gekoppelt ist, ist die Substitution durch praktizierende Ärzte. Beide Formen sind nicht immer klar voneinander zu trennen, aber es gibt gute Gründe, sie zu unterscheiden. Von sachkundigen Ärzten verantwortungsvoll durchgeführte Substitutionsmaßnahmen führen in aller Regel nicht zu Mehrfachabhängigkeiten und körperlichen Schädigungen.

Die **d r i t t e** Form schließlich ist die staatliche Vergabe von Ersatzdrogen an Abhängige. Man unterscheidet hier:

Methodonerhaltungs-(Maintenance) programme:

Die Teilnehmer erhalten hier zeitlich unbefristet Ersatzdrogen.

Maintenance to Abstinence Programme:

Zeitlich strukturiertes Programm, das in einem überschaubaren Zeitraum in die Abstinenz münden soll.

Detoxifikationsprogramme:

Dies sind kurzfristige Programme, durch die innerhalb weniger Wochen die verabreichte Dosis kontinuierlich gesenkt wird, bis der Klient drogenfrei ist.

Das "Liverpooler Modell"

In England gibt es ein Projekt, das aufgrund einer anderen Gesetzgebung in der Substitutionsdiskussion in den letzten Jahren großes Aufsehen erregt hat. Obwohl sich die Substitutionsklinik nicht direkt in Liverpool befindet, wurde das Projekt als "Liverpooler Modell" bekannt.

Das englische System in Widnes, Merseyside

Das Ärztegesetz aus dem Jahre 1858 sagt unter § 23: "Es wird nicht gestattet, daß sich eine Orthodoxie bildet." Was heute in England als "klinische Freiheit" eines praktizierenden Mediziners bekannt ist, hat sich darauf aufgebaut. Es besagt, daß ein Arzt die Freiheit hat, zu praktizieren, wie er es wünscht, vorausgesetzt, er hat ein anerkanntes Ausbildungsniveau erreicht, wie z. B. eine Qualifizierung durch eine anerkannte medizinische Fakultät; das bedeutet, daß - im Gegensatz zu Ländern auf dem europäischen Festland - Gesundheitsbehörden oder Ortsbehörden bzw. irgendwelche andere Behörden einem Arzt nicht vorschreiben können, wie er in einem bestimmten Fall zu praktizieren habe.

England unterzeichnete den Drogen betreffenden § 295 des Versailler Vertrages, der vorschrieb, daß "alle Nationen die Versorgung mit Psychopharmaka regeln" müssen. Es wurde jedoch jedem individuellen Signatarstaat überlassen, wie diese kontrollierte Verfügbarkeit durchgeführt werden sollte. In den Vereinigten Staaten entschied sich die Regierung für ein vollständiges Verbot

sämtlicher Substanzen dieser Art, einschließlich Alkohol. England entschloß sich, die Lieferung von Alkohol und Drogen durch Rationierung auf dreierlei Weise zu regeln: zunächst steuerlich (durch erhebliche Abgaben), zweitens zeitlich (indem sie nur zu bestimmten, beschränkten Stunden erhältlich sind) und drittens räumlich (beschränkt auf bestimmte Lokale).

Opium, Haschisch, Kokain und andere Drogen wurden ebenfalls beschränkt; für die Beschränkung sollten die Ärzte zuständig sein. Die Ärzte waren seinerzeit froh, das Monopol für die Verfügbarkeit dieser Drogen auf sich zu nehmen, denn damals gab es keine anderen effektiven Arzneimittel. Dieses Monopol sicherte ihnen einen ständigen Zustrom an Patienten und somit ihr Einkommen.

Wie der Alkoholverbrauch diente der Genuß von Opium, Haschisch und Kokain nicht nur zur ärztlichen Behandlung, sondern auch zum Freizeitvergnügen. Den Ärzten war es zuwider, eine Art "Barman" zu werden, und sie schränkten ihre Bereitschaft, Drogen auf dieser Basis zu verabreichen, stark ein.

