

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier ISO 9706

Aus der Arbeitsgruppe Prävention und Gesundheitsförderung  
der Fakultät für Gesundheitswissenschaften  
der Universität Bielefeld  
Leitung: Prof. Dr. Klaus Hurrelmann

## **Versorgung von Opiatabhängigen**

Eine Untersuchung der Versorgung von Opiatabhängigen in Hamburg unter  
Berücksichtigung ihrer Lebensqualität – Die Sicht der Klienten und Experten

Dissertation  
zur Erlangung des Grades  
Doktor Public Health

der Fakultät für Gesundheitswissenschaften  
der Universität Bielefeld  
vorgelegt von

Anke Lachmann  
aus Zeitz

Betreuer: Prof. Dr. Klaus Hurrelmann, Fakultät für Gesundheitswissenschaften der  
Universität Bielefeld und  
PD Dr. Christian Haasen, Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung  
(ZIS) am Universitätsklinikum Eppendorf in Hamburg

Datum der mündlichen Prüfung: 13. Mai 2005  
unter Teilnahme von Dr. Wolfgang Settertobulte

Hamburg 2005

## Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
ROSE Studie (Risk Opiate Addicts Study – Europe)	2
Gesundheitswissenschaftliche Relevanz des Themas	4
Der Bevölkerungsbezogene Gesundheitsansatz	8
1    Forschungsstand zur Versorgung Opiatabhängiger	13
1.1    Opiatabhängigkeit	20
1.2    Modelle der Drogenabhängigkeit	21
1.3    Risiko- und Schutzfaktoren	26
1.4    Harm-Reduction	30
1.5    Konsummuster	35
1.6    Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland	41
1.7    Nichterreichte Opiatabhängige in Deutschland	49
1.8    Das Versorgungssystem Suchthilfe	51
1.9    Situation in Hamburg	54
2    Versorgung Opiatabhängiger im internationalen Vergleich	68
2.1    Art und Umfang des Behandlungsangebots in den USA	72
2.2    Die Drogenproblematik in der Europäischen Union	73
2.3    Vergleich der Behandlungsformen in Europa	81
Art und Umfang des Behandlungsangebots in Deutschland	85
Art und Umfang des Behandlungsangebots in den Niederlanden	93
Art und Umfang des Behandlungsangebots in Frankreich	97
Art und Umfang des Behandlungsangebots in Schweden	99
Art und Umfang des Behandlungsangebots in der Schweiz	100
Art und Umfang des Behandlungsangebots in Großbritannien	104
Art und Umfang des Behandlungsangebots in Italien	107
2.4    Zusammenhang zwischen Therapiedauer, Behandlungsmerkmalen und Behandlungserfolg	110
3    Methodik	115
3.1    Hypothesen	115
3.2    Erhebungen	116
3.3    Erhebungsinstrumente	119
3.4    Messung der Lebensqualität	120
3.5    Statistische Auswertungsmethoden	123
4    Ergebnisse der ROSE-Studie	124
4.1    Experteninterviews	124

4.2	Quantitative Erhebung	150
4.3	Qualitative Interviews	179
5	Perspektiven und Vorschläge für die Versorgung von Opiatabhängigen	201
5.1	Zusammenfassung	201
5.2	Vorschläge und Ausblick	223
	Literatur	229
	Anhang	254
	Tabellenverzeichnis	254
	Abbildungsverzeichnis	256

## **Einleitung**

Sucht wird seit über 100 Jahren als Krankheit wahrgenommen. Im englischen wird mit dem Begriff Krankheit differenzierter als im Deutschen umgegangen, man unterscheidet „sickness“, „illness“ und „disease“. „Disease“ steht für Erkrankung, d.h. die Fehlfunktion von physiologischen und/oder psychologischen Prozessen. „Illness“ kann man mit Kranksein übertragen, also die wahrgenommene psychosoziale Erfahrung und Bedeutung von „disease“. Es vollzieht sich eine Umformung in Verhalten und Erfahrung. „Sickness“ ist das Vorhandensein von Erkrankung und Kranksein und wird als Krankheit bezeichnet.

Was ist nun die Definition der Sucht? Die Aussage Leshners (1997), „addiction is a brain disease“, steht im Kontrast zu den diagnostischen Kriterien des ICD-10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten) für Sucht, die sich vorwiegend auf kulturelle Faktoren stützen und gar nicht versuchen, biologische Begründungen für eine Erklärung heranzuziehen. Die Begriffe „Krankheit“ und „Sucht“ wurden dabei ebenfalls nicht verwendet, dafür wurde der Begriff „Störung“ eingeführt. Um die Diagnose einer „psychischen und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen“ zu stellen, müssen drei der sechs Kriterien der ICD-10 Definition erfüllt sein. Toleranz und körperliches Entzugssyndrom sind dabei zwei Phänomene, die allerdings nur beschränkt quantifizierbar sind. Hinzu kommen Aspekte, wie der Wunsch zu konsumieren, anhaltender Konsum trotz Nachweis schädlicher Folgen, verminderte Kontrollfähigkeit und die Vernachlässigung anderer Vergnügungen bzw. Interessen. Die Diagnose der Sucht stützt sich somit weniger auf naturwissenschaftliche Methoden als auf andere Faktoren. Interessant ist, dass sich Abhängige für die Erklärung ihrer Sucht oft auf eine biologisch begründete Erkrankung stützen (Hämig 2002).

## **ROSE Studie (Risk Opiate Addicts Study - Europe)**

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Versorgung von Opiatabhängigen in Hamburg. Es soll in dieser Arbeit untersucht werden, welche Konzepte und Strategien geeignet sind, um möglichst viele Opiatabhängige frühzeitig zu erreichen und ihnen ein akzeptables, bedarfsgerechtes und effizientes Hilfsangebot zu machen. Die Fragestellung der Arbeit geht insofern über die Ziele der gesamten Studie hinaus, als dass auch Aspekte der Lebensqualität der Konsumenten in die Bewertung der Resultate einfließen. Für eine differenzierte Sichtweise der Versorgungssituation wurden die Bedarfe der Klienten ebenso wie die Meinung ausgewiesener Experten aus dem Drogenhilfesystem eingeholt. In diesem Spannungsfeld konnte eine umfassende und detaillierte Beschreibung der Hamburger Situation vorgenommen werden.

Die Hilfesysteme für Drogenabhängige haben sich in den verschiedenen europäischen Ländern und auch in den Regionen innerhalb der Länder unterschiedlich entwickelt. Der Aufbau und die Planung der Behandlungs- und Hilfesysteme gründen sich nicht ausschließlich auf wissenschaftliche Ergebnisse, sondern orientiert sich an politischen Vorgaben, finanziellen Ressourcen, kulturellen Hintergründen und verändert sich über die Zeit. Das legt die Vermutung nahe, dass die Strukturen und Angebote nicht optimal an den Bedürfnissen der Klienten ausgerichtet sind. Die Angemessenheit der Versorgung muss daher auch an dem Behandlungs- und Hilfesystem überprüft werden, um Unzulänglichkeiten in der Versorgung zu identifizieren und die begrenzten finanziellen Kapazitäten wirkungsvoller einzusetzen. Damit hat die zu untersuchende Fragestellung eine hohe Public Health Relevanz, wenn man die beiden folgenden entscheidenden gesundheitspolitischen Fragestellungen als Maßstab heranzieht:

- Wie lassen sich weitere Verbesserungen der Gesundheit vor dem Hintergrund neuer Gefährdungen (Infektionen, Umwelt, soziale Ungleichheit) erreichen und
- wie wird eine weitere Effizienz im Umgang mit den vorhandenen Ressourcen vor dem Hintergrund steigender Kosten erreicht? (Schwartz 2000)

Die Datengrundlage für die Arbeit bildet dabei die ROSE Studie, die in insgesamt zehn europäischen Zentren durchgeführt wurde. In den Bereichen, wo die Ergebnisse aus den anderen teilnehmenden Studienzentren sich wesentlich von der Hamburger Situation unterscheiden, wurden entsprechende Resultate in die Arbeit integriert. Das führt zu einem besseren Verständnis der allgemeinen Situation in Europa und verdeutlicht die Unterschiede im Vergleich zu Hamburger Opiatkonsumenten.

Ein bedeutender Anteil von Opiatabhängigen hat keinen Kontakt zum Suchthilfesystem. Der Hintergrund der ROSE Studie ist, dass Opiatabhängige, die sich nicht in Behandlung befinden oder nicht ausreichend vom bestehenden Hilfesystem profitieren, ein weitaus höheres Risiko für somatische und psychiatrische Komorbidität, für Drogennotfälle oder Todesfälle und riskante Konsummuster und delinquentes Verhalten aufweisen als integrierte Konsumenten. Zielgruppen des Projekts sind Opiatabhängige, die sich nicht in Behandlung befinden und Opiatabhängige, die sich in einer Substitutionsbehandlung befinden, die man als „schlecht laufend“ bezeichnen kann. Unter „schlecht laufender“ Substitution wird in der Studie weiterhin problematischer Beikonsum oder andere Verhaltensprobleme wie Delinquenz oder Gewalt verstanden. Ziel der Studie ist es, epidemiologische Daten der beiden Zielgruppen auf europäischer Ebene zu erheben und daraus Handlungsleitlinien und Empfehlungen für eine verbesserte Versorgung abzuleiten.

Das Projekt wird in Zusammenarbeit mit weiteren neun europäischen Zentren durchgeführt. Neben Hamburg gehören dazu Amsterdam, Athen, London, Bordeaux, Liege, Stockholm, Wien, Zürich und Oslo. Weitere Ziele des Projekts sind:

- Erhebung der Prävalenzraten von Opiatabhängigen, die sich nicht in Behandlung befinden und nicht erfolgreich im bestehenden Suchthilfesystem integriert sind,
- Beschreibung der beiden Zielgruppen im Hinblick auf somatische und psychiatrische Morbidität,
- Beschreibung und Evaluation vorhandener Interventionsstrategien für die beiden Zielgruppen vor dem Hintergrund der unterschiedlichen nationalen Gegebenheiten und Settings,

- Erhebung der Behandlungsbedarfe und -bedürfnisse der Opiatabhängigen, die sich in keiner suchtherapeutischen Behandlung befinden,
- Entwicklung von Standards, Guidelines und zukünftigen Anforderungen für die beiden Zielgruppen im Hinblick auf Europa.

Die Methodik der Studie umfasst sowohl quantitative als auch qualitative Erhebungsverfahren. Aus der Zielgruppe der nicht erreichten Opiatabhängigen werden 50 Personen pro Studienzentrum und aus der Gruppe der nicht adäquat Behandelten 100 Personen befragt. Weiterhin werden Experten aus dem Hilfesystem, Drogenkoordinatoren, Mitarbeiter der Polizei, substituierende Ärzte und Mitarbeiter aus dem Strafvollzugssystem an einer Expertenbefragung teilnehmen. Eine Re-Analyse vorhandener Forschungsberichte zu epidemiologischen Daten ist ebenfalls Bestandteil der Untersuchung.

Die hier vorliegende Arbeit grenzt sich insofern von dem europäischen Projekt ab, als hier eine eigene, weitergehende Fragestellung bearbeitet wird. Der Aspekt der Lebensqualität wird in keinem anderen beteiligten Zentrum der ROSE-Studie untersucht und wird prinzipiell selten im Zusammenhang mit der Versorgung Opiatabhängiger erhoben.

### **Gesundheitswissenschaftliche Relevanz des Themas**

Die gesundheitswissenschaftliche Bedeutung eines Themas schließt auch immer die ökonomische Seite mit ein, die auch in der öffentlichen Debatte und Auseinandersetzung um die Finanzierung eines Gesundheitssystems eine bedeutende Rolle spielt.

Aus einer Forschungsperiode von fast dreißig Jahren geht eindeutig hervor, dass nach wie vor der Hauptteil der durch illegale Opiatsucht bedingten sozialen Kosten durch Kriminalität und Strafverfolgung verursacht werden. Die Kosten entstehen nicht durch die Drogen selbst oder die Behandlung der Drogenabhängigkeit, sondern durch die Konsequenzen der Illegalität (Rehm & Fischer 1997). In den USA werden 70 Prozent der gesamten Kosten im Bereich der illegalen Drogen für die mit der Illegalität

verbundenen Ausgaben aufgewendet (Rice 1990). Die Änderungen in der Suchthilfe beeinflussen diese Kosten nur geringfügig. In der Behandlung kann vor allem die Substitutionsbehandlung positive Kosten-Nutzen-Effekte belegen.

Im Bereich der legalen Drogen (Tabak, Alkohol) liegt der Hauptkostenpunkt vor allem auf den Gesundheitskosten, während im Bereich der illegalen Drogen die Kriminalitäts- und Strafverfolgungskosten den größten Kostenfaktor ausmachen.

Wall et al. berichteten 2001 aus der Toronto-Studie, dass ein unbehandelter Opiatabhängiger<sup>1</sup> pro Jahr im Durchschnitt soziale Kosten von ca. 45.000 CAD verursacht. Die deutschen und kanadischen Kostenstudien zeigen eine ähnliche Kostenverteilung und Pro-Kopf-Kosten. Die Hartwig und Pies-Studie nennt eine Pro-Kopf-Belastung von 45.000 \$ pro Jahr für Deutschland (Hartwig & Pies 1995; Fischer 2003).

Eine Public Health relevante Gesundheitspolitik sollte demnach versuchen, die für das Individuum und die Gesellschaft entstehende Gesamtlast der Folgen des Drogenkonsums zu minimieren. Das gilt für legale und illegale Drogen gleichermaßen, denn weltweit wird mehr Schaden durch legale Substanzen verursacht als durch illegalisierte Drogen (Rehm & Fischer 1997). Im Jahr 1990 starben weltweit 3.812.000 Menschen an den Auswirkungen von legalen Drogen, im Bereich der illegalen Drogen waren es 100.000 Personen (Murray & Lopez 1996). Alkohol und Tabak nehmen unter den von Murray und Lopez (1996) ermittelten zehn Risikofaktoren Platz drei und fünf ein. Der Bereich der illegalen Drogen findet sich auf dem neunten Platz wieder.

Für die schweizer Heroinverschreibung wurde als Ergebnis der Kosten-Nutzen-Berechnung festgestellt, dass sich der monetäre Vorteil der Heroinbehandlung in Brutto 95,50 CHF und nach Abzug der Behandlungskosten in 44,87 CHF pro Patient und Tag ausdrücken lässt (Uchtenhagen et al. 1997).

Die Beispiele machen deutlich, dass die Gruppe der unbehandelten Opiatabhängigen eine enorme finanzielle Belastung darstellen kann. Die Substitutionsbehandlung hat aber das Potential diese Kosten erheblich zu senken.

---

<sup>1</sup> Der Begriff Opiatabhängige schließt sowohl die männliche als auch die weibliche Form mit ein. Aufgrund einer leichteren Lesbarkeit, wird in dieser Arbeit nur die männliche Form verwendet. Wenn sich die Aussagen ausschließlich auf Frauen oder Männer beziehen, wird das explizit gekennzeichnet.

In den seltensten Fällen lässt sich aber die Kostenersparnis in die Praxis umsetzen. Die Einsparung von Kriminalitäts- und Strafverfolgungskosten durch die Behandlung geschieht meist nur auf dem Papier, denn sie müsste eine Entlassung von Polizisten und Richtern nach sich ziehen und entsprechende Institutionen müssten geschlossen werden bzw. die Beamten würden ihrem Arbeitsgebiet entsprechend andere Aufgaben übernehmen. So sind Kosten-Nutzen-Berechnungen Modelle, die sich oft nicht in die Praxis übertragen lassen, aber in der öffentlichen Diskussion und bei politischen Entscheidungsträgern dennoch gern instrumentalisiert werden.

Ein weiteres Argument für eine differenzierte Betrachtung ist die Tatsache, dass selbst in den gut ausgestatteten Ländern, wie z.B. Holland und der Schweiz, nur ca. 60 Prozent der Opiatabhängigen die Suchtbehandlung nutzen (Fischer et al. 2002). Die theoretische Berechnung der Einsparungen durch eine Behandlung kann sich also nur auf 60 Prozent der Opiatabhängigen beziehen.

Das Gesundheitssystem in Deutschland ist gegenwärtig gekennzeichnet durch Umstrukturierungen und Einsparungen. Vor diesem Hintergrund lohnt sich die Betrachtung der politischen Forderungen der WHO, denen sich die politische Ausgestaltung nationaler Gesundheitsversorgung, einschließlich Optimierung, zu stellen hat (Frick & Rössler 2003):

- Der Zugang zu Gesundheitsleistungen soll vom Bedarf und nicht von der Zahlungsfähigkeit, der räumlichen Verteilung von Gesundheitseinrichtungen oder vom sozialen Status abhängig sein.
- Die Gleichheit der Verteilung der Ressourcen bzw. die Versorgungsgerechtigkeit gegenüber jeder sozialen Gruppe und unabhängig von der Erkrankung ist zu gewährleisten.
- Die Leistungen des Gesundheitssystems dürfen den Betroffenen nicht schaden, sie sollen die Gesundheit verbessern.
- Mit der Gesamtheit der Ressourcen soll effizient umgegangen werden. Das bedeutet die Schaffung von Vergleichsmaßstäben und die Abwägung des Nutzens von unterschiedlichen Interventionen.

Eine effektive Sucht- und Drogenpolitik sollte von der Tatsache ausgehen, dass eine Vermeidung des Gebrauchs von illegalen Drogen nicht realistisch ist. Es gilt den Missbrauch zu verhindern, aber der Gebrauch von psychotropen Substanzen ist die Entscheidung jedes Individuums. Die Drogenpolitik hat vielmehr die Aufgabe, einen verantwortungsvollen Umgang mit Drogen zu etablieren. Restriktionen, Gesetze zur Einschränkung des Angebots und straf- sowie zivilrechtliche Maßnahmen erreichen oft nicht die gewünschte Wirkung, sondern fördern, besonders unter Jugendlichen, das Probierverhalten und dienen als Ausdruck des Protests und der Ablehnung. Nicht die Versorgungslage gibt den Ausschlag dafür, ob die Häufigkeit des Konsums ansteigt oder abfällt. Die leichte oder freie Verfügbarkeit von legalen Drogen hat einen entscheidenden Einfluss auf den Einstieg in den Konsum von Alkohol und Tabak, sie erklärt aber nicht eventuelle Trends in der Konsumhäufigkeit.

Die Definition in legale und illegale Drogen ist überholt, denn auf die Verfügbarkeit hat die Definition keinen Einfluss. Illegale Drogen entziehen sich damit nur staatlicher Produktionskontrolle und Preisgestaltung. Für die Konsumenten spielt es keine Rolle ob sie legale oder illegale Drogen nutzen, entscheidend für einen risikobewussten Umgang sind die Gefahren für die eigene Gesundheit, wobei abschreckende Beschreibungen von Gesundheitsrisiken wenig überzeugend sind (Hurrelmann 2000, Hurrelmann & Hesse 1991).

Ein wichtiger Baustein bei der Reduktion des Drogenmissbrauchs ist die Prävention, unterschieden in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Allen präventiven Ansätzen zugrunde liegen sollte die Erkenntnis, dass Prävention nur dann Wirkungen zeigt, wenn die Konsumenten in ihrem derzeitigen Stadium der Abhängigkeit erreicht werden.

Die Primärprävention zeigt in den letzten zehn Jahren, gemessen am Rückgang des Konsums von Alkohol und Tabak bei Jugendlichen, gute Erfolge. Als sekundärpräventiv wird der Ansatz bezeichnet, bei bestehendem, gewohnheitsmäßigem Konsum die Quantität zu reduzieren, um gesundheitsschädigende Prozesse zu verringern. Das setzt allerdings die generelle Akzeptanz des Konsums voraus. Die dritte Stufe der Prävention wendet sich an Konsumenten, die sich in eine Therapie begeben möchten. Für den Erfolg ist es wichtig, dass jeder Konsument auch die für seine

momentane Situation richtige Behandlung, egal ob eine drogenfreie Behandlung oder eine Substitution, erhält (Hurrelmann 2000).

### **Der Bevölkerungsbezogene Gesundheitsansatz**

Die klassische Suchtkrankenhilfe, bestehend aus Selbsthilfegruppen, Suchtberatungsstellen, Fachkliniken mit Entwöhnungsbehandlungen und Fachambulanzen, basieren auf der „Komm-Struktur“ der Einrichtungen, die ohne vorherige Unterstützung der Motivation arbeiten. Diese Einrichtungen sprechen vorwiegend motivierte Abhängige an.

Dieses Unterstützungssystem für Drogenabhängige kann als ein Nebeneinander von beratenden und eingreifenden Maßnahmen beschrieben werden, in denen sich eine Vielzahl von Professionen als auch Einrichtungen etabliert haben. Soziale Aspekte wie materielle Absicherung, Stabilisierung der sozialen Bezüge und die Begrenzung von körperlichen Folgeschäden sind eher nachrangig.

Die Effizienz solch umfassender Unterstützungssysteme unter Einbeziehung der Klienten ist selten untersucht worden. Bei bisherigen Arbeiten liegt der Schwerpunkt auf einzelnen Aspekten, Projekten oder Behandlungsmethoden.

Der bevölkerungsbezogene Gesundheitsansatz (John et al. 1998) bezieht, anders als die klassische Suchtkrankenhilfe, die Entwicklung der Motivation in die Leistungen mit ein. Das ist durch primär- und sekundärpräventive Maßnahmen möglich, wodurch der Bereich der Tertiärprävention (Rehabilitation) entsprechend entlastet wird. Das Ziel des bevölkerungsbezogenen Ansatzes ist es, Interventionen so einzusetzen, dass der Gesundheitszustand der Bevölkerung durch den Substanzkonsum so wenig wie möglich beeinträchtigt wird. Charakterisiert werden kann dieser Ansatz durch folgende Punkte:

- Probleme des Konsums werden nicht hauptsächlich als Probleme des Individuums gesehen, sondern auf der Ebene der Gesellschaft.
- Die Interventionen, die zum Einsatz kommen sind in ihrer Rangfolge primär-, sekundär- und tertiärpräventiver Art. In dieser Reihenfolge erfolgt auch die Verteilung der Ressourcen.
- Der Fokus liegt auf Schädigungen, die in der Zukunft auftreten können.

- Bezüglich des aktuellen Verhaltens ist die Aufmerksamkeit auf die Folgen des riskanten Konsums für die Gesundheit gerichtet und nicht spezifisch auf Abhängigkeit oder Mißbrauch.
- Abstinenz ist ein ideales Ziel, aber es werden Alternativen akzeptiert, die das Risiko minimieren.
- Niedrigschwellige Angebote werden als erfolgreicher als hochschwellige Angebote eingeschätzt.

Für eine bevölkerungsbezogene Drogenpolitik spricht, dass sie auch Personen erreicht, die aufgrund von kritischem, aber noch nicht pathologischem Konsum individuell geringe Gesundheitsschäden aufweisen. Durch die hohe Anzahl dieser Konsumenten treten auf gesellschaftlicher Ebene enorme Kosten auf. Weiterhin schafft ein kritischer Konsum die Atmosphäre bzw. die Umgebung, in der Missbrauch entsteht; eine Senkung des Konsums in der sozialen Umgebung kann dagegen zur Verringerung des Missbrauchs beitragen. Der bevölkerungsbezogene Ansatz unterstreicht ausdrücklich, dass die Probleme im Umgang mit psychotropen Substanzen nicht als Probleme der Einzelperson verstanden werden, sondern als Bestandteil integraler Prozesse. Nicht die Person sollte im Interesse der Aufmerksamkeit stehen, sondern die Bedingungen, die süchtiges Verhalten und Abhängigkeit hervorrufen.

John et al. (1998) sprechen in ihrem Artikel zwar ausschließlich von Alkohol, Tabak und psychisch wirksamen Medikamenten, da sie die größte Bedeutung für die Bevölkerungsgesundheit haben, aber die Inhalte sind meines Erachtens in ihrer Grundstruktur auf den Konsum illegalisierter Drogen übertragbar.

Die Wirkungen von primär- und sekundärpräventiven Maßnahmen hängen eng vom Stadium der Bereitschaft zur Verhaltensänderung der betreffenden Person ab (Prochaska & DiClemente 1992). Sämtliche Interventionen sind überflüssig, wenn die Person entschieden hat, bei dem gesundheitsschädlichen Konsum zu bleiben. Erst in einem Stadium der Änderungsbereitschaft ist es möglich, Konsumenten wirksam zu erreichen. Dabei muss zwischen den einzelnen Phasen der Änderungsbereitschaft

unterschieden werden (Vor-Änderungsabsicht, Änderungsabsicht, Umsetzung, Aufrechterhaltung). Eine Beratung, die nach den einzelnen Phasen der Änderungsabsicht aufgebaut ist und das Stadium, in dem sich die Person befindet, berücksichtigt, sind mit großer Wahrscheinlichkeit am effektivsten (John et al. 1998).

Bevölkerungsbezogener Ansatz heißt aber auch, bei Missbrauch und Abhängigkeit qualifiziert zu helfen. Dem Stand der Wissenschaft folgend, würde die konsequente Anwendung des Ansatzes zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes in der Bevölkerung führen.

Die präventive Wirkung von Informationen und pädagogischen Maßnahmen ist begrenzt. So hat die Drogenbeauftragte der Bundesregierung in dem Aktionsplan Drogen und Sucht vom November 2003 die Prävention als einen von vier Eckpunkten, neben der Therapie bzw. Beratung und Rehabilitation, Überlebenshilfen und Schadensreduzierung sowie der Repression und Angebotsreduzierung, beschrieben. Die Suchtprävention habe das Ziel die Gesundheit zu fördern, Abstinenz zu erhalten und eine Abhängigkeit zu verhindern. Damit erfülle die Suchtprävention zwei Aufgaben; zum einen helfe sie eine Suchterkrankung zu vermeiden und zum anderen könne die Gesellschaft langfristig Folgekosten von Suchterkrankungen reduzieren. Dabei müsse eine nachhaltige Präventionsarbeit einer konzeptionellen Gesamtstrategie folgen, die Maßnahmen von Bund, Ländern, Kommunen und Sozialversicherungsträgern sinnvoll miteinander verbindet. Die Präventionsarbeit solle stärker auf Mischkonsum und riskante Konsummuster ausgerichtet werden, da die Trennung in legale und illegale Drogen nicht dem tatsächlichen Konsumverhalten entspricht (Die Drogenbeauftragte 2003).

Während in der öffentlichen Diskussion substanzbezogene Probleme zuerst als medizinische Probleme des Individuums definiert werden, sieht der bevölkerungsbezogene Ansatz den Schwerpunkt aber im Konsumniveau der Bevölkerung und nicht in den Problemen der Gruppe Substanzabhängiger (John 2000).

Risikoreduktion in Form von Harm Reduction ist eine Public Health Alternative zum moralisch/kriminalisierenden Krankheitsmodell von Drogenkonsum und Sucht.

Nach Uchtenhagen & Guggenbühl muss das Versorgungssystem für Drogenabhängige folgende Voraussetzungen erfüllen, um adäquat zu sein (Uchtenhagen & Guggenbühl 1999):

- auf ethischen Prinzipien basieren, mit dem Ziel in der Behandlung die Würde des Menschen zu respektieren,
- die Strukturen müssen an den Bedürfnissen der Klienten und Interessengruppen angepasst sein,
- die Strukturen des Versorgungssystems, die Behandlungsmethoden und die Bedingungen in welchen sie stattfinden, müssen laufend den professionellen Standards angepasst werden und
- die Ressourcen müssen bestmöglich verteilt sein.

Ziel des bevölkerungsbezogenen Gesundheitsansatzes ist es, die Versorgung sicher zu stellen. Das sollte in der ärztlichen Primärversorgung erfolgen, wo der Patient wegen gesundheitlicher Probleme anzutreffen ist. Gleichzeitig sind hier alle möglichen Interventionen eingeschlossen. Die Ausgliederung der Suchtkrankenhilfe aus dem System der medizinischen und psychiatrischen Versorgung erweist sich als Hemmschuh.

Hier können die Ergebnisse der Studie wertvolle Hinweise auf mögliche neue bzw. veränderte Interventionsstrategien liefern und die Palette der Hilfsangebote für Opiatabhängige damit erweitern. Insbesondere durch die Einbindung des Lebensqualitätsansatzes sind aktuelle und weitergehende Informationen zu Bedarfen der beiden Zielgruppen zu erwarten.

Das erste Kapitel beschäftigt sich mit dem Forschungsstand zum Thema Opiatabhängigkeit. Dabei werden Modelle der Drogenabhängigkeit ebenso beschrieben

wie Risiko- und Schutzfaktoren. Das Versorgungssystem der Suchthilfe ist ein weiterer wesentlicher Punkt im ersten Kapitel.

Im zweiten Kapitel wird die Versorgung Opiatabhängiger im internationalen Vergleich beschrieben. Dabei wird auf die Problematik in den USA ebenso eingegangen, wie auf die Situation in der Europäischen Union.

Die Methodik, einschließlich der Forschungshypothesen, ist im dritten Kapitel dargestellt.

Unter Punkt vier werden die Ergebnisse der Untersuchung, unterteilt in Experteninterviews, quantitative Erhebung und qualitative Interviews, vorgestellt.

Das fünfte und letzte Kapitel diskutiert die vorliegenden Ergebnisse und fasst sie zusammen. Vor diesem Hintergrund werden Vorschläge für notwendige Veränderungen im Hamburger Drogenhilfesystem formuliert.

## **1 Forschungsstand zur Versorgung Opiatabhängiger**

Im ersten Kapitel wird der Forschungsstand zum Thema Versorgung von Opiatabhängigen vorgestellt. Die Abschnitte über Opiatabhängigkeit, Modelle der Drogenabhängigkeit und Konsummuster sollen zur besseren Verdeutlichung und Abgrenzung der Begrifflichkeiten beitragen. Ein entscheidender Punkt für die Entwicklung oder Vermeidung einer Abhängigkeit ist das Vorhandensein von Risiko- und Schutzfaktoren und wird deshalb ebenfalls im ersten Kapitel vorgestellt. Der Harm-Reduction Ansatz war die Konsequenz einer veränderten Drogenpolitik Mitte der 80er Jahre und wird in einem weiteren Abschnitt dargestellt. Die Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen erlaubt einen Überblick über die Prävalenz des Konsums in Deutschland. Im weiteren Verlauf wird die Situation von Nichterreichten Opiatabhängigen geschildert. Da in dieser Arbeit die Versorgung von Opiatabhängigen in Hamburg untersucht wird, beschäftigt sich der letzte Abschnitt mit der Situation in der Stadt.

### **Situation von Opiatabhängigen**

Drogenabhängige mit einem multiplen intravenösen Substanzgebrauch haben schwere somatische Erkrankungen und ein erhöhtes Sterberisiko durch Überdosis, Infekte und Suizid (Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union 1998, EU, Luxemburg). Für ca. ein Drittel der Drogenkonsumenten kommt noch eine schwerwiegende psychiatrische Komorbidität mit eigener Behandlungsnotwendigkeit hinzu (Krausz et al. 1998a). Die Prävalenz der behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen der Bevölkerung unter 65 Jahren in Deutschland liegt bei 18,5 Prozent. Dabei sind nicht nur die erkrankten Personen selbst betroffen, sondern Kinder seelisch kranker Eltern haben deutlich schwerere Entwicklungsbedingungen und eine erhöhte Gefahr gleichfalls zu erkranken (Bramesfeld et al. 2003). Unter Drogenabhängigen treten psychische Störungen weitaus häufiger auf als in der „Normalbevölkerung“ (Vertheim et al. 2000). Erschwerend kommt hinzu, dass diese Störungen und Beeinträchtigungen die Wirkung therapeutischer Maßnahmen negativ beeinflussen. Vertheim et al. (2000) beschreiben in ihrem Artikel die in der Praxis relativ häufig

anzutreffende Tatsache, dass die oft vorhandene Komorbidität von psychischen Störungen unter Opiatabhängigen selten Berücksichtigung findet. Die Komorbidität als beeinflussender Faktor der Suchtkarriere wird unterschätzt bzw. vernachlässigt. Als Ergebnis einer Verlaufsuntersuchung mit drei Erhebungszeitpunkten unter 350 Hamburger Opiatabhängigen kommen die Autoren zu dem Ergebnis, dass der somatische Zustand, die sozialen Beziehungen sowie der rechtliche Status mit dem Verlauf einer psychischen Störung eng zusammenhängen. Es besteht praktisch zu allen Lebensbereichen eine Verknüpfung, die sich entsprechend ihrer Entwicklung auch auf den Verlauf der Drogenkarriere auswirkt. Für eine erfolgreiche Intervention ist es also unerlässlich, eine vorhandene psychische Komorbidität zu diagnostizieren und entsprechend zu behandeln.

Durch die hohe Suizidalität unter Drogenabhängigen gehören sie zur zweitgrößten Bevölkerungsgruppe, die durch Suizid versterben (Krausz et al. 1996). Heroinabhängige mit Suizidversuchen haben ein höheres Ausmaß an biografischen Belastungsfaktoren und eine ausgeprägtere Persönlichkeitspathologie. Hilfsangebote wurden häufiger aufgesucht, aber auch häufiger gewechselt. Für das Hilfesystem ist wichtig, dass die erhöhte Neigung zur Suizidalität mit zahlreichen Behandlungsversuchen und einer erhöhten Behandlungsnotwendigkeit einhergehen. Noch ist unklar, welche Therapieformen zu einer Verminderung suizidaler Intention beitragen können (van Niekerk et al. 2002).

Ein großer Teil dieser Patienten wird vom bestehenden Hilfesystem nicht erreicht. Soziale Desintegration wird in der internationalen Literatur als ein starker Belastungsfaktor für eine Abhängigkeitserkrankung gesehen (Küfner & Vogt 1998). Diese Personen sind darüber hinaus hinsichtlich der Verschlechterung ihres somatischen Zustandes gefährdeter (Latkin et al. 1996).

Problempatienten finden sich außerdem häufig als „Notfall“ im Gesundheitssystem wieder (Püschel 1997). Aber nicht nur die Notfallrate, auch die Mortalität ist bei diesen Patienten besonders hoch. So wurde von Heinemann et al., bei den in Hamburg

verstorbenen Abhängigen, ein Anteil von acht Prozent Suiziden festgestellt (Heinemann et al. 1999). In der Literatur finden sich für den Suizid durch Überdosen die Risikofaktoren Depression und Psychosen in der Lebensgeschichte, sowie Alkoholprobleme in der Familie (Farrell et al. 1996). Bei einer ungewollten Überdosierung konnten häufige unbetreute Abstinenzphasen, instabile Wohnverhältnisse, sowie eine geringe soziale Integration und eine kürzere Drogenkarriere festgestellt werden (Heckmann et al. 1993). Die Ergebnisse weisen auf die Risikofaktoren hin, die bei gleichzeitigem oder zeitnahe Auftreten zu einem Drogentod beitragen können.

In einer Untersuchung von Kraus & Müller-Kalthoff konnten für die 1999 in München, Nürnberg und Augsburg, sowie für die im ersten Halbjahr 2000 in Stuttgart und Mannheim verstorbenen Drogenabhängigen bei 40 Prozent mindestens eine zusätzliche psychische Störung ermittelt werden. Dabei handelte es sich in den meisten Fällen um eine depressive Erkrankung. Ein Drittel der Drogentoten hatte mindestens einen Suizidversuch in der Vergangenheit, wobei Frauen häufiger einen Suizidversuch unternahmen als Männer. In der Vorgeschichte der 131 Verstorbenen ist eine Häufung von Abstinenzphasen, kritischen Lebensereignissen, psychischen Störungen und nicht tödlichen Drogennotfällen beobachtet worden (Kraus & Müller Kalthoff 2002).

### **Struktur des Hilfesystems**

Die Strukturen des Suchthilfesystems sind von großer Komplexität. Die relativ junge Anerkennung der Suchtkrankheiten auf gesellschaftlicher Ebene macht verständlich, dass die Strukturen noch nicht ausreichend aufgebaut und koordiniert sind. Hinzu kommt das Grundproblem des Suchthilfesystems, das erst Strukturen und Konzepte aufbaut, wenn ein neues Problem aufgetaucht ist, d.h. das Drogenhilfesystem reagiert zeitlich verzögert auf neue Entwicklungen bzw. auf neue Konsumgewohnheiten.

Im Suchthilfesystem arbeiten verschiedene Professionen wie Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflegekräfte, Arbeitstherapeuten etc. zusammen. Neben diesen unterschiedlichen Berufen existieren auch differierende Konzepte der einzelnen Berufssparten (medikamentengestützt, verhaltenstherapeutisch orientiert,

psychoanalytisch orientiert, personenzentriert, selbsthilfeorientiert etc.). Das Hilfesystem hat sich in unterschiedlichen Trägern (kommunale oder freie Träger, ambulante oder stationäre Versorgung) institutionalisiert. Ebenfalls unterschiedlich gehandhabt wird die Finanzierung der einzelnen Angebote. So wird die Akuttherapie durch die Krankenkasse, die Entwöhnungstherapie durch die Rentenversicherung und Prävention und Beratung durch öffentliche Gelder bestritten (Tretter, Sonntag 2001). Aus dieser Vielzahl von Faktoren und gegebenenfalls unterschiedlicher Interessen können sich Planungs- und Steuerungsprobleme ergeben.

Der unterschiedliche fachliche Hintergrund der Experten bedingt zwangsläufig verschiedene Meinungen und Problemlösungsstrategien. In diesen fachlichen Diskurs fallen auch die verschiedenen Erfolgsvariablen, die bei der Bewertung einer Intervention angelegt werden können. Es ist sicher sinnvoll, nicht nur von einem abstinenten Verhalten als Indikator für den Erfolg auszugehen, sondern auch die Verbesserung und Stabilisierung der Situation der Patienten als Zielparameter mit einzubeziehen. Die Frage, ob die veränderte Zielhierarchie – weg von der abstinenten Therapie – Niederschlag im Hilfesystem findet, gilt es zu beantworten.

Ein weiterer schwieriger Punkt in der Versorgung von Menschen im Suchthilfesystem bezieht sich auf den freien Zugang zu Leistungen des Gesundheitssystems für alle sozialen Schichten. Schwartz und Busse (2000) sprechen von rechtlicher Gleichheit aber de facto Unterschieden im Zugang zum Gesundheitssystem, insbesondere in Abhängigkeit von der sozialen Schicht.

In vielen Bereichen des Suchthilfesystems finden Patienten nicht die spezifische Unterstützung, die sie brauchen. Sie erreichen nicht die Institutionen, die für ihre individuellen Probleme geeignet sind, oder sie scheitern in Behandlungen, die ihren Bedürfnissen nicht angemessen sind. Diese Patienten profitieren gar nicht oder nur unzureichend von dem derzeitigen Behandlungsangebot. Die traditionelle Suchtkrankenhilfe hat das Problem, dass sie sich auf sehr unterschiedliche

Versorgungsrealitäten einlassen muss. Sie soll unterstützen, fördern, begleiten und dies möglichst im Rahmen einer gemeindenahen Versorgung. Neue Konzepte, wie „ambulant vor stationär“ oder „Rückfälle akzeptieren“ gilt es zu integrieren. Die präventive Arbeit soll ebenfalls durch das Suchthilfesystem abgedeckt werden. Auch die Selbsthilfe sieht sich veränderten Bedürfnissen der Menschen gegenüber, die eventuell eine Anpassung der Struktur oder des Selbstverständnisses erfordern.

Eine Nachbefragung von Patienten, die nach einem Vorgespräch die vorgeschlagene Behandlung gar nicht erst antraten, ergab, eine unzureichende Adaptation des Hilfesystems an die Bedürfnisse des Klienten (Festinger et al. 1995, Mc Lellan et al. 1993, Woody et al. 1990). Die Probleme können personenbezogene und/oder systemische Ursachen haben. Patienten, die aus den unterschiedlichsten Gründen von den bestehenden Behandlungsangeboten nur unzureichend oder gar nicht profitieren, da sie im Behandlungssystem selten oder gar nicht auftauchen, sind die Zielgruppe der ROSE-Untersuchung. So verstanden sind diese Patienten ein wichtiger Maßstab für die Funktionalität und Adäquatheit des Versorgungssystems.

Die vorliegende Untersuchung bezieht deshalb die unterschiedlichen Ebenen des Suchthilfesystems mit ein:

- die personenbezogene Perspektive
- die institutions- und schnittstellenbezogene Funktionalität und
- den systembezogenen Standpunkt.

Die derzeitige Versorgungsstruktur ist wie oben beschrieben durch eine Vielzahl von Einrichtungen mit unterschiedlichen Verantwortlichkeiten, Trägerschaften, therapeutischen Konzepten, Behandlungsphilosophien, Zielsetzungen und Arbeitsweisen gekennzeichnet. Als Beispiel für die verschiedenen Settings nennt das Hamburger Kursbuch Sucht (Hamburgische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. 2003) 31 ambulante Einrichtungen für Drogenabhängige, 22 teilstationäre und stationäre und 4 Selbsthilfegruppen in Hamburg. Hinzu kommen 14 ambulante, 6

teilstationäre und stationäre suchtmittelübergreifende Angebote sowie 6 Selbsthilfegruppen in diesem Bereich.

Die Versorgungssituation von Opiatabhängigen in Deutschland ist vielschichtig und besonders im Hinblick auf die Verfügbarkeit und die allgemeine Indikationsstellung für eine Substitution sowie die Wahl des Substitutionsmittels unübersichtlich. Ein großes Problem ist dabei das sinnvolle Ineinandergreifen von Angeboten und die Vernetzung von Diensten. Dieser Aspekt ist besonders für unzureichend integrierte Klienten oder nicht behandelte Patienten von Bedeutung. Denn für diese Gruppen sind abgestimmte, aufeinander aufbauende Programme mit einem reibungslosen Ineinandergreifen von Diagnostik, Entzug, Begleitbehandlungen zur Therapie und Rehabilitation von Bedeutung. Das Konzept des Case-Managements, mit einem konkreten Ansprechpartner für die Gesamtsituation des Patienten und die Navigation im Suchthilfesystem entspricht am ehesten der Forderung nach integrierter Hilfe. Hilfen in der Versorgung chronisch Kranker und mehrfach Beeinträchtigter müssen auf der Ebene des Einzelfalls die personenzentrierte Planung und Umsetzung von Hilfeprozessen verbunden mit Fallverantwortung (Case-Management) sein; auf der Systemebene ist die Koordination und Vernetzung der Anbieter unerlässlich.

Die Dynamik der Suchtproblematik lässt sich nicht auf einfache kausale Modelle reduzieren. In der Forschung wird von einem Modell ausgegangen, das biologische, psychologische, soziologische und oft auch biographische Einflussgrößen berücksichtigt, die die Affinität einer Person gegenüber psychoaktiven Substanzen beeinflusst. Sozialgeographische Faktoren sind ebenfalls für das Verständnis der Entwicklung süchtigen Verhaltens erforderlich. Für den Einfluss von Umweltfaktoren im weitesten Sinne sprechen die Moden der konsumierten Substanzen (z.B. Ecstasy). Der Konsum von Suchtmitteln ist in einem Netzwerk von Familie, Peer-Gruppe, Arbeit, Verfügbarkeit von Substanzen und geographischen Merkmalen eingebettet (Tretter 1998a).

Die Suchtkrankheiten sind so vielschichtig mit der sozialen Umwelt verbunden wie kaum eine andere Krankheitsgruppe. Aber jeder Mensch verfügt nicht nur über

pathogene sondern auch über salutogene Wirkfaktoren. Warum einige Personen, trotz belastender Lebensereignisse keine Suchtproblematik entwickeln, während andere schon bei weniger schweren Belastungen süchtiges Verhalten zeigen, kann mit dem derzeitigen Stand der Wissenschaft nicht beantwortet werden (Fuchtman 1994). Scheerer (2001) versucht sich dieser Frage zu nähern, indem er die Wechselwirkung zwischen Set und Setting mit einbezieht. Ob jemand süchtig wird, hängt demnach nicht von der Droge allein ab, sondern von der Art und Weise des Konsums. Vor allem die Konsumenten, die keine Versorgungsengpässe kennen und ihren Alltag befriedigend strukturieren können, sind in der Lage kontrolliert zu konsumieren. Vor diesem Hintergrund erscheint die auf Drogenverknappung setzende Politik unverständlich. Der aktuelle Drogenkonsum ist darüber hinaus integrierter Bestandteil einer veränderten Gesellschaft, in der traditionelle Werte teilweise durch neue Aspekte, wie Selbsterfahrung, Entfaltung und Kreativität relativiert wurden.

Als personenbezogener Belastungsfaktor muss die soziale Isolation der Patienten bewertet werden. Belastende Faktoren im Bereich Wohnsituation, aktuelle Partnerbeziehungen und Erwerbssituation wiesen in Hamburg 58 Prozent der Männer und 45 Prozent der Frauen auf (BADO e.V. 2000, Schmid et al. 1999). Verschiedene Punkte dieser Belastungsfaktoren können als Prädiktoren für einen nach der Behandlung weitergeführten Konsum angesehen werden (Brewer et al. 1998, Fleming et al. 1998).

Noch weitgehend unberücksichtigt von der Forschung ist die Lebensqualität von Patienten mit einer Suchtproblematik. Wobei Lebensqualität auch die soziale Situation bzw. Isolation einschließt. Nach Katschnig (1997) sollte Lebensqualität aus objektiver und subjektiver Perspektive und auf körperlicher, gesundheitlicher und sozialer Ebene erhoben werden. Beide Ebenen, die objektiven Kriterien und die subjektive Seite, müssen als Ergänzung verstanden werden. Einzeln betrachtet ergeben sowohl objektive als auch subjektive Verhältnisse ein nur unzureichendes Bild des Konstruktes „Lebensqualität“. Aus einer Untersuchung von Verthein (1999) ist bekannt, dass die Lebensqualität unter Hamburger Opiatabhängigen, die im Kontakt mit dem Hamburger Hilfesystem stehen, gering ist, d.h. über 60 % befinden sich in einer unbefriedigenden

psychosozialen Lebenssituation. Die Lebensqualität von Klienten der offenen Szene kann als noch geringer eingeschätzt werden.

## **1.1 Opiatabhängigkeit**

Opiate sind natürliche, halbsynthetische und synthetische Substanzen; Opioide sind opiatartig wirkende Substanzen. Therapeutisch werden sie zur Schmerzbehandlung eingesetzt. Abhängig von der Dosis, der Applikationsform und dem Wirkstoff können unerwünschte Wirkungen, wie z.B. Sedierung, Atemdepression und Erbrechen auftreten. Bei wiederholter Injektion kommt es zu einer euphorisierenden Wirkung durch die Opiate. Dafür scheint die schnelle Anflutung des Wirkstoffs eine Voraussetzung zu sein. Bei Heroin fördert die hohe Lipidlöslichkeit das rasche Eindringen in das Gehirngewebe. Beim intravenösen Gebrauch von Heroin tritt die euphorisierende Wirkung aufgrund der großen Fettlöslichkeit außerordentlich schnell ein. Die Wirkung verzögert sich, wenn Heroin geraucht oder geschnupft wird (Zieglgänsberger & Höllt 2000).

Bei andauerndem Konsum von Opiaten kommt es zu einer Toleranzentwicklung, bedingt dadurch, dass Opiatbindungsstellen an die Agonisten adaptieren. Opiatagonisten entfalten durch die Bindung an speziellen Rezeptoren ihre Wirkung.

Toleranzentwicklung ist ein Zeichen der physischen Abhängigkeit. Das Nervensystem ist nur noch bei Anwesenheit des Agonisten funktionsfähig. Wenn die Konzentration an den Rezeptoren sinkt, kommt es zum Entzug. Die Schwere und der Verlauf des Entzugs sind davon abhängig, wie schnell die Konzentration des Agonisten am Rezeptor abnimmt. Zu ersten Entzugserscheinungen kommt es nach ca. acht bis zwölf Stunden nach dem letzten Konsum. Äußere Begleiterscheinungen sind Schwitzen, Durchfall, Muskelkrämpfe, Erbrechen, Schlaflosigkeit sowie veränderter Blutdruck, Puls und Temperatur. Nach dem akuten Entzug folgt das Abstinenzsyndrom, begleitet von Angst und depressiven Verstimmungen, Drogenhunger, Gereiztheit und Schmerzen.

Die psychische Abhängigkeit wird gekennzeichnet durch den Drogenhunger bzw. das Verlangen nach der Substanz. Die Belohnungs- und Verstärkerfunktionen, die für die Aufrechterhaltung von Verhaltensmustern sehr wichtig sind, werden über neuronale

Systeme vermittelt. Das Belohnungssystem setzt den Neurotransmitter Dopamin im Kortex frei. Ebenso wird durch Kokain, Nikotin, Alkohol und Amphetamine Dopamin frei gesetzt. Diese Aktivierung des Belohnungssystems und die damit verbundenen Lernvorgänge führen zu Verhaltensänderungen und können eine Erklärung für den wiederholten Konsum der Substanzen sein.

## **1.2 Modelle der Drogenabhängigkeit**

Modelle der Drogenabhängigkeit beinhalten allgemeine und abstrakte Merkmale des Phänomens Sucht auf verschiedenen Ebenen. Die unterschiedlichen akzeptierten Modelle haben Einfluss auf wissenschaftliche Fragestellungen und u.a. auf die daraus resultierenden neuen Therapien und Konzepte. Prinzipiell kann man die Modelle zur Sucht in biologische, psychologische und soziologische Versuche zur Beschreibung und Deutung von Sucht und Abhängigkeit einteilen (Degkwitz 2002).

Sucht ist durch zwanghaftes Verhalten gekennzeichnet, verbunden mit der Unfähigkeit den Konsum aus eigener Kraft einzustellen. „Der Übergang vom gelegentlichen über den regelmäßigen Gebrauch verläuft über die Stadien Gewöhnung, Kontrollverlust und Sucht in die Abhängigkeit.“ (Hurrelmann & Bründel 1997, S. 14)

Die Begriffe Sucht und Abhängigkeit werden oft synonym verwandt. Es erscheint aber sinnvoll, den Begriff Abhängigkeit dann zu verwenden, wenn ein krankhafter Zustand erreicht ist. Man unterscheidet zwischen körperlicher und psychischer Abhängigkeit. Bei einer körperlichen Abhängigkeit wurde die Substanz in den Stoffwechsel integriert und der Körper reagiert mit verminderter Eigenproduktion von körpereigenen Stoffen. Ein Zeichen dafür ist die Toleranzentwicklung, die mit einer Dosissteigerung der Substanz einhergeht. Von einer psychischen Abhängigkeit spricht man, wenn ein Verlangen nach der Substanz vorliegt. Begleitend können Depressionen und Ängste auftreten (Hurrelmann & Bründel 1997).

### **Biologische Modelle**

Frühe Theorien der biologisch begründeten Suchtkonzepte verstanden abhängiges Verhalten als Ergebnis einer Konditionierung im Sinne eines Reflexes. Positive

Erfahrungen und Begleitumstände des Konsums steigern das Verlangen den befriedigenden Zustand erneut herzustellen (Uchtenhagen 2000a).

Psychotrope Substanzen stimulieren Hirnstrukturen direkt, und zwar „unter Umgehung physiologischer Kontrollmechanismen, denen sensorische afferente Reize natürlicherweise unterworfen sind.“ (Rommelsbacher 1998, S. 2) „Ohne äußere Zufuhr von Drogen reagiert das Limbische System mit körpereigenen endogenen Morphinen, die über den Neurotransmitter Dopamin euphorisierend wirken und positive Gefühle wecken.“ (Hurrelmann & Bründel 1997, S. 34)

Durch den Konsum psychotroper Substanzen wird direkt in neurochemische Prozesse eingegriffen und das macht den Reiz für die Konsumenten aus. Durch die Substanz werden hirnechemische Abläufe beschleunigt, verstärkt oder verzögert, je nach der eingesetzten Substanz. Anders ausgedrückt: die elektrische Aktivität und Reaktivität der Hirnzellen wird verändert. Das wird dann als Beruhigung oder Stimulation erlebt (Tretter 1998b). Bei starken Abweichungen können Psychosen entstehen und bei anhaltendem Gebrauch wird das Gleichgewicht der Überträgerstoffe gestört. Die Folgen sind körperliche und psychische Entzugssymptome. „Die chronische Einnahme großer Mengen von Suchtstoffen führt dann über adaptive Vorgänge wie Sensitivierung (Bahnung) und Desensitivierung (Toleranz) auf neurochemischer Ebene bzw. über Konditionierungs- und Lernvorgänge aus systemisch-psychologischer Ebene zur Einschränkung des Verhaltensrepertoires des Individuums.“ (Rommelsbacher 1998, S.1) Für die Ausbildung einer Abhängigkeit kann eine Sensitivierung insofern Relevanz haben, da bei wiederholtem Gebrauch der Droge ein Verstärkereffekt auftritt.

Als beschleunigende Substanzen gelten Amphetamine, Kokain, Nikotin und Koffein. Vermindert und verlangsamt werden die Abläufe durch Alkohol, Benzodiazepine, Barbiturate und Morphin. Durch LSD und Haschisch werden kognitive Funktionen sogar qualitativ verändert (Tretter 1998b).

Im Gehirn sind die kortikale Ebene, die limbisch-subkortikale Ebene und die Hirnstamm-Ebene bei der Sucht und bei psychischen Störungen aktiv (Tretter 1998b). Diese Hirnstrukturen sind miteinander in verschiedenen Regelkreisen verknüpft.

Ob genetische Faktoren bei der Entstehung von Abhängigkeit eine Rolle spielen ist wissenschaftlich immer noch nicht abschließend geklärt. Untersuchungen an eineiigen

und zweieiigen Zwillingen haben ergeben, dass sich unter den eineiigen Zwillingen eine Alkoholabhängigkeit sehr viel häufiger entwickelte (Anthenelli & Schuckit 1981). Dabei gilt die genetische Hypothese unter den männlichen Abhängigen eher als gesichert (Fritze 1994). Fritze bestätigt auch, dass Angehörige von Alkoholabhängigen ersten Grades eine siebenmal höhere Wahrscheinlichkeit haben selbst eine Abhängigkeit zu entwickeln. Auch Rommelsbacher (1999) bekräftigt, dass die Alkoholkrankheit familiär gehäuft auftritt.

### **Psychologische Modelle**

In der Lernpsychologie steht die Funktion, die die Substanz für den Abhängigen erfüllt, im Mittelpunkt. Konsum ist demnach ein erlerntes deviantes Verhalten. Die Substanz reguliert bei den Abhängigen Spannungszustände und das führt wiederum zum Erlernen süchtiger Verhaltensweisen. Man unterscheidet primäre Verstärker, dazu zählen Essen und Schlafen und sekundäre Verstärker wie z.B. Anerkennung. Die Substanz wird instrumentalisiert, indem sie zum Herstellen positiver Gefühle benutzt wird. Die pharmakologische Wirkung stellt dabei die primäre Verstärkung dar und das mit dem Konsum verbundene Lebensgefühl repräsentiert die sekundäre Verstärkung (Hurrelmann & Bründel 1997).

Wenn in der Kindheit eine bestimmte Konditionierung erlernt wird, dann sind diese Reiz-Reaktions-Verbindungen nur schwer zu lösen und oft die Ursache für ein süchtiges Verhalten. In Tierversuchen wurde dieser Mechanismus bestätigt. „Es zeigte sich regelmäßig, dass die – neurotischen – Verhaltensmerkmale im nüchternen Zustand auftraten, während sie unter Alkoholeinfluss verschwanden und die komplexen neurotischen Verhaltensmuster relativ einfachen, zielorientierten Verhaltensweisen wichen.“ (Antons & Schulz 1977, S. 218) Aber nur ein Teil der Konsumenten wird süchtig. Dieses Phänomen ist noch wenig erforscht. Antons und Schulz begründen es mit dem Kontrollverlust und dem Erlernen süchtigen Verhaltens.

Psychoanalytische Ansätze betonen die Eltern-Kind-Beziehung für die Entstehung einer Störung der Persönlichkeitsentwicklung, was wiederum die Ursache für Sucht sein kann. Die Entwicklung der Persönlichkeit ist damit eng mit dem familiären Umfeld und den unterschiedlichen Erwartungen und Bedürfnissen innerhalb einer Familie

verbunden. Werden die kindlichen Bedürfnisse nach Liebe, Nahrung etc. nicht genügend befriedigt, führt das zu einer lebenslangen Frustration mit Fixierung auf die orale kindliche Phase. Die Substanz übernimmt dann in den späteren Lebensabschnitten die Befriedigung dieser oralen Bedürfnisse (Hurrelmann & Bründel 1997).

Die Verstärkerwirkung einer Substanz ist nicht nur aus der pharmakologischen Wirkung erklärbar sondern auch von situativen Bedingungen, der Motivationslage und der Lerngeschichte des Organismus abhängig (Rist & Watzl 1999). Die Wirkung der Droge ist ebenfalls abhängig von den Erwartungen, die die Person in Bezug auf die Wirkung hat. Auch wenn ein Placebo verabreicht wird, verändert die Erwartung eine Vielzahl von Verhaltensweisen (Brown 1993).

Zusammenfassend soll an dieser Stelle erwähnt werden, dass bei psychologischen Erklärungsmodellen der Abhängigkeit bei verschiedenen Substanzen teilweise von unterschiedlichen Lernprozessen ausgegangen werden muss. Ebenso müssen für die Stadien der Abhängigkeit vielfältige Modelle und psychologische Bedingungen geprüft werden (Rist & Watzl 1999).

### **Soziologische Modelle**

Soziologische und sozialwissenschaftliche Ansätze versuchen im Zusammenhang mit Abhängigkeit den Einfluss von Werten und Normen zu erfassen. Diese Theorien beruhen auf der Annahme, dass der Konsum, wie jede andere Verhaltensweise, während der Sozialisation erworben wird und die Kultur das Erleben des Konsums beeinflusst. Im Kontakt mit anderen Personen werden Normen und Werte erlernt, wobei nicht die gesellschaftlichen Vorgaben maßgeblich sind, sondern die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe oder Familie. Damit nehmen die häuslichen Standards und die Wertvorstellungen der Peer Group eine zentrale Rolle ein. Nach Sutherland wird eine Person kriminell, wenn die äußeren Bedingungen dafür günstiger sind als die, die dazu in einem ungünstigen Verhältnis stehen (Sutherland 1947). Als protektive Faktoren in der Auseinandersetzung mit den Wertvorgaben und Normen erwiesen sich eine große Handlungskompetenz und eine ausgeprägte Identität (Hurrelmann 1989).

Durch soziale Barrieren und das Fehlen der Fähigkeit, sich in die gesellschaftliche Ordnung einzufügen, ist Sucht eine bedingte Verhaltensstrategie, die als Antwort auf

den gesellschaftlichen Druck gesehen werden kann. Die Konsumenten reagieren passiv und mit apathischem Verhalten auf den Wettbewerb um gesellschaftskonforme Ziele und Werte. Dadurch werden sie zu Außenseitern und die Gesellschaft stigmatisiert gleichzeitig den misslungenen Versuch der Konsumenten um die Teilnahme am gesellschaftlichen Erfolg (Schmidt et al. 1999). Dabei können die gleichen Handlungen in unterschiedlichen Gesellschaften durchaus verschieden bewertet werden. D.h. allein die Gesellschaft definiert deviantes Verhalten z.B. durch die Einteilung in legale und illegale Substanzen. Erst mit dieser Einteilung wird aus einem Konsumenten ein sozial verurteiltes Individuum, das sich der Strafverfolgung ausgesetzt sieht.

Ein weiterer Ansatz sieht den Drogenkonsum als eine Bewältigungsform emotional unbefriedigender Situationen. Auch dabei wird die Entstehung einer Abhängigkeit in Zusammenhang mit reduzierten Möglichkeiten der Partizipation am gesellschaftlichen Leben gesehen (Schmidt et al. 1999).

Ebenfalls wird der Ansatz diskutiert, dass die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe, die sich auf ähnliche Art und Weise an ungünstige Bedingungen anpassen muss, den Drogenkonsum beeinflusst. Erst wenn die Person keinen Kontakt mehr zur Drogenszene hat, wird ein Ausstieg aus der Abhängigkeit möglich sein (Schmidt et al. 1999).

Degkwitz (2002) betont ebenfalls die gesellschaftlichen Verhältnisse, in der sich jede Person durch die individuellen Tätigkeiten entwickelt. Die gesellschaftlichen Verhältnisse sind dabei gegeben und unabhängig vom Willen der Person. Die Denk- und Handlungsmuster (und alle darauf basierenden Konsequenzen) konstituieren sich auf dieser Grundlage.

„Durch die Nichterreichung gesellschaftskonformer Ziele, durch die Einbindung in ungünstige Lebenszusammenhänge oder durch die Etikettierung und Stigmatisierung von Abhängigkeitskranken werden soziale Bedingungen geschaffen, die Suchtentwicklung fördern.“ (Schmidt et al. 1999, S.66)

Zusammenfassend kann man an dieser Stelle sagen, dass bei der Entstehung einer Abhängigkeit biologische, soziale und psychologische Faktoren eine Rolle spielen. Die unterschiedlichen Aspekte, die in den jeweiligen Theorien eine zentrale Rolle spielen,

stehen in Wechselwirkung zueinander. Tretter (1998) geht einen Schritt weiter und entwickelt ein Modell, indem Merkmale der Person, der Substanz und der Umwelt berücksichtigt werden (Tretter 1998).

### **1.3 Risiko- und Schutzfaktoren**

Die Wahrscheinlichkeit einer Abhängigkeit wird durch Risikofaktoren erhöht, die bei Konsumenten überdurchschnittlich häufig angetroffen werden. Demgegenüber vermindern protektive oder Schutzfaktoren das Auftreten einer Abhängigkeit (Uchtenhagen 2000b, Schmid 2000). Die empirische Grundlage für diese Aussage bilden Untersuchungen an Konsumenten und Kontrollgruppen. Dabei ist zu bedenken, dass sich die Risikofaktoren für die verschiedenen Substanzen über die Zeit verändern können und nicht für alle Bevölkerungsgruppen gelten. Entscheidend sind die Lebensumstände und der Lebensstil.

Im Vergleich dazu eine Untersuchung von Helmert (2003), die sich mit den individuellen Risikofaktoren in der Allgemeinbevölkerung beschäftigt. Der Autor kommt zu dem Ergebnis, dass bereits bei Vorliegen von drei der untersuchten Risikofaktoren (Rauchen, Übergewicht, Bluthochdruck, sportliche Inaktivität und regelmäßiger Alkoholkonsum) ein um das Fünffach erhöhtes Sterblichkeitsrisiko vorliegt. Dieser Effekt bleibt auch nach der Kontrolle der sozialen Merkmale wie Berufsausbildung und Familienstand erhalten. Es konnte gezeigt werden, dass auch hier, aufgrund der Kumulation der Risikofaktoren das Sterblichkeitsrisiko deutlich erhöht ist.

Der Konsum legaler und illegaler Drogen hat soziale und psychische Ursachen, die unmittelbare Auswirkungen auf die Gesundheit haben und zu einer Abhängigkeit führen können (Hurrelmann 1991). Dabei hängt die Definition von Normalität oder „der Norm entsprechend“ vom gesellschaftlichen Kontext und den vorherrschenden Wertvorstellungen sowie Einstellungen ab.

Als äußerer protektiver Faktor gegen Drogenkonsum und Abhängigkeit ist eine ausreichende ökonomische Situation erforderlich. Interessant ist in diesem Zusammenhang die „Wilkinson-Hypothese“. Darin heißt es, dass die durchschnittliche

Mortalität stärker durch das Ausmaß der Einkommens-Ungleichheit geprägt wird als durch den durchschnittlichen Wohlstand. Damit hat ein geringer Einkommensunterschied eine geringere Gefährdung der ärmeren Bevölkerung zur Folge und die Mortalität auf der Ebene der gesamten Gesellschaft wird gesenkt (Mielck & Bloomfield 2001). Gleichzeitig besteht in der Verringerung der Einkommensunterschiede ein erhebliches Potential zur Senkung der Mortalität.

In der Gesellschaft müssen die gleichen Zugangsmöglichkeiten zu Gesundheitsleistungen und –einrichtungen vorhanden sein. Die gesundheitliche Versorgung wurde in jüngster Zeit in Publikationen zur gesundheitlichen Ungleichheit oft vernachlässigt, da die gleiche Verfügbarkeit von Leistungen als Voraussetzung angenommen wurde (Elkeles & Mielck 1997, Mielck & Bloomfield 2001). Einige Publikationen beschreiben allerdings Unterschiede in der Qualität von Prävention, Kuration und Rehabilitation (Brenner et al. 1991, Schröder et al. 1990). Dadurch ergeben sich für die Patienten unterschiedliche Chancen zur Erhaltung und Wiederherstellung ihrer Gesundheit. Elkeles und Mielck (1997) entwickelten ein Modell aus dem hervorgeht, dass gesundheitliche Ungleichheit nicht ausschließlich auf soziale Ungleichheit zurückzuführen ist. Allerdings wirkt die gesundheitliche Ungleichheit, z.B. die Stigmatisierung chronisch kranker Menschen, wiederum auf die soziale Dimension zurück und verstärkt damit die soziale Ungleichheit.

Einer der entscheidenden äußeren Faktoren bei der Entwicklung einer Abhängigkeit ist der Zeitpunkt des Konsumbeginns. Ein früher Konsumbeginn führt besonders häufig zu einer Abhängigkeitsentwicklung (Robins & Pryzbeck 1985).

Im Erwachsenenalter können vor allem die berufliche Tätigkeit bzw. Erwerbslosigkeit und der Bereich der Familie zu außergewöhnlichen Belastungssituationen führen, die wiederum ursächlich für bestimmte Auffälligkeiten sind. Auf der individuellen Ebene zählen ein vermindertes Selbstwertgefühl und ein Mangel an sozialem Durchsetzungsvermögen zu den Risikofaktoren für eine Abhängigkeit (Uchtenhagen 2000b). Die Handlungskompetenz bezeichnet die individuelle Verfügbarkeit und Angemessenheit der Fähigkeiten zur Auseinandersetzung mit der äußeren und inneren

Realität (Hurrelmann 1991). Zu Problemen kann es kommen, wenn Personen die Anforderungen mit den ihnen zur Verfügung stehenden Handlungskompetenzen nicht zufrieden stellend bearbeiten können. Hilfreich und besonders effektiv ist ein frühzeitiges und vorausschauendes Be- und Verarbeiten von Ereignissen. Aber „auch ein antizipatorischer Bewältigungsstil kann nicht die krankmachenden Folgen von Armut, Arbeitslosigkeit und schlechten Arbeitsbedingungen abschirmen.“ (Hurrelmann 1991, S. 104) Dabei ist die Handlungskapazität über das gesamte Leben hinweg anzupassen und zu verändern, aber es kann auch in jeder Lebensphase zu einer Disharmonie zwischen sozialen, psychischen und körperlichen Anforderungen und der persönlichen Handlungskompetenz kommen, die dann als belastendes Ereignis erlebt wird.

Rosenbrock et al. kommen zu einer ähnlichen Aussage, nach der auch die Primärprävention nur einen Teil der durch Arbeitsmarkt, Einkommens- und Vermögensverteilung und durch die Bildungspolitik verursachten Ungleichheit kompensieren kann (Rosenbrock et al. 2004).

Die verschiedenen Belastungen werden durch personale Ressourcen wie den Verarbeitungsstil von Belastungen und durch die Handlungskapazitäten einer Person und durch soziale Ressourcen wie z.B. das unterstützende Netzwerk aufgefangen und verarbeitet. Der Begriff „soziales Kapital“ wurde in den letzten Jahren aus der amerikanischen Forschung übernommen und beschreibt in Abgrenzung zu den ökonomischen Ressourcen die sozialen Ressourcen einer Person, die für die soziale Integration und Stellung bedeutsam sind (Mielck & Bloomfield 2001). Wichtig scheint dabei die Vielfältigkeit des Netzwerkes mit Verbindungen zwischen den einzelnen Bezugspersonen bzw. -gruppen (Hurrelmann 1991). Hurrelmann berichtet, dass die sozialen Beziehungen einen Effekt auf die Gesundheit haben, und zwar je hilfreicher das soziale Netzwerk ist, umso geringer ist die Wahrscheinlichkeit von psychischen und somatischen Leiden. Aber auch wenn Personen nicht belastet sind, wirkt sich soziale Unterstützung gesundheitsförderlich und im Gegenzug, die soziale Isolation, gesundheitsschädigend aus (Pfaff 1989). Damit steht die Integrationsthese im Kontrast zu stresstheoretischen Modellen, nach denen eine gesundheitsfördernde Wirkung

sozialer Unterstützung an das Vorhandensein von Belastungen geknüpft ist (Pfaff 1989).

In der soziologisch orientierten Gesundheitsforschung steht der Grad der Integration einer Person in einem sozialen Netzwerk im Mittelpunkt, in verhaltenswissenschaftlichen Ansätzen werden die sozialen Bindungen, Unterstützung durch die Gruppe und Gruppenriten als Schutzfaktoren anerkannt (Pfaff 1989).

Weitere innere Schutzfaktoren sind die Risikowahrnehmung und das Gesundheitsverhalten. Nur wenn Personen ein Risiko wahrnehmen, können sie Maßnahmen zum Schutz und zur Vermeidung treffen. Insbesondere sportliche Aktivität, als eine Form des Gesundheitsverhaltens, hat positive Resultate bei biographisch höher belasteten Jugendlichen. Röthlisberger & Calmonte (1995) identifizierten Sport als einen Schutzfaktor bei familiären Belastungen. Wenn Personen ihre Umwelt trotz Belastung als beeinflussbar, verstehbar und sinnvoll wahrnehmen, dann haben sie auch unter Stressbedingungen eine höhere Widerstandskraft (Schmid 2000).

Inwieweit sich Risiko- und Schutzfaktoren, die auf der individuellen Ebene wirken, auch auf den Vergleich zwischen einzelnen Ländern heranziehen lassen, ist größtenteils noch nicht geklärt. In Deutschland und den USA werden beispielsweise sehr viel mehr finanzielle Mittel für Gesundheit ausgegeben als in Kuba und Costa Rica. Trotzdem haben alle vier Länder ähnliche Daten für Mortalität und Morbidität (Tab.1).

Tab. 1: Ausgaben für Gesundheit und die Lebenserwartung in Jahren

	BRD	USA	Kuba	Costa Rica
Pro Kopf Ausgaben für Gesundheit in US\$	2713	4187	131	226
Lebenserwartung ab Geburt				
Männer	73,7	73,8	73,5	74,2
Frauen	80,1	79,7	77,4	78,9

(WHO 2000)

Allerdings bilden Cuba und Costa Rica eher die Ausnahme, der Gesundheitszustand in den meisten ärmeren Staaten ist schlechter. Mielck & Bloomfield (2001) stellen dabei die Frage, ob das soziale Kapital in diesen Ländern so ausgeprägt ist, dass die enormen monetären Nachteile kompensiert werden.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die verschiedenen Erklärungsmodelle für eine Abhängigkeit jeweils nur einen speziellen Ausschnitt der Realität abbilden. Die Entwicklung einer Person ist aber ein lebenslang nicht abgeschlossener Prozess, der in engem Zusammenhang zu seiner Umwelt, der Psyche und dem Körper gesehen werden muss. Entscheidend dabei ist die dynamische Anpassung des Individuums an seine Umgebung (Hurrelmann 1991).

Konsumenten berichten über eine Art der Antizipation und Anpassung an die Umwelt durch den Konsum der Substanz als „Selbstmedikation“. Das Ziel dabei ist es die Handlungskompetenzen zu stärken (Fuchtmann 1994). Aufgrund von schmerzvollen emotionalen Erfahrungen und psychiatrischen Problemen versuchen Abhängige, durch Selbstmedikation sich selbst zu heilen (Khantzian 1996, Uchtenhagen 2000a).

#### **1.4 Harm-Reduction**

Seit Mitte der 80er Jahre hat ein Paradigmenwechsel in der Drogenpolitik der Bundesrepublik Deutschland stattgefunden. Um die soziale und gesundheitliche Situation der Drogenabhängigen zu verbessern und die Kriminalität im Zusammenhang mit Drogenhandel und Drogenbeschaffung zu senken, wurde das „Harm-Reduction Konzept“ diskutiert und teilweise eingeführt. Der HI-Virus bzw. die Ausbreitung von AIDS sollten damit aktiv bekämpft werden. Harm-Reduction soll die gesundheitlichen, psychischen und sozialen Folgen des Drogenkonsums reduzieren (Prinzleve 2004). Damit war gleichzeitig die Etablierung der „akzeptierenden Drogenarbeit“ verbunden. Maßgeblich für diese veränderte Sicht der Dinge war die Feststellung, dass die Bedingungen unter denen konsumiert wird die gesundheitlichen und sozialen Verelendungsprozesse einleiten und nicht der Konsum selbst. Mit der akzeptierenden Drogenarbeit wurde der Konsum von Drogen als persönliche Entscheidung des Individuums betrachtet.

Drogentodesfälle, Kriminalität und die Anzahl der Drogenabhängigen waren in den Jahren davor stark angestiegen. In dieser Zeit war Deutschland, im Gegensatz zu seinen liberalen Nachbarn wie den Niederlanden und der Schweiz, eines der Länder in Westeuropa, das mit der Drogenproblematik am restriktivsten umging. Auf der Grundlage des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) wurden jedes Jahr in Deutschland 70.000 Personen inhaftiert (Fischer 1995). Zehn Prozent der männlichen Inhaftierten und ca. 30 Prozent der weiblichen Insassen der Haftanstalten in Deutschland wurden im Zusammenhang mit Drogendelikten inhaftiert. Die Drogenpolitik in Deutschland ließ in dieser Zeit keinen Zweifel an der kompromisslosen Verfolgung des Ziels einer drogenfreien Gesellschaft in Bezug auf die sogenannten „harten“ Drogen. Der nationalen Drogenstrategie wurde mit Hilfe der verschärften Anwendung von Gesetzen und Repression Nachdruck verliehen.

Im März 1994 erfuhr die Drogenpolitik mit der de facto Dekriminalisierung von Cannabisbesitz eine entscheidende Wende. Cannabis war nun in geringfügigen Mengen für den persönlichen und gelegentlichen Bedarf straffrei, das Gesetz wurde aber in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich ausgelegt. Während in Bayern der Besitz von zwei oder drei Gramm Cannabis noch unter das Betäubungsmittelgesetz fällt, sind weniger als zehn Gramm in Norddeutschland für die Polizei kein Grund zur Strafverfolgung.

In den späten 80er Jahren bewegte sich Deutschland im Vergleich zu anderen westeuropäischen Ländern mit 100.000 Drogenabhängigen im epidemiologischen Mittelfeld. Heroin wurde unter den harten Drogen die Hauptdroge und die Drogenszenen konzentrierten sich in großen Städten wie Hamburg, Frankfurt und Berlin, worauf noch näher eingegangen wird. Die Beschaffungskriminalität und die Drogenprostitution nahmen zu. In den 80er Jahren stiegen die drogenbedingten Todesfälle auf 2.000 pro Jahr an. Aus Selbstaussagen der Abhängigen weiß man, dass 75 Prozent aller Konsumenten illegalen Aktivitäten zur Finanzierung ihrer Sucht nachgehen.

In den 80ern dealten, kauften und konsumierten jeden Tag 5.000 Personen auf einem öffentlichen Platz in der Frankfurter Innenstadt Drogen. 80 Prozent der weiblichen Frankfurter Konsumenten gingen der Drogenprostitution nach, oftmals ohne die Verwendung von Kondomen (Fischer 1995). Der dramatische Anstieg der HIV-Infektion unter den intravenös konsumierenden Abhängigen und der allgemein dramatische Gesundheitszustand verschlechterten das „Bild“ der offenen Frankfurter Drogenszene. Offene Drogenszenen in Städten, und die damit einhergehende Belastung für die Bewohner der Quartiere, ist ein Problem, das in den letzten Jahren stetig zugenommen hat (Renn & Lange 1995; Homann et al. 2000). Auch die offene Drogenszene ist kein homogenes Gefüge, sondern setzt sich aus Teilgruppen zusammen, die wiederum unterschiedliche Hilfebedarfe haben.

Durch den Druck der Einwohner und der ansässigen Geschäftsleute, die sich Sorgen um die Attraktivität der Stadt machten, wuchs der Handlungsbedarf der politisch Verantwortlichen. Die Abkehr von ideologischen Standpunkten sowie von der Abstinenzforderung hin zu einer pragmatischen Suche nach alternativen Strategien, die Kosten reduzieren und Schaden, sowohl für das Individuum als auch für die Gesellschaft begrenzen, waren das Ergebnis. Erst dieser Wechsel der Philosophie in der Drogenpolitik machte den Weg frei für das Harm-Reduction Konzept. Ziel ist es Maßnahmen zu ergreifen, die praktikabel und effektiv zur Reduzierung von Leid und Schaden beitragen und dabei das Vorkommen von Drogen in der Gesellschaft nicht verleugnen. 1990 wurde von einigen europäischen Städten die Frankfurter Resolution mit dem Ziel einer Reform in der Drogenpolitik verabschiedet. Darin wird bestätigt, dass die Nachfrage nach Drogen nicht abgenommen hat und die soziale und gesundheitliche Situation der Drogenabhängigen sich vor allem durch die Ausbreitung des HI-Virus verschlechtert habe; immer mehr Konsumenten sterben und der illegale Drogenhandel wächst. Ein Wechsel der Prioritäten in der Drogenpolitik wurde als notwendig erachtet. Hilfe für Abhängige in Verbindung mit präventiven Maßnahmen sollten Drogenhandel, Kriminalität und Drogenkonsum reduzieren. Das neue Ziel der drogenpolitischen Aktionen war die Reintegration der Abhängigen und die erfolgreiche Teilnahme an Therapien.

In Hamburg und Frankfurt wurde das Betäubungsmittelgesetz nicht angewendet, wenn Personen Heroin oder Kokain für nicht mehr als zwei oder drei Applikationen bei sich hatten. Schleswig-Holstein verfolgt die liberalste Drogenpolitik. Hier gehen Personen straffrei aus, die weniger als 30 Gramm Cannabis, 5 Gramm Kokain oder 1 Gramm Heroin bei sich führen (Fischer 1995).

Die Polizei hat bei der Umsetzung der Harm-Reduction Strategien eine entscheidende Rolle eingenommen. Als „Informationsquelle“ über soziale Angebote wie Spritzentausch, Übernachtungsmöglichkeiten und gesundheitliche Versorgung ist die Polizei oft die Vermittlerin zwischen den Konsumenten und den Hilfeeinrichtungen.

Priorität der Harm-Reduction Interventionen ist die Reduzierung des gesundheitlichen Risikos, das durch den dauerhaften Gebrauch der Drogen und die damit einhergehenden Lebensbedingungen entsteht und die Anbindung an langfristige medizinische und soziale Angebote. Mit Hilfe von Beratung, Substitution und Behandlung, die von sozialen und caritativen Einrichtungen angeboten werden, konnten 80 Prozent der 10.000 Hamburger Drogenabhängigen erreicht werden (Fischer 1995). Neue flexible, niedrigschwellige und am Klienten orientierte Programme haben sich etabliert, darunter Kurzzeittherapien für Frauen und Jugendliche. Die niedrigschwelligen Einrichtungen sollen durch Hilfsangebote mit minimalen Behandlungsanforderungen die soziale Isolation der Abhängigen überwinden helfen.

Trotzdem haben Zentren wie Frankfurt und Hamburg nach wie vor große Drogenszenen. In Frankfurt haben ein Drittel der Drogenkonsumenten keine Wohnung bzw. keine adäquate Unterkunft. Diese Gruppe der Konsumenten hat den schlechtesten Gesundheitszustand und die höchste Rate an HIV-Infektionen unter den Frankfurter Drogenabhängigen. In Hamburg waren ca. ein Drittel der durch drogenbedingte Todesfälle verstorbenen Personen obdachlos (Fischer 1995).

Anfang der 90er Jahre zeigte die Harm-Reduction Strategie erste Erfolge. Die Rate der HIV positiven drogenbedingten Todesfälle in Frankfurt sank von 60 Prozent 1985 auf zwölf Prozent 1992. In Hamburg wurden täglich 10.000 Spritzen getauscht, das sind mehr als drei Millionen im Jahr. Die Prävalenz der HIV Infektion lag bei fünf Prozent,

das ist im Vergleich zu anderen europäischen Großstädten, die eine HIV Rate von 25 Prozent haben, sehr gering (Fischer 1995).

Die Einrichtung von Konsumräumen war ein weiterer wichtiger, wenn auch nicht unstrittiger Schritt in Richtung der Verbesserung des Gesundheitszustands der Konsumenten. Unter hygienischen Bedingungen und ohne Repressionen kann hier konsumiert werden.

Die Substitution wurde in Deutschland mit dem Ziel der Stabilisierung, Reintegration und der Verbesserung des gesundheitlichen und sozialen Status der Opiatabhängigen eingeführt. Die Methadonabgabe war der Schlüssel für psychosoziale Interventionen. Die Konsumenten konnten die gewonnene Zeit und Energie, die sie normalerweise zur Beschaffung der Drogen aufwendeten, nun in die Verbesserung ihrer Lebensbedingungen investieren. Unter der Substitution besserte sich der Ernährungszustand, Infektionen gingen zurück und Schlafstörungen der Patienten konnten gebessert werden. Die Drop-out Rate lag unter zehn Prozent, nach drei Jahren Behandlung waren es weniger als zwanzig Prozent der Substituierten, die die Behandlung vorzeitig abbrachen (Fischer 1995). Nur achtzehn Prozent der Konsumenten berichteten über fortgesetzte kriminelle Handlungen während der Substitution.

Die Substitution ist eine effektive und erfolgreiche Behandlung der Opiatabhängigkeit, sie sollte aber nicht als die letzte Stufe oder alleinige Alternative unter Harm-Reduction Gesichtspunkten gesehen werden. Durch die Anbindung an das Methadon Programm werden immer mehr Konsumenten unabhängig vom Schwarzmarkt und konsumieren unter „safer use“-Bedingungen. Die durch Überdosis oder polytoxikomanen Konsum verursachten Todesfälle gingen in Hamburg von 184 im Jahr 1991 auf 135 im Jahr 1993 zurück. Ebenfalls rückläufig sind die Zahlen der neuen Konsumenten und die Anzahl der Drogendelikte in Frankfurt. Das hat auch in der Bevölkerung der Innenstadt zu einem Nachlassen der Angst vor Überfällen geführt. Eine weitere positive Veränderung durch Harm-Reduction Angebote stellt die Reduzierung der Konsumenten und Dealer auf wenige hundert Personen der offenen Frankfurter Szene vor dem Hauptbahnhof dar.

Die Krankenhäuser der Stadt berichten über nur noch zwei Drogennotfälle pro Woche im Gegensatz zu mehreren Fällen pro Tag vor wenigen Jahren (Fischer 1995).

Der Chef der Frankfurter Polizei befürwortet weitere pragmatische Schritte und nennt die Repression gegen Konsumenten harter Drogen eine anachronistische Antwort auf die Drogenabhängigkeit (Fischer 1995).

Die „Frankfurter Montags Gruppe“, bestehend aus Konsumenten, Einwohnern, Geschäftsleuten und Vertretern von Behörden, trifft sich regelmäßig in einem der größten Bankgebäude der Stadt und beschäftigt sich mit weiteren Fragen der lokalen Drogenpolitik.

Abschließend kann man feststellen, dass die beobachteten Effekte von Harm-Reduction Angeboten das Ergebnis von lokalen Initiativen und Gruppen sind, die in ihren Familien und Wohnquartieren die negativen Auswirkungen der Abhängigkeit erlebt haben. Durch das gemeinsame, auch die Konsumenten einschließende kooperative Vorgehen, war es möglich Hilfsangebote zu etablieren, die alle Aspekte des Drogenproblems und der Sucht einschließen. Diese lokale Bewegung hatte auch Auswirkungen auf die öffentliche Meinung und blieb von der Drogenpolitik nicht unbemerkt. Insgesamt zeigt der Harm-Reduction Ansatz gute Erfolge bei der Senkung der HIV-Rate und bei der Etablierung neuer Versorgungsangebote. Ein entscheidender Schritt ist allerdings die sich langsam verändernde Sichtweise auf die im Zusammenhang mit illegalen Substanzen stehenden Probleme.

## 1.5 Konsummuster

Die Konsumenten von Drogen sind nach ihren Konsumgewohnheiten zu differenzieren; das Probierverhalten von Jugendlichen ist anders einzuordnen als der jahrelange intravenöse Gebrauch von Heroin.

Ein **gelegentlicher Konsum** beschreibt einen eher zufälligen Konsum, dabei sind mehrmonatige abstinente Phasen möglich und die Droge beeinflusst den Alltag der Person nicht. Der **aktuelle Konsum** stellt ein gesteigertes Konsummuster dar, die Substanz ist in die Lebenswelt des Konsumenten integriert. Abstinenzphasen, die über mehrere Monate gehen sind eher die Ausnahme. Bei wöchentlichem Konsum geht man

von einem **regelmäßigen Konsum** aus. Die Beschaffung der Substanz bestimmt und strukturiert den Alltag. Werden täglich, oder mehrmals täglich Drogen konsumiert, spricht man von einem **abhängigen Konsum** (Estermann & Herrmann 1996). Die Grenzen zwischen den einzelnen Konsummustern sind fließend.

Unter Harm-Reduction Gesichtspunkten wird Abstinenz, als ein mögliches Ziel der Behandlung, nicht infrage gestellt. Abstinenzorientierte Behandlungsansätze und Harm-Reduction Konzepte sind also nicht unvereinbar. In abstinenzorientierten Ansätzen geht man jedoch davon aus, dass die Drogenfreiheit von jeglichen Substanzen oberste Priorität hat. Harm-Reduction berücksichtigt dagegen die unterschiedlichen Formen des Konsums und die verschiedenen Substanzen. Es gilt riskante und abhängige Konsummuster, wie den intravenösen Konsum von Cocktails aus Heroin, Kokain und Benzodiazepinen unter unhygienischen Bedingungen und das Needle Sharing (tauschen von Nadeln und Spritzbesteck), sowie weiteres riskantes und gesundheitlich bedenkliches Injektionsverhalten einzuschränken und wenn möglich, durch weniger riskante Muster zu ersetzen. Dieser Wechsel soll das Überleben sichern, wenn möglich die Gesundheit des Konsumenten erhalten und einen kontrollierten Konsum einleiten (Prinzleve 2004).

Der zeitgleiche Konsum verschiedener Substanzen lässt die möglichen Wechselwirkungen und die damit verbundenen gesundheitlichen Risiken exponentiell ansteigen. Die Forschung hat bisher noch keine gesicherten Erkenntnisse über die psycho-physiologischen Reaktionen, die im Zusammenhang mit dem Mischkonsum unmittelbar, aber auch als Spätfolgen auftreten können, vorgelegt. In einer Untersuchung von Baumgärtner (2001) zum Mischkonsum wurden 453 Jugendliche zu ihrem Konsumverhalten befragt. Dabei stellte sich heraus, dass z.B. jeder dritte männliche Raver einen starken polyvalenten Konsum hat, bei den Frauen ist es jede Vierte.

*Variieren die Konsummuster im Verlauf einer Abhängigkeit? Welche Unterschiede kann man bei Langzeitabhängigen und kürzer Abhängigen feststellen?*

Durch Vaillant wurde schon 1966 beschrieben, dass Heroinabhängigkeit nicht dauerhaft abhängiger Konsum bedeutet, sondern von Phasen der Abstinenz und des kontrollierten Konsums unterbrochen wird (Vaillant 1966). Drogenkonsumenten haben nur eine Gemeinsamkeit und das ist der Konsum von psychotropen Substanzen. Ansonsten differieren Konsumenten in Gebrauchsregeln, Motivation, Szenebezügen, Dauer der drogenfreien Zeiten, Gebrauchsriten etc. (Gerlach 1992).

In einer Untersuchung zu Konsummustern wurden 50 Langzeitheroinabhängige mit einer durchschnittlichen Konsumdauer von 17,4 Jahren interviewt (Krausz et al. 1998c). Durch die genaue Analyse des Konsumverhaltens im Verlauf sollten mögliche Zusammenhänge zwischen Verlauf, Konsummuster und Behandlung ermittelt werden. Der erste Heroinkonsum fand im Durchschnitt mit 18,3 Jahren statt, der erste intravenöse Konsum lag durchschnittlich bei neunzehn Jahren. Drei Viertel der Interviewten waren zum Zeitpunkt der Untersuchung politoxikoman, sie konsumierten mindestens zwei Drogen parallel. Wenn man Cannabis und Nikotin ebenfalls berücksichtigt, dann konsumierten alle 50 Personen mindestens zwei Stoffe.

Ein Differenzierungsmerkmal des Konsummusters war die Frequenz des Heroinkonsums. Dabei wurde zwischen unkontrolliertem (täglich und mehrmals täglich) und kontrolliertem Konsum (wöchentlich oder gelegentlich) unterschieden. Die Langzeitabhängigen der Stichprobe haben danach im Durchschnitt 11,1 Jahr unkontrolliert und 2,8 Jahre kontrolliert konsumiert. In 3,5 Jahren haben sie kein Heroin konsumiert. Diese Phasen der Konsumfreiheit wurden von 64 Prozent der Befragten autonom, also außerhalb von Therapie und Haftanstalten erlebt. Als Abstinenzphase wurde dabei eine mindestens vier Wochen anhaltende konsumfreie Zeit definiert. Trotzdem gaben alle Konsumenten an, dass sie heroinabhängig sind und Heroin die Hauptdroge darstellt.

Die Reihenfolge des Erstkontakts mit legalen und illegalen Stoffen war in der untersuchten Stichprobe wie in Tabelle 2 beschrieben.

Tab. 2: Reihenfolge des Erstkontakts mit legalen und illegalen Stoffen in der Untersuchungsgruppe

Stoffe	Durchschnittsalter beim ersten Gebrauch
Nikotin	13
Alkohol	14
Cannabis	14,9
Halluzinogene	16,4
anregende Medikamente	17,1
Heroin	18,2
Kokain	20,2
beruhigende Medikamente	20,3
medizinische Opiate	22,8

(vgl. Krausz et al. 1998c, S.4)

Die Befragten gaben an, dass sie in der Anfangszeit ihres Konsums Heroin unkontrolliert gebraucht haben. Ein kontrollierter Konsum oder ein abstinentes Verhalten entwickelte sich erst zu einem späteren Zeitpunkt.

Der Verlauf in der untersuchten Gruppe zeigt, dass es sehr unterschiedliche Konsummuster mit Phasen der Abstinenz, auch bei langjährig Abhängigen, gibt.

Die in der Literatur und der Öffentlichkeit oft vertretene These, dass Cannabis die Einstiegsdroge für illegale Substanzen ist, widerspricht Kreuzer (2000). Die Überbewertung von Cannabis verdrängt die Bedeutung von Alkohol und Tabak bei späteren i.v. abhängigen Konsumenten. Alkohol wird von drogenerfahrenen Jugendlichen im Durchschnitt ein Jahr früher als von drogenunerfahrenen Jugendlichen konsumiert. Die Bedeutung der legalen Suchtmittel sollte in diesem Kontext nicht vernachlässigt werden, allerdings im Bewusstsein, dass das Experimentierverhalten mit Suchtstoffen im Entwicklungsprozess Jugendlicher eine Rolle spielt.

Aus einer Untersuchung an 1041 Opiatabhängigen in Hamburg, die im Drogenentzug im Zeitraum von 1989 bis 1993 hinsichtlich somatischer Erkrankungen untersucht

wurden, geht u.a. hervor, dass die Verschlechterung der gesundheitlichen Situation die Folge des riskanten Konsumverhaltens war (Behrendt et al. 1997). Mehr Abhängige konsumierten gegenüber 1989 über ein Gramm Heroin pro Tag, Kokain wurde ebenfalls in größeren Mengen konsumiert. Der Anteil der regelmäßigen Benzodiazepin-konsumenten war gestiegen und die körperliche Verfassung der Heroinabhängigen hatte sich über diesen Zeitraum verschlechtert.

Sowohl die Substituierten (N=416) als auch die substituierenden Ärzte berichten in der Untersuchung von Krausz et al. (1995) neben dem somatischen und psychischen Gesundheitszustand auch über Konsummuster und die positiven Veränderungen während der Substitution in diesen Bereichen. Der Einstieg in den Opiatkonsum erfolgte bei dieser Patientengruppe mit ca. 20 Jahren. Nach über einem Jahr hatte sich der Großteil der Heroinkonsumenten auf einen intravenösen Gebrauch eingestellt. Unter der Substitution ging der Kokainkonsum fast vollständig zurück und nur drei Prozent konsumierten weiterhin Heroin, was von Ärzten und Patienten übereinstimmend berichtet wurde. Das stellt einen bedeutenden Veränderungsprozess der sich in Substitution befindlichen Opiatabhängigen dar. Unter der Behandlung wird mit Drogen kontrollierter umgegangen, der gelegentliche Konsum verschiedener Drogen überwiegt. In einer Untersuchung von Prinzleve (2001) werden Konsummuster von 84 obdachlosen Drogenabhängigen aus der offenen Hamburger Drogenszene miteinander verglichen. Dabei konnten vier Untergruppen mit deutlich unterschiedlichen Konsummustern identifiziert werden. Die größte Teilgruppe (57,1 Prozent) bestand aus Heroinkonsumenten mit starkem Kokaingebrauch und gelegentlichem Konsum von Benzodiazepinen. 14 Personen hatten einen besonders problematischen Konsum, sie konsumierten Benzodiazepine, Opiate, Kokain und Cannabinoide. In einer etwa gleich großen Gruppe von Nichtsubstituierten wurde vor allem Heroin, Cannabis und Alkohol konsumiert. Die vierte Gruppe zeichnete sich vor allem durch den fehlenden Heroingebrauch, aber durch Konsum von Kokain, Methadon bzw. Polamidon und Alkohol aus. Insgesamt waren 77,4 Prozent der Befragten polyvalent abhängig und konsumierten mehr als eine Substanz täglich oder mehrfach täglich. Dabei wurden Heroin und Kokain in knapp 90 Prozent und Benzodiazepine in über 40 Prozent der

Fälle intravenös konsumiert. Der multiple Konsum stellte das vorherrschende Konsummuster dar.

Auch Zurhold et al. (2001) gehen nach wie vor von dem vorherrschenden intravenösen Heroinkonsum der Hamburger offenen Drogenszene aus. Die in der Studie beschriebenen obdachlosen Drogenabhängigen haben ein polytoxes Konsummuster. Die ebenfalls eingeschlossenen Substituierten zeigten einen sehr problematischen Beikonsum.

Vogt (2000) verweist in diesem Zusammenhang auch auf geschlechtsspezifische Konsummuster in westlichen Industriegesellschaften. Männer konsumieren weitaus häufiger Alkohol und illegale Drogen, während Frauen häufiger psychotrope Medikamente nehmen. Cannabis wird z.B. doppelt so häufig von Männern als von Frauen konsumiert. Frauen, die abhängig sind, haben eine höhere Belastung durch psychische Störungen als Männer. Für männliche Konsumenten dagegen gilt, dass sie eine vielfach höhere Kriminalitätsbelastung haben und häufiger an Überdosierungen und polytoxen Kombinationen von Substanzen sterben. Die Unterschiede lassen sich durch eine höhere Verschreibungspraxis von psychotropen Medikamenten in der Pubertät der Mädchen und einer späteren Neigung, ähnliche Präparate zur Selbstmedikation einzusetzen, nur teilweise erklären. Ebenfalls eine wichtige Rolle scheint die symbolische Bedeutung der Substanzen zu haben. „In den Händen von Männern signalisieren Alkoholika, Zigaretten und die illegalen Stoffe Heroin und Kokain Dominanz, Unabhängigkeit, Freiheit, Mut bis hin zum Todesmut, aber auch Verachtung, Rebellion und die Bereitschaft zum Bruch mit der Gesellschaft. In gewisser Weise sind alle diese Drogen mit männlichen Werten assoziiert. Anders steht es mit den psychotropen Medikamenten, die Schwäche, Leiden, Hinfälligkeit signalisieren und gerade deshalb weiblich assoziiert sind. Die symbolischen Bedeutungen, die mit den Drogen mitgedacht werden, reichen also von der machtvollen Geste über die Rebellion bis zur vermeintlich schwachen Anpassung an hierarchische und ungerechte Verhältnisse. Darin liegen dann auch die geschlechtsspezifischen Gefährdungen, die für Männer und Frauen so unterschiedlich ausfallen.“ (Vogt 2000, S.218)

In Berlin, wie in anderen Metropolen, hat der Konsum illegaler Drogen in den letzten Jahren stetig zugenommen. Über ein Drittel der 3,3 Millionen Berliner verfügt über Erfahrungen mit illegalen Substanzen. Wojak (2004) sieht zwar keinen ableitbaren Zusammenhang zwischen Stadtparametern und der Drogenproblematik in Berlin, aber es wird deutlich, dass das Ausmaß des Konsums in den Berliner Bezirken mit einer niedrigen Sozialstruktur am größten ist. Dabei sind eine hohe Arbeitslosenquote, geringes Einkommen, eine hohe Zahl von Migranten und eine große Anzahl von Sozialhilfeempfängern kennzeichnend für einen niedrigen Sozialindex.

Abschließend kann man sagen, dass Heroinabhängigkeit nicht dauerhaft abhängiger Konsum bedeutet; es können Phasen der Abstinenz bzw. kontrollierter Konsum auftreten. Die Konsumenten differieren in ihren Gebrauchsregeln, der Motivation zum Konsum und der Dauer von drogenfreien Zeiten; die Gemeinsamkeit besteht nur im Konsum psychotroper Substanzen. Das Ziel einer aufgeklärten Drogenpolitik muss sein, riskante und abhängige Konsummuster einzuschränken und durch risikoärmere Formen des Konsums dauerhaft zu ersetzen um damit einen kontrollierten Konsum einzuleiten. Prinzipiell wird zwischen gelegentlichem, aktuellem, regelmäßigem und abhängigem Konsum unterschieden. Es existieren Hinweise für geschlechtsspezifische Konsummuster; Frauen konsumieren häufiger psychotrope Medikamente, Männer dagegen häufiger Alkohol und illegale Drogen. Aus Berlin ist weiterhin bekannt, dass das Ausmaß des Konsums in Bezirken mit einer niedrigen Sozialstruktur am höchsten ist.

## **1.6 Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland**

Alle europäischen Länder verschaffen sich in unterschiedlichen Abständen einen Überblick über den Gebrauch psychoaktiver Substanzen in der Bevölkerung. Für Deutschland haben Erhebungen ergeben, dass der Konsum von Heroin in größerem Maße Mitte der 70er Jahre begann. Bis heute ist Heroin vor allem in Großstädten verbreitet, die Prävalenzraten in ländlichen Regionen sind deutlich geringer. In den

neuen Bundesländern haben sich in den letzten Jahren einige lokale Drogenszenen entwickelt. Ein Großteil der sozialen und gesundheitlichen Probleme, wie z.B. Drogentodesfälle, Kriminalität und HIV bzw. Aids, sind mit dem Heroinkonsum verbunden.

Seit 1980, jeweils im Abstand von zwei bis fünf Jahren, wird im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit die Repräsentativerhebung für Deutschland durchgeführt (Kraus & Augustin 2001). Die Grundgesamtheit der Erhebung bilden alle in Privathaushalten lebende Personen zwischen 18 und 59 Jahren (47.9 Mio Personen; Stand 31.12.1998). Die Befragten wurden in einem zweistufigen Verfahren auf Grundlage der Daten aus den Einwohnermeldeämtern ausgewählt. Dabei wurde die Verteilung von Alter und Geschlecht in der Grundgesamtheit berücksichtigt.

An der letzten schriftlichen Erhebung aus dem Jahr 2000 nahmen 8139 Personen teil. Der Rücklauf betrug 45,5 Prozent, das bedeutet, fast jeder zweite Befragte hat den umfangreichen Fragebogen beantwortet. Der Fragebogen beinhaltete vier Themenkomplexe über illegale Drogen, Alkohol, Medikamente und Tabak. Es wird angenommen, dass sich aus Gründen der sozialen Erwünschtheit bzw. aus Gründen der strafrechtlichen Verfolgung unter den Nonrespondern erheblich mehr Personen mit problematischem Konsum befinden als unter den Respondern. Damit kann eine Unterschätzung sowohl der Häufigkeit als auch des durchschnittlichen Konsums in der Bevölkerung vorliegen. Unter Public Health Gesichtspunkten ist dabei die Frage interessant, inwieweit diese Substanzen mit Risiko konsumiert werden, bzw. inwieweit ein Missbrauch oder eine Abhängigkeit vorliegen.

Ende der 80er bis Anfang der 90er Jahre wurde eine Zunahme des Konsums illegaler Drogen beobachtet. Der Konsum stabilisierte sich zwischen 1995 und 1997 und stieg danach wiederum stark an. Erwartungsgemäß verkleinerte sich der Unterschied zwischen den alten und den neuen Bundesländern.

Der Missbrauch und die Abhängigkeit von illegalen Drogen wurden in dieser Untersuchung nach DSM-IV Kriterien erhoben. Eine Abhängigkeit liegt nach DSM-IV

dann vor, wenn mindestens drei von sieben Kriterien innerhalb eines Jahres erfüllt sind. Bei Missbrauch muss mindestens eins der vier Kriterien, ebenfalls innerhalb eines Jahres, erfüllt sein (Tab. 3).

Riskant konsumieren nach Bühringer 275.000 Personen in Deutschland (Bühringer et al. 1997b). Der erweiterte Kreis der Konsumenten harter Drogen (ohne Cannabis) wird auf 250.000 bis 300.000 Personen geschätzt. Grundlage für diese Schätzung bilden Daten des Bundeskriminalamts, der Epidemiologischen Forschung Berlin (EFB), des Instituts für Rechtsmedizin in Hamburg und dem Institut für Therapieforschung (IFT). Abhängig werden Opiate von ca. 175.000 Personen konsumiert (Augustin & Kraus 2003).