Seit 1926 (Rolleston Committee) wurde festgeschrieben, Heroin oder andere Drogen nur noch Drogenabhängigen zu verschreiben, wenn der Patient nicht ohne gravierende Entzugssymptome entgiftet werden konnte, wenn der Patient eine allmähliche, wenn auch noch so langsame Entziehungskur durchmachte oder wenn der Patient die Droge brauchte, um ein nützliches und normales Leben zu führen. Dieser letzte Grund ermöglichte eine liberale Interpretation des Systems.

In den 60er Jahren jedoch nahm der Drogenkonsum stark zu. Zudem änderte sich auch die Zusammensetzung des konsumierenden Publikums. Im Gegensatz zu der Mehrheit der Betroffenen, die bis dahin eher im mittleren Alter waren, oft in medizinischen oder paramedizinischen Berufen tätig, sozial integriert und unauffällig lebten, waren die Abhängigen nun vorwiegend "drop out"-Jugendliche mit ungeordnetem Lebensstil.

Einige englische Ärzte begannen, enorme Mengen an Drogen zu verschreiben, was sich natürlich herumsprach und hemmungslos ausgenutzt wurde. Die Situation spitzte sich zu und führte zum Erlaß des "Dangerous Drugs Act" im Jahre 1967, welches das Recht der Drogenverschreibung auf psychiatrische Kliniken

beschränkte, die von lizenzierten Psychiatern geführt wurden, und einige, über das Land verstreute Ärzte für Allgemeinmedizin, die sich auf diesem Gebiet ein Fachwissen erworben hatten.

Es sollte jedoch hier erwähnt werden, daß alle englischen Ärzte jede Droge für echte, medizinische Zwecke verschreiben dürfen, so z. B. Morphin bei einem Herzanfall.

Harm Reduction als Leitgedanke der "Liverpooler" Drogenpolitik

Die Regional Health Authority, welche dem "National Health Service" untersteht und dieser wiederum dem Gesundheitsministerium der Merseyside Region, verfolgt in ihrer Drogenpolitik und -arbeit die Linie der sogenannten "Harm Reduction".

Harm Reduction basiert auf drei Prinzipien:

1. Das grundlegende Prinzip des Harm Reduction-Modells ist, daß Abstinenz von Drogen nicht das alleinige Ziel von Einrichtungen für Drogengebraucher sein darf. Denn das würde bedeuten, daß das Abstinenzgebot von vornherein einen großen Teil der Konsumenten ausschließt.
2. Abstinenz sollte das oberste Ziel in einer Hierarchie von mehreren Zielen sein, d.h., wenn einige Drogenkonsumenten das Abstinenzziel nicht erreichen können oder wollen, dann ist der nächste Schritt, die schädlichen Konsequenzen ihres Konsumverhaltens sowohl für sie selbst, für ihre Umgebung, wie auch für die Gesellschaft als Ganzes möglichst zu verringern.
3. Die Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe müssen benutzerfreundlich sein, um Kontaktaufnahmen überhaupt zu ermöglichen. Über erste Kontaktaufnahmen werden dann eventuell Verhaltensänderungen möglich. Erreichbarkeit, Vertraulichkeit, Unkompliziertheit und benutzerorientierte Dienstleistungen müssen gewährleistet sein.

Drug Dependency Unit (DDU) Halton

Als Beispiel einer dem Harm Reduction-Modell verpflichteten Einrichtung möchte ich die Drug Dependency Unit (DDU) Halton ("Liverpooler Modell") vorstellen. Es handelt sich hierbei um eine der wenigen spezialisierten Kliniken, die nach 1967 das Monopol zur Abgabe von Heroin, Methadon und anderen Drogen in England erhielten.

Philosophie und Ziele der DDU

Das interdisziplinär zusammengesetzte Team der Mitarbeiter läßt sich bei seiner Arbeit von folgender "Philosophie" leiten:

"Die Drogenabhängigkeit und deren Behandlung sollte nicht als ein medizinisches Problem, nicht als eine Krankheit, sondern als ein soziales, gesellschaftliches Problem angesehen werden. Erfolg wird nicht sofort sichtbar sein.