Tab. 3: Kriterien nach DSM-IV für Missbrauch und Abhängigkeit psychotroper Substanzen

DSM-IV Abhängigkeit	DSM-IV Missbrauch
Toleranzentwicklung	Erhebliche Probleme in Haushalt, Familie oder Schule wegen Substanzmissbrauch
Entzugssymptome oder Substanzgebrauch zur Abschwächung oder Vermeidung der Symptome	Substanzgebrauch in gefährlichen Situationen
Substanzgebrauch länger oder in größeren Mengen als beabsichtigt	Probleme mit dem Gesetz wegen Substanzgebrauch
Anhaltender Wunsch/erfolglose Versuche, Substanzgebrauch zu kontrollieren	Soziale und zwischenmenschliche Probleme wegen Substanzgebrauch
Hoher Zeitaufwand für Beschaffung, Gebrauch und Erholung	
Aufgabe/Einschränkung von sozialen, beruflichen und Freizeitaktivitäten	
Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz eindeutig schädlicher Folgen	

(Saß et al. 1996)

In Behandlung befinden sich 74.600 Konsumenten. Die Zahl ergibt sich aus 25.600 ambulant behandelten Personen, die harte Drogen konsumieren und sich nicht in einer Substitutionsbehandlung befinden, 4.700 stationär behandelten Abhängigen und 50.000 Substituierten. Durch eine 5-20%ige Doppelerfassung erhält man 72.500-76.700 behandelte Abhängige illegaler Drogen. Als Mittelwert wird die Zahl 74.600 errechnet. Im Behandlungsbereich sind die Zahlen stabil, allerdings ist eine Verschiebung innerhalb der konsumierten Opiate zu beobachten. Das bedeutet, Heroin ist nach wie vor die Droge, die am häufigsten konsumiert wird, allerdings gab es eine Zunahme des Konsums von Kokain und Crack.

12 Monate vor der Repräsentativerhebung haben 0,6 Prozent (290.000 Personen) der 18-59 Jährigen eine Abhängigkeitsdiagnose und bei 0,3 Prozent (145.000 Personen) liegt ein Missbrauch vor (Kraus & Augustin 2001).

Die Lebenszeitprävalenz für Opiate und Crack liegt in den alten und neuen Bundesländern unter einem Prozent. Jeweils 1,3 Prozent der Befragten aus den alten und neuen Bundesländern haben innerhalb des letzten Jahres andere Drogen als Cannabis konsumiert (Amphetamine, Ecstasy, LSD, Opiate, Kokain, Crack). Die neuen Bundesländer haben damit das Prävalenzniveau der alten Länder erreicht. Dabei werden aktivierende Substanzen von mehr Personen konsumiert als LSD, Opiate oder Crack.

Tab. 4: Lebenszeitprävalenz illegaler Drogen in den alten Bundesländern

Lebenszeit	Geschlecht			
	Gesamt		Männer	Frauen
	6632	N	3026	3606
Andere Drogen als Cannabis	5,2%	319	6,3%	4,1%
Illegale Drogen insgesamt	21,8%	1339	25,4%	18,1%

(Kraus & Augustin 2001)

Tab. 5: Lebenszeitprävalenz illegaler Drogen in den neuen Bundesländern

Lebenszeit	Geschlecht			
	Gesamt		Männer	Frauen
	1430	N	611	819
Andere Drogen als Cannabis	3,2%	40	4,3%	2,1%
Illegale Drogen insgesamt	11,0%	139	14,6%	7,1%

(Kraus & Augustin 2001)

Lebenszeitprävalenz bedeutet in vielen Fällen allerdings nur der einmalige oder seltene Gebrauch der Droge. Deshalb ist der Indikator „Lebenszeitprävalenz“ nur ein unzureichendes Maß für die Größe und das Ausmaß des Drogenkonsums. Der Konsum in den letzten 12 Monaten gibt ein zuverlässigeres Bild der aktuellen Konsumentenzahlen. In der Repräsentativerhebung von 2000 konsumierten von den 18 bis 39jährigen Erwachsenen aus den alten Bundesländern 0,2 Prozent in den letzten 12 Monaten Heroin und andere Opiate. Aus den neuen Bundesländern waren es 0,3 Prozent (Kraus & Augustin 2001).

Die Mehrheit der Befragten der Repräsentativerhebung schätzt das Drogenproblem als ein großes gesellschaftliches Problem ein und beurteilt es größer als oder gleich groß wie das Alkoholproblem (Kraus & Augustin 2001).

### **Ergebnisse aus Behandlungsdokumentationen**

Statistiken der Behandlungsdokumentation bieten gegenüber Bevölkerungsumfragen den großen Vorteil, dass sie die Konsumenten direkt einbeziehen, während bei epidemiologischen Untersuchungen die Konsumenten eher durch „Non Response“ auffallen. Die Daten aus der Behandlungsdokumentation haben dagegen den Nachteil, nicht repräsentativ zu sein.

Aus dem einrichtungsbezogenen Informationssystem (EBIS) der ambulanten Einrichtungen geht hervor, dass im Jahr 2000 12.338 Personen aus den alten Bundesländern und 2.568 Personen aus den neuen Bundesländern eine Betreuung oder

Behandlung, die im Zusammenhang mit illegalen Drogen steht, begonnen haben. Die Hauptdiagnosen werden nach dem internationalen Klassifikationssystem der WHO (ICD 10) erhoben. Die Mehrheit der Klienten (55 Prozent) hat sich wegen opiathaltiger Drogen in eine ambulante Behandlung begeben. In den alten Bundesländern haben die Opiate mit 61 Prozent dabei den größten Anteil am problematischen Gebrauch illegaler Drogen, in den neuen Ländern sind es 29 Prozent (DBDD 2001).

Auch im stationären Bereich spielen Opiate mit 45 Prozent der Hauptdiagnosen eine große Rolle. Im Jahr 2000 wurden insgesamt 1.757 Personen wegen Problemen im Zusammenhang mit illegalen Drogen in stationären Entwöhnungseinrichtungen behandelt bzw. hatten diese Behandlung beendet (Strobl et al. 2001).

Obwohl der Konsum von Opiaten in Deutschland wenig verbreitet ist, sind Opiate die Hauptursache für die Aufnahme einer Behandlung. Opiate werden von 70 Prozent der Konsumenten injiziert; diese riskante Konsumform stellt ein weiteres gesundheitliches Risiko dar (Strobl et al. 2001). Bei den im Jahr 2000 polizeilich registrierten Todesfällen sind in 26 Prozent der Fälle Überdosierungen von Heroin und in 21 Prozent der Fälle Heroin in Verbindung mit anderen Substanzen die Todesursache (BKA 2001).

### **Illegaler Drogengebrauch unter Jugendlichen in den alten und neuen Bundesländern**

Der illegale Drogengebrauch spielt eine vergleichsweise geringe Rolle unter Jugendlichen, allerdings muss man auch hier von einem Underreporting der Selbstantgaben der Jugendlichen ausgehen.

Bis vor der Wende im Jahr 1989 hatten illegale Drogen in der DDR keine Bedeutung. Dazu trug die gesicherte Perspektive der Jugendlichen, aber auch die für den Drogenmarkt uninteressante Währung bei. 1991 hatten von den 12- bis 24jährigen Jugendlichen aus den neuen Bundesländern zwei Prozent Drogenerfahrung mit Haschisch und Marihuana. Unter den 18- bis 20jährigen Männern waren es sechs

Prozent (Nordlohne et al. 1993). Die Erfahrungen mit illegalen Drogen waren durch die Nähe zu Westberlin unter den Ostberliner Jugendlichen erwartungsgemäß am größten.

Seit Mitte der 70er Jahre ist bei den Schätzungen zum illegalen Drogenkonsum unter Jugendlichen in den alten Bundesländern ein Rückgang zu verzeichnen, der sich allerdings seit Beginn der 90er Jahre nicht mehr erkennen lässt. Aus dem Jahr 1990 ist eine Untersuchung bekannt, aus der hervorgeht, dass sich der Drogenkonsum unter den 12- bis 29jährigen von 12,1 Prozent im Jahr 1986 auf 16,1 Prozent im Jahr 1990 erhöht hat (Nordlohne et al. 1993). Unter den Jugendlichen aus den alten Bundesländern ist die am häufigsten konsumierte Droge Haschisch bzw. Marihuana.

Zum Zeitpunkt der Untersuchung von Nordlohne et al. im Jahr 1993 kann man sagen, dass die Jugendlichen in den neuen Bundesländern erste Erfahrungen mit illegalen Drogen gesammelt haben, die aber in ihrer Quantität noch weit hinter den berichteten Erfahrungen aus den alten Bundesländern liegen. Es ist zu vermuten, dass sich im Zuge der Angleichung der Lebensstile und –erfahrungen auch der Drogenkonsum unter Jugendlichen annähern wird. Die Prognose zur Entwicklung der Suchtproblematik in den neuen Bundesländern ist eher negativ. Diese Vermutung basiert zum einen auf der wirtschaftlichen Entwicklung, die nach wie vor hinter den Erwartungen zurück bleibt, und zum anderen auf der Arbeitslosigkeit, die vor allem in den neuen Ländern extrem hoch ist (Sieber & Héon 1998). Die spezifischen gesellschaftlichen Ursachen der Sucht werden dadurch akzentuiert. Es ist davon auszugehen, dass der Konsum psychotroper Substanzen in den neuen Bundesländern zunehmen wird.

Internationale Studien zeigen, dass ein Fünftel der Jugendlichen erhebliche Schwierigkeiten hat, die gesellschaftlichen Anforderungen und die persönliche Entwicklung in Übereinstimmung zu bringen. Diese Probleme schlagen sich in depressiven und aggressiven Formen der Verarbeitung und auch im Konsum psychotroper Substanzen nieder (Hurrelmann 2001). Dabei ist zu beachten, dass die Gesundheitsstörungen und das Gesundheitsverhalten der Jugendlichen auf die zukünftige Situation der Erwachsenen hindeuten. Gleichzeitig sind der spezifische

Lebensstil und das Risikoverhalten der Jugendlichen zu einer Orientierung der Erwachsenen geworden, um die Zeitspanne der Jugendlichkeit so weit wie möglich auszudehnen.

Drogenkonsum unter Jugendlichen muss aber auch als alterstypisches Verhalten betrachtet werden. Die Suche nach der eigenen Identität und die Loslösung vom Elternhaus sind wichtige Entwicklungsaufgaben Jugendlicher. Das oft beobachtete Experimentierverhalten mit Drogen in den Peer-Groups steht häufig im krassen Gegensatz zu den Normen und Werten, die das Elternhaus vermittelt. Dadurch besitzt der Konsum psychotroper Substanzen in diesem Lebensabschnitt eine hohe Attraktivität für Jugendliche und wird nicht als problembelastet wahrgenommen. Im Gegenteil, dadurch wird Distanz zu herrschenden Moralvorstellungen demonstriert. Selbst intakte Familien und unterstützende soziale Netze verhindern nicht automatisch einen zeitweiligen Drogenkonsum (Barsch 1998).

Zusammenfassend kann man sagen, dass Heroin Mitte der 70er Jahre in Deutschland an Bedeutung gewann. Heute konzentriert sich der Konsum von Opiaten auf Großstädte, in den neuen Bundesländern gibt es lokale Drogenszenen. In unterschiedlichen zeitlichen Abständen werden in Deutschland Repräsentativerhebungen zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen durchgeführt. Dabei ist zu beachten, dass die Lebenszeitprävalenz kein genaues Bild über den aktuellen Konsum liefert. Interessanter sind in diesem Zusammenhang Behandlungsstatistiken, die aber nicht repräsentativ sind. In Deutschland begeben sich immer noch die Mehrheit der Personen wegen Opiaten in eine ambulante Behandlung oder Beratung, stationär sind es noch 45 Prozent. Opiate sind damit die Hauptursache für die Aufnahme einer Behandlung.

Vor 1989 spielten illegale Drogen in der DDR keine Rolle, allerdings wird eine Zunahme des Konsums in den neuen Ländern prognostiziert. Unter Jugendlichen spielen das Probierverhalten, die Suche nach Identität und die Loslösung vom Elternhaus, sowie die Diskrepanz zwischen gesellschaftlichen Anforderungen und der persönlichen Entwicklung beim Konsum, überwiegend von Haschisch und Marihuana, eine entscheidende Rolle.

## 1.7 Nichterreichte Opiatabhängige in Deutschland

Ein großer Teil der Opiatabhängigen ist nicht im Kontakt mit dem Hilfesystem. Als Hinweis dafür kann die aktuelle Zahl der Methadonsubstituierten in Deutschland, die mit 50.000 Personen angegeben wird, gesehen werden, da die Lebenszeitprävalenz von Heroin und ebenso die 12 Monats Prävalenz wesentlich höher liegen. Aus der Drogenaffinitätsstudie 2001 geht hervor, dass bei einer Hochrechnung der Lebenszeitprävalenz auf die Gesamtbevölkerung von 191.000 Opiatabhängigen ausgegangen wird (BZgA 2001). Bei den Prävalenzen und Schätzungen ist die begrenzte Aussagekraft von Umfragen in der Bevölkerung zu beachten, wenn es um illegale und strafrechtlich sanktionierte Verhaltensweisen geht. Deshalb ist von einer erheblichen Untererfassung auszugehen (DBDD 2001).

Statistiken der Behandlungsdokumentation bieten gegenüber Bevölkerungsumfragen eine höhere Datenqualität. Die Jahresstatistik 2000 der Behandlungsnachfrage basiert auf Daten von 135.105 Personen aus 401 ambulanten Suchthilfeeinrichtungen. Damit werden 40 Prozent aller 944 deutschen ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen abgedeckt (BMG 2001).

Im stationären Bereich liegen Daten von 12.183 Personen vor, damit werden 66 Prozent der durch die Rentenversicherungsträger finanzierten Entwöhnungsbehandlungen im stationären Bereich beschrieben (VDR 2001). Das heißt, es befanden sich 147.288 Personen im Jahr 2001 in einer Beratung oder Behandlung. Legt man die Hochrechnung der Lebensprävalenz (191.000 geschätzte Personen) als konservative Schätzung zugrunde, dann sind 43.712 Personen vom Drogenhilfesystem nicht erfasst, bzw. haben keinen Kontakt zum Hilfesystem.

Eine Untersuchung für Hamburg aus dem Jahr 1994 (Behrendt et al. 1997) beziffert die Zahl der Hamburger Drogenabhängigen mit 10.000 von denen nur ca. 60 Prozent Kontakt zu den Beratungs- und Therapieangeboten im Drogenhilfesystem haben.

Es gibt Hinweise, dass sowohl regionale als auch Unterschiede im europäischen Vergleich in der Struktur der Versorgungssysteme vorliegen (Tretter & Sonntag 2001). In einigen Ländern und auch Regionen liegt der hohe Prozentsatz nicht erreichter

Abhängiger an nicht adäquaten Behandlungsprogrammen, die von vielen Konsumenten nicht genutzt werden. Die Gründe für eine Nichtteilnahme am Behandlungssystem wurden noch nicht ausreichend wissenschaftlich erhoben. Die Frankfurter Rundschau berichtete am 29.10.2002 über das veränderte Nutzungsverhalten von Drogenhilfeeinrichtungen in Frankfurt: „Die Rolle der Drogenhilfe im Bahnhofsviertel hat sich gewandelt. Das klassische Beratungsangebot wird erst an neunter Stelle genannt, wenn nach der Art der Nutzung der Einrichtungen gefragt wird. Vor sieben Jahren sei die Zahl derjenigen, die innerhalb der letzten sieben Tage eine Beratung in Anspruch genommen hatten, dreimal so groß gewesen.“ (Frankfurter Rundschau 29.10.2002)

Unabhängig von der veränderten Inanspruchnahme wird davon ausgegangen, dass sich in der Gruppe der nicht erreichten Abhängigen, Personen mit einem erhöhten Risiko für somatische und psychiatrische Erkrankungen befinden, was letztendlich eine höhere Mortalität bedeutet. Diese Personen sind gefährdeter hinsichtlich einer Verschlechterung ihres somatischen Zustandes. Die Risiken einer nicht behandelten bzw. zu spät behandelten Opiatabhängigkeit sind sehr groß. Zu nennen sind dabei sowohl die individuelle, soziale und gesellschaftliche Ebene. Das Mortalitätsrisiko ist bei dieser Personengruppe überproportional hoch (Uchtenhagen 1988; Grönbladh et al. 1990) und sie sind stark von chronischen Erkrankungen (Hepatitis, HIV, psychiatrische Erkrankungen) betroffen. Ihre Lebenssituation ist darüber hinaus oft von einer starken sozialen Ausgrenzung und hohen Delinquenz gekennzeichnet.

Opiatabhängige, die sich nicht in Behandlung befinden, haben ein höheres Risiko für psychiatrische und somatische Multimorbidität und sind oft sozial desintegriert und neigen zu einem kriminellen Lebensstil. Nicht erreichte Konsumenten sind weiterhin häufiger von Drogennotfällen bzw. Tod durch Überdosis bedroht (Uchtenhagen et al. 1999, Krausz et al. 1999). Die gesellschaftlichen Kosten im Zusammenhang mit Rechtssprechung, Strafverfolgung und Strafe stellen den höchsten Anteil der durch Drogenabhängigkeit verursachten Kosten dar (Krausz et al 1999).

Durch die Ausweitung der Substitution konnte die Zahl der Drogenabhängigen, die sich im Kontakt mit dem Hilfesystem befinden, bzw. eine Therapie in Anspruch nehmen,

erhöht werden (Bossong 1998). Aber gerade in der Gruppe der schwerstabhängigen und marginalisierten Drogenabhängigen ist die Erreichbarkeit gering. Das bisherige Hilfesystem ist nicht ausreichend, um diese Gruppe sowohl in Bezug auf Risikominimierung als auch für eine integrierte Behandlung ihrer Multimorbidität zu erreichen.

Abschließend kann man sagen, dass ein großer Teil der Konsumenten nicht im Kontakt zum Hilfesystem steht; für Hamburg geht man von ca. 40 Prozent aus. Auch durch die Einführung der Substitution kam es nicht zu einer substantiellen Verringerung dieser Quote. Dieser Personenkreis hat ein erhöhtes Risiko für somatische und psychiatrische Erkrankungen, ist oft sozial desintegriert, neigt zu einem kriminellen Lebensstil und ist häufiger in Drogennot- und Drogentodesfälle involviert. Die Gründe für eine Nichtnutzung des Hilfesystems können in nicht adäquaten Behandlungsangeboten und verändertem Nutzungsverhalten liegen.

## **1.8 Das Versorgungssystem Suchthilfe**

Die Struktur und die Funktionen des Suchthilfesystems sind von großer Komplexität geprägt, da durch die relativ junge Anerkennung der Suchtkrankheiten auf gesellschaftlicher Ebene die Strukturen noch nicht ausreichend aufgebaut und koordiniert sind. Im System der Suchthilfe arbeiten unterschiedliche Berufsgruppen zusammen (Multiprofessionalität) und es existieren z.B. medikamentöse, verhaltenstherapeutische, personenzentrierte, psychoanalytische und selbsthilfeorientierte Konzepte (Multikonzeptionalität). Daneben hat sich das Hilfesystem in verschiedenen Trägern (kommunale oder freie Träger, ambulante und stationäre Versorgung) institutionalisiert. Die Finanzierung der einzelnen Angebote wird ebenfalls unterschiedlich gehandhabt. Die Akuttherapie wird durch die Krankenkasse, die Entwöhnung durch die Rentenversicherung und Prävention und Beratung durch öffentliche Ausgaben bestritten. Aus dieser Vielzahl an Interessen und Einflussgrößen ergeben sich Planungs- und Steuerungsprobleme (Lachmann 2004). Weiterhin ist die Ausdifferenzierung und Professionalisierung des Suchthilfesystems in

hohem Maße von den Erfahrungen mit Patienten abhängig, die mehr als ein Problem aufweisen. Das Hilfesystem wird in Struktur und Reichweite den tatsächlichen Problemen von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen nur unzureichend gerecht, bzw. es werden nur einige Gruppen erreicht (Alte-Teigeler et al. 1997).

Eine qualifizierte Suchthilfe muss an sehr unterschiedlichen Ebenen ansetzen und Einfluss auf eine Vielzahl der Lebensbereiche haben. Zu nennen sind dabei Suchtverhalten, körperliche und seelische Gesundheit, Sexualität, Sozialverhalten, Lebensqualität, Arbeit und Wohnen. Der Erfolg einer Therapie ist demnach an den individuellen Veränderungen, basierend auf den mit den Patienten formulierten Zielen zu messen (Kleinemeier 2004).

Notwendige, ökonomisch motivierte Veränderungsbestrebungen sollten allerdings auf wissenschaftlichen Evaluationen basieren und nicht politisch motiviert sein. Eine Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Forschung und Praxis hält auch Bühringer (1997d) für notwendig, damit neue wissenschaftliche Erkenntnisse Eingang in die Behandlung finden können. Anlässlich des 50jährigen Bestehens der Suchtkrankenhilfe in Deutschland kam er zu dem Ergebnis, dass die Qualität der Behandlung im Einzelfall unzureichend ist und dass die Adäquatheit der Angebote erst in den letzten Jahren verbessert wurde.

Die Frage nach der Wirksamkeit bzw. Effizienz von einzelnen Maßnahmen im Bereich der Suchthilfe stellt sich über die Kosten-Wirksamkeits-Relation, die Kosten-Nutzwert-Relation und die Kosten-Nutzen-Relation von ambulanten und stationären Maßnahmen (Tretter & Sonntag 2001). In diese Überlegungen müssen allerdings noch Einflussvariablen wie z.B. Persönlichkeitsmerkmale, das therapeutische Setting oder das Lebensumfeld des Patienten Eingang finden. Die monetär am günstigsten erscheinende Therapie zu favorisieren ist ethisch und fachlich nicht geboten. Eine Beurteilung des Versorgungssystems der Suchthilfe muss sich an dem optimalen Einsatz der vorhandenen Ressourcen orientieren und nicht einseitig nur Kostenminimierung betreiben. Als Ergebnisparameter kommen dabei u.a. die Besserung des Gesundheitszustands, Verweildauer, Heilungs- und Rückfallraten, Drogentote, Patientenzufriedenheit und die Lebensqualität in Betracht (Tretter & Sonntag 2001, Lachmann 2004). Besonders die Lebensqualität wird viel zu wenig in die Überlegungen

einbezogen, da das Konzept zur Messung der Lebensqualität nicht unumstritten ist und eine Monetarisierung der Variablen Lebensqualität und Gesundheit sehr schwierig ist.

Die Feststellung des Bedarfs von Leistungen und Angeboten in der Suchthilfe, die Inanspruchnahme und die Wirksamkeit sollten im Vordergrund stehen, erst dann sollte die ökonomische Effizienz in die Betrachtungen einbezogen werden. In der Bundesrepublik werden für die Suchthilfe ca. 700 Mio DM zur Verfügung gestellt; diese Mittel müssen unter ethischen Gesichtspunkten eingesetzt werden (Tretter & Sonntag 2001). Das Gesundheitswesen ist insgesamt ein bedeutender Faktor mit stärkeren Zuwachsraten als in anderen Bereichen der Wirtschaft und umfasst ca. zehn Prozent des Bruttosozialprodukts in Industriestaaten (Arnold 2003).

Ebenso vernachlässigt wie schwierig zu ermitteln sind die Bedarfe der Klienten in der Suchthilfe. Schon eine Schätzung der Prävalenz ist mit erheblichen Problemen verbunden. In der Bundesrepublik gibt es ca. 2,5 Mio. behandlungsbedürftige Alkoholiker (Schwemmler 1999), ca. 800.000 Medikamentenabhängige und ungefähr 100.000 Opiatabhängige. Das sind insgesamt ungefähr zehn Prozent der Bevölkerung. Wenn man die Angehörigen der Suchtkranken, die oft psychisch erheblich unter dem Verhalten des/der Süchtigen leiden dazu rechnet, muss man von zusätzlich 16 Mio. Menschen ausgehen, die mit Sucht konfrontiert sind (Tretter 1996).

Aus einer schriftlichen Expertenbefragung unter 457 Beschäftigten der Drogenhilfe einer Versorgungsregion ist bekannt, dass 63 Prozent der Befragten einen zusätzlichen Bedarf für Drogenkonsumenten sehen (Fleischmann & Krischker 1997). Ein besonderer Betreuungsbedarf wurde für erwerbslose Abhängige ermittelt. Aufsuchende Sozialarbeit und längerfristige Betreuungsverfahren werden von den Experten aller Berufsgruppen besonders häufig genannt. Befragt wurden Mitarbeiter von Nachsorgeeinrichtungen, Selbsthilfegruppen, Wohlfahrtsverbänden, Behörden und Ämter, Beratungsstellen, Kostenträger sowie niedergelassene Ärzte und Klinikärzte. Die Unterschiede zwischen den einzelnen Berufsgruppen und Interessen äußern sich so, dass beispielsweise die Selbsthilfegruppen generell einen großen Bedarf sehen und für die Beratungsstellen das derzeitige Angebot ausreichend erscheint. Die in der ökonomischen Verantwortung stehenden Kostenträger schätzen den Bedarf am geringsten ein (Fleischmann & Krischker 1997).

Für den Versuch einer aussagekräftigen Systemanalyse der Suchthilfe sind Daten zu Wartezeiten, Haltequoten, Selektion der Patienten, zur Vermittlungsrate und Kenntnisse über die Kooperation zwischen den einzelnen Einrichtungen oder Trägern notwendig (Tretter & Sonntag 2001). Sicher nicht zu vernachlässigen sind regionale Aspekte der Drogenpolitik und der Prävalenzraten, die, beeinflusst durch sozioökonomische Bedingungen und der sozialgeografischen Struktur, die Bedarfe im regionalen Hilfesystem mitbestimmen.

An dem Beispiel der Lebenserwartung, als relativ leicht messbarer Faktor für Gesundheit, soll noch einmal die Schwierigkeit für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Versorgungssystems gezeigt werden. Die Lebenserwartung von 15- bis 64jährigen Männern aus höheren sozialen Schichten unterscheidet sich um sieben Jahre gegenüber der Lebenserwartung von ungelerten Arbeitern. Trotz gleichen Zugangs zu Leistungen des Gesundheitswesens hat sich diese Differenz zwischen 1961 und 1981 eher vergrößert (Arnold 2003).

Zusammenfassend ist anzumerken, dass die Struktur der Suchthilfe durch Multiprofessionalität und Multikonzeptionalität gekennzeichnet ist. Es haben sich unterschiedliche Träger etabliert und die Finanzierung ist ebenfalls verschieden geregelt. Durch diese Vielzahl von Interessen und Einflussgrößen können sich Probleme entwickeln, die sich auch auf die Versorgung der Konsumenten auswirken können. Eine qualifizierte Suchthilfe sollte versuchen Einfluss auf alle Lebensbereiche der Konsumenten zu nehmen. Daraus schlussfolgernd sind auch die Ergebnisparameter auszudehnen. Notwendige Veränderungen müssen auf wissenschaftlichen Evaluationen basieren, einseitige politisch motivierte Entscheidungen sind unethisch. Auch Experten aus dem Hilfesystem sehen einen zusätzlichen Bedarf an Versorgungsleistungen, insbesondere für erwerbslose Konsumenten.

## **1.9 Situation in Hamburg**

Die Bedeutung von stadtspezifischer Berichterstattung bezogen auf die lokalen Drogentrends ist sehr groß. Neue Trends und Konsumformen zeigen sich oft zuerst in

den Großstädten. Das Revival von Kokain wurde z.B. zuerst aus Amsterdam berichtet und wenig später konnte die Zunahme des Kokainkonsums auch in Rotterdam und anderen Großstädten beobachtet werden. Metropolen sind Zentren des Drogenkonsums, hier werden Drogen umgeschlagen und neue Konsumformen ausprobiert und Großstädte sind am stärksten mit drogenbezogenen Problemen konfrontiert (Korf 2004). Die in Hamburg beobachteten Veränderungen der zurückliegenden Jahre konnten, mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung, auch auf Bundesebene erfasst werden (Baumgärtner 2004). Somit können anhand von Trends und Prävalenzraten aus Großstädten Aussagen über erwartete Entwicklungen auf überregionaler Ebene getroffen werden.

Es existiert in Deutschland eine Vielzahl an lokalen Schätzungen mit unterschiedlichen Methoden zum Umfang des Drogenkonsums, aber eine systematische Übersicht steht nach wie vor aus. Eines der bekanntesten Verfahren ist die Capture-Recapture-Methode nach Seber. Aus der Schnittmenge verschiedener Datenquellen wird die Anzahl der unbekanntem Drogenkonsumenten geschätzt. Allerdings ist bei diesem Verfahren mit systematischen Fehlern zu rechnen, die zwischen 50 Prozent Unterschätzung und bis zu 100 Prozent Überschätzung liegen können. Das resultiert aus der Verletzung zentraler Grundannahmen; so müssen Personen eindeutig identifizierbar und relevant sein, es dürfen keine neuen Konsumenten dazu kommen, bzw. sterben oder die Region verlassen, jeder Konsument muss die gleiche Chance haben in die Stichprobe zu gelangen und die Stichproben müssen unabhängig voneinander sein (Uhl 2004).

Die Multiplikationsmethode nutzt ein ähnliches Vorgehen wie der Capture-Recapture-Ansatz, indem die Anzahl der bekannten Konsumenten (Hellfeld) mit einem Faktor multipliziert wird, der dem Anteil der unbeobachteten Fälle (Dunkelfeld) entspricht (Kraus et al. 2004). Dynamische Modelle erfassen Prävalenzraten unter Einbeziehung von Zeitreihen. Zu nennen wäre das Poisson-Modell, das von einer geschlossenen Population ausgeht, d.h. in dem beobachteten Zeitraum gibt es keine Veränderungen. Von einer sehr viel realistischeren Grundannahme geht das Markov-Modell aus. Die auftretenden Fluktuationsprozesse und die Entwicklungen gehen modellhaft in die Berechnung ein.

Eine weitere Möglichkeit sich der Prävalenz des Opiatkonsums in Großstädten zu nähern, sind Expertenbefragungen. Die meisten lokalen Schätzungen der Prävalenz beruhen auf Expertenschätzungen (Kraus 2004). Das ist ein sehr kostengünstiges Verfahren mit einem schnellen Informationsgewinn, allerdings wird häufig die Validität nicht sehr hoch eingeschätzt. Simon et al. (2004) berichten dagegen von einer akzeptablen Verlässlichkeit bei Expertenbefragungen und Focusgruppen.

Die folgende Tabelle 6 gibt einen Überblick über Prävalenzschätzungen in Hamburg nach den verschiedenen Methoden.

Tab. 6: Prävalenzschätzungen in Hamburg nach verschiedenen Methoden

Methode	Quelle	Population	Jahr	Schätzung
Expertenschätzung	Bless, Korf, Freeman	Opiatabhängige	1993	12.000
Multiplikationsmethode	Kirschner, Kunert	i.v. Drogenabhängige	1997	5.444
Capture-Recapture	Raschke et al.	Heroinkonsumenten	1999	9.724
Hochrechnung der Substitutionsdaten	KV-NUB/BUB Substituierte	Opiatabhängige	2002	10.900-14.000
Expertenschätzung	Lachmann	Opiatabhängige	2004	10.000

(Kraus 2004)

Das Hamburger Local Monitoring System (LMS) ist ein Früherkennungsverfahren für legale und illegale Drogen und wurde Anfang 2003 installiert. Das Verfahren stützt sich dabei auf Focusgruppen, Key-Person-Befragungen und jährlichen repräsentativen Schüler- und Lehrerbefragungen. Das Früherkennungsverfahren liefert einen direkten Blick auf Veränderungen, die in einer nationalen Betrachtung oft nivelliert sind. Die Gefahr besteht in der Überschätzung von zufälligen Beobachtungen und in der selektiven Wahrnehmung (Simon et al. 2004).

Um einen genauen Überblick über die Prävalenzrate einer Stadt oder Region zu erhalten, erscheint es sinnvoll, mehrere Methoden anzuwenden und die Ergebnisse kritisch zu diskutieren.

Hamburg ist die zweitgrößten Stadt Deutschlands und weist alle Kriterien einer Metropole auf. Das spiegelt sich allerdings auch in der Evidenz des Drogenproblems wieder.

Die Lebenszeitprävalenz der verschiedenen Drogen unter den 18 bis 24jährigen Konsumenten ist in Hamburg für alle berichteten Substanzen höher als in den alten Bundesländern (Tab. 7). Für Crack liegen keine Daten für Hamburg vor. Die Zahlen verdeutlichen, besonders vor dem Hintergrund der in Hamburg im Jahr 2000 gestiegenen Konsumentenzahlen, den enormen Bedarf an Hilfsangeboten.

Tab. 7: Lifetime-Prävalenz verschiedener Drogen in Westdeutschland und Hamburg, Altersgruppe der 18 bis 24jährigen

	Westdeutschland		Hamburg	
	1997	2000	1997	2000*
Cannabis	27,8%	38,1%	38,8%	53,2%
Amphetamine	2,8%	3,0%	7,4%	7,9%
Ecstasy	5,6%	5,5%	21,1%	20,7%
LSD	1,7%	3,1%	5,3%	9,7%
Kokain	1,5%	3,9%	3,4%	8,8%
Crack	0,3%	0,3%	-	?
Mindestens eine illegale Droge	27,0%	38,2%	38,8%	54,9%

\*Bei diesen Zahlen handelt es sich nicht um empirisch ermittelte Daten, sondern um die nach der Formel: Hamburg 00 = (Bund 00 / Bund 97) \* Hamburg 97 interpolierten Werte. (Baumgärtner 2004)

Hamburg hat mit der Basisdatendokumentation (BADO) (Martens et al. 2003) ein gutes Instrument um betreuungs- und klientenbezogene Daten aus 42 Projekten der ambulanten Suchthilfe auszuwerten. Der Vorteil dieser Dokumentation ist die

Überführung von „Betreuungsdatensätzen“ in „Personendatensätze“, wodurch Doppelbetreuungen oder Mehrfachnennungen ausgeschlossen werden können.

Im Jahr 2001 wurden 5.778 Personen, davon 4.161 Männer (72 Prozent) und 1.587 Frauen (28 Prozent) betreut. Für 30 Personen liegen keine Angaben zum Geschlecht vor. Im bundesdeutschen Durchschnitt ist der Frauenanteil mit 22 Prozent deutlich niedriger. Seit 1997 ist der Frauenanteil in Hamburg aber praktisch unverändert hoch. Das Durchschnittsalter der Klienten liegt bei 33,5 ( $\pm 7,8$ ) Jahren. Männer sind im Durchschnitt mit 34 Jahren zwei Jahre älter als Frauen (BADO e.V. 2001). Vergleicht man diese Angaben wieder mit der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Deutschland, stellt man fest, dass die Männer mit 28,6 Jahren und die Frauen mit 27,8 Jahren erheblich jünger sind (Welsch 2002).

Von den erfassten 5.778 Personen befanden sich 52 Prozent in einer Substitutionsbehandlung, das sind 3.001 Opiatabhängige. 15 Prozent der Substituierten konsumierten dabei weiter täglich Heroin, weitere 24 Prozent noch mehrmals wöchentlich oder gelegentlich innerhalb der letzten 30 Tage. Der Betreuungszeitraum in Einrichtungen für Substituierte liegt bei 13 Monaten (BADO e.V. 2004).

Informationen über nicht behandelte Opiatabhängige sind sehr gering. Aus dem Bericht der Basisdokumentation des Hamburger ambulanten Suchthilfesystems (Schmid et al. 1999) geht hervor, dass 2.203 Personen (34 Prozent), die sich aktuell nicht in Substitution befinden, bisher keine Drogentherapie in Anspruch genommen haben.

Tab. 8: Illegale Drogen in Untergruppen, differenziert nach Geschlecht

	Opiate		Opiate und Kokain		Art der Drogen unbekannt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
männlich	1826	43,9	983	23,6	1173	28,2
weiblich	799	50,3	399	25,1	297	18,7

(BADO e.V. 2004)

Im Hamburger Suchthilfesystem sind die Konsumenten harter Drogen wie Heroin oder Kokain in der Mehrheit (Tab. 8). Cannabis oder Amphetamine spielen eine

untergeordnete Rolle. Eine relativ große Gruppe von Konsumenten kann man den illegalen Drogen zuordnen, wobei die Art der Droge bzw. Drogen unbekannt sind. Für das Jahr 2003 ist die Reihenfolge der konsumierten Substanzen verändert. Es dominiert nach wie vor Heroin, gefolgt von Kokain/Crack und Cannabis (BADO e.V. 2004).

Die überwiegende Mehrheit der dokumentierten Konsumenten aus dem Hamburger Suchthilfesystem sind Deutsche (87 Prozent), 3 Prozent kommen aus dem europäischen Ausland und 10 Prozent kommen aus Ländern außerhalb der Europäischen Union (BADO e.V. 2001).

### **Soziale Situation**

Die soziale Situation der Hamburger Drogenabhängigen ist insgesamt sehr instabil. Die überwiegende Mehrheit der Konsumenten lebte 2001 in wechselnden Wohnverhältnissen (80 Prozent), mindestens 500 Personen lebten unter unzumutbaren Bedingungen und ebenso viele Personen befanden sich in Haft oder anderen Institutionen. Ein großer Anteil ist ledig (Männer 76 Prozent, Frauen 66 Prozent). Mehr als die Hälfte der Klienten sind alleinstehend, allerdings bestehen hier große Unterschiede zwischen Männern und Frauen (Männer 33 Prozent, Frauen 50 Prozent). Eine verbesserte Integration in Partnerschaft oder Familie ist trotz des steigenden Alters der Konsumenten bisher nicht zu erkennen (BADO e.V. 2001).

Aus dem BADO Bericht (2004) geht hervor, dass sich die Wohnsituation der Konsumenten von illegalen Drogen in den letzten vier Jahren deutlich verschlechtert hat.

### **Schulbildung**

Die Daten zur Schulbildung und die Informationen über abgeschlossene Berufsausbildungen lassen einen höheren Anteil an Erwerbstätigkeit unter den Hamburger Konsumenten vermuten; es sind aber fast drei Viertel aller Konsumenten erwerbslos. Die Hälfte der im Hamburger Suchthilfesystem registrierten Klienten verfügt über einen Hauptschulabschluss, 14 Prozent haben keinen schulischen Abschluss, fast 25 Prozent besitzen einen Abschluss der Mittleren Reife und weitere 11 Prozent haben Abitur. Die Schulbildung der Frauen ist mit 30 Prozent Mittlere Reife auf

einem etwas höheren Niveau. Im Vergleich liegen die Schulabschlüsse der Hamburger Opiatabhängigen erheblich über dem Durchschnitt der erreichten Schulabschlüsse im gesamten Bundesgebiet (BADO e.V. 2001).

### **Berufsausbildung und Arbeitssituation**

Die Hälfte der Klienten aus dem Hamburger Drogenhilfesystem verfügt über eine abgeschlossene Berufsausbildung. Im Gegensatz zur Schulbildung haben hier die Männer häufiger eine abgeschlossene Ausbildung.

Die aktuelle Arbeitssituation der Konsumenten in 2001 ist dagegen unbefriedigend. 72 Prozent der Drogenkonsumenten aus Hamburg sind erwerbslos, das gilt für Frauen und Männer gleichermaßen. Auch hier hat sich die Situation mit 77 Prozent Erwerbslosigkeit im Jahr 2003 deutlich verschlechtert (BADO e.V. 2004).

Die durchschnittliche Dauer der Erwerbslosigkeit der Männer beträgt 56,3 Monate, für die Frauen sind es 68,2 Monate (BADO e.V. 2001). Im bundesdeutschen Durchschnitt haben 47 Prozent der drogenkonsumierenden Männer und 35 Prozent der drogenkonsumierenden Frauen einen Arbeitsplatz. Die Situation in Hamburg ist im Vergleich zum bundesdeutschen Durchschnitt besonders prekär.

Der Vergleich der Basisdatendokumentation für die Jahre 2001 und 2004 zeigt, dass die Erwerbslosigkeit unter den Konsumenten angestiegen ist. Gleichzeitig verfügen immer weniger Personen über eigenen Wohnraum und leben sozial isoliert. Die Handhabung der Betäubungsmittelgesetzgebung hat sich in Hamburg verschärft. Das äußert sich darin, dass mehr Konsumenten illegaler Drogen vorbestraft sind oder sich in Haft befinden. Drogenabhängige befinden sich in einer deutlich desolaten Lebenslage, denn ohne Erwerbstätigkeit, eigenen Wohnraum und mit Haftstrafen ist der Ausstieg und die Reintegration für einen zunehmenden Teil der Opiatabhängigen erschwert.

Aus der Basisdokumentation des Hamburger ambulanten Suchthilfesystems (Schmid et al. 1999) geht hervor, dass etwa 34% der aktuell nicht substituierten Drogenabhängigen (eigene Berechnung, N=2.203) bisher keine Therapie in Anspruch genommen haben. Untersuchungen zu offenen Drogenszenen (Kemmesies 1995; Homann et al. 2000; Thiel et al. 2000) belegen diese Schätzungen. Aus diesen Untersuchungen wird

deutlich, dass der Großteil dieser Konsumenten bisher keine systematische Drogentherapie begonnen bzw. erfolgreich beendet hat. In der Untersuchung von Kemmesies (1995) beträgt das Durchschnittsalter der Konsumenten (N=150) 30,6 Jahre, das mittlere Einstiegsalter in den Heroinkonsum wird mit 18,4 und für Kokain mit 20,2 Jahren angegeben. 46 Prozent der Konsumenten haben keinen festen Wohnsitz, und nur 10 Prozent gehen einer beruflichen Tätigkeit nach. Die Befragten gaben im Durchschnitt drei körperliche Syndrome (Hepatitis 35 Prozent, Herz-Kreislauf-Beschwerden 23 Prozent, Magen-Darm-Probleme 33 Prozent) an und 26 Prozent sind HIV-positiv. Eine ganz ähnliche Situation beschreibt Homann et al. (2000) für die Konsumenten der Drogenszene am Hamburger Hauptbahnhof, von denen 90 Prozent aktuell Heroin gebrauchen. In einer Untersuchung zum Hilfebedarf bei obdachlosen Drogenabhängigen der offenen Hamburger Drogenszene mit 84 Befragten lag das Durchschnittsalter bei 30,8 Jahren (Prinzleve 2000a; 2000b). Davon wurde die Hälfte innerhalb der letzten zwei Jahre im Krankenhaus stationär behandelt, ebenfalls die Hälfte wurde aufgrund eines körperlichen Problems innerhalb der letzten drei Wochen ärztlich behandelt. Über zwei Drittel der Befragten haben eine Hepatitis B- und/oder Hepatitis C-Infektion. Von der Hälfte der Teilnehmer wurden weiterhin gastrointestinale Beschwerden, von zwei Dritteln neurologische und von über der Hälfte Probleme mit dem Herz-Kreislauf-System und der Atemfunktion genannt. Nur vier Prozent gehen einer beruflichen Tätigkeit nach.

In einer Untersuchung von Thiel et al. (1997) wird u.a. die Nutzung der Drogenhilfeeinrichtungen in Hamburg untersucht. Die Verfasser bemerken eingangs, dass drogenabhängige Personen bis zu diesem Zeitpunkt aus gesellschaftlichen Ausgrenzungs- und Kriminalisierungsprozessen, aber auch ideologisch bedingt, da drogenabhängige Menschen als handlungs- und entscheidungsunfähig eingeschätzt werden, eher selten befragt wurden. Bei den 323 befragten Personen handelt es sich um 75 Prozent Männer, 38 Prozent der Konsumenten sind älter als 30 Jahre, knapp zehn Prozent sind unter 20 Jahren. Etwa die Hälfte der Konsumenten war wohnungslos. Die Hauptdroge war Heroin (90 Prozent), gefolgt von Kokain (60 Prozent), Benzodiazepine und Substitutionsmittel (27 Prozent) und 20 Prozent konsumierten drei und mehr

verschiedene Drogen gleichzeitig. 75 Prozent der Befragten besuchten die offene Drogenszene täglich, vorwiegend um Drogen zu kaufen und um Freunde und Bekannte zu treffen. Fast alle (92 Prozent) Befragten hatten Ausstiegsversuche in der Vergangenheit unternommen, die Mehrheit davon in Form eines Selbstentzugs.

Von den 323 Drogenkonsumenten nutzten 87 Prozent das Hamburger Hilfesystem. Die verbleibenden Nichtnutzer begründeten ihre Entscheidung damit, dass sie keine Hilfe benötigen.

Die Stichprobe wurde mittels Clusteranalyse in vier Teilgruppen gegliedert (sehr alte langjährig abhängige Männer, stärker integrierte Drogenkonsumenten, Jüngere, kurzzeitig Abhängige und Junge, nicht ausstiegsorientierte Drogenkonsumenten). Dadurch wurde deutlich, dass für die verschiedenen Gruppen verschiedene Hilfsangebote eine unterschiedliche Wichtigkeit haben. Während für die älteren und langjährig abhängigen Männer und die jüngeren, nicht ausstiegsorientierten Konsumenten eine Wohnung bzw. eine Unterkunft an erster Stelle der vorrangig benötigten Hilfsangebote stehen, ist für die jüngeren, erst kurzzeitig Abhängigen ein Zuwachs an persönlicher Hilfe wichtig und für die stärker integrierten Konsumenten der Wunsch, vorrangig das Substitutionsmittel Polamidon leichter zu erhalten.

Im Vergleich zur Frankfurter Untersuchung von Kemmesies (1995) waren die untersuchten Personen aus Hamburg sehr viel jünger und nicht so lange abhängig. Aus einer Untersuchung des Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) in Hamburg geht hervor, dass z.B. Crack in Deutschland nur in Hamburg und Frankfurt eine Rolle spielt, in Wien und Zürich dagegen überhaupt nicht und in London und Barcelona ist die Droge dagegen schon lange bekannt (Loosen 2004). Das legt die Vermutung nahe, dass mikrosoziale und kulturelle Einflüsse, ebenso wie Angebot und Preise des Drogenmarktes und die vorherrschende Ordnungs- und Drogenpolitik eine Bedeutung für die offenen Drogenszenen hat.

Zusammenfassend kann man feststellen, dass sich Veränderungen in den Konsumgewohnheiten zuerst in Großstädten beobachten lassen, deshalb ist eine Erfassung von Drogentrends in Metropolen ein wichtiges Steuerungsinstrument. Die in

Hamburg in den letzten Jahren beobachteten Veränderungen konnten mit einer gewissen Verzögerung im Bundesgebiet festgestellt werden. Zur Schätzung der lokalen Drogentrends stehen unterschiedliche Methoden zur Verfügung, die meisten Schätzungen basieren auf Expertenaussagen. Die Verlässlichkeit wird unterschiedlich bewertet; es empfiehlt sich verschiedene Verfahren anzuwenden und die Ergebnisse kritisch zu diskutieren. In Hamburg wurden zwischen 1993 und 2004 vier verschiedene Verfahren zur Schätzung Opiatabhängiger angewendet; die Zahlen liegen zwischen 5.444 und 14.000.

Die Basisdatendokumentation (BADO) erfasst betreuungs- und klientenbezogene Daten der ambulanten Suchthilfe. Der Frauenanteil unter den Konsumenten ist in Hamburg höher und die Konsumenten (Männer und Frauen) sind älter als im Bundesdurchschnitt. Unter den Hamburger Jugendlichen ist die Lifetime-Prävalenz der konsumierten Substanzen ebenfalls höher als in den alten Bundesländern und zusätzlich von 1997 im Vergleich zu 2000 gestiegen. Im Hamburger Suchthilfesystem sind die Konsumenten von Heroin, Kokain und Crack in der Mehrheit. Die soziale Situation der Opiatabhängigen in Hamburg ist instabil und die Wohn- als auch die Erwerbssituation haben sich in den letzten Jahren verschlechtert. Eine Untersuchung zur Nutzung von Einrichtungen des Hilfesystems belegt, dass unterschiedliche Konsumentengruppen unterschiedliche Hilfebedarfe haben.

### **Evaluation des Hamburger Drogenhilfesystems durch die Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH (FOGS)**

FOGS evaluierte das Hamburger Drogenhilfesystem im Auftrag des Hamburger Senats im ersten Halbjahr 2004 (FOGS 2004). Gegenstand der Evaluation waren die ambulanten Angebote, die psychosoziale Betreuung Substituierter, Wohngemeinschaften und suchtmittelübergreifende Angebote. Insgesamt handelt es sich um 50 Einrichtungen und Angebote. Die Ergebnisse des Berichts stützen sich auf Expertengespräche, Sekundäranalysen, schriftliche Befragungen und die Basisdatendokumentation (BADO) sowie die Daten der Leistungsdokumentation (Leido). Es stellt sich die Frage, warum keine Konsumentenbefragung in die Analyse Eingang gefunden hat.

Nachfolgend sollen die wesentlichen Ergebnisse kurz vorgestellt und diskutiert werden. Ohne den Ergebnissen der ROSE-Experteninterviews (siehe 4.1) vorgreifen zu wollen, werden einige Resultate genutzt, um Gemeinsamkeiten oder Unterschiede in der Bewertung des Hamburger Hilfesystems herauszustellen.

Im ambulanten Sektor werden alle wesentlichen Leistungen vorgehalten, so der Tenor des Berichts. Dagegen spricht die hohe Zahl der nicht erreichten Konsumenten in Hamburg, die bisher nicht an das Hilfesystem gebunden werden konnten.

Als neues Angebot in der Versorgungslandschaft wird häufig Akupunktur für Crackkonsumenten genannt. Aus den ROSE-Experteninterviews ist allerdings bekannt, dass Anschlussbehandlungen für Crackkonsumenten nach einer Akupunktur fehlen.

In Bezug auf die Öffnungszeiten der evaluierten Einrichtungen kommt FOGS zu dem Ergebnis, dass für die Hilfesuchenden von Montag bis Donnerstag von 10.00 Uhr bis 18.00 Uhr ein ausreichender Zugang gewährleistet ist, ab Freitag Nachmittag nimmt die Erreichbarkeit ab. Ich kann mich dieser Einschätzung nicht anschließen, denn besonders die späten Abendstunden und das Wochenende scheinen eine sensible Zeitspanne zu sein. Gestützt wird diese Aussage durch die Evaluation der Abendöffnungszeiten des DrobInn (Prinzleve & Martens 2004). Im Ergebnis kommt es zu einer deutlichen Minderung der Anzahl der Konsumenten im Stadtteil St. Georg, wenn das DrobInn bis 24.00 Uhr geöffnet hat. Die Zählung der Klienten, die die Einrichtung in den späten Abendstunden aufsuchen, belegt den Bedarf und die Notwendigkeit von veränderten Öffnungszeiten.

Damit im Zusammenhang stehen auch Wartezeiten, die laut FOGS-Bericht hauptsächlich bei Beratungsbedarf anfallen. Diese Zeiten liegen im Durchschnitt bei 19 Tagen, eine Erstberatung findet in der Regel sofort statt. FOGS schätzt ein, dass es sich insgesamt um geringe Wartezeiten handelt. Dieser Einschätzung kann ich mich nicht anschließen. Für langjährige Konsumenten mit multipler Problembelastung sind 19 Tage eine sehr lange, vielleicht entscheidende Zeit, die sie auf eine weitergehende Beratung warten. Interessant zu erfahren wäre, wie viele der Konsumenten, die sich zu einer Beratung angemeldet haben, nach durchschnittlich 19 Tage diese noch wahrnehmen. Darüber gibt der Bericht leider keine Auskunft.