Die DDU ist ein Langzeitprojekt . . . , welches die Hilfe und Unterstützung aller in der Gesellschaft benötigt." (MARKS)

- Allen Aktivitäten übergeordnet ist das Ziel, einen Drogenabhängigen zu einem suchtfreien Leben zurückzuführen. Da dies bei den meisten Drogenabhängigen jedoch nur ein sehr langfristiges Ziel sein kann, gilt es, andere kurz- und mittelfristige Ziele zu formulieren, und diese dann als Maßstab für Erfolg oder Mißerfolg der Arbeit heranzuziehen.
- Suchtfreiheit als Ziel für einen Heroinabhängigen kann bedeuten, daß man ihm ein Methadonprogramm anbietet. Ist ein Methadonprogramm nicht indiziert, dann kann das Ziel lauten: stabilisierter Drogenkonsum. Illegaler Drogenkonsum führt oft zu großen Schwankungen bezüglich des Quantums der konsumierten Drogen. Ein Erhaltungsprogramm sollte zunächst einmal das Ziel verfolgen, die Menge der konsumierten Drogen so zu stabilisieren, daß Entzugssymptome - bei einer möglichst geringen Konsummenge - vermieden werden.

Weitere Indikatoren für eine erfolgreiche Behandlung oder weitere Ziele für die Arbeit mit Abhängigen bestehen z. B. darin, die körperliche Gesundheit aufrechtzuerhalten und zu verbessern, die Krimininalität, die mit dem Drogenkonsum einhergeht, zu verringern bzw. auszuschalten, die Menge der verschriebenen Drogen mit der Zeit abzubauen, die Konsumgewohnheit von intravenösem zu oralem Konsum zu verändern und die sozialen Bezüge zu stabilisieren.

Generell läßt sich sagen: es gibt nicht *die* Behandlungsmethode und *das* Ziel; was es gibt, ist eine Vielzahl verschiedenster Behandlungsformen für die unterschiedlichen Abhängigen/ Klienten. Meist ist es sogar so, daß der gleiche Klient zu unterschiedlichen Zeiten und Phasen seiner Abhängigkeit unterschiedliche Behandlungsformen benötigt.

Im nächsten Punkt soll im einzelnen erläutert werden, unter welchen Umständen ein Drogensüchtiger substituiert wird.

Behandlungsprozedere in der DDU

In England haben alle Einwohner einen örtlichen allgemeinen praktischen Arzt (General Practitioner = GP), bei dem sie eingeschrieben sind. Wenn irgendwo um eine Behandlung durch einen Spezialisten ersucht wird, hat dies auf Empfehlung des örtlichen allgemeinen praktischen Arztes zu erfolgen, und der Facharzt hat den allgemeinen praktischen Arzt über die begonnene Behandlung zu informieren.

Die Patienten werden in den Suchtkliniken in Warrington und Widnes ¹ nur nach Erhalt einer schriftlichen Überweisung durch einen allgemeinen praktischen Arzt betreut. Klienten können zu Beratungen jederzeit und unangemeldet in die Klinik kommen. Möchten sie aber den Psychiater sehen und ärztliche Betreuung erhalten, müssen sie zunächst von ihrem Hausarzt überwiesen

¹Die Substitutionskliniken in Warrington und Widnes werden beide vom leitenden Psychiater, Dr. J. Marks, geführt. Die in der Arbeit beschriebene Klinik ist die Substitutionsklinik in Widnes, auf die sich auch alle folgenden Informationen und Zahlen beziehen

werden. Dadurch wird der "Honigtop-Effekt" vermieden, daß Süchtige aus Gesundheitsbezirken mit weniger toleranten Haltungen gegenüber Drogensüchtigen zuhauf zu den Kliniken der Psychiater mit toleranteren Haltungen strömen.