Ein weiteres Ergebnis der Evaluation ist, dass Hamburg über erhebliche Personalressourcen im Bereich der Drogenhilfe verfügt. Im Verhältnis zur Einwohnerzahl sind das mit 2,2 Stellen pro 10.000 Einwohner bundesweit die meisten Personalstellen. Der Richtwert von einer Stelle pro 10.000 Einwohner wurde von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) herausgegeben, inzwischen aber kontrovers diskutiert, da besonders in Metropolen von einer prozentual größeren Gruppe von Konsumenten ausgegangen werden muss und sich der Richtwert demzufolge nicht auf das gesamte Bundesgebiet anwenden lässt. Die Mitarbeiter im Hamburger Hilfesystem verfügen über eine langjährige Berufserfahrung und sind hoch qualifiziert. Dabei wird von FOGS die Frage aufgeworfen, ob es einen Zusammenhang zwischen dem Durchschnittsalter der Mitarbeiter und fehlender Innovationen bei der Ansprache junger Konsumenten mit neuen Konsummustern gibt. Die Experten, die im ROSE-Projekt befragt wurden, beklagen dagegen eher die fehlenden finanziellen Mittel, die zur Umsetzung neuer und innovativer Angebote benötigt werden.

In Bezug auf die finanziellen Zuwendungen errechnet FOGS, dass für die Konsumenten illegaler Drogen im Verhältnis mehr Mittel aufgewendet werden als für den Bereich der legalen Suchstoffe. Hamburg gibt pro Konsument mehr Geld aus als Berlin oder Bremen. Diese Berechnung ist stark von der angenommenen Zahl der Konsumenten abhängig. Die BADO geht von 12.000 bis 15.000 Konsumenten harter Drogen in Hamburg aus, die Behörde für Umwelt und Gesundheit (BUG) schätzt zwischen 8.000 und 10.000 Abhängige. Für die Berechnung geht FOGS von 11.000 Abhängigen in Hamburg aus. Je weiter man sich von dieser Zahl in die eine oder andere Richtung entfernt, umso unterschiedlicher wird das Ergebnis und umso näher (oder entfernter) sind die Vergleichszahlen mit Berlin oder Bremen. Eine zentrale Aussage des Berichts ist, dass gemessen an den Ressourcen nur durchschnittliche Ergebnisse in Hamburg erzielt werden. Aus dem Bericht geht nicht hervor auf welcher Grundlage FOGS zu dieser Aussage gelangt. Werden Haltequoten, Anzahl der Substituierten, erfolgte Erstberatungen etc. in die Analyse aufgenommen, oder handelt es sich nur um ein pauschales Urteil?

Mangelhaft wird von FOGS die anamnestische Klärung von Bedarfen und die dementsprechende Bereitstellung der Hilfen eingeordnet. In diesem Zusammenhang

wird die Substitutionsbehandlung für so viele Patienten in Hamburg ebenfalls in Frage gestellt. Ein Teil der Patienten erscheint FOGS als überversorgt oder nicht entsprechend ihres Bedarfes versorgt, da Entscheidungen über die Behandlung durch die Angebotsstruktur beeinflusst würden. Dass die Substitution eine wirkungsvolle Therapie der Heroinabhängigkeit ist, wird im zweiten Kapitel deutlich beschrieben, darüber hinaus sprachen sich auch alle befragten Experten der ROSE-Studie während der Interviews für einen Erhalt, bzw. eine Ausweitung der Substitution aus.

Über Schwierigkeiten in der fallbezogenen Zusammenarbeit berichtet FOGS vor allem mit niedergelassenen Ärzten und Psychiatern, sowie sozialpsychiatrischen Diensten. Hier wird eine engere und kooperative Zusammenarbeit gefordert. Die Zusammenarbeit unter den Trägern und Einrichtungen ist eher informell geprägt. Durch die Konkurrenz der Träger untereinander wird die Arbeit in der Drogenhilfe eher behindert. Weiterhin wird der fehlende fachliche Austausch bemängelt. Die suchtbetonte Forschung dagegen hat in Hamburg einen hohen Stellenwert.

Suchtgefährdete Kinder und Jugendliche, sowie Ausländer und Asylbewerber sind in Hamburg, laut FOGS, unterversorgt. Die Versorgung mit Wohnraum für Obdachlose ist mangelhaft.

Völlig unverständlich erscheint die Forderung nach nur einer Form der psychosozialen Betreuung, nämlich Case-Management, wobei die Autoren davon ausgehen, dass die meisten Substituierten generell keiner weiteren Unterstützung bedürfen. Im Modellprojekt heroingestützte Behandlung werden aber erstmalig die beiden Betreuungsformen Case-Management und Psychoedukation miteinander verglichen. Falls eine Methode der psychosozialen Betreuung bessere Ergebnisse erzielt, dann bleibt immer noch die Frage, ob das für alle Patienten zutrifft. Bis zur Vorstellung der Ergebnisse kann man auf keinen Fall von einer Überlegenheit des Case-Managements sprechen. Weiterhin entbehrt die Forderung nach Einstellung der psychosozialen Betreuung bei Substituierten jeder Grundlage. Die Hilfebedarfe variieren sicher von Patient zu Patient und sind eventuell abhängig von der Behandlungsphase, können aber auf keinen Fall negiert werden.

Das Hamburger Hilfesystem erreicht eine relativ alte Konsumentengruppe, die im Durchschnitt seit vierzehn Jahren abhängig ist und erst spät den Kontakt zum

Drogenhilfesystem sucht. Die soziale Situation der Konsumenten ist gekennzeichnet durch eine hohe Wohnungslosigkeit und eine hohe Arbeitslosigkeit. Nur knapp die Hälfte verfügt über einen Schulabschluss. Als besonders belastete Gruppe werden die Substituierten genannt. Warum bleibt offen.

Der FOGS-Bericht kommt zu dem Ergebnis, dass die Erfolge, die das Hamburger Hilfesystems erreicht, nicht unmittelbar und auf direktem Weg eintreffen, sondern dass es neben der Stabilisierung der Konsumenten auch stagnierende Entwicklungen gibt. Die gesundheitliche Situation wird am ehesten verbessert, in den Bereichen abstinente Lebensführung und soziale und berufliche Wiedereingliederung sind Defizite zu beobachten. Die Schwierigkeiten auf dem Arbeitsmarkt werden als begrenzendes Element angeführt. Es fehlt dem Hilfesystem an abgestimmten Zielen. In Bezug auf die erreichte Klientel ist die Struktur des Hamburger Hilfesystems bedarfsgerecht gestaltet (FOGS 2004). Dieses Ergebnis muss insofern verwundern, da gemessen an den Zielen und Ansprüchen der meisten Hamburger Einrichtungen und Träger die akzeptierende Drogenarbeit im Mittelpunkt steht, die allerdings eine Abstinenz als Therapieziel nicht ausschließt.

Es bleibt die Frage offen, ob die nicht erreichten Konsumenten nicht ein Maß für die Bedarfsgerechtigkeit des Hilfesystems darstellen und die Hilfeplanung sich stärker auf diese Zielgruppe konzentrieren sollte. Wie schon mehrfach erwähnt, ist der alleinige Blick auf die Kosten sehr begrenzt und kann nur zum Teil zu einer umfassenden Analyse des Hilfesystems beitragen. Daten zur Lebensqualität und zu den gewonnenen Lebensjahren könnten das Bild sinnvoll ergänzen.

Die Bewertung des Hamburger Hilfesystems durch FOGS und die Ergebnisse der Experteninterviews im Rahmen der ROSE-Studie unterscheiden sich an einigen wesentlichen Punkten. Die große Zahl der nicht erreichten Konsumenten spricht nicht für die Bedarfsgerechtigkeit des Hamburger Hilfesystems und auch die Evaluation der Abendöffnungszeiten des DrobInn bewies die Notwendigkeit und Effektivität der verlängerten Öffnung von niedrigschwelligen Hilfeinrichtungen.

## 2 Versorgung Opiatabhängiger im internationalen Vergleich

Das folgende Kapitel gibt einen Überblick über die Versorgung Opiatabhängiger in ausgewählten europäischen Ländern und in den USA.

Allgemein zeigt sich, dass unter den Drogenabhängigen diejenigen mit einem multiplen Substanzmissbrauch, einer zusätzlichen psychiatrischen Erkrankung oder anderen medizinischen Problemen eine wachsende Rolle spielen. Hinzu können schwere soziale Defizite kommen (Sobell et al. 2000, Krausz et al. 1998, Word & Bowser 1997). Insbesondere intravenös konsumierende Abhängige haben ein 20- bis 30fach höheres Sterberisiko durch Überdosis, Infekte, Suizid und Unfälle gegenüber Gleichaltrigen (Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union 1998, EU, Luxemburg). Mehr als zwei Drittel der Opiatabhängigen konsumieren die Drogen intravenös und eine wachsende Zahl von Konsumenten hat zusätzlich einen intravenösen Kokaingebrauch (Fischer et al. 2002).

Vor allem der somatische Gesundheitszustand vieler intravenös konsumierender Drogenabhängiger ist Besorgnis erregend. Intravenös Abhängige gehören zu der zweitgrößten HIV Risikogruppe und die Prävalenz der Hepatitis C Erkrankung beträgt 90 Prozent unter den Drogenkonsumenten. Bei beiden Infektionskrankheiten handelt es sich um chronische Prozesse, die auch unter späteren, eventuell risikoärmeren Konsummustern schwere und lebensbegrenzende somatische Erkrankungen bleiben. Der überwiegende Teil der Drogenabhängigen ist derzeit nicht in ärztlicher Behandlung; damit profitieren die Konsumenten auch nicht von den Fortschritten, die auf medizinischem Gebiet bei der Behandlung von HIV und anderen Erkrankungen gemacht wurden (Barsch 1998, Krausz et al. 1999).

In der Mehrzahl der entwickelten Industrieländer beträgt der Anteil der Opiatkonsumenten 0,1 bis 0,5 Prozent der Gesamtbevölkerung (Fischer et al. 2002). In der Europäischen Union wird die Prävalenz der Konsumenten von Opiaten auf 94 bis 400 Personen pro 100.000 Erwachsenen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren geschätzt (Tab. 9). Für Amerika liegen Angaben über 600.000 Opiatabhängige, für Kanada über

60.000-90.000 Opiatkonsumenten und für Australien über 67.000-92.000 Heroinkonsumenten vor (Fischer et al 2002).

Tab. 9: Anzahl der Opiatkonsumenten in Europa, USA, Kanada und Australien

	Europa	USA	Kanada	Australien
Anzahl der Konsumenten pro 100.000 Erwachsene im Alter zwischen 15-64 Jahren	94-400	330	290-430	540-750

(Fischer et al 2002)

Ein bis zwei Prozent der Drogenabhängigen sterben pro Jahr an drogenbedingten Todesursachen (Fischer et al. 2002). In der Europäischen Union waren es 1992 6.819 Personen, diese Zahl stieg 1996 auf 7.419 Drogenabhängige an. Für Nordamerika liegt die Zahl der drogenbedingten Todesfälle bei 4.000 bis 5.000 pro Jahr.

Die Größe der Kosten, die ein nicht behandelter Opiatabhängiger pro Jahr durch Ausfall an Produktivität, Kosten des Gesundheitssystems und soziale Kosten verursacht, wurden für Kanada mit 45.000 CAD errechnet (Wall et al. 2001). Für Deutschland ermittelten Hartwig und Pies (1995) die direkten und indirekten Kosten eines Heroinabhängigen pro Jahr auf 45.000 \$. Aus selbst berichteten Angaben von Opiatabhängigen, die sich nicht in Behandlung befinden, weiß man, dass zur Beschaffung der Drogen täglich 100 – 200 US\$ benötigt werden, in Abhängigkeit vom kulturellen und sozialen Umfeld (Fischer et al. 2002). Die Mehrheit der Konsumenten ist erwerbslos und auf das öffentliche soziale Unterstützungssystem des jeweiligen Landes angewiesen. Als weitere Einkommensquelle nennt die Literatur Diebstähle und geringfügiges Dealen mit Drogen (Fischer et al 2001).

Vor allem wegen ineffektiver Mehrfachnutzung des Versorgungssystems sind diese Patientengruppen unter gesundheitsökonomischen Aspekten kurz- und langfristig von großer Relevanz (Zaric et al. 2000).

Die Methadonbehandlung ist mit 90 Prozent (außer Frankreich) aller Pharmakotherapien die für Opiatabhängigkeit am weitesten verbreitete Therapieform. Es existieren unterschiedliche nationale und regionale Behandlungsvorschriften und Abgabemodalitäten. Weiterhin differieren die Zulassungsvoraussetzungen, die psychosozialen Begleittherapien und die Dauer der Behandlung. Die Forschung in diesem Bereich hat deutlich gezeigt, dass die Methadonsubstitution eine erfolgreiche Behandlung der Opiatabhängigkeit ist und den gesundheitlichen Allgemeinzustand und den sozioökonomischen Status der Substituierten entscheidend verbessern helfen. Darüber hinaus sinkt die Kriminalität und der intravenöse Beikonsum geht zurück (Fischer et al. 2002). Ebenfalls bekannt ist, dass nicht alle Substituierten erfolgreich von der Behandlung profitieren. Ein Anteil von 30-70 Prozent der Methadonsubstituierten verlassen innerhalb der ersten zwölf bis 24 Monate die Therapie aufgrund der Nebenwirkungen, der Behandlungsvorschriften inklusive der Dosierung und Abgabemodi (Fischer et al. 2002). Darunter befindet sich die Gruppe der Hochrisikopatienten, gekennzeichnet durch eine lange Drogenkarriere und einen schlechten somatischen und psychiatrischen Gesundheitszustand mit intravenösem Beikonsum. Auch in Ländern mit einer gut ausgebauten und differenzierten Methadonsubstitution wie den Niederlanden und Deutschland befinden sich „nur“ 50-60 Prozent der Opiatabhängigen in Substitution (Fischer et al. 2002).

Die bereits beendeten bzw. sich in der Durchführung befindenden Heroinverschreibungsprogramme und Studien in der Schweiz, in den Niederlanden, in Spanien und in Deutschland versuchen Opiatabhängige zu erreichen, die sich nicht in Behandlung befinden oder die von bisher durchgeführten Therapien unzureichend profitiert haben und leisten damit einen entscheidenden Beitrag zur Verringerung der Public Health relevanten Problematik.

Die Gruppe der sozial integrierten Konsumenten, die einen kontrollierten Opiatkonsum haben, sei an dieser Stelle nur der Vollständigkeit halber kurz erwähnt. Der kontrollierte Gebrauch von Heroin und Kokain ist durch Selbstkontrollregeln bestimmt. Bevölkerungsstudien in verschiedenen Ländern zeigen, dass kontrollierter Konsum nicht häufig aber auch nicht unüblich ist. Bis heute gibt es keinen allgemein gültigen

Begriff für einen nicht missbräuchlichen und nicht abhängigen Gebrauch illegaler Drogen. Ca. 10.000 bis 20.000 Personen in den Niederlanden konsumieren kontrolliert harte Drogen. Geschätzt wird, dass es in Deutschland eine kleine Gruppe sozial unauffälliger Konsumenten von Heroin und Kokain gibt. Die Gruppe kontrolliert konsumierender Personen ist risikobewusst und hat einen regelorientierten Konsum, der weder als Vorstufe zur Abstinenz noch als Zwischentappe des zwanghaften Konsums zu verstehen ist. Es handelt sich um ein stabiles, eigenständiges Gebrauchsmuster. Die Anzahl wird auf ein Promille der Gesamtbevölkerung geschätzt. Auch nach zwanghaftem Konsum kann man zur Selbstkontrolle zurückfinden. Langfristige Follow-up Studien belegen, dass dies im Laufe von zehn Jahren bei 20 Prozent von ursprünglich in Institutionen behandelten Abhängigen auftreten kann. Abhängigkeit ist also nicht unumkehrbar (Schippers & Cramer 2002). Daher wären Konsequenzen für das Hilfesystem wünschenswert, z.B. in Form von akzeptierender Drogenarbeit und einem weniger voreingenommenen und entmystifiziertem Denken unter den Mitarbeitern.

Zusammenfassend kann man sagen, dass unter den Opiatabhängigen der multiple Substanzkonsum eine wachsende Bedeutung erlangt hat. Schwere somatische und psychiatrische Erkrankungen, soziale Defizite und ein erhöhtes Sterblichkeitsrisiko sind die Folgen. Die Mehrheit der Konsumenten hat einen intravenösen Gebrauch der Substanzen. Die Kosten einer nicht behandelten Opiatabhängigkeit sind hoch, zusätzlich ist die Mehrheit der Konsumenten erwerbslos und auf die Unterstützung des Sozialsystems angewiesen. Die Methadonsubstitution ist eine erfolgreiche und sehr verbreitete Form der Therapie der Opiatabhängigkeit, aber selbst in Ländern mit einem gut ausgebauten Behandlungssystem befindet sich nur ca. die Hälfte der Konsumenten in Substitution.

Über sozial integrierte Konsumenten illegaler Drogen ist bisher nur wenig bekannt. Fest steht allerdings, dass man auch nach einem abhängigen Konsum zu einem kontrollierten Gebrauch finden kann.

## 2.1 Art und Umfang des Behandlungsangebots in den USA

Die Geschichte der Opiatverschreibung reicht bis in das Jahr 1919 zurück. In den Jahren danach wurden in den USA Opiate an Morphinabhängige verschrieben. Nach der Ausbreitung der Heroinabhängigkeit in den 40er Jahren gab es intensive Diskussionen über den Sinn des Substitutionsansatzes und Vertreter von Medizin, Strafverfolgung und Politik lehnten diesen Ansatz vehement ab. Anfang der 60er Jahre wurden in den USA von Dole und Nyswander pharmakotherapeutische Versuche mit dem synthetischen Oral-Opiat Methadon unternommen, das im Gegensatz zu Heroin zu keinen oder nur geringen Rauscherlebnissen führt. Dieser therapeutische Vorteil wird aber von vielen Abhängigen eher als Nachteil erlebt und kann zu Beikonsum von Heroin und anderen Substanzen und damit zu lebensbedrohlichen Kombinationen bzw. Überdosierungen führen.

Die negativen Konsequenzen wie Kriminalität, Gesundheitsprobleme und Mortalität wurden allerdings erfolgreich gesenkt. Nach anfänglicher Euphorie wurde die Methadonsubstitution allerdings Anfang der 70er Jahre gestoppt, bzw. durch umfangreiche Behandlungsregularien drastisch eingeschränkt. Die Prinzipien „wirklicher“, d.h. drogenfreier Therapien, sollten wieder in den Mittelpunkt der Behandlung Opiatabhängiger rücken.

Heute ist das Methadon-Behandlungssystem sowohl in seiner Struktur als auch in der Angebotsdichte limitiert. Nur ca. 25 Prozent aller geschätzten Opiatabhängigen in den USA befinden sich in Methadonbehandlung. In der Schweiz ist diese Rate etwa doppelt so hoch (Rehm & Fischer 2000). Die meisten Methadonsubstitutionsprogramme sind hochschwellig angelegt und richten sich an Abhängige, die bestimmte Bedingungen erfüllen können bzw. wollen. Das Ziel dieser Programme ist die Abstinenz. Ein weiteres Problem ist die nach amerikanischen Richtlinien empfohlene tägliche Erhaltungsdosis von 80mg ( $\pm$  20mg). Eine Untersuchung in den USA hat jedoch gezeigt, dass die Dosierungen in vielen Programmen unterhalb dieses Wirkungsbereichs liegen und dass es oft auch Vorgaben für die maximale Dauer der Teilnahme an Methadonprogrammen gibt.

Die Forderung nach einer Substitutionstherapie für Non-Responder mit der ursprünglichen Droge reicht schon bis zu den Ursprüngen der Methadonsubstitution vor 30 Jahren zurück. Derzeit wird ein multizentrischer Heroinversuch (North American Opiate Medications Initiative NAOMI) vorbereitet; aus den USA sind verschiedene wissenschaftliche Institutionen an der Vorbereitung beteiligt (Rehm & Fischer 2000). 95 Prozent der Ressourcen, die weltweit für die Suchtforschung aufgebracht werden, werden in den USA ausgegeben. Im Jahr 2001 waren das 1,5 Milliarden Dollar (Krausz 2001).

## **2.2 Die Drogenproblematik in der Europäischen Union**

Die Entwicklung in den europäischen Ländern verlief ähnlich wie in den USA. Einzige Ausnahme bildet hier Großbritannien, wo die Verschreibung von Opiaten, auch Heroin, in der Primärversorgung verankert ist, im Laufe der Zeit allerdings auch wesentlichen Einschränkungen unterlag.

Die Anzahl der Opiatkonsumenten für die Europäische Union wird mit 94-400 Personen pro 100.000 Erwachsene im Alter zwischen 15 und 64 Jahren angegeben (Fischer et al. 2002).

Für einen internationalen Ländervergleich zur Drogensituation kann man auf eine Vielzahl von Statistiken zurückgreifen. Einige Statistiken der Länder basieren auf ausgewählten Städten, die nicht unbedingt repräsentativ für die Drogensituation in dem gesamten Land sind. Die Studien unterscheiden sich weiterhin in den befragten Altersgruppen, den Untersuchungsintervallen und den Befragungsmodi (telefonisch, schriftlich, persönlich). Bei telefonischen Befragungen zum Konsum illegaler Drogen im Vergleich zu Befragungen mit selbst auszufüllenden Fragebogen geht man, je stärker sich die Fragen auf den aktuellen Konsum beziehen, von einem Underreporting aus. Im Hinblick auf eine Vergleichbarkeit stellen die unterschiedlichen gesetzlichen Vorschriften im Bereich der illegalen Drogen, die uneinheitliche Registrierungspraxis, die Effizienz der Strafverfolgung und die Definition von "Drogentod" eine weitere Schwierigkeit dar. Ein Vergleich der Drogenproblematik in den Ländern der

Europäischen Union ist deshalb schwierig, aber dennoch nötig, um einen Eindruck vom Ausmaß und der Verteilung des Drogenkonsums zu gewinnen und um adäquate und gezielte Angebote planen zu können (Tab. 10).

Tab. 10: Überblick über die Prävalenz des Heroinkonsums und die Anzahl der Konsumenten in einer Behandlung in ausgewählten Ländern

Land	Anzahl der Heroinkonsumenten	Bevölkerung in 1.000	Heroinkonsumenten in Behandlung	Status der Methadonsubstitution (MMT) und anderer Behandlungen
Deutschland	150.000	82.047	> 33%	40.000-45.000 MMT
Frankreich	160.000/ 150.000- 200.000*	58.874	Ca. 60%	10.000 MMT 90.000 Substitution mit Buprenorphin
Großbritannien	150.000-270.000	59.055	35.000 MMT	25.000 MMT** 200-300 Substitution mit Heroin
Niederlande	25.000***	15.698	75% ***	12.500 MMT 4.500 drogenfreie Therapie
Spanien	150.000-250.000	39.371	40-60%	MMT weit verbreitet
Schweiz	30.000	7.106	> 60 %	16.000 MMT, 2.100 abstinenzorientiert, 1.100 Substitution mit Heroin

(Fischer et al. 2002; \*Auriacombe 2003; \*\*Marsden et al. 1998a; \*\*\*van den Brink et al. 2003)

Für die Behandlung der Opiatabhängigkeit existiert eine Reihe von Interventionen. In den entwickelten Industrieländern ist die Methadonsubstitution mit bis zu 90 Prozent die am häufigsten angewendete Form der Behandlung der Opiatabhängigkeit. Eine

Ausnahme bildet hierbei Frankreich; dort hat sich die Substitution mit Buprenorphin durchgesetzt.

Im Vergleich zu den 80er Jahren und der ersten Hälfte der 90er Jahre hat sich die Situation der Drogenproblematik geändert. In der Vergangenheit war der Anstieg des Drogenkonsums in vielen europäischen Ländern das vorherrschende Problem. Momentan entsteht allgemein der Eindruck einer gleich bleibenden Drogenkonsumsituation. Durchschnittliche prozentuale Angaben verschleiern allerdings die Unterschiede auf regionaler Ebene, denn Studien zu Städtevergleichen weisen übereinstimmend auf lokale Unterschiede in Bezug auf die Drogenbelastung hin (Tretter & Kraus 2004).

Nach wie vor wird kontrovers diskutiert, ob es einen Zusammenhang zwischen der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen und dem Ausmaß des problematischen Konsums gibt. Die „stepping stone“ Hypothese besagt, dass der Anteil der problematischen Konsumenten umso höher ist, je höher die Prävalenz des Konsums insgesamt ausfällt (Kandel & Faust 1975). Für den Alkoholkonsum konnte in verschiedenen Studien nachgewiesen werden, dass eine Steigerung des Pro-Kopf-Verbrauchs eine Zunahme des Konsums bei gelegentlichen, moderaten und abhängigen Trinkern zur Folge hat. Die Änderung des gesamten Niveaus des Konsums in einer Gesellschaft hat demnach eine Änderung des Konsumverhaltens auf allen Ebenen zur Folge. Überträgt man diese Erkenntnisse auf den Konsum illegaler Drogen, dann würde eine höhere Prävalenz einen größeren Anteil von Konsumenten mit problematischen Abhängigkeitsmustern bedeuten. Die Bevölkerungsanteile von Probierern, Menschen mit gelegentlichem, regelmäßigem oder problematischem Konsum lassen sich aber mit der Einteilung der meisten Statistiken in Konsumenten und Nichtkonsumenten nicht erfassen. Dazu sind Mengenangaben und Häufigkeiten des Konsums erforderlich.

Eine weitere Hypothese zur Abschätzung des problematischen Konsums bezieht sich auf das Einstiegsalter. Eine zeitliche Verzögerung des Gebrauchs von Alkohol und Tabak reduziert die Wahrscheinlichkeit eines späteren problematischen Umgangs mit

illegalen Drogen (Robins & Przybeck 1985). Zu dieser Erkenntnis kommt auch Hurrelmann (2000), der als eine Strategie zur Suchtprävention vorschlägt, das Einstiegsalter von Jugendlichen in den Konsum psychotroper Substanzen so weit wie möglich in der Lebensspanne nach hinten zu verlagern, um psychische Abhängigkeitsprozesse zu minimieren. Der Übergang von legalen zu illegalen Drogen ist mit 30 Prozent besonders unter Jugendlichen, die starke Tabak- und/oder Alkoholkonsumenten sind, wahrscheinlich. Konsumenten illegaler Drogen sind dagegen mit 70-80 Prozent auch Nutzer von legalen Substanzen (Hurrelmann & Hesse 1991).

Es existiert in unserem Kulturkreis offensichtlich eine kulturell verankerte Reihenfolge im Konsum psychoaktiver Substanzen. Nicht alle Konsumenten befolgen diese Abfolge von Arzneimitteln, Koffein, Nikotin, Alkohol und daran anschließend illegale Drogen in der Reihenfolge Cannabis, Amphetamine, Heroin, LSD und Kokain, aber die Mehrheit folgt diesem Muster. Hurrelmann erklärt dieses Phänomen durch zwei Thesen:

- Es ist wahrscheinlich, dass am Beginn die sozial und gesellschaftlich akzeptierten und legal verfügbaren Substanzen konsumiert werden, bevor der Einstieg in die verbotenen und diskriminierenden Drogen erfolgt.
- Es ist anzunehmen, dass durch den Konsum der ersten psychotropen Substanz bestimmte Bereiche im zentralen Nervensystem angesprochen werden, die nach einer gewissen Zeit mit der in gleicher Quantität und Qualität konsumierten Substanz nicht mehr befriedigt werden können, das bedeutet, dass der Wunsch nach einer neuen, stärker wirkenden Droge steigt.

Die aktuell vorherrschende Drogenpolitik in den einzelnen Ländern scheint keine Auswirkungen auf die Prävalenz des Cannabiskonsums und den Anteil der Konsumenten harter Drogen zu haben. Die Drogenpolitik in den Niederlanden und in Deutschland weicht erheblich voneinander ab und dennoch sind die Anteile der Konsumenten ähnlich hoch. Reuband schloss 1992 daraus, dass möglicherweise soziale Faktoren und soziale Kontrollen den Umfang des Drogenkonsums weit mehr bestimmen als es durch formale Vorgaben oder die Einschränkung des Drogenangebots möglich ist (Kraus 1997).

Der problematische Drogenkonsum wurde von sieben Ländern (Belgien, Norwegen, Deutschland, Italien, Luxemburg, Schweden und England) nach oben korrigiert; hier muss man also von einer weiteren Zunahme ausgehen. Als problematischer Drogenkonsum wird dabei intravenöser bzw. regelmäßiger Konsum von Opiaten, Kokain und Amphetaminen eingeschätzt.

Tab. 11: Anteil des problematischen Drogenkonsums und jeglichen Konsums in ausgewählten Ländern

Land	Anteil des problematischen Konsums pro 1.000 Einwohner zwischen 15 und 64 Jahren	Jeglicher Konsum illegaler Drogen Lifetime Prävalenz **	Alter
Niederlande	2,6	17% nur Cannabis	12-64
Österreich	3,2	14% nur Cannabis	15-64
Deutschland	3,2	19,8%	18-59
Finnland	3,6	13,3%	15-64
Dänemark	4,0	32%	16-64
Frankreich	4,3	26,2% nur Cannabis	15-64
Schweden	4,7	13%	15-64
Spanien	5,5	27,8%	15-64
Irland	5,6	19%	15-64
Schweiz	6,2*	20,4% Frauen 33,8% Männer +	15-39
Großbritannien	6,7	35,7%	16-59
Italien	7,8	24,7%	15-34
Portugal	9,0	7,8%	15-64
Luxemburg	9,3	38,9% nur Cannabis	16-20
USA	17,8*	41,7% ***	ab 12

(E.B.D.D. 2002; \*Tretter & Jaedicke 2002; \*\*<http://profiles.emcdda.eu.int>; \*\*\*<http://www.whitehousedrugpolicy.gov/publications>; +<http://www.suchtundaids.bag.admin.ch>)

Die Zahl der Drogenkonsumenten mit problematischen Konsummustern in den genannten Ländern wird mit zwei bis neun Konsumenten je 1.000 Einwohner im Alter von 15 bis 64 Jahren angegeben (Tab. 11). Die Schätzwerte für den injizierenden Konsum liegen zwischen zwei und fünf Personen je 1.000 Einwohner zwischen 15 und 64 Jahren. Die Unterschiede können durch verschiedene Faktoren erklärt werden. Zum einen durch das Angebot von speziell zum Rauchen aufbereitetem Heroin, zum anderen durch Preisschwankungen und die unterschiedliche Reinheit des zur Verfügung stehenden Heroins. Bei höherem Preis und geringerer Reinheit wird Heroin häufiger injiziert. Nicht vergessen sollte man die kulturellen Unterschiede beim Konsum, die vor allem bei der surinamischen Bevölkerung in den Niederlanden deutlich werden. Hier wird Heroin traditionell geraucht.

Bei Personen, die sich in Behandlung begeben, sind immer noch Opiate und dabei insbesondere Heroin die Hauptdroge, gefolgt von Cannabis, Kokain und Amphetaminen. Die Unterschiede zwischen den Ländern sind allerdings erheblich. In den Niederlanden sind es 29 Prozent und in Spanien 18 Prozent der Drogenabhängigen, die eine Behandlung aufgrund von Problemen im Zusammenhang mit Kokain aufsuchen. Für Deutschland liegt diese Rate bei sechs Prozent.

Die Verfügbarkeit von Therapieeinrichtungen hat in den Jahren von 1998 bis 2002 zugenommen, allerdings in den verschiedenen Ländern sehr unterschiedlich. Griechenland und Portugal berichten ausdrücklich über ein Angebot, das nicht dem Bedarf der Klienten entspricht. Gleichzeitig wurde die Wirksamkeit der Substitution, d.h. Rückgang der Kriminalität, Reduktion des Beikonsums und des Risikoverhaltens, bei einer ausreichenden Dosierung bestätigt (E.B.D.D. 2002).

Die Länder verzeichnen einen Anstieg der Behandlungsnachfrage insbesondere im Zusammenhang mit einer Cannabisabhängigkeit. In Deutschland gab es einen Anstieg von 16,7 Prozent im Jahr 1996 auf 42,6 Prozent für das Jahr 2000. Vor allem Männer im Alter zwischen 20 und 40 Jahren nehmen eine Behandlung auf. Das Alter scheint mit der Art der konsumierten Droge im Zusammenhang zu stehen; Cannabiskonsumenten sind eher jünger und Heroin- bzw. Kokainkonsumenten eher älter. Das stützt die These,

dass es eine gewisse Reihenfolge der konsumierten Substanzen gibt, in der Cannabis zeitlich vor Heroin und Kokain konsumiert wird (E.B.D.D. 2002).

Für die Geschlechterverteilung kann man einen Nord-Süd Unterschied feststellen. Während in den südlichen Ländern mehr Männer konsumieren, kann man für nördliche Regionen einen niedrigeren Männeranteil als im Süden verzeichnen. Die Verteilung der Geschlechter schwankt zwischen (männlich/weiblich) 2:1 bis 6:1. Das kann auf unterschiedliche Konsummuster von Männern und Frauen oder auf verschiedene Ausrichtungen des Drogenhilfesystems hindeuten (E.B.D.D. 2002).

Die sozialen Verhältnisse sind bei Drogenkonsumenten ungünstiger als in der Allgemeinbevölkerung ihrer Altersklasse. Ein niedriger Bildungsstand und eine höhere Arbeitslosigkeit kennzeichnen diese Situation. Die HIV-Infektionsraten unter Drogenkonsumenten schwanken zwischen einem Prozent in England und 34 Prozent in Spanien. Mit Infektionsraten von 40 bis 90 Prozent ist die HCV-Prävalenz außerordentlich hoch (E.B.D.D. 2002).

In der Europäischen Union werden jedes Jahr 7.000 bis 8.000 drogenbedingte Todesfälle gemeldet. Man geht allerdings davon aus, dass nicht alle Fälle gemeldet werden. Nach einem Zeitraum der Stabilisierung melden Deutschland, Luxemburg und Österreich einen erneuten Anstieg der Todesfälle. Bei den meisten Todesfällen werden Opiate nachgewiesen, häufig sind auch andere Substanzen vorhanden, die zum Tod beigetragen haben. Junge Männer im Alter zwischen 20 und 40 Jahren sind die häufigsten Opfer von Überdosierungen. Vergiftungen durch Kokain, Ecstasy oder Amphetamine sind in Europa selten. Die Mortalität bei intravenös konsumierenden Opiatabhängigen ist durch Überdosierungen, Suizide, Infektionskrankheiten und durch Unfälle 20fach höher als in der Allgemeinbevölkerung der gleichen Altersgruppe. Langfristig können chronische Gesundheitsprobleme unter Drogenabhängigen von Bedeutung sein.

Seit 1985 stiegen die Festnahmen wegen Drogendelikten in der EU stetig an. Für Griechenland und Portugal wurde eine Steigerung um mehr als das zehnfache

festgestellt, während die Zunahme in Dänemark, Luxemburg, Schweden und den Niederlanden weniger als das Doppelte ausmachte. Im Jahr 2000 wurden in der EU fast 9 Tonnen Heroin sichergestellt, ein Drittel davon allein in England. Der Straßenpreis von Heroin schwankt zwischen 25 und 330 Euro pro Gramm, ist aber in dieser Spannbreite stabil. Für Kokain werden Preise von 45 bis 170 Euro pro Gramm erzielt (E.B.D.D. 2002).

Alle Staaten der europäischen Gemeinschaft betonen die Bedeutung der Prävention im Zusammenhang mit der Drogenproblematik. Allerdings zeigt sich in einigen Ländern eine Diskrepanz zwischen politischen Zielen und der Umsetzung in die Realität. In der Drogenpolitik liegt der Schwerpunkt in zehn Mitgliedsstaaten auf der Prävention an Schulen, in weiteren neun Ländern auf Prävention und Frühintervention für gefährdete Jugendliche und in sieben Ländern auf Maßnahmen zur Strafverfolgung. In Italien und Schweden hat die drogenfreie Behandlung Priorität. Ein weiteres erklärtes Ziel der Mitgliedsstaaten ist die Bekämpfung des organisierten Drogenhandels (E.B.D.D. 2002).

Abschließend kann man anmerken, dass sich die Entwicklung in Europa (außer Großbritannien) ähnlich wie in den USA vollzog.

Die Situation der Drogenproblematik in der Europäischen Union ist in den letzten Jahren gleich bleibend, allerdings existieren regionale Unterschiede. Die gesundheitliche und soziale Situation der Konsumenten ist gekennzeichnet durch chronische Gesundheitsprobleme und Erwerbslosigkeit. Die Zahl der Drogendelikte ist in den letzten Jahren angestiegen. Auch in Europa hat sich die Substitution mit Methadon durchgesetzt; hier macht Frankreich eine Ausnahme, dort ist Buprenorphin die bevorzugte Substanz in der Behandlung. Die Konsumentenzahlen sind in Europa unterschiedlich und es existiert ein Nord-Süd Unterschied in der Geschlechterverteilung. Es gibt Anzeichen dafür, dass eher soziale Faktoren und Kontrollen den Konsum beeinflussen als Drogenpolitik oder Repression. Gleichzeitig scheint es eine kulturell verankerte Reihenfolge der konsumierten Substanzen zu geben. Eine wirksame Präventionsstrategie kann deshalb die zeitliche Verzögerung des Konsumbeginns von Nikotin und Alkohol sein.

Opiate sind der Hauptgrund für die Aufnahme einer Behandlung, auch dabei sind regionale Unterschiede möglich. Die Zahl der Behandlungseinrichtungen ist in den letzten Jahren gestiegen, einige Länder beklagen ein nicht adäquates Behandlungsangebot.

### **2.3 Vergleich der Behandlungsformen in Europa**

Die Therapieangebote in den verschiedenen europäischen Ländern weisen keine großen Unterschiede auf, allerdings haben sie unterschiedliche Schwerpunkte. Alkohol- und Drogenabhängigkeit sind in den hier vorgestellten Ländern als behandlungsbedürftige Krankheiten anerkannt, die soziale, medizinische und psychotherapeutische Interventionen erfordern. Die multidisziplinären Teams setzen sich aus Ärzten, Psychologen, Psychiatern, Krankenschwestern und Sozialarbeitern zusammen. In den vergangenen Jahren gab es, vor allem aus finanziellen Erwägungen, eine Tendenz zur Verkürzung der Therapiedauer. Die Dauer einer Therapie scheint durch die Kostenträger, abhängig von den zur Verfügung stehenden Ressourcen, bestimmt zu werden, ohne dass es dafür eindeutige sozialrechtliche Bestimmungen gibt. Ebenfalls aus Kostengründen ist eine Verschiebung von stationären zu vermehrten ambulanten Therapien zu beobachten (Klingmann et al. 1992). Zu Beginn der Versorgung Drogenabhängiger in den 70er Jahren wurden lang andauernde stationäre Therapien mit einheitlichen Therapieinhalten bevorzugt. In verschiedenen Ländern kam es zu einer Verschiebung der Zuständigkeiten, die mit einer Dezentralisierung und Deinstitutionalisierung sowie einer Differenzierung des vorhandenen Angebots einhergingen. Therapeutische Angebote werden zunehmend von privaten und Wohlfahrtsorganisationen getragen. Nach Angaben der Experten bieten die privaten im Vergleich zu den öffentlichen Einrichtungen eine qualitativ bessere Behandlung an (Klingmann et al. 1992).

Der Vergleich von Gesundheitssystemen unterschiedlicher Länder ist mit großen Schwierigkeiten verbunden, da z.B. der Einfluss von verschiedenen Gerechtigkeitsverständnissen meist unberücksichtigt bleibt. Eine Beurteilung sollte

auch immer das kulturell verankerte Verständnis von Gerechtigkeit mit einbeziehen. Die Rolle des Staates im Gesundheitswesen kann als Ausdruck der vorherrschenden Vorstellung von Gerechtigkeit in der jeweiligen Gesellschaft oder dem Kulturkreis verstanden werden. Am deutlichsten wird das, wenn sich die ethischen Prinzipien im Laufe der Zeit ändern, dann kommt es auch zu einer Verschiebung der Rolle des Staates in der Gesundheitsversorgung (Schreyögg 2004). Ein Merkmal der gerechten Verteilung in einer Gesellschaft ist die Gewichtung des Bedarfs- und Leistungsprinzips. Die Verteilung von Gesundheitsleistungen nach dem Bedarf ist unabhängig von Einkommen oder Vermögen, sie richtet sich allein nach dem Bedarf aus medizinischer Sicht, während sich das Leistungsprinzip an den individuellen monetären Möglichkeiten orientiert.

Es gibt verschiedene Gerechtigkeitstheorien, stellvertretend seien hier die von Rawls (1975) und Nozick (1976) genannt. Rawls geht in der „Theorie der Gerechtigkeit“ davon aus, dass die Menschen im „Urzustand“ keine Kenntnisse über ihre individuelle Situation, ihre körperliche Disposition oder den sozialen Status haben. In diesem Zustand besteht kein Anreiz, den persönlichen Vorteil auf Kosten anderer zu suchen und es wird Einigung darüber erzielt, dass alle Personen die gleichen Grundfreiheiten erhalten. Darüber hinaus wird die soziale und wirtschaftliche Ungleichheit durch die prinzipielle Chancengleichheit auf gesellschaftliche Positionen minimiert und es werden Einkommensumverteilungen zugunsten Benachteiligter erzielt. Diese Theorie orientiert sich am Bedarf.

Nozicks „Anspruchstheorie“ beruht auf der prinzipiellen Freiwilligkeit der Verteilung und sie vernachlässigt nicht, wie Rawls, die historisch gewachsenen Ansprüche von Personen. Damit haben die Individuen keine identischen Startchancen mehr. Der Staat greift hier nur regulierend ein, wenn eine Verteilung nicht von allen Beteiligten gebilligt wurde. Wirtschaftlich schwache Personen müssen mit einer starken Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität rechnen. Nozicks Theorie basiert auf, teilweise schon von Geburt an bestehenden Unterschieden, die möglicherweise ein Leben lang bestehen und schwer veränderbar sind.

Eine egalitär ausgerichtete Gesellschaft orientiert sich an den Grundsätzen des Bedarfs, d.h. das Gerechtigkeitsverständnis einer Gesellschaft beeinflusst den Gesundheits-

zustand der Bevölkerung in sehr hohem Maße. Dies sollte bei der Beurteilung von Gesundheitssystemen nicht vernachlässigt werden.

Um die einzelnen Behandlungen vergleichen zu können, wird an dieser Stelle eine Erläuterung der verschiedenen Begriffe vorgenommen.

### **Entzug**

Unter einem Entzug wird die Gesamtheit der Maßnahmen zur Beseitigung der toxischen Substanzen im Körper und der damit verbundenen Stoffwechseländerungen verstanden. Bei einigen Stoffen ist das durch die Gefahr von lebensbedrohlichen Reaktionen nur langsam und mit Unterstützung von Medikamenten möglich. Man spricht vom sogenannten „kalten Entzug“, wenn die Entgiftung ohne Medikamente oder Akupunktur durchgeführt wird. Entzug ist eine medizinische Intervention entweder nach einem Drogennotfall oder als Voraussetzung für eine folgende Entwöhnung (Görgen et al. 1996).

Der „qualifizierte Entzug“ stellt eine Erweiterung dar, da psychotherapeutische bzw. psychosoziale Begleitung zusätzlich angeboten werden. Informationsvermittlung, Motivationsentwicklung und Rückfallprophylaxe spielen dabei in Form von Einzel- und Gruppengesprächen eine wichtigen Rolle.

Für ausschließlich opiatabhängige Patienten gibt es die Möglichkeit des „Turbo-Entzugs“. Diese Form der Entgiftung wird unter Vollnarkose durchgeführt. Dabei soll durch den Einsatz von Opiatantagonisten der körperliche Entzug auf ca. sechs bis zehn Stunden verkürzt werden.

### **Entwöhnung**

Die Entwöhnung bzw. die medizinische Rehabilitation, die auch soziale und berufliche Maßnahmen beinhaltet, findet in der Regel im Anschluss an einen Entzug statt und kann ambulant, stationär oder teilstationär erfolgen. Dabei soll die Abstinenz gefestigt und das Konsumverhalten dauerhaft positiv beeinflusst werden. Zu der Behandlung gehören psycho- und soziotherapeutische Elemente.

Die stationäre Entwöhnung findet in Fachabteilungen der Allgemeinkrankenhäuser, psychiatrischen Kliniken, Suchtfachkliniken oder therapeutischen Gemeinschaften für Drogenabhängige statt. Darüber hinaus gibt es Angebote, die auf bestimmte Zielgruppen ausgerichtet sind, z.B. abhängige Jugendliche.

Die medizinische Rehabilitation wird stationär mit dem Ziel der Abstinenz durchgeführt und umfasst die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit sowie die soziale Integration. In noch geringem Umfang wird die ambulante abstinenzorientierte Rehabilitation angeboten.

### **Nachsorge**

Unter Nachsorge werden alle Maßnahmen zur Wiedereingliederung von substanzabhängigen Personen subsumiert. Dazu zählen Unterstützung bei der Wohnungssuche, Hilfe bei der beruflichen Wiedereingliederung und der Gestaltung der Freizeit und die damit zusammenhängenden Aufgaben wie Selbstversorgung, Übernahme familiärer Anforderungen und die Einhaltung von sozialen Regeln und Normen. Diese Maßnahmen können zu verschiedenen Zeitpunkten der Behandlung oder Therapie beginnen und haben das Ziel, den Patienten zu motivieren sich den Anforderungen des Alltags zu stellen.

Zusammenfassend kann man sagen, dass in den Therapieangeboten keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Ländern existieren. Alkohol- und Drogenabhängigkeit sind als behandelbare Krankheiten, die medizinische Interventionen erfordern, anerkannt. Es wird eine Tendenz zur Reduzierung der Therapiedauer durch die Kostenträger, bei gleichzeitiger Stärkung der ambulanten Angebote beobachtet. In einigen Ländern kam es zu einer Verschiebung der Zuständigkeiten; private und Wohlfahrtsorganisationen übernahmen mehr Verantwortung bei der Behandlung der Konsumenten. Die Gewährung von Gesundheitsleistungen nach dem Bedarfs- oder Leistungsprinzip wird durch das Gerechtigkeitsverständnis der Gesellschaft beeinflusst. Das Verständnis von Gerechtigkeit beeinflusst damit maßgeblich den Gesundheitszustand der Bevölkerung.

Unter Entzug wird die Beseitigung der toxischen Substanzen im Körper verstanden. Während der Entwöhnung soll die Abstinenz gefestigt werden und die soziale und

berufliche Rehabilitation beginnen. Die Nachsorge dient der Wiedereingliederung des Konsumenten in die Gesellschaft.

### **Auswahl der vorgestellten Länder**

Die Auswahl der nachstehenden Länder beruht auf der Überlegung, dass die Prävalenz des Drogenkonsums in Europa sehr verschieden ist und die Staaten zu unterschiedlichen Zeitpunkten mit dem Drogenproblem konfrontiert wurden. In den späten 60er und frühen 70er Jahren begann der Konsum von Opiaten in relevantem Ausmaß in Nordwesteuropa und in den späten 70er und frühen 80er Jahren in Südeuropa.

Aus Deutschland und den Niederlanden werden die wenigsten problematischen Drogenkonsumenten pro 1.000 Einwohner im Alter zwischen 16-64 gemeldet. Für Frankreich, Schweden und die Schweiz beträgt die Prävalenzrate vier bis sechs problematische Konsumenten. In Großbritannien und Italien liegt die geschätzte Zahl von problematischen Drogenkonsumenten bei sieben bis acht pro 1.000 Einwohner im Alter von 16–64 im Jahr 2001 (EMCDDA Jahresbericht 2000, 2002).

### **Art und Umfang des Behandlungsangebots in Deutschland**

In Deutschland nehmen eine Vielzahl von unabhängigen Institutionen Steuerungs-, Finanzierungs-, Aufsichts- und Leistungsaufgaben wahr. Die Leistungen im Gesundheitswesen werden zu zwei Drittel durch Sozialversicherungsbeiträge finanziert. Etwa 90 Prozent der Bevölkerung sind in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert. Neun Prozent der Bevölkerung sind in privaten Krankenversicherungen und für den geringen Anteil der Personen, die nicht versichert sind, übernehmen die Sozialämter die Kosten der Behandlung.

Das Sozialgesetzbuch bildet die Grundlage für die gesetzlichen Krankenkassen und die Rentenversicherung. Darin sind die drei Grundprinzipien der GKV festgelegt:

- Leistungen werden nach dem medizinischem Bedarf bewilligt und nicht nach der Höhe der eingezahlten Beiträge des Versicherten (Bedarfsprinzip).
- Die Höhe der Beiträge richtet sich nach dem Einkommen und nicht erwerbstätige Familienmitglieder werden kostenneutral mitversichert (Solidarprinzip).

- Versicherte Versorgungsleistungen werden vorrangig gewährt (Sachleistungsprinzip).

In Deutschland existiert ein umfangreiches Versorgungsangebot für Personen mit Abhängigkeitserkrankungen. Für die Entgiftung stehen ca. 15.000 Plätze in internistischen Stationen von Allgemeinkrankenhäusern und psychiatrischen oder toxikologischen Abteilungen von Universitätskliniken oder psychiatrischen Landeskrankenhäusern zur Verfügung (Sonntag & Künzel 2000). Die medizinische Rehabilitation ist in ein abstinenzorientiertes Setting eingebunden. Für die ambulante Rehabilitation stehen ca. 10.400 Plätze, für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme 14.550 vollstationäre Entwöhnungsbetten und 6.250 Plätze für eine qualifizierte Entgiftung zur Verfügung. Hinzu kommen weitere 1.390 Beratungs- und Behandlungsstellen, die 1998/1999 für ca. 275.000 Patienten Beratung und Behandlung vorgehalten haben (Holz & Leune 1999).

In Deutschland dauert eine stationäre Entzugsbehandlung im Durchschnitt 14 Tage. Die Therapiezeiten für die stationäre Entwöhnungsbehandlung gingen 1997 von ursprünglich 12 bis 24 Monate für Drogenabhängige, aufgrund des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes (WFG) und des Beitragsentlastungsgesetzes auf zehn Monate zurück.

Vor Einführung der Substitution wurden jährlich etwa 30.000 der 68.000 bis 100.000 Drogenabhängigen in Deutschland durch stationäre und ambulante Angebote der Drogenhilfe erreicht (BMG 1995). Damit war zu diesem Zeitpunkt die Situation in Deutschland besser als in den USA. Die Deutsche Referenzstelle für die Beobachtungstelle für Drogen und Drogensucht geht für 2003 von 92.000 bis 182.000 problematischen Heroinkonsumenten aus. Das entspricht einer Rate von 1,7 bis 3,4 Konsumenten pro 1.000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren (DBDD 2004).

## **Substitution**

Methadon gibt es seit 1949 im deutschen Arzneimittelverkehr, es wurde aber erst 1953 von der „Verordnung über die Unterstellung weiterer Stoffe unter die Bestimmungen des Opiumgesetzes“ erfasst. Die Unterscheidung in Methadon und Levomethadon trat erstmals 1963 in der „Verordnung über das Verschreiben, die Abgabe und den Nachweis des Verbleibs von Betäubungsmitteln – BtMVV“ auf (BGB1. I, S. 216). Die therapeutische Wirksamkeit von Levomethadon wird als leicht erhöht gegenüber Methadon eingeschätzt und die Industrie stellt in der Folgezeit fast ausschließlich Levomethadon her. Mit der Änderung der BtMVV vom 24.01.1974 wird dieser Tatsache Rechnung getragen, indem Methadon den Betäubungsmitteln zugeordnet wird, die nicht verschrieben werden dürfen. Durch den internationalen Einsatz von Methadon wurde es 1994 wieder als verschreibungsfähig eingestuft.

Durch die Klarstellung der Rechtslage und die Regelung der Kassenabrechnung für die entsprechenden medizinischen Leistungen hat sich die Situation der Substitution in Deutschland entschieden verändert. Durch die Neuordnung des Betäubungsmittelgesetzes vom 28.07.1981 konnte erstmals Levomethadon bei der Substitution zum Einsatz kommen. Allerdings war der Einsatz begrenzt auf medizinische Forschungsvorhaben und auf das Vorliegen einer Einzelfallindikation.

In Nordrhein-Westfalen wurde 1988 im Rahmen eines wissenschaftlichen Erprobungsvorhabens die Methadonsubstitution eingeführt. Ein halbes Jahr später folgte Hamburg mit einem von der Ärztekammer getragenen Substitutionsprogramm, bei dem erstmalig die Krankenkassen die Finanzierung des Substitutionsmittels übernahmen. Bemerkenswert ist, dass das Hamburger Modell die Substitution nicht nur aus medizinischen sondern auch aus psychosozialen Gründen zuließ. Unter der damaligen CDU/FDP-Bundesregierung hatte es die Methadonsubstitution schwer sich zu etablieren, da sie restriktiven Auflagen unterlag. Es entwickelten sich in den einzelnen Bundesländern verschiedene Methadonprogramme mit unterschiedlichen Indikations- und Durchführungsbestimmungen.

Der Bundesgerichtshof erweiterte mit seinem Urteil vom 15.05.1991 (BGHSt 37, 383) die Handlungsfähigkeit der substituierenden Ärzte indem er auch sozialmedizinische Indikationen als Voraussetzung für eine Substitution für zulässig erklärte.

Unter dem Druck der zahlreichen Länderprogramme zur Substitution wurden 1991 vom Bundesausschuss für Ärzte und Krankenkassen die bundeseinheitlichen Richtlinien zur Methadonsubstitution (NUB-Richtlinien) erlassen (Bundesausschuss 1991, 1992). Diese restriktiv angelegten Handlungsvorschriften konnten eine Expansion der Substitution nicht verhindern, denn erstmalig herrschte nun Rechtssicherheit. Allerdings werden die NUB-Richtlinien regional unterschiedlich ausgelegt (Weber 1996).

Aufgrund der Vielfalt der Programme bildete sich eine Arbeitsgruppe, um „Methadon-Standards“ zu entwickeln. Bühringer et al. legten 1995 einen Bericht vor, der die allgemeinen Behandlungsgrundsätze der Substitution beschrieb (Bühringer et al. 1995). Dazu zählen die allgemeinen organisatorischen und personellen Voraussetzungen, Indikation und Behandlungsziele, die Durchführung der Substitution, medizinische, soziale und psychotherapeutische Maßnahmen sowie die Dokumentation.

Die Bundesärztekammer veröffentlichte 1997 Leitlinien für die Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger (Bundesärztekammer 1997). Diese Richtlinien sollten der Etablierung der Substitution dienen. Die Abrechnungsmodi und Indikation zur Substitution werden allerdings von den NUB-Richtlinien geregelt.

Im Jahr 1998 gelang es den sozialdemokratisch regierten Bundesländern in der neuen Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) Neuerungen wie z.B. die Take-Home Mitgabe nach sechs Monaten und die Abgabe des Methadons durch Apotheken durchzusetzen. Im Gegenzug dazu stellte die Bundesregierung Codeinpräparate unter das Betäubungsmittelgesetz, um die Substitution zu kontrollieren. Diese drogenpolitische Maßnahme gründete sich weder auf wissenschaftliche Untersuchungen noch auf praktische Erfahrungen, denn die wenigen Studien mit dem Präparat zeigen, dass es eine geeignete Behandlungsalternative für Opiatabhängige sein kann. Zu diesem

Zeitpunkt schätzte Bühringer (1997a), dass es in Deutschland ca. 20.000 Codeinsubstituierte gab.

Durch die dargestellten unterschiedlichen politischen Auffassungen differenzieren die Substitutionsprogramme in den einzelnen Bundesländern bis heute. Durch die bundesweit gültigen NUB-Richtlinien sind die Rahmenbedingungen der Substitution zwar umrissen, aber die regionalen Unterschiede sind nicht verschwunden. So gibt es z.B. in Berlin eine weniger starre Regelung in Bezug auf den Beikonsum, wohingegen die psychosoziale Betreuung verbindlicher als in den NUB-Richtlinien gehandhabt wird. Das schlägt sich dementsprechend auch in den Patientenzahlen nieder. 1995 gab es eine deutliche Konzentration in den Städten Berlin, Hamburg und Bremen, in denen ca. 28 Prozent der bundesdeutschen Opiatabhängigen substituiert werden, aber nur neun Prozent der Bundesdeutschen leben (Kalke et al. 1998). Diese Entwicklung ist sicher nicht nur auf die große Zahl von Opiatabhängigen in Großstädten zurückzuführen, sondern auch auf das Engagement der Verantwortlichen bei der Einführung und Gestaltung der Substitution. Deutschlandweit kann man ein Nord-Süd-Gefälle bei der Verbreitung der Substitution beobachten. In Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Nordrhein, Niedersachsen und Westfalen-Lippe werden 85 Prozent aller Methadonsubstitutionen durchgeführt. Stark unterrepräsentiert sind dagegen Bayern und Baden-Württemberg (Stichtag 1.4.1994, BMG 1995). Allerdings sind diese Zahlen mit Vorsicht zu interpretieren, da in diese Untersuchung keine Patienten eingeschlossen wurden, die die Substitution selbst zahlen oder bei denen das Sozialamt die Kosten übernimmt.

Durch die Ausweitung der Methadonsubstitution in der zweiten Hälfte der 90er Jahre hat sich die Anzahl von Methadonpatienten auf schätzungsweise 20.000 bis 29.000 erhöht (Bühringer 1997b; Weber 1998). Mit dem Inkrafttreten der 10. Betäubungsmittelrecht-Änderungsverordnung (BtmÄndV) von 1998 hat die Mehrheit in eine Methadonbehandlung gewechselt (Weber et al. 2000). Eine konservative Schätzung der Prävalenzrate ergibt, dass sich 35% bis 40% der Heroinabhängigen in Deutschland in einer Substitutionsbehandlung befinden.

Um Mehrfachverschreibungen zu verhindern und die Qualität der suchtherapeutischen Behandlung zu überprüfen, wurde am 01.07.2002 das Substitutionsregister eingeführt. Jeder Arzt meldet der Bundesopiumstelle den Patientencode, das Substitutionsmittel und Beginn und Ende der Behandlung. Laut Drogen- und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung (2004) wurden bis Ende 2003 113.000 Substitutionsbehandlungen im Substitutionsregister erfasst. Am 01.12.2003 befanden sich 56.000 Personen in einer Substitutionsbehandlung, die restlichen 57.000 Behandlungen wurden innerhalb der ersten 18 Monate der bestehenden Meldepflicht bereits beendet. Allerdings wurden oft innerhalb weniger Monate Patienten wieder an- und abgemeldet. Das deutet auf eine starke Fluktuation in der Substitutionsbehandlung hin. 70 Prozent der Patienten erhalten Methadon, gefolgt von der zweitgrößten Gruppe (16,1 Prozent), die Levomethadon erhält (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2004).

In Deutschland wurden größere Evaluationsstudien in Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, NRW und Rheinland-Pfalz durchgeführt. Therapieerfolgsstudien bei Abhängigen sind generell schwierig zu beurteilen, da die Gewichtung der Erfolgskriterien sehr unterschiedlich gehandhabt wird (Bühringer et al. 1997c). Die Haltequote bei den genannten sechs Untersuchungen war hoch, insbesondere jedoch in Hamburg und Bremen. Der allgemeine Gesundheitszustand verbesserte sich rasch wie auch das psychische Befinden, wenn auch nicht bei allen Patienten. Es kam zu einem starken Rückgang der Beschaffungskriminalität. Die soziale Situation konnte sich stabilisieren, bei der beruflichen Rehabilitation traten vor allem in Bremen Probleme auf. Frauen hatten generell größere Schwierigkeiten Arbeit oder einen Ausbildungsplatz zu finden. Der Beikonsum von Heroin wird unter der Substitution am deutlichsten eingeschränkt. Kokain, Amphetamine und Barbiturate werden wenig konsumiert. Der Gebrauch von Benzodiazepinen spielt dagegen noch nach längerer Substitution eine Rolle. Es wurde eine Verschiebung des Konsums zu den „legalen“ und „weichen“ Drogen wie Alkohol und Cannabis beobachtet (Kalke et al. 1998, Verthein et al. 1998). Krausz et al. (1999) kommen ebenfalls zu dem Ergebnis, dass die Methadonsubstitution eine wirkungsvolle Therapie der Heroinabhängigkeit ist. Aus den Untersuchungen von Raschke ist auch bekannt, dass etwa 10% bis 20% der Patienten nur gering von der

Methadonsubstitution profitieren (Raschke 1994; Raschke et al. 1999). Internationale Studienergebnisse belegen diese Berichte (Ball & Ross 1991). Belding et al. (1997) fanden unter 382 Methadon-Patienten 22% Non-Responder, die anhand positiver Urinproben, die einen Beikonsum von Opiaten anzeigten, ermittelt wurden.

Zu einer weiteren interessanten Erkenntnis kommen Verthein et al. (1996) bei dem Vergleich zwischen Codein/DHC und (Levo-)Methadonpatienten. Sie stellten bei dieser Untersuchung an 157 parallelisierten Patientenpaaren fest, dass die Effekte der Substitutionsbehandlung nicht vorrangig von der Wahl des Substituts abhängig sind.

Die Substitutionsbehandlung ist eine wirkungsvolle Therapie der Opiatabhängigkeit und in Deutschland weit verbreitet. Der gesundheitliche Zustand und der sozioökonomische Status der Patienten werden verbessert. Gleichzeitig geht der Beikonsum zurück und die Delinquenz nimmt ab. Trotzdem gibt es Hinweise dafür, dass nicht alle Patienten von der Substitution profitieren; 30-70 Prozent verlassen die Behandlung innerhalb von 12-24 Monaten und „nur“ 50-60 Prozent der Opiatabhängigen befinden sich überhaupt in Substitutionsbehandlung (Fischer 2002). Die Gründe dafür liegen u.a. in den Nebenwirkungen, Behandlungsvorschriften und Abgabemodalitäten. Diese Personen sind oft hinsichtlich ihres körperlichen und psychischen Gesundheitszustandes aufgrund einer langen Drogenkarriere und intravenösem Konsum besonders beeinträchtigt. Aus einer Public-Health-Perspektive ist es notwendig für diese Konsumenten eine weitere Behandlungsoption anzubieten. Die kontrollierte Vergabe von Heroin kann eine solche Behandlungsoption darstellen. Aus diesem Grund wird im weiteren Verlauf dieses Kapitels auf die kontrollierte Vergabe von Heroin eingegangen, auch wenn diese Therapie regulär erst von 1.100 Patienten in der Schweiz und 200-300 Personen in England wahrgenommen werden kann. In einigen Ländern werden im Moment entsprechende klinische Studien vorbereitet bzw. sind in der Durchführung. Man kann davon ausgehen, dass nach einem positiven Ergebnis die Vergabe von Heroin eine weitere Option in der Behandlung der Opiatabhängigkeit sein wird.

Die Bundesregierung hatte im September 1999 ein dreijähriges Modellprojekt ausgeschrieben, in dem der Einsatz von Heroin zur Behandlung Opiatabhängiger

überprüft werden soll. Im Juni 2001 stimmte die Hamburger Ethikkommission dem Studienprotokoll der heroingestützten Behandlung in Deutschland zu. Dem voran gingen seit März 1992 zahlreiche Verhandlungen mit den entsprechenden lokalen Entscheidungsträgern aus Politik, Drogenhilfe und der Bundesregierung. Die Zielgruppen des Modellprojekts sind Methadonsubstituierte, die unzureichend vom bestehenden Hilfesystem profitieren und Opiatabhängige, die von bestehenden Therapieangeboten nicht wirksam erreicht worden sind. Bei Drogenabhängigen handelt es sich nicht um eine homogene Gruppe, deshalb kann man auch nicht von einem „Königsweg der Therapie“ ausgehen, sondern es besteht die Notwendigkeit der Schaffung eines differenzierten Hilfsangebots, das auf die individuelle Situation des Patienten abgestimmt sein muss (Krausz & Behrendt 1998b). Die heroingestützte Behandlung gilt als ein zusätzliches Angebot des Hilfesystems und soll keine andere Therapie ersetzen oder verdrängen.

Dr. Ingo Flenker, Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer, bezifferte die Zahl der für das Modellprojekt in Frage kommenden Schwerstabhängigen auf 3000 Personen (Soyka 1998).

Das Heroinprojekt ist eine 24 Monate dauernde klinische Phase III Arzneimittelstudie nach den Richtlinien der „Good Clinical Practice“ (GCP) (CPMP Working Party 1991; ICH 1996). Dabei müssen die geltenden arzneimittelrechtlichen Vorgaben (§§ 40 und 41 des Arzneimittelgesetzes) sowie die Arzneimittelprüfrichtlinien, das Betäubungsmittelgesetz und die Einhaltung der Deklaration von Helsinki berücksichtigt werden. Heroin ist derzeit keine verschreibungsfähige Substanz. Um es in der medizinischen Versorgung zur Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger verwenden zu können, muss es von den nicht verkehrsfähigen Betäubungsmitteln (Anlage I des § 1 (1) BtMG) in verkehrsfähige und verschreibungsfähige Betäubungsmittel (Anlage III) überführt werden. Die Studie dient als Voraussetzung zur Zulassung von injizierbarem Heroin als Arzneimittel in Deutschland.

Das Design des Modellprojekts baut explizit auf den Erfahrungen der bisherigen Heroinprojekte aus der Schweiz, den Niederlanden und Großbritannien auf und gilt als

eine Weiterentwicklung in diesem Bereich. Wie schon beschrieben, dokumentieren die ausländischen Studien die Machbarkeit und Akzeptanz der heroingestützten Behandlung (Krausz et al. 1999).

Zusammenfassend kann man feststellen, dass die Gesundheitsleistungen in Deutschland überwiegend durch die gesetzliche Krankenversicherung und zu einem geringen Teil von privaten Krankenversicherungen getragen werden. Für nicht versicherte Personen übernimmt das Sozialamt die Kosten. In Deutschland werden Leistungen nach dem Bedarfsprinzip bewilligt. Für Personen mit Abhängigkeitserkrankungen steht eine umfassende Versorgung zur Verfügung. 1994 wurde Methadon als verschreibungsfähiges Medikament eingestuft und konnte in der Substitution eingesetzt werden. Durch die Klarstellung der Rechtslage und die Abrechnungsfähigkeit mit den Krankenkassen weitete sich die Substitution rasch aus. Allerdings werden in unterschiedlichen Bundesländern die Richtlinien unterschiedlich gehandhabt und es ist ein Nord-Süd Gefälle zu beobachten. In den südlichen Bundesländern ist die Behandlung nicht so verbreitet, bzw. restriktiver als in Berlin, Hamburg und Bremen. Das ist auch ein Ergebnis des Engagements der Verantwortlichen und nicht nur auf die Konzentration von Konsumenten in Metropolen zurückzuführen. Ende 2003 waren laut Substitutionsregister 56.000 Konsumenten in einer Substitutionsbehandlung. Gleichzeitig gibt das Register über eine große Fluktuation in der Substitution Auskunft. Evaluationsstudien belegen eine hohe Haltequote, Verbesserung des gesundheitlichen und psychischen Zustandes, Senkung der Kriminalität, Einschränkung des Beikonsums und eine Stabilisierung des sozialen Status unter der Substitution. Aber nicht alle Konsumenten profitieren von einer Behandlung. Das Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung kann eine Option zu Diversifizierung des Behandlungsangebots, genau für die Konsumenten sein, die bisher unzureichend von vorhandenen Angeboten erreicht wurden.

### **Art und Umfang des Behandlungsangebots in den Niederlanden**

In den Niederlanden gibt es ein beitragsfinanziertes Gesundheitswesen. In der gesetzlichen Krankenkasse sind zwei Drittel der Bevölkerung versichert, die

einkommensstärkere Bevölkerung ist in privaten Krankenversicherungen abgesichert. Eine zusätzliche Pflichtversicherung, mit der besondere Krankheitskosten abgedeckt werden, besteht für die gesamte Bevölkerung. Zu diesen besonderen Behandlungskosten zählen z.B. Behindertenpflegeeinrichtungen, Heimpflege und psychosoziale Betreuung. Es gibt ein umfangreiches Angebot an ambulanten, stationären und teilstationären Spezialeinrichtungen für Suchtkranke in den Niederlanden. Das Versorgungssystem ist stark an Harm-Reduction-Strategien orientiert.

Anfang der 90er Jahre gab es etwa 100 Spezialeinrichtungen für Abhängige. Diese Zahl reduzierte sich bis Mitte der 90er um die Hälfte. Ein Teil der Einrichtungen wurde in regionale multifunktionale Institutionen integriert.

1997 gab es 19 Suchtfachkliniken, in denen sowohl Entgiftungs- als auch Entwöhnungsbehandlungen durchgeführt wurden. Hinzu kamen 17 ambulante Einrichtungen mit ca. 100 Zweigstellen, die ebenfalls Entwöhnungen anboten.

Die Entgiftung in einer Suchtfachklinik dauert bis zu drei Wochen. Weiterhin gibt es Kurzzeitbehandlungen bis zu drei Monaten und Langzeitbehandlungen mit einer maximalen Dauer von einem Jahr. In abstinenzorientierten Programmen werden die Patienten über einen längeren Zeitraum betreut.

Anfang der 70er Jahre wurde Heroin in den Niederlanden vor allem intravenös und von Personen niederländischer Abstammung konsumiert. Nach der Unabhängigkeit Surinams (1975) emigrierte fast die Hälfte der Bevölkerung in die Niederlande und surinamische Männer übernahmen eine führende Rolle beim Straßenhandel mit Heroin und wurden auch selbst zu Konsumenten. Allerdings bevorzugten sie inhalierbares Heroin. Die Gesamtzahl der niederländischen Heroinabhängigen wird gegenwärtig auf 25.000 Personen geschätzt, Inzidenz und Sterberate sind niedrig (van den Brink et al. 2003). Für 2003 gehen van den Brink et al. davon aus, dass 75 bis 90 Prozent der niederländischen Heroinkonsumenten die Substanz rauchen (van den Brink et al. 2003). Dieser relativ stabilen Gruppe steht ein kostenloses und umfassendes Behandlungssystem, mit nur geringen Wartezeiten, zur Verfügung. Schätzungen gehen davon aus, dass ca. 75 Prozent aller Heroinabhängigen in den Niederlanden Kontakt zum Hilfesystem haben, aber 5.000 bis 8.000 Konsumenten regelmäßigen Beikonsum von Heroin haben (van den Brink et al. 2003).

Die Methadonsubstitution ist in den Niederlanden seit 1968 möglich. Am Anfang war die Behandlung mit Methadon darauf ausgerichtet Abstinenz zu erreichen. Mitte der 80er Jahre verlagerte sich das Ziel hin zur Stabilisierung und Schadensbegrenzung. Die Methadonsubstitution in den Niederlanden ist niedrigschwellig angelegt, so kann ein hoher Prozentsatz der Abhängigen erreicht werden. Das Methadon wird kostenlos an Drogenabhängige abgegeben. Die Teilnahme an der Substitution ist abhängig von regelmäßigen Arztbesuchen, dem Eintrag in das Methadonregister, dem Unterlassen von gewalttätigen Verhalten, dem Verzicht auf die Mitnahme des Methadons und die Teilnehmer müssen in der Stadt gemeldet sein. Auf Urinkontrollen wird verzichtet und die Teilnahme an einer psychosozialen Begleitung ist freiwillig. Van den Brink berichtete 1999, dass 50-60 Prozent der Heroinabhängigen, die im Kontakt zum Hilfesystem stehen, sich in einer Methadonsubstitution befinden (van den Brink 1999).

In den Niederlanden wurde die Verschreibung von Heroin als eine Behandlungsoption bereits in den 80er Jahren diskutiert. Aus dieser Debatte und Auseinandersetzung heraus folgte 1998 ein Modellversuch zur kontrollierten Abgabe von Heroin. Die 700 Teilnehmer des Heroinverschreibungsprogramms wurden in drei Gruppen aufgeteilt, von denen jede während der Studie Heroin in Kombination mit Methadon erhält. Dabei kommt sowohl Heroin i.v. als auch rauchbares Heroin zum Einsatz. Die Studienteilnehmer wurden aus Non-Respondern vorangegangener Methadonbehandlungen rekrutiert. Ein wesentlicher Kritikpunkt an dem Design bezieht sich auf die angenommene Verfälschung der Haltequote in den Kontrollgruppen, die durch die Erwartung der Teilnehmer auf die Studienphase, in der sie Heroin erhalten, beeinflusst wird (Central Committee 1997).

Das dreiarmlige Untersuchungsdesign sieht vor, dass die drei randomisierten Untersuchungsgruppen (A, B und C) über verschiedene Zeitspannen zusätzlich zum Methadon auch Heroin erhalten. Gruppe B (N=115) erhält für 12 Monate (zusätzlich) Heroin, während die Gruppe A (N=135) für 12 Monate ausschließlich mit Methadon substituiert wird. Nach dem Jahr erhält die Gruppe A für sechs Monate Heroin (van den Brink et al. 1999). Das soll als Anreiz verstanden werden während der einjährigen Methadonphase in der Behandlung zu verbleiben. Den Patienten aus der Gruppe B wird

das Heroin wieder entzogen und sie werden für ebenfalls sechs Monate ausschließlich mit Methadon weiterbehandelt. Die dritte Untersuchungsgruppe C (N=125) erhält für sechs Monate Heroin, nachdem sie zuvor sechs Monate mit Methadon substituiert wurden. Das Design zielt darauf ab, Unterschiede zwischen einer sechs und einer 12-monatigen Heroinbehandlung zu erkennen. Der geringe Anteil der intravenös konsumierenden Heroinabhängigen spiegelte sich auch während der Rekrutierung wider, so dass auf die Gruppe C, die Heroin intravenös applizieren sollten, verzichtet wurde. Die Gesamtzahl der Untersuchungsteilnehmer beträgt damit 625 Patienten.

Entscheidende Hauptzielkriterien der niederländischen Untersuchung sind eine 40prozentige Verbesserung des gesundheitlichen Zustands oder der sozialen Integration. Weiterhin darf der illegale Konsum von Kokain nicht gravierend ansteigen, d.h. der Beikonsum muss unterhalb einer 20 prozentigen Erhöhung bleiben. Der Unterschied muss nach einem Jahr zwischen der Methadongruppe (A) und der Heroingruppe (B) um mehr als 20% differieren. Weitere mögliche Zusammenhänge mit Klienten- und Settingvariablen werden in Sekundäranalysen untersucht.

Die Ergebnisse belegen, dass die 12monatige kombinierte Behandlung mit Heroin und Methadon signifikant effektiver gegenüber einer reinen Methadonbehandlung ist. Die Haltequote der kombinierten Behandlung lag bei 49,7 Prozent gegenüber 26,9 Prozent in der Methadonsubstitution. Der gesundheitliche Zustand und die soziale und psychische Funktionsfähigkeit verbesserten sich; kriminelle Aktivitäten gingen zurück (van den Brink et al. 2003). Es traten keine Probleme während der Rekrutierung, Randomisierung und Datenerhebung auf, es gab keine Probleme mit der öffentlichen Akzeptanz der Heroinbehandlung. Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass die kontrollierte Verschreibung von Heroin eine wirkungsvolle Diversifizierung des gegenwärtigen Behandlungsangebotes darstellt (van den Brink et al. 2003).

Abschließend kann man anmerken, dass in den Niederlanden die Mehrheit der Bevölkerung Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung ist. Für einkommensstärkere Personen stehen private Versicherungen zur Verfügung. Es existiert ein umfangreiches niedrighschwelliges Behandlungsangebot mit geringen Wartezeiten für Suchtkranke, das sich an Harm-Reduction Strategien orientiert. Die

überwiegende Mehrheit der Konsumenten bevorzugt rauchbares Heroin in den Niederlanden. Die Population der Konsumenten zeichnet sich durch geringe Inzidenz und eine niedrige Sterberate aus. Die Anbindung der Konsumenten an das Hilfesystem ist in den Niederlanden gelungen und die Mehrheit befindet sich in einer Substitution. Der erfolgreich abgeschlossene Versuch zur kontrollierten Vergabe von Heroin zeigte die Überlegenheit einer kombinierten Heroin-Methadon Behandlung gegenüber einer Substitution mit Methadon.

### **Art und Umfang des Behandlungsangebots in Frankreich**

In Frankreich gibt es eine universelle Pflichtversicherung für alle Personen. 80 Prozent sind in der Regime General versichert, da sie abhängig beschäftigt bzw. Angehörige von abhängig Beschäftigten sind. Für die restlichen 20 Prozent existieren andere Krankenkassen, die bestimmte Berufsgruppen, wie z.B. Landwirte, versichern.

Das Gesundheitswesen ist weniger streng reglementiert; Ärzte können sich frei niederlassen und Patienten sind in der Wahl der Ärzte und Krankenhäuser nicht eingeschränkt.

Entwöhnungsbehandlungen werden in Frankreich in spezialisierten Suchteinrichtungen angeboten, Entgiftung und medizinische Rehabilitation werden in allgemeinen Einrichtungen durchgeführt. Die Entgiftung in öffentlichen Krankenhäusern dauert fünf bis sechs Tage.

Im Jahr 1993 gab es 1.080 spezialisierte Einrichtungen. Die Nachsorgeprogramme und die therapeutischen Gemeinschaften werden zum überwiegenden Teil in privaten Einrichtungen durchgeführt, der öffentliche Sektor bietet dagegen den größten Teil der Entgiftungs- und Entwöhnungsprogramme an. Weiterhin kann man beobachten, dass Schwerstabhängige und komorbide Patienten mit schweren somatischen Folgeerkrankungen ihrer Suchterkrankung eher im öffentlichen und die Patienten mit einer eher psychosozialen Belastung in privaten Einrichtungen betreut werden.

1995 traten in 1.057 spezialisierten Zentren Drogenabhängige eine Entwöhnungsbehandlung nach Entgiftung an. Die Behandlung dauert zwischen drei und zwölf Monaten.

1973 wurde in Frankreich erstmals in zwei spezialisierten Zentren die Substitution mit Methadon durchgeführt. Da die drogenfreie Behandlung favorisiert wurde, kam die Substitution in der Folgezeit in nur sehr geringem Umfang zum Einsatz. 1993 standen nur 50 Behandlungsplätze in zwei Kliniken zur Verfügung. Um das Infektionsrisiko für HIV und andere Infektionskrankheiten zu senken, wurde 1996 beschlossen, die Behandlungsplätze für eine langfristige Methadonbehandlung auf 5.000 Plätze in weiteren Behandlungseinrichtungen zu erhöhen (Reisinger 2003). Die Nachfrage nach Substitutionsbehandlungen konnte allerdings durch das Angebot noch nicht abgedeckt werden. Aus diesem Grund wurde 1996 die Substitution mit Buprenorphin in der hausärztlichen Praxis in Frankreich eingeführt. Die Abgabeverordnungen von Methadon und Buprenorphin unterscheiden sich dahingehend, dass Methadon nur in Spezialeinrichtungen abgegeben werden darf, wohingegen Buprenorphin von Hausärzten verschrieben werden kann. Diese Vorgehensweise hat medizinische und politische Hintergründe, da die Gefahr einer tödlichen Überdosis durch Buprenorphin geringer ist als durch Methadon und damit Todesfälle im Zusammenhang mit einer Substitution vermieden werden sollen. Pharmakologisch wirkt Buprenorphin in niedrigen Dosierungen vergleichbar mit einem Opioid-Agonisten, bei höheren Dosierungen ist die Wirkung aufgrund von fehlender Wirkungssteigerung jedoch vermindert. Dadurch hat Buprenorphin eine relativ breite Sicherheitsspanne (Walsh et al. 1994).

In den späten 90er Jahren betrug die Zahl der problematischen Heroinkonsumenten in Frankreich 150.000-200.000 Personen, das entspricht einer Rate von 2,5 bis 3,3 Personen pro 1000 Einwohnern (Auriacombe 2003). Im März 2001 wurden in Frankreich 74.300 Konsumenten mit Buprenorphin und 9.600 mit Methadon substituiert (Auriacombe 2003). Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht meldete im Jahr 2002 für Frankreich 4,3 problematische Drogenkonsumenten pro 1.000 Einwohner (E.B.D.D. 2002).

In Frankreich ist die Mehrheit der Bevölkerung Mitglied in einer universellen Pflichtversicherung, für einige Berufsgruppen stehen andere Kassen zur Verfügung. Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlungen für Konsumenten werden überwiegend

durch den öffentlichen Sektor übernommen, während Nachsorgeprogramme durch private Einrichtungen getragen werden. Anfang der 70er Jahre wurde eine begrenzte Anzahl von Substitutionsbehandlungen mit Methadon durchgeführt, Mitte der 90er Jahre setzte sich die Substitution mit Buprenorphin durch. Buprenorphin konnte im Gegensatz zu Methadon in Frankreich durch die Hausärzte verschrieben werden, da die Gefahr einer Überdosierung gering ist.

### **Art und Umfang des Behandlungsangebots in Schweden**

Das nationale Gesundheitssystem und das soziale Wohlfahrtswesen werden in Schweden zum großen Teil über Steuergelder finanziert. In den 80er Jahren war ein Großteil der Einrichtungen für Abhängige in öffentlicher Hand. In den 90er Jahren gewannen private Initiativen im Gesundheitswesen immer mehr an Bedeutung.

Für die Entgiftung sind in Schweden vorwiegend psychiatrische Krankenhäuser zuständig und die Entgiftung dauert nicht länger als eine Woche.

Bei der Entwöhnung lag der Schwerpunkt auf dem stationären Sektor, das hat sich in den 90er Jahren geändert. Jetzt existieren mehr ambulante als stationäre Angebote im Bereich der Suchtbehandlung. Der überwiegende Teil der Einrichtungen behandelt Patienten, die Probleme mit verschiedenen Substanzen haben, es gibt nur wenige ausschließlich auf eine Substanz spezialisierte Einrichtungen. Die Entwöhnungsbehandlung kann bis zu zwei Jahren dauern, dann ist aber oft die Nachsorge schon integriert.

In Schweden gibt es für Alkohol- und Drogenabhängige Zwangsbehandlungen mit einer Dauer von bis zu sechs Monaten, das gilt ebenfalls für Abhängige, die jünger als 20 Jahre sind. Die Ursachen sind in der Abstinenzorientierung der schwedischen Drogenpolitik zu suchen.

In Schweden wurde 1966 erstmals in Europa mit der Methadonsubstitution begonnen, aber erst 1981 wurde die Substitution als Heilbehandlung anerkannt. Die Substitution war in Schweden nie das bevorzugte Mittel der Wahl. 1990 wurde die Zahl der Methadonsubstituierten auf 450 festgelegt. Die Substitution in Schweden ist sehr hochschwellig angelegt. Das Mindestalter beträgt 20 Jahre, eine vierjährige

Heroinabhängigkeit muss dokumentiert sein, Beikonsum gilt als ein Ausschlussgrund und die letzten drei Abstinenztherapien müssen erfolglos verlaufen sein. Weitere Einschlusskriterien sind eine erfolgreiche Entgiftung und ein Rehabilitationsplan muss ausgearbeitet werden. Für ca. 90 Prozent der schwedischen Heroinkonsumenten bedeuten diese Aufnahmekriterien, dass sie keinen Zugang zu einer Methadonsubstitution haben (Heilig 2003). 1999 wurde Buprenorphin in Schweden zur Behandlung der Heroinabhängigkeit zugelassen. Heilig (2003) spricht sich für eine Erweiterung des schwedischen Behandlungsangebotes aus. Das Festhalten an dem hochschwelligem Methadonprogramm wird als unethisch beschrieben und sollte durch niedrigschwellige Angebote ergänzt werden (Heilig 2003). Die Zahl der Drogenabhängigen wird auf 12.000-18.000 geschätzt (BMG 1995).

Das schwedische Gesundheitssystem wird über Steuergelder finanziert. In den letzten Jahren haben private Initiativen und ambulante Angebote im Gesundheitssektor an Bedeutung gewonnen. Einrichtungen für Abhängige sind vorwiegend substanzübergreifend. Die Drogenpolitik in Schweden ist abstinenzorientiert, das hat zur Folge, dass sich Konsumenten Zwangsbehandlungen unterziehen müssen. Erst Anfang der 80er Jahre wurde die Methadonsubstitution als Behandlung anerkannt, ist in Schweden allerdings starken Auflagen unterlegen und schließt somit die überwiegende Mehrheit der Konsumenten von einer Behandlung aus.

### **Art und Umfang des Behandlungsangebots in der Schweiz**

Die Finanzierung der schweizer Sozialversicherung erfolgt durch Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteile und die öffentliche Hand. In der Krankenversicherung haben die Versicherten eine solidarische Kostenbeteiligung zu leisten. Die schweizer Kantone sind verpflichtet die stationäre Versorgung aller Patienten, unabhängig von ihrer Versicherungsleistung, zu übernehmen. Im ambulanten Sektor haben die Kantone die Pflicht, die notwendige Anzahl der Leistungserbringer zu bestimmen. Weitere Risiken sind durch verschiedene Versicherungen abgedeckt (<http://www.bsv.admin.ch>)

Seit 1975 wird in der Schweiz der Einsatz von Methadon durch das Bundesgesetz über Betäubungsmittel geregelt. Dadurch wurde die Verschreibung von Methadon unter die

Aufsicht der Gesundheitsdirektionen der 26 Kantone gestellt. Das führte zu einer sehr unterschiedlichen Auslegung und Handhabung der Substitution. Die Bewilligungsgrundlagen wurden durch die Ausbreitung der HIV-Infektion in einigen Kantonen sehr weit gefasst, um einen niedrigschwelligen Zugang zu ermöglichen und um viele Abhängige zu erreichen.

Fischer et al. (2002) gehen von 30.000 Heroinabhängigen in der Schweiz aus; davon befinden sich über 60 Prozent in einer Behandlung. In der Schweiz werden 18.000 Opiatabhängige mit Methadon substituiert (Vader et al. 2003).

1994 begann in der Schweiz der dreijährige Heroin Modellversuch (PROVE), an dem 700 Personen teilnahmen. Von den 700 Abhängigen erhielten 250 Heroin und die übrigen 450 Teilnehmer erhielten Methadon oder Morphin. Ziel der Studie war es, die prinzipielle Durchführbarkeit der Heroinverschreibung und die Effektivität und Wirtschaftlichkeit der Heroinvergabe festzustellen. Insgesamt haben 1.146 Patienten an PROVE teilgenommen. Das Projekt wurde an 18 Behandlungsstellen in 15 Städten durchgeführt, die Studienleitung lag bei dem Institut für Suchtforschung (ISF) in Verbindung mit dem Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (ISPMZ).

Die Datenerhebung der Studie wurde 1996 abgeschlossen (Uchtenhagen et al. 1997; Uchtenhagen et al. 1999). Deutlicher als in den britischen Untersuchungen schließen die Autoren der schweizer Evaluationsstudie mit der Empfehlung, die heroingestützte Behandlung für eine ausgewählte Zielgruppe in speziellen Einrichtungen des Drogenhilfesystems fortzuführen. Wiederum konnte die Machbarkeit der Heroinvergabe in einer Studie belegt werden. Die Haltequote war relativ hoch, sie betrug 89 Prozent nach sechs und 69 Prozent nach 18 Monaten. Positive Ergebnisse der Heroinverschreibung ergaben sich hinsichtlich der gesundheitlichen Situation der Teilnehmer, der sozialen Integration und vor allem in einem drastischen Rückgang des Delinquenzverhaltens. Der Beikonsum von Heroin und Kokain ging schnell und nachdrücklich zurück. Dagegen ergaben sich kaum Veränderungen beim Alkohol- und Cannabiskonsum.

Im Rahmen der Schweizer Studie ist im Kanton Genf eine randomisierte Kontrollgruppenuntersuchung durchgeführt worden, die Heroinpatienten mit Teilnehmern anderer Therapieformen vergleicht (Perneger et al. 1998). Eine Gruppe der rekrutierten Heroinabhängigen wurde entweder direkt der Heroinbehandlung oder einer sechsmonatigen Warteliste randomisiert zugewiesen. Die letztgenannte Gruppe hatte die Möglichkeit in eine andere Behandlungsform zu wechseln oder nach sechs Monaten in die Heroinbehandlung aufgenommen zu werden. Es waren jeweils 40 Patienten pro Gruppe vorgesehen, es meldeten sich allerdings nur 73 Personen, von denen wiederum nur 57 die Einschlusskriterien erfüllten. Am Ende des sechsmonatigen Untersuchungszeitraums lagen von 27 Patienten der Heroinbehandlung und von 21 Kontrollgruppenpatienten Ergebnisse vor. Bei den Heroinpatienten gab es einen signifikant stärkeren Rückgang des Beikonsums von Heroin und Benzodiazepinen. Suizidversuche nahmen in der Heroingruppe deutlich ab, in der Kontrollgruppe war dagegen ein Anstieg zu beobachten. Weiterhin nahmen Delikte bzw. Anklagen in der Experimentalgruppe signifikant ab und es kam zu einem damit verbundenen Rückgang illegaler Einkommensquellen. Diese randomisierte Teilstudie hat im Vergleich zur Gesamtstudie eine große Aufmerksamkeit geweckt, was mit dem randomisierten Studiendesign zusammenhängen dürfte. Allerdings sind generelle Aussagen aufgrund der zu geringen Stichprobengröße der Teilstudie nicht zu treffen. Dies gilt insbesondere, da die Ergebnisse der Perneger-Studie nur zum Teil mit den Erkenntnissen des Berichts von Uchtenhagen et al. (1997) übereinstimmen.

Im Frühjahr 1999 erschien der Bericht der Expertenkommission der WHO zur externen Evaluation der schweizer Heroinstudie (WHO 1999). Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass die Durchführbarkeit einer kontrollierten Heroinverschreibung an Drogenabhängige durch das Projekt belegt ist und die Einstellung der Patienten auf eine stabile Heroindosis nachgewiesen werden konnte. Die gute Haltequote der Behandlung wird positiv hervorgehoben. Weiterhin ist in dem WHO-Gutachten nachzulesen, dass es zu einer Verbesserung des körperlichen und psychischen Gesundheitszustands, sowie der sozialen Integration und der Lebensqualität kommt (Weber 2000). Einschränkend muss man hier sagen, dass diese Kriterien Selbstangaben der Patienten sind. Weiterhin wurde ein Rückgang des Beikonsums und krimineller Verhaltensweisen festgestellt. Die

entscheidende Kritik der Gutachter bezieht sich auf die mangelnde Aussagekraft, inwieweit die dargestellten Ergebnisse tatsächlich auf die Heroinbehandlung oder aber auf das aufwendige psychosoziale Behandlungsprogramm zurückzuführen sind. Ursache dafür ist das gewählte naturalistische Studiendesign, das auf eine Kontrollgruppe verzichtet. Die WHO-Expertenkommission kommt daher zu dem Ergebnis, dass die Überlegenheit einer heroingestützten Behandlung gegenüber anderen Therapieformen nicht nachgewiesen werden konnte und dass weitere Untersuchungen notwendig sind.

Die weitere Kritik der Gutachter bezog sich darauf, dass die Ergebnisse nicht im direkten Vergleich zu anderen Interventionen dargestellt werden können. Zwar wurde im Rahmen der schweizer Studie eine Vergleichsuntersuchung durchgeführt, diese lag allerdings nur den deutschsprachigen Experten zum Zeitpunkt des Gutachtens vor. Diese Untersuchung vergleicht die Behandlungsverläufe von Patienten, die sich in einer herkömmlichen Methadonsubstitution befinden mit denen der heroingestützten Behandlung (Dobler-Mikola et al. 1998). Ab 1995 wurden dazu Patienten, die in die Heroinstudie aufgenommen wurden mit Methadonsubstituierten verglichen. Es nahmen 119 Methadonpatienten aus der Deutschschweiz sowie 94 Substituierte der Romandie und 227 Heroinpatienten aus der deutsch- und 27 Patienten aus der französischsprachigen Schweiz an der Untersuchung teil. Die Ergebnisse belegen wiederum einen stärkeren Rückgang des Beikonsums von Heroin, Kokain und Benzodiazepinen in der Gruppe der Heroinpatienten. In Bezug auf die gesundheitliche Stabilisierung profitieren beide Untersuchungsgruppen von der Behandlung. Betrachtet man die soziale Integration, so verbessern sich die Patienten aus der Experimentalgruppe ebenfalls in weit höherem Maße als die Kontrollgruppenpatienten, die allerdings von einem höheren Niveau der Integration bei Aufnahme der Behandlung ausgehen. Methadonsubstituierte distanzieren sich dagegen mehr von anderen drogengebrauchenden Bekannten.

Da die Ergebnisse der deutsch- und französischsprachigen Methadonpatienten sehr unterschiedlich sind, ist die Interpretation der Ergebnisse erschwert. Die Erfolge der Methadonsubstituierten der Deutsch-Schweiz sind außergewöhnlich gering, was die Vermutung nahe legt, dass es sich hier um besonders „schwierige“ Patienten handelt

oder dass die Betreuung nicht ausreichend war. In der Empfehlung wird dann auch eine Verbesserung der Methadonsubstitution, verbunden mit einer für Heroin- und Methadonbehandlung gleichwertigen psychosozialen Betreuung gefordert.

Zusammenfassend kann man für die Schweiz feststellen, dass Versicherte einen solidarischen Beitrag zur Krankenversicherung leisten. Mitte der 70er Jahr wurde die Methadonsubstitution unter die Aufsicht der Kantone gestellt. Die Folge war eine unterschiedliche Auslegung und Handhabung der Vorschriften; einige Kantone bevorzugten einen niedrigschwelligen Zugang zur Substitution um die Ausbreitung von HIV zu begrenzen. 1994 begann die kontrollierte Heroinverschreibung, die auf einem naturalistischen Studiendesign basierte. Es konnten positive Veränderung bei allen untersuchten Kriterien beobachtet werden, allerdings kritisierte die WHO das Fehlen einer Kontrollgruppe. Die Heroinvergabe ist in der Schweiz in die Regelversorgung übernommen worden.

### **Art und Umfang des Behandlungsangebots in Großbritannien**

In Großbritannien wird das Gesundheitswesen zu 73 Prozent aus Steuern finanziert. Der überwiegende Teil der Leistungen ist für die Patienten kostenlos. Für die ambulante, stationäre und zahnärztliche Versorgung ist der National Health Service zuständig.

1994 wurden stationäre Drogentherapieprogramme von 16 stationären Einheiten des National Health Service, 52 caritativen und 18 privaten Organisationen und 8 sonstigen Einrichtungen durchgeführt (MacGregor et al. 1994).

Entgiftungen finden in Krankenhäusern statt und werden mit psychosozialen und rehabilitativen Elementen unterstützt. Die Dauer variiert zwischen zwei und fünf Wochen.

Stationäre Entwöhnungsbehandlungen werden in spezialisierten Suchtstationen und in allgemeinen psychiatrischen Stationen durchgeführt. Sie variieren hinsichtlich Struktur, Intensität und Therapiedauer. Die Behandlungsdauer kann zwischen sechs Wochen und sechs Monaten schwanken.

In der Nachsorge unterscheidet man zwischen Kurzzeitrehabilitationen, die zwischen sechs und zwölf Wochen dauern und Langzeitrehabilitationsmaßnahmen von einer Dauer über drei Monaten.

Großbritannien nimmt hinsichtlich der Versorgungsdichte der Substitution eine führende Position ein. Bis 1967 konnte jeder Arzt Methadon, Heroin und Kokain verschreiben, da die Verantwortung im Umgang mit Opiaten beim Arzt und weniger in der Gesetzgebung zu suchen war. Ab 1967, nach Erlass des „Dangerous Drugs Act“, ist die Abgabe von Heroin und Kokain nur noch von lizenzierten Ärzten, die hauptsächlich in spezialisierten Drogenkliniken arbeiten, möglich. Methadon kann allerdings nach wie vor von allen niedergelassenen Ärzten verschrieben werden. Die Substitution kommt als Kurzintervention zur Entgiftung Opiatabhängiger und langfristig als Erhaltungsprogramm zum Einsatz. Es wird von 17.000-20.000 substituierten Patienten bei ca. 120.000 Drogenabhängigen ausgegangen (BMG 1995). Die Abgabe des Methadons erfolgt durch Apotheken und wird zu Hause eingenommen. In den letzten Jahren erhöhte sich auch in Großbritannien die Zahl der Heroinabhängigen auf 150.000-270.000, die Zahl der Substituierten wird von Fischer et al. mit 35.000 angegeben (Fischer et al. 2002).

Heroin ist in Großbritannien ein legales Arzneimittel und jeder dafür lizenzierte Arzt kann Drogen (inklusive Heroin und Kokain) zur Behandlung von Drogenabhängigen verschreiben. Das ist allerdings eine seltene Intervention und Methadon ist die häufigste Substitutionssubstanz (Krausz et al. 1999).

Eine Untersuchung von Battersby et al. (1992) mit 40 Drogenabhängigen, denen injizierbares Heroin oder Methadon verschrieben wurde, brachte keine eindeutigen Ergebnisse über die Effektivität und den Stellenwert der heroingestützten Behandlung. Ein Drittel der Patienten zeigte Verbesserungen, allerdings hatte sich die Lebenssituation von acht Patienten (20 Prozent) am Ende der Behandlung verschlechtert.

Die National Treatment Outcome Research Study (NTORS) verglich erstmalig vier verschiedene Behandlungsangebote für Drogenkonsumenten in Großbritannien (Methadonsubstitution, Methadon Reduktionsprogramm, stationäre Programme und

Rehabilitation). Es wurden 1075 Patienten eingeschlossen. Zum Zeitpunkt der Nachbefragung nach vier bis fünf Jahren konnten 418 Patienten befragt werden. Von diesen Personen liegen Daten zu jedem Erhebungszeitpunkt vor. Der Konsum von Heroin, nicht verschriebenem Methadon und Benzodiazepinen ging zurück, der psychische Gesundheitszustand verbesserte sich und die Kriminalität sank ebenfalls in den verschiedenen Settings (Gossop et al. 1998). Zusätzlich konnte eine Zunahme der Abstinenzraten für illegale Drogen festgestellt werden. Auch dieses Ergebnis gilt für alle Behandlungsangebote. Für Alkohol und Crack konnten keine signifikanten Unterschiede zum Behandlungsbeginn festgestellt werden (Gossop et al. 1998).

Die uneindeutigen Ergebnisse über den Vergleich der Heroin- und der Methadonbehandlung von Battersby et al. (1992) und die positiven Outcomes über vier herkömmliche Behandlungssettings in Großbritannien können eine mögliche Ursache für die sehr zurückhaltende Verschreibungspraxis von Heroin sein. Gegenwärtig werden in Großbritannien zwischen 200 und 300 Drogenabhängige mit Heroin behandelt. Insgesamt 106 Ärzte, davon über ein Drittel in London, verfügen über die Erlaubnis Heroin an Drogenabhängige abzugeben (Metrebian et al. 1996; 1998). Davon machen nur ca. 40 Ärzte Gebrauch.

Abschließend kann man sagen, dass das Gesundheitssystem in Großbritannien zum überwiegenden Teil aus Steuern finanziert wird und viele Leistungen kostenlos sind. Vor 1967 war die Verschreibung von Methadon, Heroin und Kokain durch jeden Arzt möglich, danach wurden Heroin und Kokain nur noch durch lizenzierte Ärzte abgegeben. Für Methadon gibt es diese Einschränkungen nicht. Die sehr begrenzte Verschreibung von Heroin an Opiatabhängige kann u.a. auf die nicht eindeutigen Ergebnisse einer Untersuchung zwischen Heroin und Methadon zurückgeführt werden. Gleichzeitig wurde in einer größeren Studie die Wirksamkeit von vier konventionellen Settings bewiesen.

## **Art und Umfang des Behandlungsangebots in Italien**

Anfang der 90er Jahre wurde die Finanzierung des Gesundheitswesens geändert. Seither sind die einzelnen Regionen, mit Unterstützung des Nationalen Gesundheitsfonds, für die Finanzierung des Gesundheitsangebots selbst verantwortlich. Diese Änderung löste eine Kontrolle der Arzneimittelpreise und der Krankenhausausgaben durch die zuständigen Behörden aus. Eine Folge der veränderten Finanzierung ist die Verknappung von Leistungen auch im rehabilitativen Bereich, der sich nun ausschließlich auf die stationäre Rehabilitation bezieht.

Vier Fünftel der Drogenabhängigen werden in öffentlichen, vorrangig ambulanten, Einrichtungen betreut.

Im Bereich der stationären Entwöhnungsbehandlungen nimmt der Anteil der privaten und konfessionellen Einrichtungen zu. Die Gründe liegen zum einem in dem gemeindeorientierten Ansatz in Italien und in der ständigen Unterstützung von sozial Benachteiligten durch konfessionelle Organisationen. Im Unterschied zu den öffentlichen Einrichtungen müssen sie nicht jeden Patienten akzeptieren.

Entgiftungsstationen in den Allgemeinen Krankenhäusern sind in Italien eher selten. Stationär behandelt wird nur bei schweren entzugsbedingten medizinischen Komplikationen. Ansonsten werden Entgiftungen von den 1.368 therapeutischen Gemeinschaften übernommen, die meist nach amerikanischem Vorbild (z.B. Synanon) arbeiten. Dabei variieren die Behandlungsmethode und die Qualifikation des Personals erheblich. Man unterscheidet

- die psychotherapeutisch orientierte Behandlung. Dazu gehört psychotherapeutische Unterstützung sowie kognitive und systemische Verhaltenstherapie. Diese Gemeinschaften machen weniger als 15 Prozent der stationären Einrichtungen aus.
- Hierarchisch orientierte therapeutische Gemeinschaften, die hauptsächlich der katholischen Kirche gehören. Zu dieser Form der Behandlung gehören Selbsthilfegruppen, Ergotherapie, pädagogisches Training und zum Teil auch Beratung und psychotherapeutische Unterstützung auf niedrigschwelligem Niveau.
- Sozial-rehabilitative therapeutische Gemeinschaften, die den Hauptanteil der Einrichtungen repräsentieren. Hier sind Ergotherapie, berufliche Orientierung,

Aufbau sozialer Beziehungen und das gemeinschaftliche Leben die Hauptinterventionen.

In den therapeutischen Gemeinschaften beträgt die Dauer einer Behandlung ca. 1,5 bis 2 Jahre. Die Gemeinschaften werden aber immer mehr an die italienischen Verhältnisse adaptiert, was eine Verkürzung der Behandlungsdauer auf sechs Monate bedeutet.

In jüngerer Zeit wurden zahlreiche teilstationäre Einrichtungen, die von Tageskliniken bis zu niedrigschwelligen Angeboten reichen, eingerichtet. Die Palette reicht von Beratung, erster pharmakologischer Hilfe bis zu psychosozialer Unterstützung.