Nach Erhalt einer Überweisung durch den allgemeinen Arzt wird dem Süchtigen ein Termin zugeschickt, wann er bei einem Team, zusammengesetzt aus dem Psychiater, einer psychiatrischen Krankenschwester, einem Bewährungshelfer und einem Streetworker, vorsprechen kann. Nach der üblichen Aufnahme der medizinischen Vorgeschichte und den Untersuchungen, einschließlich Urinalysen, um die spezifische Abhängigkeit diagnostizieren zu können bzw. überhaupt festzustellen, ob eine Abhängigkeit besteht, wird der Klient von dem aus Fachleuten mehrerer Disziplinen zusammengesetzten Team interviewt. Dabei wird ihm als erstes die Behandlung seiner körperlichen Abhängigkeit durch stufenweises Reduzieren der Drogen, oder die Aufnahme in ein Krankenhaus zum Entzug als stationärer Patient angeboten.

Stellt sich jedoch in diesem Gespräch heraus, daß der Klient nicht gewillt oder dazu in der Lage ist, in absehbarer Zeit seinen Drogenkonsum aufzugeben oder abzubauen, werden ihm im Sinne eines Erhaltungsprogrammes Drogen verschrieben. Mit dem Verschreiben willigt der Drogenabhängige gleichzeitig ein, daß er einmal wöchentlich in der Klinik an einer Gruppensitzung teilnimmt, und daß er sich jederzeit Kontrolltests über eventuellen Nebenkonsument unterzieht.

Das von der Klinik ausgestellte Rezept wird dem Klienten nicht selbst, sondern dem Apotheker zugeschickt. Dort können sich die Abhängigen, je nach Stabilität ihres Befindens, ihre Dosis täglich, alle zwei Tage oder sogar nur einmal wöchentlich abholen. Mit der Verschreibung ist eine Registrierung beim "home office" verbunden. Verschrieben werden injizierbare, schluckbare oder rauchbare Drogen, die nachfolgend im einzelnen beschrieben werden.

Art und Verabreichungsform der verschiedenen Substanzen

Erst seit einiger Zeit werden die Drogen auch in rauchbarer Form, dem sogenannten "reefer", angeboten. Normale Zigaretten werden mit verschiedenen Drogen präpariert. Dies geschieht mit dem Ziel, die Konsumgewohnheiten weg von den risikoreichen Injektionen und hin zum weniger riskanten Rauchen zu beeinflussen. Diese Versuche stehen in engem Zusammenhang mit der Erkenntnis, daß die intravenös spritzenden Drogenabhängigen hohe Risiken bezüglich einer HIV-Infektion eingehen.

Was die Methadonabgabe angeht, so gilt auch hier das Prinzip, nach Möglichkeit Methadon oral zu verabreichen; wenn dies jedoch nicht möglich ist, wird auch injizierbares Methadon verschrieben.

Insgesamt befinden sich an der DDU Halton 178 Klienten in einem Erhaltungsprogramm, d.h., sie bekommen entweder Methadon und/oder Heroin und/oder Amphetamin - in einigen Fällen auch andere Drogen.

Art und Verabreichungsform der verschreibbaren Drogen:

Heroin	Oral:	Diamorphine Hydrochloride Elixir
	Injizierbar:	Diamorphine Injektion BP Ampullen (5 mg, 10 mg, 30 mg, 100 mg)
	Rauchbar:	Diamorphine in Tabak- oder Kräutermischung
Methadon: (Physeptone)	Oral:	Methadon Hydrochloride Mischung Methadon Tabletten (5 mg, 10 mg)
	Injizierbar:	Methadon Hydrochloride BP (10 mg, in Packungen zu fünf Ampullen)
	Rauchbar:	Methadon in Tabak oder Kräutermischung (60 mg pro "reefer")
Cyclimorph:	Injizierbar:	Morphine Sulphate Injektion BP (10 mg, 15 mg, 30 mg) mit Dyclizine
Diconal:	Oral:	Dipipanone und Cyclizine Tabletten (wird derzeit nur an drei Klienten verschrieben)
Amphetamine:	Oral:	Dexamphetamin Syrup BP (Dexedrine)
	Injizierbar:	Methamphetamine Ampullen (Methedrine)
Cocain :	Rauchbar:	Cocaine Freebase in Tabak- oder Kräutermischung (40 mg)
	Oral:	Cocaine aerosol spray (10 %ige Lösung)