Um die berufliche Wiedereingliederung im Anschluss an ein therapeutisches Programm kümmert sich die Nationale Stiftung gegen Drogenmissbrauch.

Von 1991 bis 1996 war ein Anstieg der Methadonbehandlungen von neun auf 27 Prozent zu beobachten. Offensichtlich gab es zu dieser Zeit ein Umdenken in der Behandlungsphilosophie, obwohl nur für Schwerstabhängige eine Behandlung über einen längeren Zeitraum möglich war. Normalerweise ist die Behandlung sehr kurzfristig (30 Tage) angelegt, da die Substanz als Mittel zur Detoxifikation und nicht als Substitutionsmittel deklariert ist. Methadon kann nur im stationären Rahmen oder von niedergelassenen Ärzten in Zusammenarbeit mit Drogenberatungsstellen eingesetzt werden. Die Drogenberatungsstellen üben dabei die Kontrolle und Registrierung der Substitution aus. Von den geschätzten 100.000-200.000 Drogenabhängigen befinden sich 12.400 in Substitution (BMG 1995).

Seit Anfang der 90er Jahre sind die Regionen in Italien für das Angebot an Gesundheitsleistungen größtenteils selbst verantwortlich. Das hat zu zahlreichen Veränderungen der Verantwortlichkeiten geführt. Der Anteil an privaten Einrichtungen hat zugenommen und die Dauer einiger Behandlungen hat sich verringert. Methadon gilt als ein Mittel zur Detoxifikation und kommt deshalb nur kurzzeitig zum Einsatz. Die Drogenberatungsstellen übernehmen darüber die Kontrolle und Registrierung.

## **Zusammenfassung**

In der Mehrheit der hier vorgestellten Länder konnte in den letzten Jahren eine Deinstitutionalisierung und Differenzierung im Zusammenhang mit einer Verschiebung der Zuständigkeiten beobachtet werden. Private und Wohlfahrtsorganisationen übernehmen immer mehr therapeutische Angebote. Die Konzepte für Beratung, Entzug und Nachsorge ähneln sich größtenteils, können aber unterschiedliche Schwerpunkte haben. Die Dauer der stationären Behandlung hat in fast allen Ländern abgenommen ohne dass es dafür sozialrechtliche Voraussetzungen gibt. Es entsteht der Eindruck, dass die Kostenträger in Abhängigkeit der finanziellen Ressourcen die Dauer der Behandlung definieren. Ebenfalls aus Kostengründen wurden in den letzten Jahren die ambulanten Angebote vor stationären Behandlungen favorisiert. In England und Italien wurde von Experten über die qualitativ besseren Angebote der privaten Organisationen im Vergleich zu den öffentlichen Einrichtungen berichtet.

Die Finanzierung der Folgen von Überdosierungen, Verletzungen und medizinischen Schäden wird in allen Ländern durch das allgemeine Gesundheitssystem getragen. Das weitere therapeutische Angebot für Drogenkonsumenten wird unterschiedlich finanziert. Dabei spielen staatliche Finanzierungen, Pflicht- sowie private Versicherungen und Wohlfahrtsorganisationen eine Rolle.

Für die beiden Länder (Deutschland, Niederlande) mit der niedrigsten Zahl der problematischen Drogenkonsumenten pro 1.000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren kann man feststellen, dass sich die Mehrheit der Bevölkerung in der gesetzlichen Krankenversicherung befindet, für Abhängigkeitserkrankungen ein umfassendes Versorgungsangebot zur Verfügung steht und die Substitution eine anerkannte und weit verbreitete Form der Therapie der Opiatabhängigkeit ist. In den Niederlanden wurde eine Studie zur kontrollierten Vergabe von Heroin bereits abgeschlossen, in Deutschland befindet sich der Versuch in der Durchführung.

Zwischen den drei Ländern (Frankreich, Schweden, Schweiz) mit vier bis sechs Konsumenten pro 1.000 Einwohner können keine Gemeinsamkeiten festgestellt werden. In Schweden wird eine abstinenzorientierte Behandlung und eine sehr hochschwellige Substitution bevorzugt, in Frankreich setzte sich die Substitution mit Buprenorphin durch die Hausärzte durch und in der Schweiz war ein sehr unterschiedlicher Zugang

durch eine unterschiedliche Auslegung der Vorschriften zur Substitution an der Tagesordnung. Die Schweiz hat den kontrollierten Versuch zur Heroinvergabe bereits beendet.

Für die beiden vorgestellten Länder (Großbritannien, Italien) mit Konsumentenzahlen zwischen sieben und acht pro 1.000 Einwohner sind ebenfalls keine Gemeinsamkeiten zu erkennen. In Großbritannien ist die Substitution eine anerkannte Form der Behandlung, in Italien wird die Substitution zur Entgiftung eingesetzt. Die Möglichkeit der legalen Verschreibung von Heroin in Großbritannien wird nur von wenigen Ärzten genutzt.

Insgesamt betrachtet existieren zwischen den sieben Ländern große Differenzen im Versorgungsangebot für Konsumenten. Ursachen dafür sind der abstinenz- bzw. Harm-Reduction Ansatz und die unterschiedliche Drogenpolitik der Länder.

#### **2.4 Zusammenhang zwischen Therapiedauer, Behandlungsmerkmalen und Behandlungserfolg**

Untersuchungen zum Therapieerfolg bei abhängigen Patienten sind schwierig, da die Behandlungen oft von großer Komplexität gekennzeichnet sind, die Erfolgskriterien der Behandlung sehr komplex bzw. sehr unterschiedlich definiert werden und da unbehandelte, randomisierte Kontrollgruppen zur Abschätzung des Therapieerfolgs aus ethischen Gründen nur selten gebildet werden können.

Zu Beginn der Forschungstätigkeit mit abhängigen Personen wurde deshalb ein Therapieerfolg mit Abstinenz gleichgesetzt, während Patienten mit Rückfällen als erfolglos definiert wurden. Diese Dichotomie beschreibt aber nur unzulänglich die tatsächliche Situation von Drogenabhängigkeit und führte zu differenzierteren Therapiebeurteilungskriterien. Verhaltensänderungen in verschiedenen Lebensbereichen werden ebenso erfasst wie die Reduktion der Konsumtage nach Behandlungsende. Die zahlreichen Einzelbewertungen müssen allerdings zu einem Gesamturteil zusammengefasst werden und es ergibt sich das Problem der Gewichtung einzelner Parameter. Dabei haben auch Werturteile eine Bedeutung. Ist z.B. die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit höher zu beurteilen als der gelegentliche Beikonsum oder umgekehrt?

Die unterschiedliche Bewertung kann dazu führen, dass Ergebnisse verschieden interpretiert werden.

Ebenfalls sehr problematisch ist es, verschiedene Behandlungsformen mit unterschiedlicher Behandlungsphilosophie, wie z.B. die drogenfreie Therapie mit der Substitution zu vergleichen. Der Vergleich der Abbruchraten führt hier nicht zum Erfolg, da die drogenfreie Therapie bereits planmäßig beendet ist, wenn nach zwei bis drei Jahren in der Substitution die Abbruchquoten steigen. Soziale Parameter und berufliche Integration sind für einen Vergleich ebenfalls ungeeignet, da in guten Substitutionsprogrammen die Patienten intensiv betreut werden, während die drogenfreie Behandlung zu kurz ist um so grundlegende Veränderung wie Arbeit oder Wohnen zu initiieren, bzw. zu verbessern.

Eine Alternative für die beschriebenen Probleme können Kosten-Nutzen-Berechnungen darstellen. Allerdings werden damit nicht alle Schwierigkeiten der Bewertung von Behandlungserfolg oder Misserfolg gelöst, denn eine teurere Therapie kann im Einzelfall die bessere sein, da sie die einzig durchführbare Form der Behandlung ist.

Diese beschriebenen Probleme bei der Evaluation von Therapieangeboten führen dazu, dass es kaum empirisch gesicherte Leitlinien für die Auswahl der Behandlung gibt. So entscheidet der Patient über die Form seiner Behandlung.

Aus der Anfangszeit der Methadonvergabe gibt es drei experimentelle Studien mit kleinen Stichproben, die alle die Überlegenheit der Substitution gegenüber keiner oder einer Placebo-Behandlung nachweisen (BMG 1995). Unter der Substitution verbleiben mehr Patienten in der Behandlung, der Beikonsum wird reduziert und die Gefahr einer erneuten Verhaftung ist geringer. Die bedeutendsten Vergleichsstudien zur Substitution sind die DARP- (Drug Abuse Reporting Program) und die TOPS-Studie (Treatment Outcome Prospective Study) und beide kommen aus den USA (Simpson & Sells 1982; Hubbard et al. 1989). An der DARP-Studie beteiligten sich 52 Therapieeinrichtungen. Die Ergebnisse belegen, dass Patienten aus therapeutischen Wohngemeinschaften, der Substitution und ambulanten drogenfreien Therapien bessere Resultate erzielen als

Personen aus Entzugsbehandlungen oder ohne Therapie. Das wichtigste Ergebnis war der festgestellte positive Zusammenhang zwischen Therapiedauer und Therapieerfolg. Die retrospektive TOPS-Studie (1984) mit 11.000 Drogenabhängigen wurde in 41 Behandlungseinrichtungen durchgeführt (Hubbard et al. 1989). Das Ziel der Untersuchung war es, die Auswirkungen der Behandlung auf das Patientenverhalten zu ermitteln, sowie Patienten- und Behandlungscharakteristika zu beschreiben, um Behandlungsergebnisse vorhersagbar zu machen. Dazu wurden therapeutische Wohngemeinschaften, ambulante drogenfreie Behandlungen und die Substitution untersucht. Die Ergebnisse bestätigen, dass Patienten in der Substitution die beste Haltequote innerhalb der drei Behandlungsformen aufweisen. Ein weiteres wichtiges Ergebnis ist, dass die Länge der Therapiezeit ein wichtiger Prädiktor für das Verhalten nach dem Ende der Therapie ist (BMG 1995). Therapiestudien zur Substitution in dieser Größenordnung gibt es in Europa nicht.

Zur Messung der Effektivität der Behandlung Drogenabhängiger zeigte die DATOS (Drug Abuse Treatment Outcome Studies) Multicenter Studie aus den USA, dass die Aufenthaltsdauer der Patienten einer der wichtigsten Prädiktoren für den positiven Therapieverlauf ist (Simpson et al. 1997). Das scheint besonders für jüngere Patienten von entscheidender Bedeutung zu sein. Eine kritische Grenze für das Erreichen der Therapieziele liegt sowohl bei drei als auch bei sechs Monaten. Personen die länger als drei Monate in Therapie verbleiben, haben signifikant bessere Ergebnisse als Personen mit einer kürzeren Aufenthaltsdauer. Noch bessere Ergebnisse erzielen Klienten mit einer Aufenthaltsdauer über sechs Monate. Die kritische Grenze für eine signifikante Reduktion der kriminellen Aktivitäten liegt bei neun Monaten. Diese so genannten kritischen Grenzen, die für den Erfolg durchlaufen werden müssen, sind notwendige aber nicht hinreichende Bedingungen, darauf weisen schon Joe und Simpson (1975) hin. Auch andere Studien belegen, dass die Behandlungsergebnisse eher durch die Merkmale der Behandlung und nicht so sehr durch Patientenmerkmale charakterisiert werden (Sonntag et al. 2000).

Die Aufenthaltsdauer der Patienten in den Programmen scheint mit einer höheren Involviertheit und damit Compliance assoziiert zu sein. Broome et al. (1996) und Hser

et al. (1999) berichten, dass die Therapeut-Patienten-Beziehung im Langzeittherapiebereich und die Therapiezufriedenheit im ambulanten Sektor sehr bedeutende prognostische Faktoren darstellen. Der Therapeut hat also eine entscheidende Rolle bei der Behandlung Drogenabhängiger.

Patienten mit einer kognitiven Beeinträchtigung bleiben deutlich kürzer in Therapie, brechen die Behandlung eher ab und haben entsprechend geringere Therapieerfolge (Fals-Stewart und Schafer 1992). Kufner et al. (1994) untersuchten 34 stationäre Einrichtungen in Deutschland hinsichtlich des Einflusses der Behandlungsmerkmale auf die Haltequote. Es ergaben sich folgende Behandlungsmerkmale mit signifikanten Beiträgen für den Erfolg:

- Drogenfreiheit als Aufnahmekriterium in eine stationäre Therapie hat einen negativen Zusammenhang mit der Haltequote.
- Die Mitwirkung des therapeutischen Teams bei der Entscheidung über die Aufnahme des Patienten steht in einem positiven Zusammenhang mit der Haltequote.
- Eine Wiederaufnahmesperre korrespondiert positiv mit der Haltequote.
- Einzelpädagogische Maßnahmen weisen einen positiven Zusammenhang zur Haltequote auf.
- Regelmäßig durchgeführte Aktivitäten mit den Angehörigen (z.B. Sport, Gruppen) haben einen negativen Zusammenhang mit der Haltequote.
- Die Beschränkung des Briefverkehrs und ein Rauchverbot während der Therapie haben einen negativen Einfluss.
- Gleichzeitig erweist sich eine liberale Haltung des Teams als hilfreich im Sinne einer hohen Haltequote und einem geringeren Rückfallrisiko.
- Die Einbettung der stationären Therapie in einen weiterführenden Behandlungsplan hat einen positiven Einfluss auf die Haltequote.
- Ein besserer Patienten-Therapeuten-Schlüssel weist einen negativen Zusammenhang mit der Haltequote auf.

In einer Meta-analytischen Untersuchung wurden 69 Studien von Brewer et al. (1998) hinsichtlich der Patientenmerkmale und des Drogenkonsums während und nach der Therapie untersucht. Neun Variable haben einen statistisch signifikanten Einfluss auf den Drogenkonsum:

- höherer Drogenkonsum vor der Behandlung,
- frühere Behandlungen der Opiatabhängigkeit,
- keine frühere Opiatabstinenz,
- Depression,
- Stress,
- Erwerbslosigkeit oder Beschäftigungsprobleme,
- Kontakte zu drogenabhängigen Peers,
- kurze Therapiedauer und
- frühes Abbrechen der Therapie.

Der Zusammenhang zwischen Therapiedauer und Behandlungserfolg ist positiv. Die Zeiten liegen zwischen drei und neun Monaten. Eine längere Behandlung führt in der Regel nicht zu besseren Erfolgen. Diese Aussagen gelten für Patientengruppen mit einer durchschnittlichen Ausprägung der Abhängigkeitsproblematik. Aber auch die Intensität und die Art der Maßnahmen sind wichtig für den Erfolg. Bei der beobachteten Verkürzung der Therapiezeiten in Europa ist es wünschenswert, die verbleibende Behandlung im Hinblick auf die Intensität und Qualität zu verbessern und mit einer weiterführenden ambulanten therapeutischen Betreuung zu kombinieren.

Wichtig erscheint weiterhin die Frage der guten Therapeut-Patienten-Beziehung, sowie die qualifizierte Aus- und Weiterbildung der multidisziplinären Teams, die in Entscheidungsprozesse involviert sein sollten.

### **3 Methodik**

#### **3.1 Hypothesen**

Aus dem Forschungsstand lassen sich folgende Fragestellungen ableiten:

- 1 Es existieren Differenzen zwischen den Bedarfen der Klienten und dem momentanen Leistungsspektrum der Einrichtungen aus Sicht der Patienten. Experten des Suchthilfesystems sehen andere Defizite im Leistungsspektrum als die Patienten.
- 2 Die Versorgung der Opiatabhängigen im Hilfesystem in Hamburg ist auf bestimmte Personengruppen zugeschnitten. Für Opiatabhängige, die nicht vom Hilfesystem erreicht werden, ist das derzeitige Angebot an Behandlungen und Therapien nicht differenziert genug. Ein Teil der Methadonsubstituierten werden vom Hilfesystem nicht im nötigen Ausmaß erreicht.
- 3 Eine negative Lebensqualität wird als ein Indikator für soziale Desintegration betrachtet. Dabei wird besonders auf die Skala „psychische Lebensqualität“ eingegangen als Prädiktor für soziale Desintegration. Lebensqualität korreliert negativ mit sozialen Faktoren.
- 4 Die Lebensqualität der nicht erreichten Opiatabhängigen ist schlechter als die der Methadonsubstituierten. Durch die Anbindung der Methadonsubstituierten an das Hilfesystem ist die Lebensqualität dieser Patienten höher als die Lebensqualität der nicht Erreichten. Die Lebensqualität der Opiatabhängigen ist signifikant schlechter als die der deutschen Vergleichsstichprobe.

## **3.2 Erhebungen**

Die ROSE-Studie bildet die Datengrundlage dieser Arbeit. Insgesamt sind zehn europäische Zentren an der Untersuchung beteiligt. Ziel der Studie ist es epidemiologische Daten auf europäischer Ebene zu erheben und daraus Handlungsleitlinien und Empfehlungen für eine verbesserte Versorgung von Opiatabhängigen abzuleiten.

Die ROSE-Studie beinhaltet drei Erhebungsverfahren und eine Delphi-Analyse. Am Anfang wurden Experteninterviews durchgeführt. Daran schloss sich die quantitative Erhebung mit 150 Konsumenten an. Die qualitative Untersuchung war ein weiterer wichtiger Bestandteil der Studie. Den teilnehmenden Personen aller Befragungen wurde die Anonymität ihrer Daten zugesichert.

### **Experteninterviews**

Die Expertenbefragung ist als Instrument bei der Durchführung von Bedarfserhebungen nicht unumstritten. Sie bietet aber den Vorteil, dass die Befragten einen Überblick über das regionale Versorgungsangebot haben. So ist ein professioneller Blick auf die aktuelle Versorgungssituation gewährleistet. Als Nachteil muss angeführt werden, dass die Experten durch ihre berufliche Stellung eine subjektive Wahrnehmung, resultierend aus der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Berufsgruppe, haben können. Dem kann dadurch begegnet werden, dass man den Begriff „Experte“ weit spannt und auch Personen in die Befragung einbezieht, die im weiteren Sinn mit der Suchtkrankenhilfe im Zusammenhang stehen. Damit ergibt sich ein informiertes, aber gleichzeitig sehr differenziertes Bild durch das Expertenwissen (Fleischmann & Krischker 1997). Aber wie schon unter Punkt 1.9 ausgeführt, beruhen die meisten lokalen Schätzungen der Prävalenz auf Expertenbefragungen (Kraus 2004).

Bei den Experteninterviews im Rahmen der Studie handelt es sich um leitfadengestützte Interviews mit Vertretern des Drogenhilfesystems, die aufgrund ihrer beruflichen Erfahrungen als Experten gelten können. Die Experteninterviews gliedern sich nochmals in zwei separate Teile, die im Abstand von einem halben Jahr mit denselben

Personen durchgeführt wurden. Im ersten Teil der Experteninterviews waren vor allem die Prävalenzraten von Opiatabhängigen an unterschiedlichen Stellen im Hilfesystem von Bedeutung. Im zweiten Teil der Expertenbefragung lag das Interesse auf den Bedarfen von Opiatabhängigen. Die Gespräche verliefen alle in einer angenehmen Atmosphäre, die durch Offenheit gekennzeichnet war. Die Dauer der Interviews betrug zwischen 45 und 60 Minuten. Nach jedem Interview wurde eine zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) angefertigt. Die zusammengefasste Textversion wurde in Bezug zu den Fragestellungen gesetzt und gegliedert, so konnten verschiedene Themen herausgearbeitet werden. Im Anschluss wurde das Textmaterial für die inhaltliche Interpretation nochmals durchgearbeitet. Es wurden sowohl deskriptive als auch normative Aussagen der Experten verwendet. Abweichende Kategorien wurden explizit dargestellt, teilweise waren sie auf die Zugehörigkeit einer bestimmten Berufsgruppe (administrativer Bereich vs. Ärzte) im Drogenhilfesystem zurückzuführen. Die Ergebnisse sind in diesem Spannungsfeld dargestellt.

### **Quantitative Erhebung**

Die quantitative Erhebung der ROSE-Studie fand im Zeitraum März 2003 bis September 2003 statt. Die Zielgruppen der Untersuchung waren 100 schlecht laufende Methadonsubstituierte und 50 nicht erreichte Opiatabhängige. Unter schlecht laufender Methadonsubstitution werden weiterhin problematischer Beikonsum von Heroin, Kokain oder anderen Substanzen und/oder andere Verhaltensprobleme wie Delinquenz oder Gewalt verstanden. Die Substitution sollte seit mindestens drei Monaten bestehen. Nicht erreichte Konsumenten wurden durch Opiatkonsum an mindestens vier Tagen pro Woche in den letzten zwei Monaten charakterisiert und eine Substitutionsbehandlung oder abstinenzorientierte Behandlung sollte mindestens sechs Monate zurück liegen.

Die Erhebung dauerte zwischen 30 und 60 Minuten; abhängig von der Verfassung der Teilnehmer. Die Befragung der schlecht laufenden Substituierten wurde in einer Hamburger Drogenambulanz und in einer Substitutionspraxis eines niedergelassenen Arztes durchgeführt. Die Gruppe der bisher nicht erreichten Opiatkonsumenten wurde in niedrighschwelligten Einrichtungen und Übernachtungsstätten rekrutiert. Unterstützend wirkte sich das bewusst eingesetzte „Snowball Prinzip“ aus.

## **Qualitative Interviews**

Von März bis Juni 2003 wurden zehn qualitative Interviews mit Opiatabhängigen durchgeführt. Die dabei zugrunde liegende Methode ist das problemzentrierte Interview (Witzel 2000). Das problemzentrierte Interview (PZI) lehnt sich weitgehend an das Verfahren der Grounded Theory von Glaser & Strauss (1998) an, indem festgelegte Operationalisierungsschritte zur Erfassung und Überprüfung genutzt werden. Das problemzentrierte Interview ist durch Offenheit und Empathie gekennzeichnet. Der Erkenntnisgewinn beginnt bereits während der Erhebung und setzt sich im Auswertungsprozess fort. Das PZI basiert auf drei Grundpositionen:

- Die Problemzentrierung kennzeichnet das Interesse an einem relevanten Forschungsgegenstand. Der Interviewer stützt sich auf die vorliegenden Kenntnisse der Rahmenbedingungen und kann damit die Aussagen der interviewten Personen nachvollziehen, gleichzeitig wird er in die Lage versetzt, am Problem orientierte Fragen zu stellen.
- Die Gegenstandsorientierung betont die Flexibilität der Methode gegenüber den unterschiedlichen Anforderungen der untersuchten Fragestellungen, wobei das Interview im Mittelpunkt steht. Eine Methodenkombination kann sich als sinnvoll erweisen.
- Die Prozessorientierung bezieht sich auf den gesamten Ablauf des Forschungsprozesses. Durch eine sensible und offene Kommunikation entsteht Vertrauen bei den interviewten Personen. Diese Offenheit fördert die Selbstreflexion und so entwickeln sich im Laufe des Interviews immer wieder neue Aspekte zum gleichen Thema. Auch Redundanzen sind dabei erwünscht, sie enthalten oft Neuformulierungen, die die Interpretation erleichtern. Sich widersprechende Aussagen können die Ambivalenz einer Person ausdrücken und sollten thematisiert werden.

(Witzel 2000)

Die qualitativen Interviews wurden mittels eines Leitfadens geführt, der sowohl zur Orientierung der Interviewer als auch zur Sicherung der Vergleichbarkeit der Interviews

diente. Die befragten Personen werden als Experten ihrer Auffassungen und Handlungen wahrgenommen.

Die Auswertung erfolgte auf der Basis der vollständig transkribierten Interviews. Der erste Schritt der Auswertung besteht in der theoriegeleiteten Markierung des Textes mit Stichworten aus dem Leitfaden. Weiterhin erfolgte eine analytische Zuordnung thematischer Auffälligkeiten zu „Memos“. Das sich anschließende Dossier enthält eine Fallbewertung des Auswerters mit den Besonderheiten, der Beschaffenheit des Materials und eventuellen Unsicherheiten bei der Interpretation.

Der Fallvergleich hat das Ziel, übergreifende zentrale Themen zu erfassen. Dabei werden die einzelnen Interviews mit ihren inhaltlichen Ausprägungen miteinander verglichen und sowohl Ähnlichkeiten als auch Unterschiede gesucht. Interessante Bereiche werden wiederum in Memos festgehalten um daraus dann die Kernkategorien zu entwickeln. Die nächste Auswertungsstufe greift auf die Memos zurück und entwickelt daraus Hypothesen, die wiederum theoriegeleitet mit empirischen Material verdichtet werden (Witzel 2000).

### **Delphi-Analyse**

Die Grundlage der Delphi-Analyse (Häder & Häder 2000) bilden die durchgeführten Experteninterviews. Auf dieser Basis wurde ein Fragebogen entwickelt, der an die Projektleiter aller zehn Zentren versandt wurde. Während eines Arbeitstreffens im September 2004 wurden die Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den teilnehmenden Studienzentren diskutiert und aus den Ergebnissen wurden Guidelines entwickelt. Nach einer erneuten Rückspiegelung mit den Projektleitern liegen diese Empfehlungen nun vor.

### **3.3 Erhebungsinstrumente**

Der eingesetzte Fragebogen der quantitativen Erhebung enthielt eine modifizierte Version des Maudsley Addiction Profile (MAP) (Marsden et al. 1998b). Ebenso enthalten waren alle notwendigen Items zur Bildung der Composite Scores „Drogen“ und „Alkohol“ aus dem European Addiction Severity Index (EuropASI) (Gsellhofer et

al. 1999, Kokkevi & Hartgers 1995). Weiterhin enthielt der Fragebogen den Treatment Perception Questionnaire (TPQ) (Marsden et al. 2000) und den Disability Assessment Schedule (WHODASII) (WHO 2000). Darüber hinaus wurde das Erhebungsinstrument durch eigene Fragenkomplexe ergänzt; dadurch war es möglich die Bedarfe der Konsumenten zu erfassen. In Hamburg wurde zusätzlich der SF-12 zur Erfassung der Lebensqualität eingesetzt (Gandek et al. 1998). Hierauf wird im nächsten Abschnitt genauer eingegangen, da es für die Arbeit von zentraler Bedeutung ist.

Ein weiteres Ziel der ROSE-Studie war, das Hilfesystem für Drogenabhängige zu evaluieren und auf dieser Grundlage Handlungsleitlinien zu entwickeln. Dazu wurde das von Uchtenhagen und Guggenbühl entwickelte ADAT (Adequacy of Drug Abuse Treatment and Care) herangezogen (Uchtenhagen & Guggenbühl 1999).

### **3.4 Messung der Lebensqualität**

Das Konzept der Lebensqualitätsmessung ist nicht unumstritten, da aus subjektiven Daten ein Maß für die Lebensqualität gewonnen werden soll. Außerdem wird Lebensqualität von unterschiedlichen Personen auch unterschiedlich definiert. Lebensqualität ist ein multidimensionales Konzept, das mit vielen Messinstrumenten erfasst werden kann.

Der SF-36 und seine Kurzform, der SF-12, sind Instrumente zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Der SF-12 wurde regressionsanalytisch aus der Langfassung gewonnen. Sowohl die Lang- als auch die Kurzform können bei gesunden und kranken Personen eingesetzt werden (Bullinger et al. 2003). Ursprünglich wurde der SF-36 im amerikanischen Sprachraum im Zusammenhang mit der Medical Outcomes Study entwickelt (Bullinger 1996). Von Wilson et al. (2002) wurde eine Version für Australien entwickelt, die 94 Prozent der Varianz des SF-36 erklärt.

Im Bereich der Gesundheitswissenschaften wird unter gesundheitsbezogener Lebensqualität die subjektive Wahrnehmung von körperlichen, psychischen, sozialen und funktionalen Perspektiven verstanden. Dadurch wird die subjektive Gesundheit einer Person messbar. „Gesundheitsbezogene Lebensqualität ist mit subjektiven

Gesundheitsindikatoren gleichzusetzen und bezeichnet ein multidimensionales psychologisches Konstrukt, das durch mindestens vier Komponenten zu operationalisieren ist: das psychische Befinden, die körperliche Verfassung, die sozialen Beziehungen und die funktionale Kompetenz der Befragten. Von großer Bedeutung ist, dass die Patienten selbst Auskunft über ihr Befinden und ihre Funktionsfähigkeit geben.“ (Bullinger 1996).

Lebensqualitätsindikatoren bekommen bei der Bewertung von Versorgungssystemen zunehmend eine größere Bedeutung. Die Lebensqualität wird aber auch zur Beschreibung von besonders erkrankten Populationen genutzt um Prävalenzen für Planungen im Gesundheitssystem zu erhalten. Dazu eignet sich der SF-12 genauso wie die Langfassung, der SF-36 (Bullinger 1996). In einer Untersuchung in neun europäischen Ländern konnte die hohe Korrelation zwischen SF-12 und SF-36 bestätigt werden (Gandek et al. 1998).

Es existieren verschiedene Instrumente für unterschiedliche Krankheiten zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Der SF-36 ist ein generisches, also krankheitsübergreifendes, Instrument, das die Lebensqualität unabhängig vom Gesundheitszustand aus Sicht der Befragten erfasst. Die 36 Fragen umfassen acht Dimensionen der subjektiven Gesundheit, die zu Subskalen und zwei Summenskalen (körperliches und psychisches Befinden) zusammengefasst werden können. Die Antworten können dichotom oder mehrstufig Likert-skaliert sein.

Der SF-12 beschränkt sich in der Auswertung auf die Bildung der beiden Summenskalen, wobei die 12 Fragen mit unterschiedlichem Gewicht in die Bildung der Scores eingehen. In einer Untersuchung von Patienten mit neurologischen Erkrankungen wurde ein negativer Zusammenhang der körperlichen Dimension mit höherem Alter festgestellt. Für die psychische Summenskala wurde keine Altersassoziation ermittelt (Maurischat et al. 2004).

In einer weiteren Studie wurde nachgewiesen, dass ein Item des SF-12 als Indikator für das Vorhandensein einer Depression dienen kann. Die Sensitivität und Spezifität dieses Tests als Screening Instrument ist zufrieden stellend (Paz et al. 2003).

Wie bereits schon mehrfach erwähnt blieb die Lebensqualität von Opiatabhängigen bisher meist unberücksichtigt. Lediglich eine Untersuchung aus Kanada verwendete den

SF-36 um der Frage nachzugehen, wie sich die Lebensqualität von Opiatabhängigen im Vergleich zur Normalbevölkerung und zu Personen mit chronischen medizinischen Problemen unterscheidet. Die untersuchten 143 Opiatabhängigen hatten eine signifikant schlechtere gesundheitsbezogenen Lebensqualität als die beiden Vergleichsgruppen, das gilt sowohl für die körperliche als auch für die psychische Befindlichkeit. Vergleichbar waren die Ergebnisse der Opiatabhängigen lediglich mit Personen, die an einer psychiatrischen Erkrankung litten. Die Empfehlung der Autoren geht in die Richtung, dass die Methadonsubstitution nicht nur eine medizinische Versorgung beinhalten sollte, sondern auch die psychiatrischen Erkrankungen der Patienten in der Behandlung eine Rolle spielen müssen (Millson et al. 2004).

Eine amerikanische Untersuchung von Calsyn et al. (2004) beschäftigt sich mit der Frage, inwieweit die Composite Scores des Addiction Severity Index (ASI) Aussagen über die gesundheitsbezogene Lebensqualität der untersuchten Personen zulassen. Dazu konnten von 674 Kriegsveteranen Daten des Addiction Severity Index und des SF-36 ausgewertet werden. Generell wurde in dieser Studie festgestellt, dass Personen mit einer Substanzabhängigkeit schlechtere Ergebnisse im SF-36 haben als Personen ohne Substanzabhängigkeit oder die Normalbevölkerung. Allerdings befanden sich unter den befragten Veteranen nur 202 Personen mit einer Opiatabhängigkeit, die Mehrheit war alkoholabhängig. Aus der Gruppe der opiatabhängigen Personen wurde eine Untergruppe gebildet und es stellte sich heraus, dass die Korrelationen zwischen dem psychiatrischen Composite Score des ASI und der psychischen Summenskala des SF-36 für die Untergruppe der opiatabhängigen Personen signifikant niedriger waren als für die alkoholabhängige Gruppe. Das eigentliche Ziel der Studie, einen Zusammenhang zwischen den Summenskalen des ASI und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität herzustellen, wurde durch die Autoren belegt, obwohl frühere Arbeiten in eine andere Richtung deuten. Als Einschränkung wird die spezielle Untersuchungsgruppe, die sich aus männlichen Kriegsveteranen vorwiegend im mittleren Alter zusammensetzt, genannt.

Helmert (2003) beschäftigte sich mit der Frage, ob die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes eine validere Aussage für das Sterblichkeitsrisiko ergibt, als der medizinisch objektivierbare Befund. In der Tat ist die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit der 7212 Personen in dem Beobachtungszeitraum von vierzehn Jahren ein sehr guter Prädiktor für das Sterblichkeitsrisiko. Anknüpfend an die Bestätigung des eigenen Expertenstatus für die Gesundheit kommt Gadamer (1993) zu der Aussage: “Natürlich kann man auch Standardwerte für die Gesundheit festlegen. Wenn man aber etwa einem gesunden Menschen diese Standardwerte aufzwingen wollte, würde man ihn eher krank machen. (...) Wenn man die Gesundheit in Wahrheit nicht messen kann, so eben deswegen, weil sie ein Zustand der inneren Angemessenheit und der Übereinstimmung mit sich selbst ist, die man nicht durch eine andere Kontrolle überbieten kann.“ (Gadamer 1993, S. 138)

### **3.5 Statistische Auswertungsmethoden**

Die statistischen Auswertungsmethoden für die Unterschiedshypothesen sind im wesentlichen t-Tests,  $\chi^2$ -Tests und Varianzanalysen sowie nonparametrische Verfahren (Spearman Korrelation).

Das Signifikanzniveau wird bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 Prozent angesetzt und jeweils angegeben. Die statistische Bearbeitung erfolgte mit dem Statistik-Programm SPSS, Version 11, der Firma SPSS.

Bei der Durchführung mehrerer Tests an identischen Daten (hier: Gruppen von Opiatabhängigen) ist die Wahrscheinlichkeit, sich irrtümlich gegen die Nullhypothese zu entscheiden, erhöht.

Es wurde auf eine Alpha-Fehler-Adjustierung (z.B. Bonferoni-Korrektur) verzichtet, da diese eher zu konservativ ausfällt und zudem von orthogonalen, d.h. voneinander unabhängigen Einzeltests ausgeht. Zudem hat die Arbeit einen eher deskriptiv-explorativen Charakter.

## **4 Ergebnisse der ROSE-Studie**

### **4.1 Experteninterviews**

Im Rahmen des Projektes „High risk opiate addicts in Europe“ wurde mit Vertretern des Hamburger Drogenhilfesystems Experteninterviews zur Erhebung der Prävalenzraten von Opiatabhängigen, die sich nicht in Behandlung befinden und nicht erfolgreich in das bestehende Suchthilfesystem integriert sind, geführt. Die Ergebnisse sollen mit Auswertungen vorhandener Forschungsberichte zu epidemiologischen Daten verglichen werden. Das Ziel ist, epidemiologische Daten der beiden Zielgruppen zu erheben und daraus Handlungsleitlinien und Empfehlungen für eine verbesserte Versorgung abzuleiten.

Die Experten waren aufgefordert anzugeben, wie viel Opiatabhängige es in Hamburg gibt. Der überwiegende Teil der weiteren Fragen bezog sich auf Einschätzungen, in welcher Behandlung sich diese Personen befinden. Fragen zur Notwendigkeit von Veränderungen im Hamburger Hilfesystem und zur Verortung der Situation in Hamburg im Vergleich zu Deutschland wurden am Ende des Experteninterviews gestellt. Diese Fragen gehen weit über den Bericht der BADO hinaus und geben so eine wertvolle Ergänzung zur Darstellung der Hamburger Situation.

In Hamburg wurden zehn Experten mit Hilfe eines Interviewleitfadens zur regionalen Epidemiologie befragt. Es wurden Vertreter aus niedrighwelligen Einrichtungen, substituierende Ärzte aus verschiedenen Drogenambulanzen und Praxen, Mitarbeiter aus dem stationären Bereich, Mitarbeiter der Polizei sowie der Justizbehörde und die Drogenkoordinatorin von Hamburg ausgewählt.

Es wurden die Medianwerte aus den Experteninterviews berechnet, da der Median wesentlich unempfindlicher gegenüber größeren Schwankungen ist als der Mittelwert. Dabei kann es vorkommen, dass die Summen der Prozentwerte der einzelnen Mediane nicht immer 100 Prozent ergeben, so wie das bei der Berechnung von Mittelwerten üblich ist.

### **Ergebnisse der Experteninterviews**

Teilweise war es für die Experten sehr schwierig, die Fragen zu beantworten, bzw. exakte Zahlen, so wie gefordert, zu nennen. Das war besonders dann der Fall, wenn sich die Einschätzung über den speziellen Arbeitsbereich der Experten hinaus bewegte. Ein Experte konnte nur Auskunft über einen Stadtteil von Hamburg (St. Georg) geben, da es sich um sein konkretes Aufgabengebiet handelt. Dieser Stadtteil liegt in unmittelbarer Nähe des Hauptbahnhofs und ist seit langer Zeit ein Treffpunkt der Szene, bzw. aus Sicht der Anwohner, ein Stadtteil mit einer hohen Belastung durch Konsumenten und Dealer und der damit einhergehenden Delinquenz und Gewalt.

Diese Expertenmeinung wurde bei der Berechnung des Medians vernachlässigt und einzeln benannt, da sie das Bild zu sehr verfälschen würde.

### **Anzahl der Opiatabhängigen in Hamburg**

Die Angaben über die Zahl der Opiatabhängigen in Hamburg schwanken zwischen 4.000 und 17.000 Personen. Der Median liegt bei 10.000 (Lachmann et al. 2004). Ein Experte gab an, dass 50.000 Personen in Hamburg Drogen konsumieren, allerdings sind damit alle Arten von Drogen gemeint, der Befragte konnte diese Angabe nicht weiter differenzieren. Deshalb wurde diese Angabe nicht in die Berechnung des Medians aufgenommen.

Betrachtet man die Vertreter aus dem unmittelbaren Hilfebereich, also Ärzte und Sozialpädagogen, getrennt von den Vertretern aus dem „administrativen“ Hilfebereich, dann bewerten die Experten der zuletzt genannten Gruppe die Zahlen eher niedriger (11.000 Median vs. 6250 Median).

Gefragt wurde weiterhin nach dem Trend in den letzten 5 Jahren. Die Mehrheit der Experten ist der Ansicht, dass sich die Zahlen in diesem Zeitraum nicht verändert haben. Vier der Experten bewerten den Trend uneinheitlich (zwei positiv und zwei negativ).

Weitgehende Übereinstimmung besteht in der Einschätzung über die Zahl der Opiatabhängigen, die Rauchen als Applikationsform bevorzugen. Die Angaben schwanken zwischen 10 und 30 Prozent, der Median liegt bei 20 Prozent. Nur in St. Georg raucht nach Einschätzung des Experten die Hälfte aller Opiatkonsumenten.

Ebenfalls große Übereinstimmung herrscht bei der Angabe über den Anteil der männlichen Opiatabhängigen in Hamburg. Die Experten schätzen, dass der Anteil der Männer zwischen 60 und 80 Prozent liegt. Der Median beträgt 70 Prozent.

### **Opiatabhängige in Behandlung**

Weiterhin sollten die Experten angeben, wie hoch der Anteil der Opiatabhängigen ist, die sich in Hamburg in einer Behandlung befinden. Die Angaben reichen von 13 bis 60 Prozent, der Median beträgt 45 Prozent. Drei der Befragten konnten keine Angaben zu dieser Frage machen.

Der Trend in den letzten fünf Jahren wird positiv bis gleich bleibend beurteilt, d.h. es gab eine leichte Zunahme von Opiatabhängigen in einer Behandlung.

Von den Personen, die sich in Behandlung befinden, wird der Anteil, der sich in einer Methadonsubstitution befindet, auf 40 Prozent (Median) geschätzt. Dabei liegen das Minimum bei 20 Prozent und der Maximalwert bei 90 Prozent. Die beiden Expertengruppen, d.h. die Vertreter aus dem unmittelbaren Hilfebereich und die Befragten aus dem administrativen Gebiet sind sich bei dieser Angabe einig (Median jeweils 40 Prozent). Der Trend wird von den befragten Experten als positiv bis gleich bleibend beurteilt.

Die nächste Frage bezog sich auf Methadonsubstituierte, die als „schlecht laufend“ bezeichnet werden können. Unter „schlecht laufender Substitution“ wurde in dieser Befragung weiterhin problematischer Beikonsum und/oder Verhaltensprobleme wie Delinquenz oder Gewalt verstanden. Die Experten gaben an, dass nach ihrer Einschätzung 36,5 Prozent (Median) der Methadonsubstituierten diese Kriterien erfüllen, d.h. sie haben unter der Substitution fortgesetzten Beikonsum und/oder weisen die o.g. Verhaltensprobleme auf. Allerdings ist die Spannbreite der Schätzungen von 14 bis 75 Prozent ebenfalls sehr groß. Der befragte Experte aus St. Georg schätzte ein, dass man alle Substituierten aus diesem Stadtteil als „schlecht laufend“ bezeichnen kann.

Die Befragten gaben an, dass es in den letzten 5 Jahren eine leichte Zunahme von „schlecht laufender Substitution“ gegeben hat.

Von den Substituierten mit Beikonsum wird geschätzt, dass die Hälfte (Median) Rauchen als Applikationsform bevorzugt. Dabei gehen die Angaben wiederum weit auseinander (von 0 bis 70 Prozent, 3 Experten machten keine Angaben)

Der Anteil der Opiatabhängigen, die sich in einer drogenfreien Therapie befinden, wird auf 10 Prozent (Median) geschätzt. Der Trend in den letzten 5 Jahren wird einheitlich als gleich bleibend bewertet. In St. Georg befindet sich nach Meinung des Experten kein Konsument in einer drogenfreien Therapie.

### **Opiatabhängige ohne Behandlung**

Nach Angaben der Experten befinden sich 55 Prozent (Median) der Opiatabhängigen in keiner Behandlung, dabei reicht die Spannweite der Angaben von 36 bis 75 Prozent, drei der Befragten konnten keine Angabe zu dieser Frage machen.

Der Trend wird uneinheitlich bewertet (viermal negativ, zweimal gleich bleibend, einmal positiv). Drei der Experten machten keine Angabe.

Der Anteil der Opiatabhängigen, die sich weder in Substitution noch in einer abstinenzorientierten Behandlung befinden, die aber dennoch Kontakt zum Hilfesystem, z.B. in Form von Spritzentausch oder Drogenberatung haben, wird von den Befragten auf 30 Prozent (Median) geschätzt. Auch hier gehen die Einschätzungen weit auseinander (Minimum 9 Prozent, Maximum 90 Prozent), aber der Trend in den vergangenen 5 Jahren wird eher positiv bewertet, d.h. mehr Opiatabhängige haben Kontakt zu niedrigschwelligen Angeboten des Hilfesystems.

Der Anteil der Opiatkonsumenten, die keine Behandlung in Anspruch nehmen und die auch keinen Kontakt zum Hamburger Hilfesystem haben, wird ebenfalls auf 30 Prozent (Median) geschätzt. Die Schätzungen der Experten reichen von 10 bis 70 Prozent und der Trend wird als leicht abnehmend beurteilt. Nach Beurteilung der Befragten gibt es einen Anteil von 30 Prozent (Median) von Opiatabhängigen, die sich in keiner Behandlung befinden, keinen Kontakt zum Hilfesystem haben, aber dennoch behandlungsbedürftig sind (Minimum 10 Prozent, Maximum 100 Prozent). Der Trend wird von den Experten als uneinheitlich bewertet, zweimal positiv, dreimal gleich bleibend, zweimal negativ und drei Personen machten keine Angabe zu dieser Frage.

Im Gegensatz dazu wird die Gruppe, die ebenfalls keine Behandlung oder Therapie erhält, ohne Kontakt zum Hilfesystem ist, aber nicht behandlungsbedürftig erscheint, auf 50 Prozent (Median) geschätzt (Minimum 0, Maximum 90 Prozent). Abweichend beurteilt der Experte aus St. Georg diese Situation. Er schätzt ein, dass alle

Konsumenten, die bisher ohne Behandlung und ohne Kontakte zum Hamburger Hilfesystem sind, eine Behandlung brauchen.

Der Trend wird wiederum eher uneinheitlich bewertet, zweimal positiv, dreimal gleich bleibend und fünf Experten konnten den Trend der letzten 5 Jahre nicht einschätzen.

Die Experten schätzen ein, dass das Durchschnittsalter der Opiatabhängigen in Hamburg zwischen 30 und 35 Jahren liegt und die Mehrheit der Befragten gibt an, dass das Durchschnittsalter in den letzten 5 Jahren gestiegen ist. Der Experte aus St. Georg sieht noch eine andere Entwicklung in dem Stadtteil. Er berichtet über teilweise extrem junge Konsumenten aber auch über sehr alte Opiatabhängige.

Der Anteil der ethnischen Minderheiten unter den Opiatkonsumenten wird zwischen 5 und 40 Prozent geschätzt, der Median beträgt 15 Prozent. Die Tendenz wird als steigend bis gleich bleibend bewertet. Ein Experte beurteilt den Trend eindeutig steigend, hervorgerufen durch die langsam wachsende Akzeptanz in den Familien, die das Problem jetzt Ernst nehmen und die entsprechenden Hilfen in Anspruch nehmen. Dadurch tauchen die Betroffenen dann verstärkt im Hilfesystem auf. Ein weiterer Experte aus dem Hilfesystem sieht eine steigende Tendenz und macht den Anteil der ethnischen Minderheiten abhängig von den Krisengebieten und der daraus entstehenden Flüchtlingssituation.

### **Notwendige Änderungen im Hamburger Hilfesystem**

#### *Arbeit, Ausbildung und Wohnen*

Ein wichtiger Punkt, den die Experten immer wieder anführen, sind die fehlenden Arbeitsplätze und Angebote zur Berufsausbildung für Opiatabhängige. Die momentane Situation in diesem Bereich wird als demotivierend empfunden. Opiatabhängige haben keine Lebensperspektive. Projekte außerhalb der Stadt, die wohnen und arbeiten integrieren, werden als mögliche Alternativen genannt. Wohneinrichtungen für Alt-Junkies mit geringfügiger Betreuung und Pflege können ein Modell für die älter werdenden Konsumenten sein. Die Wohnsituation der Konsumenten wird generell als unbefriedigend eingeschätzt.

Personen, die einen ungeklärten Aufenthaltsstatus haben, müssen ohne Unterschiede behandelt werden, im Moment können die Einrichtungen ihnen keine Hilfe anbieten.

### *Substitution, Entzug, Heroinlegalisierung*

Kürzere Zugangsfristen und mehr Behandlungsplätze für Abstinenz- und Entzugsbehandlungen werden von den Experten für sinnvoll erachtet. Es gibt zu wenig substituierende Ärzte, so dass die Verelendungsspirale beginnt, bevor etwas getan werden kann. Den Patienten sollte in kürzester Zeit ermöglicht werden, eine Substitution zu beginnen.

Akupunktur für Crackkonsumenten wird als ein sinnvolles Angebot eingeschätzt.

Das Heroinprojekt wird als zu hochschwellig bezeichnet. Weitere Kritik am Modellprojekt heroingestützte Behandlung bezieht sich auf die zu hohe Altersgrenze von 23 Jahren und darauf, dass nur jeder Zweite die Chance auf Heroin hat. Die Experten plädieren für die Einführung einer sofortigen Verschreibungspraxis von Heroin bzw. für die Etablierung der Heroinambulanz. Allerdings gibt es auch eine gegenteilige Meinung insofern, dass die Heroinverschreibung kein Zukunftsangebot sei. Die Fortführung und Erweiterung der Substitution in Haftanstalten ist eine weitere wesentliche Forderung. Der Abbau von Spriztenschautomaten in Justizvollzugsanstalten wird als großer Rückschritt erlebt.

### *Niedrigschwellige Angebote*

Niedrigschwellige Angebote und Angebote für alle Stoffgruppen sollten unbedingt erhalten bzw. ausgebaut werden. Dabei sollte aber auf eine stärkere Zielgruppenorientierung im Hinblick auf Mischkonsum geachtet werden. Die Szene braucht Orte, wo sie sich aufhalten kann. Der Erhalt dezentraler Gesundheitsräume wird von den Experten befürwortet. Niedrigschwellige Crackberatung, Tagesruhebetten und Behandlungsangebote für Crackkonsumenten sollten installiert werden.

Sucht wird generell als medizinisches und nicht als gesellschaftliches Problem betrachtet, so die Kritik der Experten.

Die Zusammenarbeit der Einrichtungen mit der Polizei könnte verbessert werden, um einen Erfahrungsaustausch über verschiedene Institutionen hinweg zu ermöglichen.

### *Beratung, Case Management*

Eine substanzübergreifende Aufnahmestation für alle Stoffe sollte als „Wegweiser durch das Hilfesystem“ fungieren, so dass für Außenstehende ein Ort der Ansprache deutlich wird. Diese Anlaufstelle übernimmt dann die weitere Vermittlung und Beratung des Patienten.

Denkbar ist für die Experten auch eine zeitweilige Intensivbetreuung für Abhängige, die z.B. keine Behördengänge allein schaffen und deshalb „auf der Stelle treten“. Diese spezielle Form des Case Managements würde für viele Betroffene eine große Unterstützung bei der Lösung ihrer existenziellen Probleme bedeuten.

### *St. Georg*

Es gibt für die veränderten Konsumgewohnheiten, besonders für Crack Konsumenten, keine Hilfsangebote. Das Hilfesystem ist ratlos und hat noch keine Konzepte entwickelt, um auf die veränderten Konsumgewohnheiten zu reagieren.

Die Zielgruppe der stark verelendeten Konsumenten, die sich besonders in St. Georg aufhält, braucht eine Betreuung rund um die Uhr. Die Vertreibung der Konsumenten ist eine sinnlose politische Maßnahme.

Die Entwicklung von Strafdelikten in Bezug auf Anzahl und Schwere der Vergehen, die von Opiatabhängigen in den letzten 5 Jahren begangen wurden, ist nach Aussage der Experten der Polizei aus St. Georg gleich bleibend. Die Schwere der Vergehen ist auf einem niedrigeren Niveau. Es handelt sich vorwiegend um Beschaffungskriminalität, Dealen, Ladendiebstahl und Prostitution. Allerdings hat sich der Zustand der Abhängigen verschlechtert, sie verelenden zunehmend. Heroin ist nicht mehr das dringendste Problem in St. Georg; Kokain und Crack sind die Stoffe, die in diesem Stadtteil überwiegend konsumiert werden.

Für Heroin ist das Problem öffentlich nicht mehr sichtbar, dadurch entsteht für die Anwohner eine subjektive Sicherheit, die von der Politik auch gewünscht war. In Bereichen außerhalb von St. Georg ist das Angebot von und die Nachfrage nach Heroin wesentlich größer.

Durch die Verdrängung der Konsumenten vom Hauptbahnhof ist die Szene dezentralisiert und über die Stadt verteilt, die Szene in St. Georg ist reduziert aber

verelendete Konsumenten bleiben, da sie keine Alternative haben, bzw. nicht in der Lage sind, diese wahrzunehmen. Durch die Dezentralisierung ist aber auch die Verfolgung der Dealer sehr viel aufwendiger bzw. unmöglich geworden. Jetzt liegt der Schwerpunkt der Szene im Süden der Stadt, in der Nähe der Asylunterkünfte.

### *Kostenträger*

Eine stärkere Einbeziehung von verschiedenen Kosten- und Leistungsträgern bei der Finanzierung von Hilfsangeboten könnte der angespannten Haushaltssituation Rechnung tragen.

### *Prävention*

Realistische Aufklärungsprogramme für Schulen, „die den Teufel nicht an die Wand malen“, sollten verstärkt zum Einsatz kommen.

### *Angebote für Opiatabhängige im Strafvollzug*

Substitution im Strafvollzug wird nur nach medizinischer oder lebensbedrohlicher Indikation durchgeführt. Die Indikation wird sehr eng ausgelegt, deshalb gibt es insgesamt wenig Substitution (von 3000 Gefangenen gab es am 31.12.2002 195 Substituierte. Die Zahl ist gleich bleibend, ca. ein Drittel der Gefangenen sind drogenabhängig oder durch Mischkonsum und Alkohol gefährdet; Untersuchung der Rechtsmedizin: 20% der Gefangenen sind opiatabhängig). Die Substitution sollte nach Ansicht der Experten auch im Strafvollzug weitergeführt werden können.

Bei Haftstrafen von 3 Monaten oder weniger wird die in Freiheit begonnene Substitution nicht abgebrochen (Überbrückungssubstitution), auch wenn eine medizinische Indikation nicht vorliegt.

Externe Drogenberater kommen in die Haftanstalt und geben entlassungsorientierte Hilfestellungen. An der Entlassungsvorbereitung (Arbeit, Qualifizierung, Gesundheit, Wohnung, Therapie) kann jeder Inhaftierte teilnehmen, der sich darum bemüht. Es existieren drogenfreie Stationen mit Therapievereinbarung, d.h. der Inhaftierte verpflichtet sich zu einer freiwilligen Abstinenz. In einer Haftanstalt in Hamburg gibt es Akupunkturbehandlungen während oder nach Entgiftungen. Eine stärkere

Differenzierung, also die Trennung von „Aussteigern“ in konsequent abstinenzorientierte Einheiten ist sinnvoll, durch vorhandene Platzprobleme aber nicht möglich. Die Drogenfreiheit sollte besser begleitet und unterstützt werden. Das setzt natürlich mehr Personal und finanzielle Ressourcen voraus. Der Strafvollzug ist prinzipiell ein guter Ausgangspunkt um eine Therapie zu beginnen, aber die Bedingungen und das Umfeld vor und nach der Haft bleiben gleich, d.h. für den aus der Haft Entlassenen wird der Kontrast zwischen strukturiertem Tagesablauf während der Haft und dem Leben nach der Entlassung stärker. Deshalb ist die Entlassung ein besonders sensibler Punkt, der durch Case Management stärker begleitet werden sollte. Die Grundstruktur des Strafvollzugs, also der strukturierte Tagesablauf mit Essen, Schlafen und Arbeit dient aus Expertensicht als Hilfsangebot in der ersten Zeit.

#### *Die Situation in Hamburg im Vergleich zu Deutschland*

Die Situation von Opiatabhängigen in Hamburg im Vergleich zu Deutschland wird von den Experten als relativ gut eingeschätzt. Es existiert ein differenziertes Angebot mit einem hohen Standard. Der Zugang zur Behandlung und der Prozentsatz der Patienten in Behandlung sind in Hamburg besser als im Vergleich zu den anderen deutschen Bundesländern. Hamburg hat eine gute Ausgangslage im Vergleich zu anderen Städten und ländlichen Gebieten. Der Ausbau der Substitution (Erhöhung der Fallzahlen und das Engagement der substituierenden Ärzte) in Hamburg ist sehr gut. Die allgemeine Drogenhilfe und die psychosoziale Betreuung sind weit ausgebaut und qualifiziert. Der Drogenkonsumraum nur für Frauen ist einzigartig in Deutschland.

Nur zwei Experten üben auch explizit Kritik am Hamburger Versorgungssystem. Sie beobachten einen Abbau an Leistungen und einen sozialen Klimawechsel, besonders seit dem Regierungswechsel im Jahr 2001 in Hamburg. Darüber hinaus haben die Experten viele Vorschläge für einen Ausbau oder eine Differenzierung des Angebots gemacht.

#### **Fazit**

Wenn man die Daten aus den Behandlungsdokumentationen aus Hamburg mit den Median Werten der Experteninterviews vergleicht, dann stellt man fest, dass die Experten eine eher zurückhaltende Schätzung über die Anzahl der Opiatabhängigen, die

sich in Behandlung befinden, abgeben. Im Jahr 2001 wurden laut BADO Bericht 5.778 Konsumenten illegaler Drogen betreut und beraten. Darunter fallen auch alle Substituierten in Hamburg. Die Experten schätzten, dass sich in Hamburg 45 Prozent der Konsumenten in einer Behandlung befinden. Das sind 4.500 Personen (eigene Berechnung der Verfasserin) der geschätzten 10.000 Konsumenten.

Ebenfalls von den Experten unterschätzt wird der Anteil der Personen, die sich in einer Substitution befinden. Von den Personen, die sich in Behandlung befinden, wird der Anteil, der sich in einer Substitution befindet, auf 40 Prozent geschätzt (1.800 Personen; eigene Berechnung der Verfasserin). Im Jahr 2001 waren es laut BADO Bericht 3.001 Substituierte in Hamburg. Überschätzt wird damit gleichzeitig der Anteil der Personen, die sich in keiner Behandlung befinden.

Zusammenfassend kann man sagen, dass von den Experten die Zahl der betreuten Personen und die Anzahl der Substituierten unterschätzt werden. Ursache dafür kann sein, dass die Gesamtzahl der Konsumenten unterschätzt wurde, oder dass die weiteren Prozentschätzungen, die sich alle auf die Gesamtzahl beziehen, zu niedrig sind.

Der Grund, warum die Experten aus dem administrativen Bereich die Zahl der Opiatabhängigen niedriger schätzen als die Kollegen aus dem unmittelbaren Hilfebereich könnte sein, dass sie das Problem eher von der rechtlichen Seite als aus der gesundheitlichen Perspektive betrachten.

Die Schätzung des Durchschnittsalters und der Anteil der männlichen Opiatabhängigen stimmen mit den Angaben aus der Basisdatendokumentation überein. Ebenfalls übereinstimmend wird die prekäre Arbeits- und Wohnsituation der Konsumenten bewertet. Der Anteil der ethnischen Minderheiten wird von den Experten genauso bewertet wie aus der Basisdatendokumentation hervorgeht.

Die Experten schätzen die Situation der Opiatabhängigen in Hamburg im Vergleich zu Deutschland als sehr gut ein. Dennoch haben sie viele Vorschläge zur Ausweitung des Hilfesystems und zur Verbesserung bzw. Differenzierung einzelner Angebote. Besonders drängend wird das Problem der Arbeitslosigkeit und der Wohnsituation

beschrieben, ebenso wie die momentane Situation im Strafvollzug, die sich durch den Abbau der Spritzentauschautomaten, drastisch verschlechtert hat.

Sehr eindringlich wird von dem Experten aus St. Georg die Situation der Konsumenten in diesem Stadtteil beschrieben. Er beobachtet eine Zunahme der Verelendung und eine Hilflosigkeit der professionellen Teams auf veränderte Konsumgewohnheiten zu reagieren.

### **Experteninterviews Teil II**

Im zweiten Teil der Experteninterviews innerhalb des ROSE-Projektes wurden neun Experten zu den spezifischen Problemen im Umgang mit Hochrisikopatienten befragt. Dabei handelt es sich bis auf eine Ausnahme um dieselben Personen, die innerhalb der ersten Interviews befragt wurden. In einem Fall konnte der Experte nicht wieder erreicht werden, da er den Arbeitsplatz gewechselt hatte und nun in einem anderen Bereich tätig ist. Stattdessen wurde der neue Stelleninhaber in die Befragung einbezogen. Der zehnte Experte konnte nicht wieder erreicht werden.

Die drei Drogenambulanzen spielen bei der Substitution von Opiatabhängigen in Hamburg eine zentrale Rolle. Die Drogenambulanzen haben ihr Angebot auf einen einheitlichen Stand gebracht, dadurch erfolgt eine ganzheitliche Betrachtung des Patienten und ein Screening auf Begleiterkrankungen in unterschiedlichen Institutionen und eine psychosoziale Betreuung. Es werden schwer behandelbare Patienten in die Substitution der Drogenambulanzen aufgenommen.

Es gibt in Hamburg die unterschiedlichsten Angebote für Abhängige wie z.B. Entgiftung, Substitution in verschiedenen Einrichtungen, Akupunktur, Langzeittherapie, verschiedene Wohnformen und Konsumräume. Die „Szene“ der Hilfseinrichtungen in Hamburg kennt und schätzt sich untereinander.

Seit April 2003 gibt es eine Suchtaufnahmestation (suchtmittelübergreifendes Angebot für Abhängigkeitserkrankungen) im Klinikum Nord, die rund um die Uhr Patienten aufnimmt. Die Fachklinik Bockholt führt Entgiftung und Entzug bei Jugendlichen durch.

### *Kooperation*

Es gibt in Hamburg ein vielfältiges Angebot an Hilfeeinrichtungen und ebenso vielfältig und kreativ sind die Kooperationsbeziehungen, die auch auf informeller Ebene funktionieren. Es existieren in Hamburg Kooperationen zwischen substituierenden Ärzten, den Drogenambulanzen und Einrichtungen, die die psychosoziale Betreuung durchführen. Die Drogenambulanzen arbeiten mit Arztpraxen (Pulmologe, HIV, Chirurgen, Allgemeinärzten) und dem Institut für Infektiologie vertrauensvoll zusammen. Das ist das Ergebnis einer langjährigen Kooperation.

Das Klinikum Nord arbeitet mit den Drogenhilfeträgern und niedergelassenen Praxen zusammen und es besteht ein Kooperationsvertrag mit „Jugend hilft Jugend e.V.“ (Träger). Das Ziel sind gemeinsame integrative Projekte.

Das DrobInn ist eine niedrigschwellige ambulante Drogenhilfeeinrichtung mit Konsumraum, Beratung und ärztlicher Versorgung. Das DrobInn dient als Zwischenstufe um Patienten in anderen Therapieeinrichtungen unterzubringen, deshalb ist die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen unerlässlich.

Die Haftanstalten arbeiten mit drei Trägern der externen Drogenberatung zusammen und erhalten Unterstützung durch die Drogenambulanzen bei der Substitution sowie fachliche Beratung.

Bei Verhaftungen werden Patienten der Drogenambulanz Altona noch zur Methadonvergabe gebracht, da am Nachmittag die Apotheke in der Haftanstalt schon geschlossen hat und die Personen sonst kein Methadon mehr bekommen würden. Die Zusammenarbeit mit der Polizeiwache ist sehr gut, der Bereich um die Ambulanz gilt als unauffällig. Diese Zusammenarbeit geschieht auf einer informellen Ebene, die aus der langjährigen gemeinsamen Arbeit gewachsen ist.

Die ärztliche Behandlung in Drogenhilfeeinrichtungen wird gefördert, obwohl es kassenärztliche Leistungen sind (Arzt im DrobInn, Krankenpfleger in Konsum-einrichtungen).

Das Klinikum Nord arbeitet auf der informellen Ebene mit der Justiz und der Strafvollstreckungskammer und den Haftanstalten zusammen. Diese Kooperationen sind jedoch stets personengebunden und aus der langen Zusammenarbeit der jeweiligen Mitarbeiter entstanden.

Die Justizbehörde arbeitet mit der Staatsanwaltschaft, der externen Drogenberatung und der Haftanstalt bei Haftunterbrechungen zusammen. Es gibt Fortbildungen für Insassen und Bedienstete über Safer Use und Verhalten bei Drogennotfällen.

Die Polizeiwache St. Georg arbeitet mit der Heroinambulanz Högerdamm zusammen. Trotz der unterschiedlichen Ansätze ist die Zusammenarbeit sehr gut, das führt zu gegenseitiger Akzeptanz im Hilfesystem. Weiterhin gibt es eine Absprache mit Ragazza (niedrigschwelliges Angebot für sich prostituierende Mädchen und Frauen) über das Verhalten der Polizei wenn die Einrichtung schließt (andere Zeiten der Route um nicht sofort Platzverweise aussprechen zu müssen).

### *Gesundheitliche Probleme*

Die befragten neun Experten berichten übereinstimmend über große gesundheitliche Probleme der Patientengruppe. Es werden vor allem Hepatitis C, HIV, Infektionskrankheiten, Abszesse, ein allgemein schlechter gesundheitlicher Zustand und körperliche Verelendung durch fehlende Behandlung, Mangelernährung und mangelnde Hygiene genannt. Des weiteren wurden Überdosierungen, Gewaltfolgen, akute psychiatrische Erkrankungen, manisch depressives Verhalten, spastische Lähmungen, aggressives Verhalten, mangelnde Zahngesundheit, Komorbidität, Schlafentzug Pneumonien, Thrombosen, Herz-Muskel-Entzündungen von jeweils einem der Experten genannt.

Für einen der befragten Experten trifft die Unterteilung in Patienten und Hochrisikopatienten nicht zu, da alle Risiken für Risikopatienten auch für „normale“ Opiatabhängige zutreffen. Die Konsumenten sind auf hohem Niveau körperlich krank, haben sich aber ein gewisses Maß an Normalität bewahrt.

Prostitution, Schulden durch Drogenbeschaffung und die Rolle der Insassen in den Haftanstalten haben Auswirkungen auf die soziale und damit auch auf die gesundheitliche Situation der Konsumenten.

Die Gefahr für die Gesundheit anderer Personen ist durch Hepatitis C und HIV Infektionen nach Einschätzung der Experten durchaus gegeben. Nur zwei der Befragten verneinen das Infektionsrisiko, da der Umgang der Erkrankten sehr verantwortungs-

bewusst sei. Weiterhin werden Körperverletzungen durch Aggressivität der Konsumenten und die Gefahr der Übertragung von Läusen und Krätze genannt.

### *Spezifische Probleme von Hochrisikopatienten*

Als spezifische Probleme, die im Zusammenhang mit dieser Patientengruppe für die Gesellschaft entstehen, werden von den Experten überwiegend die Beschaffungskriminalität und die hohen Kosten durch die Strafverfolgung und weitere Folgekosten genannt. Aus der Perspektive der Vertreter der Polizei wird aber berichtet, dass die Kriminalität gesunken ist und die Gewaltdelikte und Raubüberfälle drastisch abgenommen haben.

Die Experten berichten über einen Drehtüreffekt in Kliniken, bei Ärzten und in der Justiz durch diese Patientengruppe. Die Gruppe der Hochrisikopatienten ist Teil der offenen Drogenszene und damit ein Teil des öffentlichen Ärgernisses und der Belastung der Wohnquartiere.

Die befragten Ärzte berichten über eine „Durchmischung“ der Hochrisikopatienten mit Patienten die „weiter in ihrer Entwicklung“ sind, dadurch werden Arbeitsabläufe behindert und Ressourcen gebunden, was wiederum Einfluss auf das therapeutische Klima der Einrichtung hat. Ein spezielles Problem, das im Umgang mit Hochrisikopatienten in den Einrichtungen entsteht, ist die Ungeduld der Patienten mit hohem Crackkonsum. Sie haben eine geringe Frustrationstoleranz und sind oft aggressiv. Diese Klienten benötigen durch Hektik und sozial unverträgliches Verhalten mehr Aufmerksamkeit. Dadurch werden Betriebsabläufe behindert und die Wirtschaftlichkeit der Einrichtung wird beeinträchtigt. Eine gute Balance zwischen den „Normalen“ und dieser Zielgruppe sollte gewährleistet sein. Anfangs steht bei diesen Patienten vor allem im Vordergrund, sie an die Einrichtung zu binden. Im weiteren Verlauf der Behandlung ergeben sich Probleme durch den biografischen Hintergrund der Patienten, die oft nicht in der Lage sind, sich auf die Behandlung einzustellen (Regeln, Dauer, Medikation). Für niedrigschwellige Einrichtungen ist es ein Problem, die Patienten an das weiterführende Hilfesystem heranzuführen. Ein Grund dafür ist, dass Patienten perspektivlos sind. Oft stehen noch Haftstrafen aus, weshalb diese Patienten keine kurzfristigen Pläne machen. Durch Haftstrafen, instabile Wohnverhält-

nisse, fehlende Aufenthaltserlaubnis o.ä. ist ein langfristiger Kontakt zu den Patienten meist nicht gegeben.

Ein spezielles Problem in diesem Kontext betrifft die Mitarbeiter der Polizei. Sie verweisen Konsumenten der offenen Drogenszene auf die Möglichkeit, die Konsumräume zu nutzen, andererseits müssen sie jedem BtM-Delikt nachgehen. Um aber in einem Konsumraum zu konsumieren ist der Besitz von Drogen obligat, d.h. jeder, der sich in den Konsumraum begibt, ist im Besitz von Drogen. Eine rechtliche Regelung dieses Widerspruchs ist dringend geboten.

Besonders problematisch wird die Stigmatisierung bei Ämtern, Behörden und offiziellen Stellen eingeschätzt. Die Abhängigen haben keinen freien Zugang, da durch die Stigmatisierung die Schwelle für die Inanspruchnahme von Hilfen künstlich erhöht wird. Der Status „krank“ der Konsumenten hat vieles in den Köpfen von Mitarbeitern und in der Bevölkerung verändert, allerdings wird die Stigmatisierung dadurch nicht aufgehoben. In diesem Kontext kann auch das Problem der nichtbehandelten Abhängigen gesehen werden. Es erhöht sich die allgemeine soziale Verelendung und die langfristigen Kosten der Behandlung steigen, da die Patienten zu spät in Behandlung kommen. Die Abhängigen sind stärker beeinträchtigt, das hat wiederum Auswirkungen auf das soziale Umfeld und die Familie.

Patienten, die keine Fortschritte machen, auch weil sie nicht lesen und schreiben können, sollten durch Case Management mindestens eine Woche intensiv betreut werden, um z.B. wichtige Behördengänge zu erledigen. Bei einigen Konsumenten scheitert es daran, dass sie keinen Stadtplan lesen können.

Als problematisch wird auch die restriktive Politik eingeschätzt. Dadurch werden die Konsumenten vertrieben, ohne zu wissen wohin sie sich wenden sollen, da alle niedrighschwelligten Hilfseinrichtungen nur begrenzte Öffnungszeiten haben.

Dem wachsenden Anteil von Ausländern, die in Deutschland leben, wird in der Drogenhilfe zu wenig Rechnung getragen. Besonders die Gruppe der drogenabhängigen Aussiedler aus der ehemaligen Sowjetunion wird immer größer. Diese Konsumenten gelten als schwer erreichbar mit besonders risikoreichen Konsumformen.

Durch die Ausländergesetze haben Ausländer nur ein Anrecht auf Versorgung, aber nicht auf eine weiterführende Behandlung oder Rehabilitation.

Die Einrichtungen für Patienten mit Komorbidität (Sucht und Psychose) in den Kliniken sind zu hochschwellig. Patienten mit Mehrfacherkrankungen, die Hilfe brauchen, bekommen keine. Häufig wird auch die Versorgung von älteren Drogenabhängigen angesprochen, die im Moment nicht gewährleistet ist. Erschwerend hinzukommen die begrenzten Öffnungszeiten der Einrichtung, der Krankenschein, die Rezeptgebühr und die Praxisgebühr. Der Grad der Verelendung und Depressionen kann eine Inanspruchnahme der Einrichtungen durch die Patienten verhindern.

Eine Reihenfolge oder Wertigkeit der Probleme festzulegen wurde von einem Teil der Befragten als sehr schwierig empfunden, da es sich um individuelle und gesellschaftliche Probleme handelt. Auf der gesellschaftlichen Ebene werden die verursachten Kosten, resultierend aus der Delinquenz, der Strafverfolgung, den Kosten für die stationäre Behandlung, den Folgeerkrankungen und den Drehtüreffekt wiederholt angesprochen. Als besonders kritischer Moment wird dabei die Entlassung aus der Haft bewertet. Aber auch die subkulturellen Risiken während der Haft (Unterdrückung, Macht, Prostitution) und die daraus entstehenden Probleme für Gefangene und Bedienstete werden genannt. Die Substitution in Haft hat sich verschlechtert, im Moment gibt es nur noch die Substitution aus medizinischen Gründen. Bis zum Sommer 2002 wurden in Haftanstalten all diejenigen substituiert, die eine Substitutionsbehandlung begonnen hatten sowie bei Haftstrafen von drei Monaten (Überbrückungssubstitution). In diesem Zusammenhang wurde der weggefallene Spritzentausch in den Haftanstalten (Spritzentausch von Juni 1996-Januar 2002) stark kritisiert. Ein Experte schildert den Konflikt zwischen Harm-Reduction und Abstinenzparadigma in den Haftanstalten. Die Erfolge sind für beide Ansätze nicht belegbar, so bewegt man sich auf der Ebene der Theorien und Hypothesen, jedoch sollte eine rationale Drogenpolitik in Haftanstalten frei von Ideologien sein.

Die Befragten geben an, dass polyvalente Konsummuster und der Crackkonsum ansteigen und die Folgen des Crackkonsums im Moment, sowohl für die Gesellschaft als auch in Bezug auf die Gesundheit des Einzelnen, nicht abzuschätzen sind.

Auf der individuellen Ebene wurde von den Experten die starke Ausgrenzung genannt, dadurch werde die Möglichkeit einer Rehabilitation vertan. Viele Abhängige gelten als

nicht behandelbar. Bei anderen chronischen Erkrankungen (Diabetes, Krebs) käme niemand auf die Idee, Patienten als nicht behandelbar einzustufen. Alle anderen Probleme ergeben sich aus dieser Haltung, wobei es sich nicht um ein Hamburg spezifisches Problem handelt. Generell fordern die Experten, dass die Grundbedürfnisse (Essen, Kleidung, Wohnen, Arbeit) abgedeckt sein müssen. Die Betroffenen sollten im Mittelpunkt stehen und die Unterteilung in Patienten und Hochrisikopatienten wird auch hier als nicht sinnvoll eingeschätzt.

Die Experten sind der Auffassung, dass die repressiven Maßnahmen deutlich zugenommen haben, teilweise wird das auf den Regierungswechsel im Jahr 2001 zurückgeführt. Die Verhaftungsrate ist gestiegen und es ist eine härtere Praxis der Justiz zu beobachten. Es kam zu einer Vertreibung der offenen Drogenszene von ihren angestammten Plätzen und es entstanden neue regionale Drogenszenen. Ein Experte bewertet die härtere Praxis positiv. In St. Georg hat die Repression dazu geführt, dass der Stadtteil beruhigt ist, denn die Klienten nutzen jetzt verstärkt die niedrighschwellige Hilfeinrichtung mit Konsumraum (DrobInn).

#### *Konkrete Angebote für Hochrisikopatienten*

Die niedrighschwelligten Hilfen, wie der Neubau des DrobInn, die Bereitstellung von Kontaktstellen, Konsumräume, Cafés und Übernachtungsmöglichkeiten sowie medizinische Grundversorgung, nachgehende Sozialarbeit und die akzeptierende Drogenhilfe werden mehrfach positiv herausgestellt. Die große Erfahrung, Vermittlungskompetenz, das Kennen des Hamburger Hilfesystems, die lange Erfahrung mit diesen Patienten, interdisziplinäre Teams, lange Öffnungszeiten, Geduld und Einzelgespräche werden mehrfach als Kompetenz der Teams und als spezielles Angebot für diese Patientengruppe angegeben. Die geschaffenen Netzwerke auf informeller Ebene sichern eine Zusammenarbeit der verschiedensten Einrichtungen und Träger.

Konkrete Angebote für Hochrisikopatienten sind die Akupunktur, psychosoziale Betreuung, Aufenthaltsmöglichkeiten, der Versuch Konsumphasen möglichst auseinander zu ziehen, Gruppenangebote, Essen (eine gesunde Mahlzeit kostet 1 Euro), psychiatrische Versorgung, sozialarbeiterische Unterstützung, die Möglichkeit medikamentöser Unterstützung und die Suchtambulanz. Generell sind die Einrichtungen

bestrebt, die Patienten zu binden, aber das ist nur begrenzt möglich. Manche Patienten sind seit 20 Jahren bekannt und schaffen erst in einer anderen Beratungsstelle den Absprung. Patienten, die sehr unregelmäßig in den Drogenambulanzen erscheinen, bleiben in Behandlung und werden immer wieder eindosiert. Die Aufnahme der Patienten erfolgt sofort und Nichtversicherte werden auch behandelt. Seit kurzem gibt es drei Mitarbeiter für aufsuchende Arbeit, so können neue Klienten gewonnen werden und begleitende Arbeit ist möglich.

Die Substitution und die Heroinambulanz spielen aus der Sicht der Experten ebenfalls eine sehr wichtige Rolle. Die Einrichtung von drogenfreien Stationen in Haftanstalten hat sich bewährt.

Durch finanzielle Vorgaben und immer wieder angedrohte Einsparungen sind das Potential und die Kreativität, zukünftige Angebote zu entwickeln, begrenzt. Aber auch die Lage der Einrichtung in einem Wohnquartier limitiert die Angebote und Ideen.

Für die Zukunft werden im Hilfesystem Akupunktur für Crackkonsumenten, TBC-Screening in den Drogenambulanzen und die Beratung und psychosoziale Betreuung im Hepatitis C Bereich geplant.

#### *Einschätzung des Hilfesystems durch die Experten*

Der Erfolg der bisherigen Maßnahmen wird mehrfach als gut bewertet und das Angebot ist vielseitig. In der Substitutionsbehandlung kann mit vielen Substanzen gearbeitet werden. Niedrigschwellige Angebote werden mehrfach als wichtig eingestuft. Der Erfolg ist positiv, die Einrichtungen lernen voneinander (Medikation, Betreuung). Zusätzlich sollte Case Management in den Hilfeeinrichtungen mehr verankert werden und die nachgehende Sozialarbeit sollte ausgebaut werden. Straßensozialarbeit ist wichtig um ausländische Patienten zu erreichen. Die materielle Absicherung der Einrichtungen ist sehr wichtig und unerlässlich.

Die Einrichtung der Suchtaufnahmestation wurde positiv aufgenommen. Die Patienten kommen gleich in die zuständigen Fachabteilungen, womit die Verlegung wegfällt. Die Entzugsambulanz Ochsenzoll hat ein Angebot für Doppeldiagnosen, das für wichtig gehalten wird.

Die Beurteilung des Erfolges einer Therapie oder Behandlung ist auch für die befragten Experten nicht einfach. Ein Experte äußerte sich sehr kritisch über die allgemeine Situation der Klienten, die nach wie vor geprägt ist durch instabile Wohnverhältnisse und eine schlechte gesundheitliche Situation. Wenn aber das Überleben der Patienten als Gradmesser für den Erfolg des Drogenhilfesystems in Hamburg herangezogen wird, dann ist die Situation für die Drogenabhängigen als gut zu bezeichnen.

### **Fazit**

Generell wird die Unterteilung in Hochrisikopatienten und „normale“ Abhängige oft als nicht zutreffend beschrieben, da die Risiken für beide Zielgruppen zutreffend sind.

Die gesundheitlichen Probleme der Hochrisikopatienten sind enorm groß. Die Gefahr für die Gesundheit anderer Personen durch Ansteckung ist durchaus gegeben. Aber auch die Auswirkungen der sozialen Situation dieser Patientengruppe haben Einfluss auf den gesundheitlichen Zustand.

Als Probleme, die für die Gesellschaft durch diese Patienten entstehen, werden von den Experten die Beschaffungskriminalität und die hohen Kosten der Strafverfolgung sowie weitere Folgekosten genannt. Sehr oft angesprochen wird der „Drehtüreffekt“ in Kliniken, bei Ärzten und der Justiz und die seit der Wahl im September 2001 restriktive Politik der Polizei und der Strafverfolgungsbehörden. Die befragten Experten der Justizbehörde und der Polizei berichten aber über gesunkene Kriminalitätsraten und bewerten die härtere Praxis als positiv. Mit den großen Ressourcen in der Vergangenheit konnten solche Erfolge nicht erzielt werden. Durch diese Vertreibungspolitik haben sich neue regionale Drogenszenen entwickelt. In St. Georg, dem bisher am stärksten belasteten Stadtteil, hat die Repression zu einer Beruhigung geführt.

Der Status „krank“, der sich letztlich in den Köpfen der Mitarbeiter und Entscheidungsträger durchgesetzt hat, hat vieles verändert. Die Stigmatisierung bei Ämtern und Behörden wurde dadurch jedoch nicht aufgehoben. Durch diese Ausgrenzung wird die Möglichkeit einer Behandlung vertan und viele Abhängige gelten als nicht behandelbar. Bei anderen chronischen Erkrankungen wie Krebs oder Diabetes

würde niemand Patienten als nicht behandelbar einstufen. Viele andere Probleme der Opiatabhängigen resultieren daraus.

Die Crackproblematik und der polyvalente Konsum werden als steigend bewertet. Die Experten können nicht einschätzen, welche Konsequenzen sich daraus für den Einzelnen und die Gesellschaft ergeben. Auch auf der Behandlungsebene steht man Crack immer noch hilflos gegenüber, denn es gibt keine Anschlusstherapie nach einer Akupunktur.

Die niedrigschwelligen Hilfseinrichtungen werden von allen Experten als sehr sinnvoll eingeschätzt. Vor allem im Zusammenhang mit akzeptierender Drogenhilfe und nachgehender Sozialarbeit sind sie besonders effektiv. Durch die längeren Öffnungszeiten des DrogInn konnte das Angebot erweitert werden. In Hamburg gibt es ein differenziertes und gutes Angebot an Hilfseinrichtungen für Abhängige. Neue Angebote sind mit wenigen Ausnahmen nicht notwendig, wenn man die vorhandenen konsequent weiter ausbaut.

Die Kooperation zwischen den verschiedenen Einrichtungen und Trägern ist sehr gut und existiert schon über viele Jahre. Es gibt vielfältige Verknüpfungen und gemeinsame Angebote. Die Zusammenarbeit ist fast ausschließlich auf informeller Ebene geregelt und sehr stark an Personen gebunden. Die Drogenhilfe in Hamburg kennt und schätzt sich untereinander.

Einige Einrichtungen beklagen die ständige finanzielle Unsicherheit, die das Arbeiten schwierig macht und auch keinen Raum für Kreativität lässt. Hamburg sollte verstärkt in Kooperation mit Einrichtungen aus dem Umland treten, um die Magnetwirkung auf Einrichtungen der Großstadt abzubauen.

Für die Mitarbeiter der Polizei sollte dringend der Konflikt zwischen Strafverfolgung bei BtM-Besitz und der Möglichkeit des Konsums von psychotropen Substanzen in einem Konsumraum geklärt werden.

Die Bedingungen für eine Substitution in Haft haben sich verschärft und der Spritzentausch in den Haftanstalten ist ganz eingestellt. Im Moment orientiert sich die Arbeit in den Haftanstalten wieder am Abstinenzparadigma. Die Experten dagegen betonen die Wichtigkeit der Weiterführung einer begonnenen Substitution auch während der Haftzeit.

Ein ganz entscheidender und sensibler Punkt ist die Entlassung aus der Haft. Der Patient trifft auf sein altes Umfeld. Ohne eine Unterstützung in dieser Phase ist es besonders schwierig in der Haft eventuell begonnene Veränderungen aufrecht zu erhalten.

## **Delphi-Analyse**

Im Rahmen des ROSE-Projekts wurde auch eine Delphi-Analyse (Häder & Häder 2000) durchgeführt. Dazu wurde auf der Grundlage der durchgeführten Experteninterviews ein Fragebogen an die Projektleiter verschickt und während eines Arbeitstreffens wurden Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den zehn europäischen Zentren diskutiert. Auf dieser Basis wurden dann Guidelines entwickelt, die nach einer erneuten Rückspiegelung mit den Projektleitern vorliegen.

- Zwischen den teilnehmenden Ländern und teilweise auch innerhalb der Länder existieren große Unterschiede im Angebot und der Behandlung für Hochrisikopatienten. Diese Situation ist aber nur teilweise auf die epidemiologische Datenlage zurückzuführen, sie spiegelt auch unterschiedliche Ideologien im Umgang mit illegalen Drogen in Europa wieder.
- Es sollte ein diversifiziertes und qualitativ hochwertiges Versorgungssystem für die individuellen Bedürfnisse von Hochrisikopatienten vorliegen. Pharmakotherapie mit integrierter psychosozialer Betreuung, sowie die Substitution sollten Bestandteil des Hilfesystems sein. Die Qualitätsstandards beziehen sich dabei auf die Art der Applikation und die Dosierungen. Der Zugang zu den Hilfeeinrichtungen muss gewährleistet sein, dazu gehört auch, dass die Wartezeit auf eine Behandlung nicht länger als zwei Wochen beträgt. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Aus- und Weiterbildung des Personals, die auf das spezielle Klientel abgestimmt sein muss. Die Behandlung für Hochrisikopatienten muss auf die speziellen Bedürfnisse abgestimmt sein und das beinhaltet auch die Behandlung von Begleiterkrankungen, wie zusätzliche psychische und physische Störungen, sowie die Behandlung von HIV und Hepatitis C.
- Zusätzlich zur Behandlung der Hochrisikopatienten sollten Interventionen, die das Überleben sichern und die spezifischen Risiken dieser Patienten senken, vorgehalten werden. Das bedeutet Maßnahmen zur Prävention von Überdosen und Infektionen und die Einrichtungen von Übernachtungsmöglichkeiten. Diese Maßnahmen reduzieren die Risiken und sparen Kosten auf gesellschaftlicher Ebene.
- Ebenfalls für essentiell werden präventive Maßnahmen, die sich nicht nur auf die Verbreitung von Informationen und das Erlernen bestimmter Fertigkeiten beziehen,

gesehen. Dazu zählen z.B. Einrichtungen, die den Konsumenten helfen, den Tag zu strukturieren.

- Ein weiterer wesentlicher Punkt sind soziale Einrichtungen, die Drogen- und Schuldenberatung, Rechtsberatung, Unterstützung bei häuslichen und familiären Problemen und psychosoziales Training zur Reintegration anbieten. Ein beträchtlicher Teil der Hochrisikopatienten ist obdachlos und viele Konsumenten leben in instabilen Verhältnissen. Der Erfolg von Beratung und Integration ist ganz wesentlich von stabilen Wohnverhältnissen abhängig, deshalb ist eine vordergründige Aufgabe die Sicherstellung und Stabilisierung der Wohnverhältnisse.
- Die aufgeführten Maßnahmen und Vorschläge sind gleichwertig in ihrer Bedeutung für die Konsumenten und sollten in integrierter Art und Weise angeboten werden. Eine langfristige Reintegration und die Vermeidung von sozialen Kosten für die Gesellschaft können nicht ausschließlich über eine der genannten Säulen (Behandlung oder Beratung) erreicht werden.
- Vor diesem Hintergrund sollte die Kooperation zwischen dem Hilfesystem und der Justiz sowie der Polizei sehr ausgeprägt sein. Das erhöht die Effektivität der einzelnen Maßnahmen. Das beinhaltet auch die Weiterführung von einer begonnenen Therapie oder Behandlung während einer Haftstrafe. Ebenfalls sollten Maßnahmen zur Risikominimierung und Beratung in einer Haftanstalt durchgeführt werden, dadurch verringert sich die Kriminalität und andere Probleme, die im Zusammenhang mit dem Konsum von illegalen Drogen zu sehen sind.
- Trotz der nachweislich effektiven und in der Kosten-Nutzen Abschätzung durchaus positiven Möglichkeiten der Behandlung von Hochrisikopatienten, scheint es Probleme bei der Implementierung dieser Maßnahmen zu geben. Die Drogenpolitik und das Hilfesystem müssen sich an Ergebnissen orientieren und nicht von Ideologien beeinflusst oder geleitet werden. Die Weiterentwicklung und Einführung neuer Therapien und Maßnahmen sollte auf Kontrollgruppen Studien basieren, oder, wo nicht möglich, auf einer anderen Form des Nachweises der Wirksamkeit.

## **Evaluation des Versorgungssystems nach ADAT (Adequacy of Drug Abuse Treatment and Care)**

Nach ADAT (Uchtenhagen & Guggenbühl 1999) ist ein Hilfesystem für Abhängige angemessen, wenn es auf ethischen Prinzipien beruht und die Würde des Patienten in der Behandlung und Pflege nicht verletzt wird. Die Einrichtungen sollten die Bedürfnisse der Klienten kennen und erfüllen können. Weiterhin müssen die Struktur des Hilfesystems, die Arbeitsbedingungen und –methoden den professionellen Standards entsprechen und die Ressourcen sollten bestmöglich eingesetzt werden. Dabei wird das Hilfesystem verstanden als ein paralleles System von Beratung, ambulanten und stationären Therapieangeboten, Entgiftung, Substitution, Rehabilitation, Übernachtungs- und Aufenthaltsmöglichkeiten, Arbeitstherapie sowie Einrichtungen in Haftanstalten. In diesem System arbeiten Sozialarbeiter, Psychologen und Mediziner mit dem langfristigen Ziel, die Drogenabhängigkeit zu überwinden und die sozialen, psychologischen und medizinischen Probleme, die damit im Zusammenhang stehen, zu reduzieren. Nicht eingeschlossen sind Drogenpolitik, repressive und präventive Maßnahmen.

Als Ergebnis der Experteninterviews muss anhand der genannten Kriterien als erster negativer Punkt die fehlenden Behandlungsmöglichkeiten für ausländische Konsumenten genannt werden. Weiterhin sind die verschärften Bedingungen in Haft für die Substitution und der weggefallene Spritzentausch nicht an den Bedürfnissen der Insassen ausgerichtet. Ebenfalls als negativ im Hamburger Hilfesystem muss der fehlende Zugang zu Behandlungsmöglichkeiten durch die Stigmatisierung der Abhängigen eingestuft werden. Obwohl die Einrichtungen die Bedürfnisse der Klienten kennen, wird ein Teil als nicht behandelbar eingeschätzt. Daraus ergibt sich ein großer Anteil der weiteren Probleme der Abhängigen und die Folgekosten einer nicht behandelten Abhängigkeit sind hoch. Die enormen gesundheitlichen Probleme der Patienten machen die Bedarfe noch einmal sehr deutlich. Damit sind die Ressourcen im Hilfesystem nicht bestmöglich eingesetzt, im Gegenteil, durch eine Verzögerung des Behandlungsbeginns entstehen für die Zukunft höhere monetäre Bedürfnisse.

Auf die steigende Crackproblematik und den zunehmenden polyvalenten Konsum konnte das Hilfesystem bisher nicht entsprechend reagieren. Auch hier weichen die Bedarfe der Klienten vom bestehenden Hilfesystem ab.

Hamburg verfügt über ein sehr differenziertes Angebot für abhängige Personen. Die Teams in den Einrichtungen sind oft interdisziplinär zusammengesetzt und beteiligen sich an speziellen Fachtagungen und Arbeitsgruppen bzw. bilden sich durch Fachliteratur weiter. Über die Qualifikationen der Mitarbeiter und die Arbeitsbedingungen und –methoden kann an dieser Stelle keine Aussage getroffen werden, da sie nicht erhoben wurden. Die Kooperation der Einrichtungen untereinander ist sehr stark ausgeprägt, besteht allerdings nur informell, bedingt durch die langjährige Zusammenarbeit. Diese Kooperationen sind so stark an einzelne Personen geknüpft, dass bei einem Personalwechsel wahrscheinlich auch die Zusammenarbeit wegfallen würde. Ein Bestreben muss sein, diese vielfältigen Arbeitsbeziehungen auch auf eine formelle Ebene zu stellen, um Planungssicherheit für die entsprechenden Angebote zu gewährleisten.

„Wenn man das Überleben der Patienten als Erfolg bewertet, dann ist das Hamburger Hilfesystem erfolgreich, wenn man aber den körperlichen, psychischen und sozialen Zustand der Abhängigen betrachtet, dann eher nicht.“ (Zitat Experte des Hamburger Drogenhilfesystems)

Durch die akzeptierende Drogenarbeit und die vielfältigen Angebote für Konsumenten ist sehr viel erreicht worden, aber um die negativen Folgen der Substanzillegalisierung, d.h. Kriminalisierung der Konsumenten, unwürdige Lebens- und Konsumbedingungen etc., auffangen zu können, reicht das Angebot nicht aus (Gerlach 2004).

Zusammenfassend kann man an dieser Stelle sagen, dass die Daten aus vorangegangenen Untersuchungen mit den Ergebnissen der Experteninterviews dahingehend übereinstimmen, dass ein großer Teil der Konsumenten aus Hamburg unter schweren gesundheitlichen, zum Teil chronischen Problemen leidet. Der Bedarf an unterschiedlichen Hilfsangeboten ist nach wie vor sehr hoch. Auf die steigende

Crackproblematik und auf die polyvalenten Konsummuster wurde im Hamburger Hilfesystem bisher noch nicht entsprechend reagiert. Weiterhin ist die soziale und individuelle Marginalisierung und Ausgrenzung der Konsumenten ein grundlegendes Problem, das die notwendige Behandlung sogar noch verzögern kann.

Die offene Drogenszene in Hamburg setzt sich aus unterschiedlichen Teilgruppen, gekennzeichnet durch verschiedene Konsummuster, unterschiedliches Alter und andere Prioritäten in den Bedarfen zusammen.

Ohne der Auswertung der quantitativen Erhebung und der qualitativen Interviews vorgreifen zu wollen, kann man dennoch an dieser Stelle bereits sagen, dass die Ergebnisse die bisherigen Aussagen unterstützen. Die Bedürfnisse der Klienten, gemessen an ihrem körperlichen und psychischen Status, werden nur teilweise abgedeckt. Ebenfalls schwerwiegend vernachlässigt ist die Arbeits- und Wohnsituation der untersuchten Stichprobe. Obwohl nicht vorrangiges Ziel der Drogenhilfe, scheint die Absicherung dieser Grundbedürfnisse ein Schlüssel für eine weitergehende Behandlung, bzw. für die Aufnahme einer Behandlung zu sein. Auf diesem Gebiet besteht ein enormer Bedarf, der momentan nicht abgedeckt wird.

Bisher nicht erreichte Konsumenten bevorzugen weniger strukturierte Angebote. Die Regeln einer Behandlungseinrichtung stellen für viele eine Überforderung dar. Gleichzeitig besteht ein großer Bedarf an Entgiftung und Substitution und der Wunsch nach einem Leben ohne Drogen ist vorhanden. In diesem Zusammenhang sind Angebote notwendig, die den Klienten helfen, ihren Alltag neu zu strukturieren.

Das Hamburger Hilfesystem ist momentan nicht in der Lage diese Bedürfnisse abzudecken.

## 4.2 Quantitative Erhebung

### Soziodemografische Daten

Insgesamt konnten 150 Konsumenten erreicht werden, davon 93 Personen aus der Gruppe der schlecht laufenden Substituierten (Methadonsubstituierte MS) und 57 nicht erreichte Opiatabhängige (nicht Erreichte NE). In der MS Gruppe befinden sich 69 Männer und 24 Frauen, unter den nicht Erreichten sind es 43 männliche und 14 weibliche Opiatabhängige, die für die Untersuchung gewonnen werden konnten. Damit konnten 112 Männer und 38 Frauen in die Studie aufgenommen werden (Tab. 12).

Der jüngste Teilnehmer der Studie ist 20 Jahre, der Älteste 54 Jahre alt. Das durchschnittliche Alter beträgt 36 Jahre, zwischen den beiden Gruppen gibt es keinen signifikanten Unterschied. Die Personen aus der MS Gruppe haben etwas früher begonnen Heroin zu konsumieren und waren dabei durchschnittlich 21,5 Jahre alt. In der Gruppe der NE begann der Konsum von Opiaten mit etwas mehr als 23 Jahren. In den letzten 30 Tagen wurde von fast zwei Drittel der Teilnehmer aus der MS Gruppe intravenös konsumiert. Allerdings ist das nicht verwunderlich, denn Beikonsum und damit auch intravenöser Gebrauch war ein Einschlusskriterium für diese Gruppe. In der NE Gruppe wurde erwartungsgemäß prozentual noch häufiger intravenös konsumiert, hier waren es 78,9% der Befragten.

Fast die Hälfte (N=74) der untersuchten Hamburger Gesamtstichprobe verfügt über eine abgeschlossene Berufsausbildung. 125 Personen oder 83,3 Prozent sind zum Zeitpunkt der Befragung erwerbslos. In Arbeit oder Ausbildung befinden sich 12 Personen, das sind acht Prozent der Befragten. In Arbeit oder Ausbildung befindlich wurden Personen eingestuft, die in Vollzeit sowie in regelmäßiger und unregelmäßiger Teilzeit arbeiten, sich in Ausbildung befinden oder studieren, bzw. Zivildienst leisten oder bei der Bundeswehr beschäftigt sind.

Über eine stabile Wohnsituation verfügen fast 60 Prozent der Befragten aus der MS Gruppe, in der NE Gruppe sind es 45,6 Prozent. Als eine stabile Wohnsituation wurde eine eigene Wohnung, die Wohnung des/der Lebensgefährten/in, zusammenleben mit den Eltern oder Familienangehörigen und eine Wohngemeinschaft gewertet.

Tab. 12: Soziale und gesundheitliche Situation der Befragten

	MS (N=93)	NE (N=57)	Signifikanz
Geschlecht: männlich	N=69 (74,2%)	N=43 (75,4%)	$\chi^2=0,029$
weiblich	N=24 (25,8%)	N=14 (24,6%)	p=0,87
Durchschnittsalter	36,9 ( $\pm 7,5$ ) Jahre	35,4 ( $\pm 6,9$ ) Jahre	t=1,22 p=0,23
Alter Beginn Heroinkonsum	21,5 ( $\pm 6,8$ ) Jahre	23,1 ( $\pm 5,8$ ) Jahre	t=1,67 p=0,09
Substitution	N=93	entfällt	entfällt
durchschnittliche Substitutionsdauer	39,6 ( $\pm 44,9$ ) Monate	entfällt	entfällt
Substitution bis 1 Jahr	39 Personen		
Substitution 1 bis 3 Jahre	20 Personen		
Substitution länger als 3 Jahre	34 Personen		
HIV positiv	N=3 (3,2%)	N=0 (0%)	entfällt
Hepatitis B	N=26 (28%)	N=15 (26,3%)	$\chi^2=3,4$ p=0,18
Hepatitis C	N=67 (72%)	N=31 (54,4%)	$\chi^2=6,87$ p=0,03
i.v. Konsum im letzten Monat	N=60 (64,51%)	N=45 (78,94%)	$\chi^2=3,22$ p=0,07
Stabile Wohnsituation	N=55 (59,2%)	N=26 (45,6%)	$\chi^2=2,6$ p=0,11
Personen mit Kindern	N=33 (35,48%)	N=26 (45,6%)	$\chi^2=2,13$ p=0,14
Feste Partnerschaft	N=41 (44,08%)	N=22 (38,59%)	$\chi^2=0,44$ p=0,51
Abgeschlossene Berufsausbildung	N=46 (49,5%)	N=28 (49,1%)	$\chi^2=0,03$ p=0,87
Arbeit/Ausbildung	N=7 (7,6%)	N=5 (8,8%)	$\chi^2=0,74$ p=0,78

Der Anteil der Personen, die eine feste Partnerschaft haben ist in der MS Gruppe ebenfalls höher. Hier gaben 44 Prozent an, in den letzten 30 Tagen einen festen Partner bzw. eine feste Partnerin zu haben. Aus der NE Gruppe konnten diese Frage nur knapp 39 Prozent bejahen.

Aus der MS Gruppe haben 33 Personen (35,5%) insgesamt 59 Kinder, in der NE Gruppe haben 26 Konsumenten (45,6%) insgesamt 34 Kinder.

Die Hepatitis C Rate in der MS Gruppe ist mit 72 Prozent sehr hoch. Zusammenfassend kann man für die soziale Situation der Befragten aus der MS Gruppe sagen, dass sie etwas älter sind als die Teilnehmer der NE Gruppe, im Durchschnitt anderthalb Jahre eher begannen Heroin zu konsumieren, eher eine feste Partnerschaft und eine stabile Wohnsituation haben und prozentual gibt es weniger Personen mit Kindern. Unterschiede zwischen den beiden Gruppen in Bezug auf Ausbildung und momentane Arbeitssituation können nicht festgestellt werden. Die gesundheitliche Situation bezogen auf Hepatitis B, C und HIV ist in der MS Gruppe schlechter, wobei nur der Unterschied bei Hepatitis C zwischen den Gruppen signifikant ist ( $\chi^2$ Test:  $\chi^2=6,87$ ,  $df=2$ ,  $p=0,03$ ).

Die durchschnittliche Dauer der Substitution beträgt fast 40 Monate (nur MS Gruppe). Die große Standardabweichung ( $\pm 44,9$  Monate) zeigt dabei an, dass es sich um eine Gruppe mit unterschiedlicher Substitutionsdauer handelt. 39 Personen werden seit einem Jahr substituiert und 20 Konsumenten befinden sich seit mehr als einem, höchstens aber seit drei Jahren in einer Substitutionsbehandlung. Länger als drei Jahre dauert die Substitution für 34 Konsumenten. Die Mehrheit der Patienten ( $N=42$ ) wird mit Methadon substituiert, 12 Personen bekommen Buprenorphin als Substitut, drei Patienten befinden sich in der heroingestützten Behandlung, ein Patient erhält Codein und 35 Opiatabhängige gaben an, „andere“ Substitute (Polamidon) zu erhalten.

### **30-Tages-Prävalenzen für verschiedene Substanzen**

Die 30-Tages-Prävalenz für die verschiedenen Substanzen der Hamburger Untersuchungsgruppe ist in Tab. 13 dargestellt. Signifikant unterscheidet sich die Prävalenz der letzten 30 Tage beim Konsum von Heroin, nicht verschriebenem Methadon, Heroin & Kokain und multipltem Gebrauch im Allgemeinen. Dabei konsumierten prozentual mehr Personen aus der NE Gruppe im vergangenen Monat diese Substanzen.

Tab. 13: 30-Tages-Prävalenz für verschiedene Substanzen der Hamburger Untersuchungsgruppe

Substanzen	MS	NE	Signifikanz (t-Test)
Alkohol	48 (52%)	39 (68%)	n.s.
Heroin	71 (76%)	56 (98%)	0,00
Nicht verschriebenes Methadon	6 (6%)	24 (42%)	0,00
Nicht verschriebene Medikamente	44 (47%)	23 (40%)	n.s.
Kokain	49 (53%)	31 (54%)	n.s.
Crack	56 (60%)	42 (74%)	n.s.
Amphetamine	6 (6%)	3 (5%)	n.s.
Cannabis	59 (63%)	37 (65%)	n.s.
Halluzinogene	4 (4%)	1 (2%)	n.s.
Anderes	3 (3%)	1 (2%)	n.s.
Kokain & Heroin	25 (27%)	24 (42%)	0,03
Kokain & Heroin & Benzodiazepine	12 (13%)	4 (7%)	n.s.
Heroin & Benzodiazepine	13 (14%)	10 (18%)	n.s.
Multipler Substanzkonsum	80 (86%)	55 (97%)	0,00

Es wurde ein Composite Score „Drogen“ aus den Angaben über die verschiedenen Substanzen (außer Alkohol) und der Auskunft, wie viel Geld in den letzten 30 Tagen für Drogen aufgewendet wurde, errechnet. Zusätzlich gehen noch die Anzahl der Tage mit i.v. Konsum im letzten Monat und die Tage mit Drogenproblemen, sowie die Beeinträchtigung durch die Drogenprobleme, in den Composite Score ein. Der Wert dieses Scores kann zwischen 0 und 1 liegen und ein höherer Wert zeigt einen häufigeren und riskanteren Konsum an (Tab. 14). Der Unterschied zwischen den beiden Untersuchungsgruppen ist signifikant (t-Test:  $t=-3,56$ ,  $df=138$ ,  $p=0,00$ ). Die Befragten aus der NE Gruppe konsumieren häufiger Drogen unter riskanteren Bedingungen.

Tab. 14: Composite Score Drogen und Alkohol

	MS	NE	Signifikanz (t-Test)
Mittelwert Score Drogen	0,42 ( $\pm 0,16$ )	0,52 ( $\pm 0,14$ )	0,00
Mittelwert Score Alkohol	0,13 ( $\pm 0,21$ )	0,25 ( $\pm 0,27$ )	0,02

Ein weiterer Composite Score Alkohol vereint die Variablen Alkoholkonsum, Rauscherlebnisse in Zusammenhang mit Alkohol in den letzten 30 Tagen, aufgewendetes Geld für den Konsum, Tage mit Alkoholproblemen und die Beeinträchtigung durch die Alkoholprobleme. Auch hier gilt, die Werte können zwischen 0 und 1 liegen und je höher der Composite Score, umso stärker der Alkoholkonsum und die dadurch entstehenden Beeinträchtigungen. Der Unterschied zwischen beiden Gruppen ist auch im Bereich Alkohol signifikant (t-Test:  $t=-2,41$ ,  $df=92$ ,  $p=0,02$ ). Auch hier sind es die Befragten der NE Gruppe, die Alkohol in stärkerem Maße konsumieren (Tab. 14).

### **Soziodemografische Daten der Gesamtstichprobe**

Die ROSE-Studie wurde insgesamt in zehn europäischen Zentren durchgeführt. Die gesamte Stichprobe umfasst 1235 Personen, davon gehören 691 (56 Prozent) Befragte zur Gruppe der schlecht laufenden Substituierten und 544 (44 Prozent) Personen zur Gruppe der nicht erreichten Konsumenten. Die gesamte Stichprobe besteht aus 74,5 Prozent Männern und 25,5 Prozent Frauen. Der Anteil der Obdachlosen ist in der NE Gruppe besonders hoch, er beträgt knapp 30 Prozent, im Gegensatz zur MS Gruppe, hier sind es unter zehn Prozent der Konsumenten. Die Situation der Befragten in Hinblick auf Erwerbslosigkeit ist in beiden Gruppen gleich hoch. Knapp über 60 Prozent sind in der Gesamtstichprobe ohne Erwerbstätigkeit. Die gesundheitliche Situation in Bezug auf Hepatitis B, C und HIV ist in der MS Gruppe signifikant schlechter (Tab. 15).

Tab. 15: Infektionsrate Hepatitis B, C und HIV in der Gesamtstichprobe

	MS	NE	Signifikanz ( $\chi^2$ Test)
Hepatitis B	25,0%	16,5%	$\chi^2=49,89$ p=0,00
Hepatitis C	60,4%	42,9%	$\chi^2=64,40$ p=0,00
HIV	8,0%	3,9%	$\chi^2=39,12$ p=0,00

### **30-Tages Prävalenz für verschiedene Substanzen der gesamten Stichprobe**

Zur besseren Einordnung der Ergebnisse der Hamburger Untersuchungsgruppe sollen an geeigneten Beispielen Daten aus der gesamten Studie herangezogen werden.

Die 30-Tages Prävalenz der verschiedenen Substanzen (Abb. 1) ist geeignet, die Situation des Konsum in einigen europäischen Zentren aufzuzeigen.

Auf den ersten Blick erkennt man, dass Heroin nach wie vor die Substanz ist, die am häufigsten konsumiert wird. Das trifft sowohl für Hamburg, als auch für die gesamte Stichprobe zu. Dabei konsumieren die Personen der gesamten Stichprobe aus der NE Gruppe signifikant häufiger in den letzten 30 Tagen als die Befragten aus der MS Gruppe ( $\chi^2$ Test:  $\chi^2=148,75$ , df=1, p=0,00).

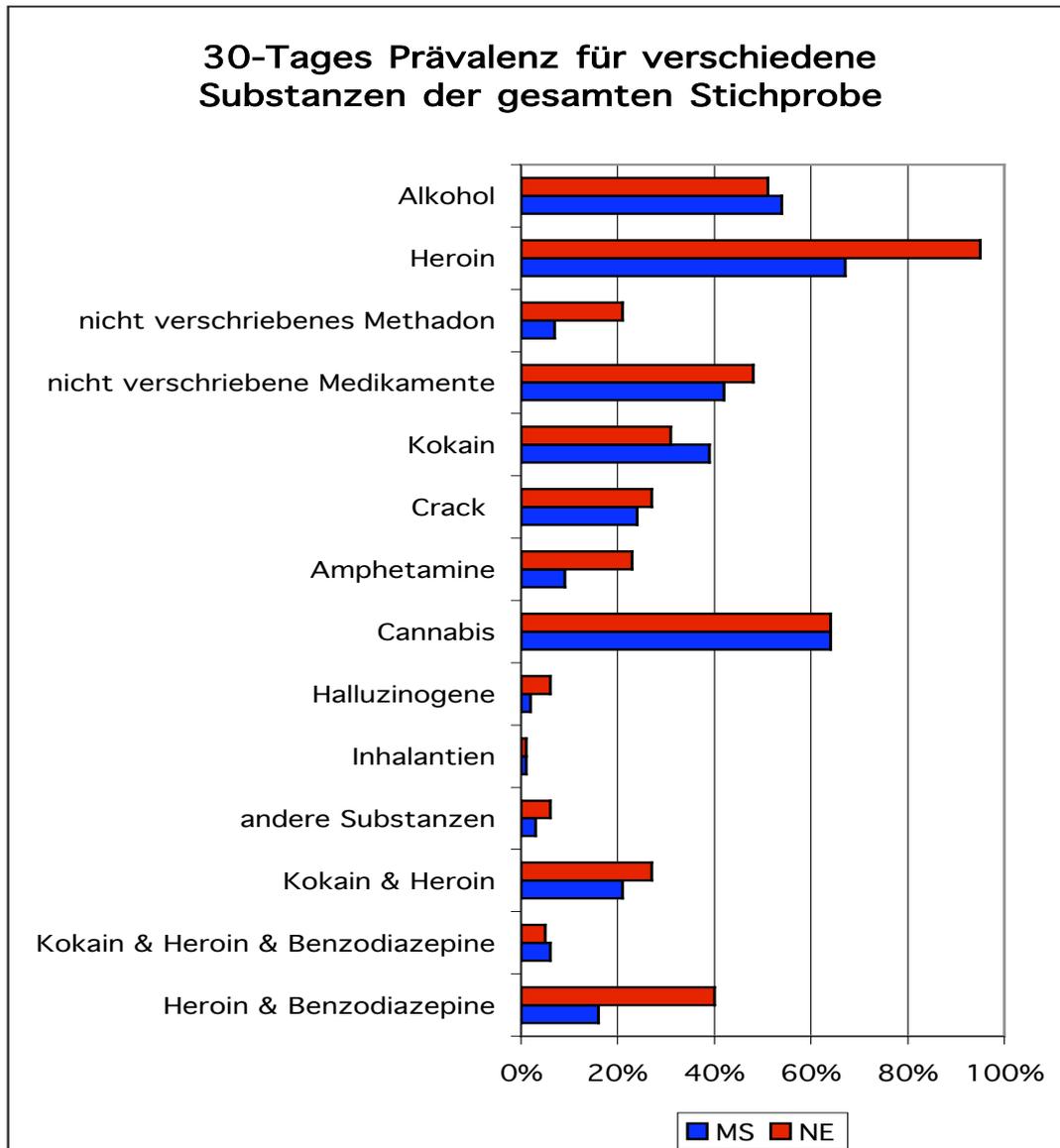


Abb. 1: 30-Tages Prävalenz für verschiedene Substanzen der gesamten Stichprobe

Zwischen den beiden Gruppen der gesamten Stichprobe gibt es weitere signifikante Differenzen beim Konsum von nicht verschriebenem Methadon, nicht verschriebenen Medikamenten, Amphetaminen, Halluzinogenen, Kokain & Heroin und Heroin & Benzodiazepinen. Es ist immer die Gruppe der nicht erreichten Konsumenten, die im letzten Monat häufiger diese Substanzen gebraucht hat.

Die Substanzen, die in der Rangfolge gleich auf Heroin folgen, sind Cannabis und Alkohol, und zwar werden sie von beiden Gruppen etwa gleich stark konsumiert. Kokain und Crack sind die Substanzen, die an 5. und 6. Stelle in der Konsumhäufigkeit

stehen. Damit wird der häufig geäußerte Verdacht, dass Kokain und Crack in Großstädten die Hauptdroge Heroin ablösen, nicht bestätigt.

Für die gesamte Hamburger Untersuchungsgruppe präsentiert sich die Reihenfolge der Substanzen etwas anders als in der europäischen Untersuchungsgruppe. In Hamburg wird ebenfalls Heroin am häufigsten konsumiert, gefolgt von Cannabis, Crack, Alkohol und Kokain. Bei Cannabis und Kokain existieren zwischen den schlecht laufenden Substituierten und den nicht erreichten Konsumenten keine nennenswerten Unterschiede. Die Substanzen Heroin, Crack und Alkohol werden von der NE Gruppe deutlich häufiger konsumiert. In Hamburg ist nach wie vor Heroin die am häufigsten konsumierte Substanz, allerdings wird Crack signifikant öfter in der Hamburger Stichprobe als in der gesamten Stichprobe konsumiert ( $\chi^2$ -Test:  $\chi^2=145,31$ ,  $df=1$ ,  $p=0,00$ ).

In Tabelle 16 ist der Konsum der Hamburger Untersuchungsgruppe im Vergleich zur gesamten Stichprobe dargestellt. In Hamburg wird von den befragten Personen signifikant häufiger Alkohol, Crack, Kokain und Kokain & Heroin & Benzodiazepine konsumiert. Ein multipler Substanzkonsum ist in Hamburg ebenfalls häufiger zu beobachten. Amphetamine und Heroin & Benzodiazepine werden dagegen signifikant weniger konsumiert.

Tab. 16: Mittelwerte des Substanzkonsums der letzten 30 Tage der Hamburger Untersuchungsgruppe und der gesamten Stichprobe

Substanzen	Hamburg (N=150)	gesamte Stichprobe (N=1077)	Signifikanz (t-Test)
Alkohol	9,05 (±11,82)	7,12 (±10,79)	p=0,04
Heroin	17,19 (±12,07)	16,32 (±12,89)	n.s.
Nicht verschriebenes Methadon	1,23 (±3,78)	0,95 (±3,95)	n.s.
Nicht verschriebene Medikamente	5,07 (±8,86)	6,47 (±10,42)	n.s.
Kokain	6,2 (±9,41)	4,32 (±8,68)	p=0,01
Crack	11,29 (±12,2)	4,31 (±9,92)	p=0,00
Amphetamine	0,25 (±1,48)	1,53 (±5,41)	p=0,00
Cannabis	11,72 (±13,25)	9,92 (±11,88)	n.s.
Halluzinogene	0,21 (±1,48)	0,14 (±1,06)	n.s.
Anderes	0,45 (±3,47)	0,77 (±4,21)	n.s.
Kokain & Heroin	3,13 (±6,90)	3,16 (±8,09)	n.s.
Kokain & Heroin & Benzodiazepine	1,15 (±4,66)	0,37 (±2,64)	p=0,00
Heroin & Benzodiazepine	1,34 (±4,36)	3,91 (±8,54)	p=0,00
Multipler Substanzkonsum	19,59 (±11,57)	16,7 (±12,16)	p=0,01

### Gesundheitliche Symptome

Die interviewten Personen sollten angeben, wie häufig körperliche Probleme in den letzten 30 Tagen auftraten. Dabei reichen die Kategorien von nie (0), selten (1), manchmal (2), oft (3) bis immer (4). Aus den einzelnen Items wurde ein Summenscore gebildet; der Wert kann zwischen 0 und 40 liegen. Die Ergebnisse sind in Tab. 17 dargestellt.

Personen aus der MS Gruppe geben bis auf Tremor durchgehend höhere Werte an, d.h. sie fühlten sich in den letzten 30 Tagen durch die genannten Symptome stärker beeinträchtigt. Das spiegelt sich auch in dem höheren Summenscore für diese Gruppe wider. Für den Bereich Appetitverlust ist der Unterschied zwischen den Gruppen signifikant. Am stärksten ist jedoch in beiden Gruppen Müdigkeit bzw. Energieverlust vorhanden. Es existiert keine Korrelation zwischen dem Composite Score Drogen und der körperlichen Summenskala ( $r=0,09$   $p=0,27$ ).

Tab. 17: Mittelwerte der körperlichen Symptome für beide Gruppen

	MS	NE	Signifikanz (t-Test)
Appetitverlust	2,03 ( $\pm 1,29$ )	1,52 ( $\pm 1,16$ )	0,015
Müdigkeit/Energieverlust	2,53 ( $\pm 1,02$ )	2,37 ( $\pm 0,88$ )	n.s.
Übelkeit	1,29 (1,26)	1,03 ( $\pm 1,19$ )	n.s.
Bauchschmerzen	1,19 (1,26)	1,09 ( $\pm 1,09$ )	n.s.
Atemnot	0,96 ( $\pm 1,27$ )	0,70 ( $\pm 1,07$ )	n.s.
Schmerzen in der Brust	0,92 (1,20)	0,69 ( $\pm 0,97$ )	n.s.
Gelenkschmerzen/-steifheit	1,54 ( $\pm 1,35$ )	1,33 ( $\pm 1,29$ )	n.s.
Muskelschmerzen	1,30 ( $\pm 1,19$ )	1,14 ( $\pm 1,20$ )	n.s.
Taubheitsgefühl/Kribbelgefühle	1,23 ( $\pm 1,29$ )	1,33 ( $\pm 1,21$ )	n.s.
Tremor/Körperzittern	0,88 ( $\pm 1,12$ )	1,05 ( $\pm 1,20$ )	n.s.
Summenscore	14,01 ( $\pm 7,39$ )	12,16 ( $\pm 6,18$ )	n.s.

### Psychologische Symptome

Weiterhin wurde gefragt, wie häufig emotionale oder psychologische Probleme in den letzten 30 Tagen auftraten. Dabei waren wieder die Kategorien „nie“ bis „immer“ vorgegeben. Zwischen den Gruppen gibt es im Mittelwertvergleich keine signifikanten Unterschiede. Die Mittelwerte sind in Tab. 18 dargestellt.

Das Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft ist in beiden Gruppen am stärksten ausgeprägt, gefolgt von Einsamkeitsgefühlen, die ebenfalls mit der Ausprägung zwei oder stärker auftraten. Der Summenscore zeigt an, dass sich Personen

aus der MS Gruppe stärker durch psychologische Probleme beeinträchtigt fühlten als nicht erreichte Personen. Es besteht keine Korrelation zwischen dem Composite Score Drogen und der psychologischen Summenskala ( $r=0,13$   $p=0,14$ ).

Tab. 18: Mittelwerte der psychologischen Symptome für beide Gruppen

	MS	NE
Das Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	2,13 ( $\pm 1,19$ )	2,02 ( $\pm 1,45$ )
Plötzliches Erschrecken ohne Grund	0,95 ( $\pm 1,10$ )	1,03 ( $\pm 1,10$ )
Furchtsamkeit	1,27 ( $\pm 1,28$ )	1,12 ( $\pm 1,24$ )
Nervosität oder inneres Zittern	1,79 ( $\pm 1,18$ )	1,67 ( $\pm 1,33$ )
Schreck- oder Panikanfälle	0,84 ( $\pm 1,16$ )	0,69 ( $\pm 1,02$ )
Ein Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	2,41 ( $\pm 1,13$ )	2,09 ( $\pm 1,24$ )
Gefühl, wertlos zu sein	1,71 ( $\pm 1,34$ )	1,47 ( $\pm 1,32$ )
Gefühl sich für nichts zu interessieren	1,44 ( $\pm 1,29$ )	1,37 ( $\pm 1,40$ )
Einsamkeitsgefühle	2,21 ( $\pm 1,25$ )	2,07 ( $\pm 1,35$ )
Gedanken, sich das Leben zu nehmen	0,92 ( $\pm 1,10$ )	0,75 ( $\pm 1,12$ )
Summenscore	15,67 ( $\pm 8,11$ )	14,26 ( $\pm 7,24$ )

### Inanspruchnahme von Hilfeeinrichtungen in Hamburg

Die Befragten sollten weiterhin angeben, an welcher Art der Behandlung oder Therapie sie schon jemals teilgenommen haben (Tab. 19). Dabei fällt auf, dass die Gruppe der schlecht laufenden Substituierten (MS) prozentual mehr therapeutische Angebote in Anspruch genommen hat, als die Gruppe der sogenannten nicht Erreichten (NE). Eine Ausnahme bildet die ambulante psychiatrische Behandlung. Personen aus der Gruppe der nicht erreichten Drogenabhängigen haben die ambulante psychiatrische Behandlung prozentual häufiger aufgesucht. Die Gruppen unterscheiden sich signifikant in ihrer Inanspruchnahme der ambulanten Substitution ( $\chi^2$  Test:  $\chi^2 = 36,19$ ,  $df=1$ ,  $p=0,00$ ), der regelmäßigen psychosozialen Betreuung ( $\chi^2$  Test:  $\chi^2 = 15,44$ ,  $df=1$ ,  $p=0,00$ ) und bei der Inanspruchnahme einer ambulanten psychiatrischen Behandlung ( $\chi^2$  Test:  $\chi^2 = 4,31$ ,  $df=1$ ,  $p=0,04$ ).

Tab. 19: Art der Therapie oder Behandlung, an der die Befragten bisher teilgenommen haben

Lifetime	MS	NE	Signifikanz $\chi^2$ Test
Ambulante Entgiftung	22 (23,7%)	7 (12,3%)	n.s.
Stationäre Entgiftung	69 (74,2%)	34 (59,6%)	n.s.
Ambulante Substitution	90 (96,8%)	33 (57,9%)	$\chi^2=36,19$ p=0,00
Regelmäßige psychosoziale Betreuung	69 (74,2%)	24 (42,1%)	$\chi^2=15,44$ p=0,00
Ambulante drogenfreie Therapie	9 (9,7%)	1 (1,8%)	n.s.
Stationäre drogenfreie Therapie	40 (43%)	26 (45,6%)	n.s.
Therapeutische WG	27 (29%)	13 (22,8%)	n.s.
Tagesklinik	4 (4,3%)	3 (5,3%)	n.s.
Psychiatrische Klinik	23 (24,7%)	11 (19,3%)	n.s.
Ambulante psychiatrische Behandlung	12 (12,9%)	15 (26,3%)	$\chi^2=4,31$ p=0,04
Andere (Akupunktur, Beratungsstelle, Substitution in Haft, Haft, Selbstentzug, Psychologe, Freizeitangebot in PSB, Betreutes Wohnen)	6 (6,5%)	5 (8,8%)	n.s.
keine	0 (0%)	3 (5,3%)	entfällt
Behandlung wegen Alkoholmissbrauch	11 (11,8%)	7 (12,3%)	n.s.
Behandlung wegen Drogenmissbrauch	76 (81,7%)	29 (50,9%)	n.s.

Aus der Gruppe der schlecht laufenden Substituierten (MS) haben elf Personen eine Behandlung wegen Alkoholmissbrauch absolviert, 57 Opiatabhängige verneinten die Frage und 25 Personen machten keine Angabe. Die Frage nach einer Behandlung in Bezug auf Drogenmissbrauch bejahten 76 Personen, ein Patient hat damit keine Erfahrung und 16 Personen beantworteten diese Frage nicht.

Aus der NE Gruppe gaben 7 Opiatabhängige an, schon einmal eine Behandlung wegen Alkoholmissbrauch in Anspruch genommen zu haben, 24 Personen verneinten diese Frage und weitere 26 Patienten beantworteten diese Frage nicht. Eine Behandlung wegen Drogenmissbrauch hatten aus dieser Gruppe 29 Personen absolviert, vier

Personen waren wegen Drogenmissbrauch noch nie in einer Behandlung und 24 der Befragten gaben keine Auskunft.

In der MS Gruppe gaben 17 Personen an, dass sie einen oder mehrere Tage mit Alkoholproblemen im letzten Monat hatten (Mittelwert 3,3 Tage). Die Mehrheit fühlte sich davon wesentlich oder sehr stark beeinträchtigt und hält eine Behandlung der Alkoholprobleme für wichtig. Aus der NE Gruppe berichteten zwölf Konsumenten über Alkoholprobleme in den letzten 30 Tagen (Mittelwert 4,4 Tage). Auch in dieser Gruppe fühlte sich die Hälfte der Befragten durch den Alkoholkonsum belastet und hält eine Behandlung für wichtig. Zwischen den beiden Gruppen gibt es diesbezüglich keinen signifikanten Unterschied.

Im letzten Monat hatten 76 Personen aus der MS Gruppe an mindestens einem Tag Drogenprobleme (Mittelwert 15,9 Tage). 53 von 76 Konsumenten fühlten sich dadurch wesentlich oder sehr stark beeinträchtigt und 64 Substituierte halten eine Behandlung ihrer Drogenprobleme für sehr wichtig. Aus der NE Gruppe gaben bis auf vier Konsumenten alle an, dass sie im letzten Monat an mindestens einem Tag Drogenprobleme hatten (Mittelwert 15,4 Tage). Auch in dieser Gruppe fühlte sich die Mehrheit der Befragten dadurch wesentlich oder sehr stark beeinträchtigt und hält eine Behandlung für sehr wichtig. Signifikante Unterschiede liegen hier ebenfalls nicht vor.

### **Inanspruchnahme von Hilfeeinrichtungen**

Die Teilnehmer wurden gefragt, welche Hilfeeinrichtungen sie in den letzten 30 Tagen in Anspruch genommen haben. Die Ergebnisse sind für beide Gruppen getrennt in Tab. 20 dargestellt. Es waren Mehrfachantworten zugelassen. Die Befragten aus der NE Gruppe nehmen signifikant häufiger Kontaktläden bzw. Cafés ( $\chi^2$  Test:  $\chi^2 = 10,91$ ,  $df=1$ ,  $p=0,00$ ) und Konsumräume ( $\chi^2$  Test:  $\chi^2 = 21,89$ ,  $df=1$ ,  $p=0,00$ ) in Anspruch. Dasselbe trifft für die Akupunktur und Selbsthilfegruppen zu, allerdings handelt es sich hier um sehr kleine Fallzahlen. Von Streetworkern werden sie weniger erreicht und stärker strukturierte Angebote wie z.B. die Drogenberatung ( $\chi^2$  Test:  $\chi^2 = 4,24$ ,  $df=1$ ,  $p=0,04$ ), Aufenthalt in einer Drogenambulanz/Klinik ( $\chi^2$  Test:  $\chi^2 = 37,46$ ,  $df=1$ ,  $p=0,00$ ) oder bei Ärzten ( $\chi^2$  Test:  $\chi^2 = 9,55$ ,  $df=1$ ,  $p=0,00$ ) werden signifikant stärker von den Teilnehmern aus der MS Gruppe in Anspruch genommen. Übernachtungsstätten werden von beiden

Gruppen gleich stark frequentiert. In der Untersuchung begründet ist die signifikant häufigere Inanspruchnahme einer Drogenambulanz oder Klinik in dieser Gruppe, da die Konsumenten in diesen Einrichtungen substituiert werden. Unter sonstige Hilfeinrichtungen gaben drei Personen aus der NE Gruppe Beratung und Unterstützung durch die eigenen Kinder und durch das Heroinprojekt an sowie machten die Aussage „habe mir selbst geholfen“.

Tab. 20: Anzahl der Personen, die in den letzten 30 Tagen Hilfeinrichtungen in Anspruch genommen haben.

Inanspruchnahme in den letzten 30 Tagen	MS	NE	Signifikanz $\chi^2$ Test
Arzt/Hausarzt	N=71 (76,3%)	N=29 (50,8%)	$\chi^2=9,55$ p=0,00
Drogenambulanz/Klinik	N=53 (57%)	N=4 (7%)	$\chi^2=37,46$ p=0,00
Drogenberatungsstelle	N=52 (55,9%)	N=22 (38,6%)	$\chi^2=4,24$ p=0,04
Übernachtungsstätte	N=26 (28%)	N=16 (28%)	n.s.
Café/Kontaktladen	N=58 (62,4%)	N=49 (85,9%)	$\chi^2=10,91$ p=0,00
Konsumraum	N=46 (49,5%)	N=49 (85,9%)	$\chi^2=21,89$ p=0,00
Suchtakupunktur	N=3 (3,3%)	N=4 (7,1%)	n.s.
Helfer auf der Szene/Streetworker	N=5 (5,5%)	N=1 (1,8%)	n.s.
Selbsthilfegruppen	N=1 (1,1%)	N=2 (3,6%)	n.s.
Sonstige Hilfeinrichtungen	N=0	N=3 (5,4%)	entfällt
Keine Hilfeinrichtungen	N=1 (1,1%)	N=0	entfällt

### **Gründe für eine Nichtinanspruchnahme von Hilfeinrichtungen**

#### Substitution und Hausarzt

Die nächste Frage bezog sich auf die Gründe für eine eventuelle Nichtinanspruchnahme von bestimmten Hilfeinrichtungen. Dabei waren die Kategorien keine Information über dieses Angebot, schlechte Qualität, kein Bedarf, nicht adäquat, nicht verfügbar und andere Gründe vorgegeben.

Abb. 2 zeigt, dass in beiden Gruppen 15 bzw. 14 Personen keinen Bedarf an ärztlicher Unterstützung in den letzten 30 Tagen hatten. Bei den anderen Gründen, die in der NE

Gruppe angegeben wurden, lassen sich sechs Aussagen zu Problemen mit dem Aufenthaltsstatus oder dem Staatsanwalt (z.B. auf der Flucht) und dem Krankenversicherungsstatus zusammenfassen. Die weiteren Nennungen in dieser Kategorie beschreiben die eigene Unentschlossenheit und auch eine gewisse Distanz zu Ärzten und Institutionen.

Die Frage, warum eine Substitution im letzten Monat nicht in Anspruch genommen wurde, entfällt für die MS Gruppe (Abb. 3). Sieben Personen aus der NE Gruppe haben keinen Bedarf in Hinblick auf eine Substitution. Die anderen Gründe, die genannt wurden, sollen ausführlicher dargestellt werden, da eine Substitution für die Gruppe der nicht erreichten Konsumenten besonders geeignet erscheint. Der häufigste Grund (N=8), der für die Befragten aus der NE Gruppe gegen eine Substitution spricht, ist, dass der Entzug von Methadon schwieriger als von Heroin ist. Offensichtlich ist Methadon als Substitut nicht geeignet, diese Personen an eine Substitution heranzuführen. Ob Polamidon oder Buprenorphin besser im Hinblick auf unerwünschte Wirkungen und Nebenwirkungen sind, ist zwar mehrfach untersucht worden, doch die subjektive Einschätzung der Konsumenten kann in eine andere Richtung zeigen. Verthein et al. (im Druck) haben in einer neuen Untersuchung gezeigt, dass im Vergleich der beiden Untersuchungsgruppen (Levomethadon vs. Methadon) kein Unterschied dahingehend festzustellen ist, dass die Umstellung von Levomethadon auf d,l-Methadon mit größeren Problemen verbunden ist als der Wechsel von d,l-Methadon auf Levomethadon. Einschränkend muss allerdings angeführt werden, dass es sich hier um eine selektive Stichprobe, entsprechend der Einschlusskriterien, handelt. Die Einschlusskriterien waren hinsichtlich der Compliance und des Beikonsums sehr streng formuliert. Inwiefern diese Ergebnisse auf alle Substituierten übertragbar sind, bleibt offen.

Verthein et al. (2003) haben ebenfalls eine Untersuchung zum ambulanten Entzug mit Buprenorphin vorgelegt. Auch diese Studie deutet in eine ähnliche Richtung. Die Ergebnisse lassen keine eindeutigen Schlüsse hinsichtlich der Überlegenheit der einen oder anderen Substanz zu. Allerdings berichten Praktiker immer wieder von Einschränkungen bei der Anwendung von Methadon. Dabei werden vor allem das

höhere Abhängigkeitspotenzial und die stärkere Entzugssymptomatik, sowie auftretende Nebenwirkungen beklagt.

Fünf weitere Personen aus der NE Gruppe befinden sich in der Antragsphase zu einer Substitutionsbehandlung. Ebenfalls fünf Befragte hatten Probleme mit ihrem Aufenthaltsstatus oder der Versicherung, drei Personen befanden sich in Arbeit oder gaben an keine Zeit für die tägliche Vergabe zu haben. Jeweils ein Befragter gab an, einen zu hohen Alkohol- oder Beikonsum zu haben und bei einem Patient existiert eine Unverträglichkeit mit einem Epilepsiemedikament. Ein Klient wollte den Drogenkonsum vor seiner Familie verheimlichen, und bei einer anderen Person stand das Wohnungsproblem momentan im Vordergrund. Eine Person lehnte es ab als Drogenkonsument registriert zu werden, eine weitere Person hatte keinen Arzt an den er sich wenden konnte, ein Teilnehmer war auf der Flucht. Sechs Personen hatten „keine Lust auf eine Substitution“. Die verbleibenden sechs Nennungen lassen sich unter „ich schaffe es allein“ zusammenfassen.

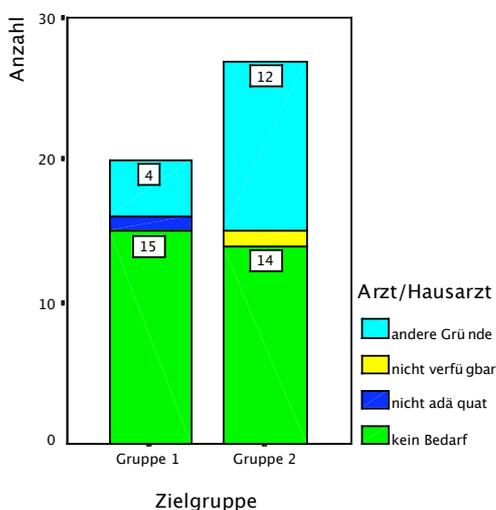


Abb. 2: Gründe der Nichtinanspruchnahme bei Arzt/Hausarzt

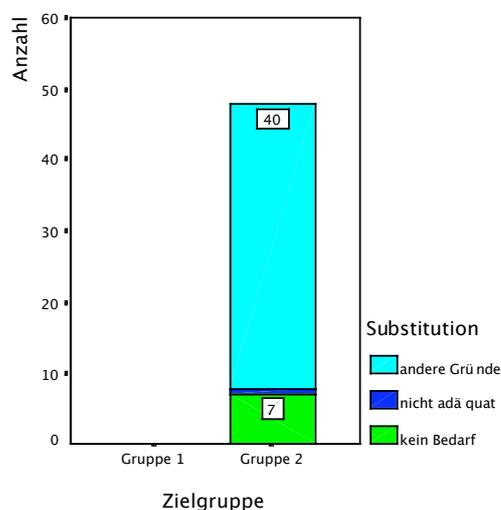


Abb. 3: Gründe der Nichtinanspruchnahme einer Substitution

### *Drogenambulanz und Drogenberatung*

Die Frage, warum eine Drogenambulanz oder eine Klinik in den letzten 30 Tagen nicht in Anspruch genommen wurde, wurde von einem großen Teil der Befragten beider

Gruppen damit begründet, dass kein Bedarf besteht (Abb. 4). Die Gründe, die gegen eine Inanspruchnahme aus Sicht der Befragten sprechen, waren in der MS Gruppe inakzeptable Aufnahmebedingungen, kein Vertrauen und den Kontakt zur Szene meiden. In der NE Gruppe wurde überwiegend eine allgemeine Unlust auf andere Klienten und zeitliche Probleme genannt. In dieser Gruppe wurde zum ersten Mal von einem Befragten eine schlechte Qualität des Angebots angegeben und insgesamt drei Personen empfinden das Angebot als nicht adäquat.

Die nächste Frage bezog sich auf die Inanspruchnahme der Drogenberatung (Abb. 5). Eine ähnlich große Anzahl aus beiden Gruppen gibt keinen Bedarf an. Schlechte Erfahrungen haben drei Personen aus der MS Gruppe gemacht. Die anderen Gründe liegen hauptsächlich in der Einschätzung der Befragten, dass die Drogenberater ihnen nicht helfen können oder dass sie mit ihnen nicht klar kommen. Symptomatisch für diese Haltung in der MS Gruppe sind die Aussagen: „...ich lass mich nur von Leuten beraten, die selber mal drauf waren“ und „...immer gleich Clean Therapie, entspricht nicht meinen Vorstellungen.“

In der NE Gruppe sind die Gründe für eine Nichtinanspruchnahme ähnlich. Sieben Personen sind der Ansicht, dass die Drogenberater nicht helfen können, weitere fünf Personen geben eigene Faulheit an. Eine Person plant gerade eine Therapie und ein weiterer Teilnehmer hat „andere Probleme“.

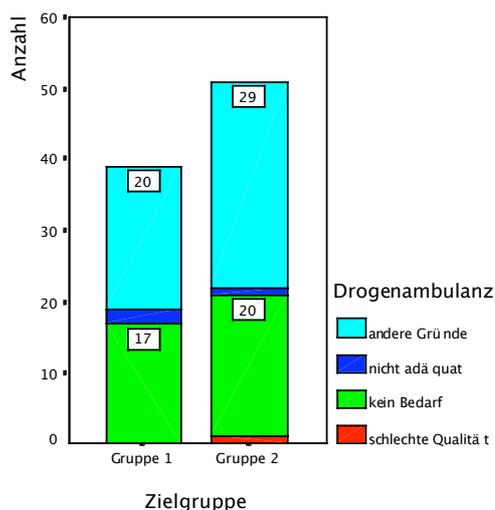


Abb. 4: Gründe der Nichtinanspruchnahme einer Drogenambulanz/Klinik

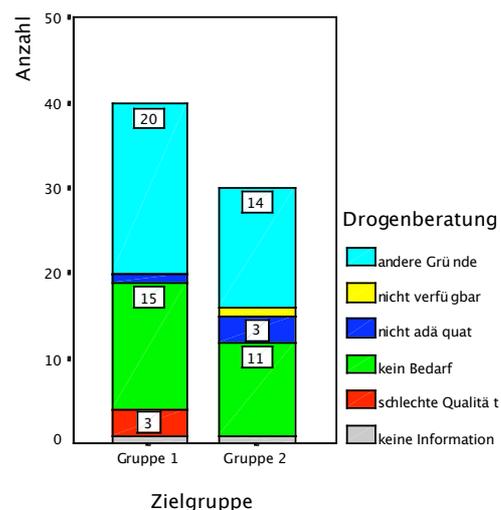


Abb. 5: Gründe der Nichtinanspruchnahme der Drogenberatung

### Übernachtungsstätte und Café

Personen aus der MS Gruppe haben überwiegend keinen Bedarf an einer Übernachtungsstätte. Dieser Anteil erhöht sich noch, wenn man die Antworten aus der Kategorie andere Gründe näher betrachtet, denn es wurde überwiegend eine eigene Wohnung als Grund für eine Nichtinanspruchnahme angegeben. Ähnlich verhält es sich in der NE Gruppe. Von den 23 Personen, die andere Gründe nennen, haben 19 eine Wohnung, bzw. wohnen bei den Eltern oder Freunden. Die restlichen Personen geben an, dass sie Angst vor der Polizei oder vor Diebstahl haben und dass man mit Hunden nicht aufgenommen wird (Abb. 6).

Die Personen aus der MS Gruppe geben als Grund, warum sie ein Café oder einen Kontaktladen meiden, überwiegend an, dass sie keinen Kontakt zur Szene wollen oder sich dort unwohl fühlen. Zwei der Befragten haben keine Information über ein solches Angebot. In der NE Gruppe werden Cafés oder Kontaktladen sehr viel häufiger frequentiert, was erklärt, dass es nur eine Nennung in dieser Gruppe gibt (Abb. 7).

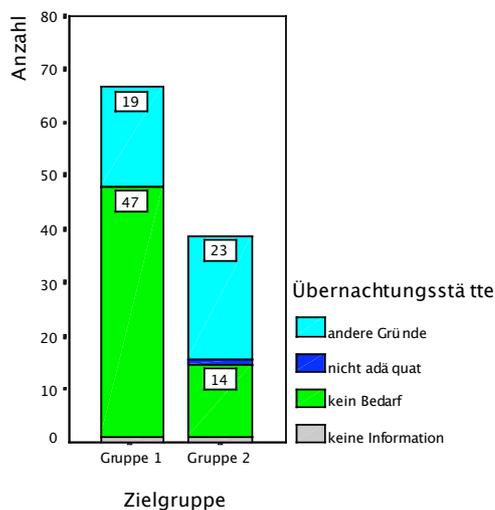


Abb. 6: Gründe der Nichtinanspruchnahme einer Übernachtungsstätte

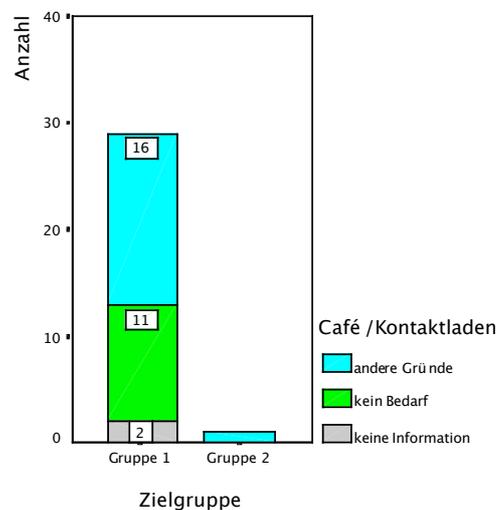


Abb. 7: Gründe der Nichtinanspruchnahme eines Cafés/Kontaktladens

### Konsumraum und Akupunktur

In der MS Gruppe gaben 25 Personen an, dass sie keinen Bedarf haben einen Konsumraum aufzusuchen. Das kann darauf hindeuten, dass kein intravenöser Konsum

vorliegt. Weitere 4 Personen halten das Angebot für nicht adäquat. Die Angaben der verbleibenden 17 Befragten beziehen sich vor allem darauf, dass sie im Konsumraum nicht die nötige Ruhe zum Konsum haben. In der NE Gruppe verteilen sich die fünf Nennungen für andere Gründe auf kein intravenöser Konsum, einmal wird die Wartezeit als Hinderungsgrund angegeben und Abneigung gegen den Konsumraum bzw. der Konsum zu Hause wird bevorzugt (Abb. 8).

Die Gründe eine Akupunktur nicht in Anspruch zu nehmen waren in beiden Gruppen sehr vielfältig. Insgesamt 23 der Befragten hatten keine Information über ein Akupunkturangebot, weitere 20 Teilnehmer beklagten die schlechte Qualität. Keinen Bedarf gaben insgesamt nur 13 Personen an. In der MS Gruppe ist das häufigste Argument gegen die Akupunktur, dass die Befragten glauben (oder wissen) das diese Art der Behandlung bei ihnen keinen Erfolg hat, gefolgt von der Angabe „keine Zeit“. Eine gewisse Abneigung gegen Nadeln und die Angst vor Schmerzen geben immerhin noch acht Personen an. Ähnlich sind die Angaben in der NE Gruppe. Auch hier geht ein Großteil davon aus, dass die Behandlung bei ihnen keinen Erfolg hat. Die zweithäufigste Nennung ist die fehlende Zeit. Immerhin drei Personen gaben an, dass sie eine Akupunkturbehandlung planen (Abb. 9).

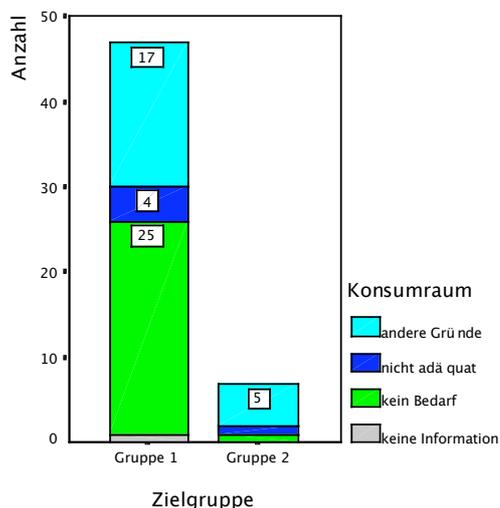


Abb. 8: Gründe der Nichtinanspruchnahme eines Konsumraums

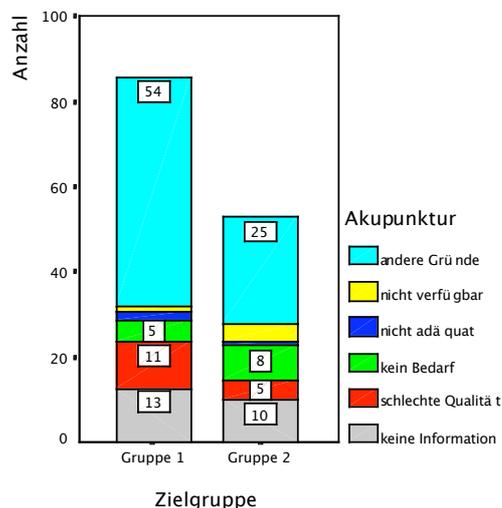


Abb. 9: Gründe der Nichtinanspruchnahme der Akupunktur

### Streetworker und Selbsthilfegruppe

Aus beiden Gruppen haben 24 Personen keine Information über Streetworker und jeweils drei Befragte gaben eine schlechte Qualität dieses Angebots als Hinderungsgrund an. Insgesamt 28 Teilnehmer sind der Ansicht, dass das Angebot nicht verfügbar ist und sieben Personen halten das Angebot für nicht adäquat. In der MS Gruppe ist der meist genannte Grund für eine Nichtinanspruchnahme von Streetworkern der, dass der Kontakt zur Szene vermieden werden soll, gefolgt von der Angabe dass „das nichts bringt“. In der NE Gruppe verteilen sich die Antworten etwa gleich. Der Kontakt zur Szene soll vermieden werden, andere Angebote sind ausreichend, Streetworker wurden noch nie gesehen und das Angebot bringt nichts (Abb. 10).

Über Selbsthilfegruppen im Bereich der illegalen Drogen haben insgesamt 27 Personen keine Informationen. Sechs Teilnehmer berichten über eine schlechte Qualität der Selbsthilfegruppen und acht Befragte halten das Angebot für nicht adäquat, weitere drei für nicht verfügbar. In beiden Gruppen haben 50 Personen keinen Bedarf im Hinblick auf eine Selbsthilfegruppe. In beiden Gruppen wird die Abneigung gegen Gespräche in einer (Selbsthilfe-)Gruppe deutlich, die Gründe dafür sind unterschiedlich. Oft wird der Kontakt zu anderen Personen aus der Szene als negativ geschildert und ein Gespräch im Sinne eines Einzelkontaktes zu einem Berater wird als konstruktiver empfunden (Abb. 11).

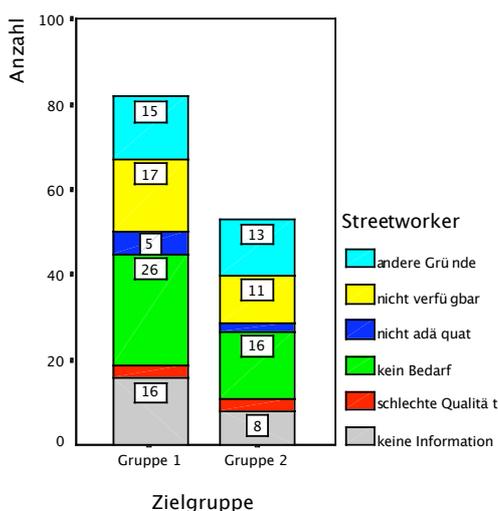


Abb. 10: Gründe der Nichtinanspruchnahme von Streetworkern

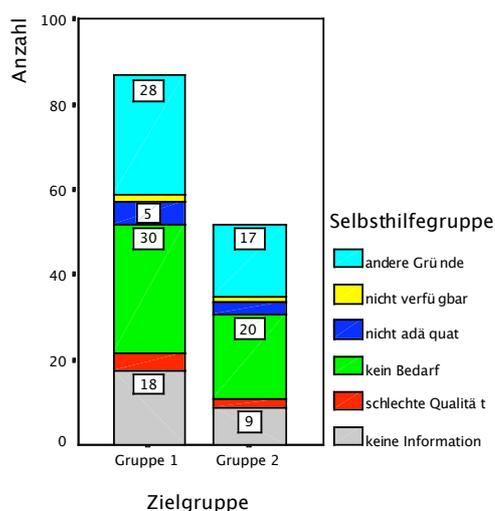


Abb. 11: Gründe der Nichtinanspruchnahme einer Selbsthilfegruppe

### **Zufriedenheit mit der Drogenberatung**

Der Treatment Perception Questionnaire (TPQ) wurde eingesetzt, um die Zufriedenheit mit der Behandlung, speziell dem Drogenberater bzw. Betreuer, zu ermitteln. Der Fragebogen wurde den Teilnehmern vorgelegt, die ihn eigenständig ausfüllten. Der TPQ besteht aus zehn Fragen, die allerdings nur von den Personen beantwortet werden konnten, die auch tatsächlich eine Drogenberatung aufsuchten. Aus der MS Gruppe waren dies 76 Konsumenten und aus der NE Gruppe 19 Personen, die aufgrund ihrer Erfahrungen mit einer Drogenberatung diese Fragen beantwortet haben.

Die Mittelwerte sind in Tab. 21 dargestellt, es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Insgesamt betrachtet wird die Drogenberatung von beiden Gruppen als hilfreich empfunden. Die Ziele der Behandlung scheinen mit den Klienten abgestimmt zu sein, die Beratung wird als unterstützend erlebt und der zeitliche Rahmen der Behandlung wurde ebenfalls als ausreichend empfunden. Ein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen besteht darin, dass die Befragten aus der NE Gruppe unzufriedener mit den Betreuungsregeln sind (t-Test:  $t=2,38$ ,  $df=90$ ,  $p=0,02$ ). Für bisher nicht erreichte Klienten scheinen die Vorschriften eventuell zu regulativ.

Tab. 21: Mittelwerte Zufriedenheit mit Drogenberatung (0= stimme überhaupt nicht zu bis 4= stimme sehr zu)

Treatment Perception Questionnaire	MS	NE
Der Drogenberater hat nicht immer verstanden, welche Art von Hilfe ich brauche.	1,72 ( $\pm 1,24$ )	1,47 ( $\pm 1,47$ )
Der Drogenberater und ich hatten unterschiedliche Vorstellungen über die Ziele meiner Behandlung.	1,49 ( $\pm 1,24$ )	1,94 ( $\pm 1,43$ )
Der Drogenberater war immer erreichbar, wenn ich reden wollte.	2,20 ( $\pm 1,39$ )	2,37 ( $\pm 1,38$ )
Der Drogenberater unterstützte meine Motivation, mich mit meinen Problemen auseinanderzusetzen.	2,84 ( $\pm 1,10$ )	2,44 ( $\pm 1,38$ )
Ich glaube, dass der Drogenberater seine Arbeit gut macht.	2,92 ( $\pm 1,10$ )	3,00 ( $\pm 1,19$ )
Ich wurde über Entscheidungen, die meine Behandlung betreffen, gut informiert.	2,92 ( $\pm 1,10$ )	2,47 ( $\pm 1,30$ )
Ich habe die Hilfe bekommen, nach der ich suchte.	2,55 ( $\pm 1,22$ )	2,10 ( $\pm 1,41$ )
Ich fand nicht alle Beratungsgespräche gut, an denen ich teilnahm.	1,93 ( $\pm 1,22$ )	1,84 ( $\pm 1,42$ )
Ich hatte nicht genug Zeit, mir über meine Probleme klar zu werden.	1,68 ( $\pm 1,28$ )	1,53 ( $\pm 1,46$ )
Ich fand einige der Betreuungsregeln und Vorschriften nicht gut.	1,62 ( $\pm 1,14$ )	2,37 ( $\pm 1,53$ )

### **Bedarf an Hilfeinrichtungen**

Eine weitere Frage bezog sich darauf, welche Arten der Hilfe für die Teilnehmer im Moment wichtig sind. Dabei waren Kategorien vorgegeben. Es war jedoch auch möglich, eigene Vorschläge zu machen. Mehrfachantworten waren zugelassen. In Tab. 22 sind die Antworten der beiden Gruppen dargestellt.

Tab. 22: Art der benötigten Hilfe

Art der benötigten Hilfe	MS	NE	Signifikanz ( $\chi^2$ Test)
Information	N=30 (32,3%)	N=18 (31,6%)	n.s.
Beratung	N=22 (23,7%)	N=14 (24,6%)	n.s.
Substitution	N=8 (8,6%)	N=31 (54,4%)	$\chi^2 =38,50$ p=0,00
Entgiftung	N=38 (40,9)	N=34 (59,6%)	$\chi^2 =4,50$ p=0,02
Hilfe zum Leben (Wohnung, Arbeit, Geld)	N=67 (72%)	N=38 (66,7%)	n.s.
Unterstützung bei familiären Problemen	N=23 (24,7%)	N=10 (17,5%)	n.s.
sonstiges	N=44 (47,3%)	N=35 (61,4%)	n.s.

Der Bedarf an Information und Beratung unterscheidet die beiden Gruppen nicht voneinander. Der Bedarf der nicht erreichten Konsumenten nach einer Substitution ( $\chi^2$  Test:  $\chi^2 =38,50$ , df=1, p=0,00) und einer Entgiftung ( $\chi^2$  Test:  $\chi^2 =4,50$ , df=1, p=0,02) ist signifikant höher als in der Gruppe der schlecht laufenden Substituierten. In der MS Gruppe scheint sich bei über 40 Prozent der momentane Bedarf von einer Substitution hin zu einer Entgiftung verschoben zu haben. Nur acht Personen nennen die Substitution als die Art der Hilfe, die sie im Moment brauchen. In beiden Gruppen gibt es einen außerordentlich hohen Bedarf an Unterstützung im täglichen Leben, die sich vor allem auf die Bereiche Wohnen, Arbeit und finanzielle Angelegenheiten beziehen. Hilfe bei Familienangelegenheiten wünschen sich fast ein Viertel der Befragten aus der MS Gruppe und 17,5 Prozent aus der NE Gruppe. Die Angaben, die unter „Sonstiges“ angegeben wurden, werden im Folgenden detaillierter dargestellt, da sie wertvolle Hinweise für die Bedarfe der Konsumenten geben. Dabei ist die Anzahl der Nennungen weniger interessant, als die von den Befragten formulierten Ideen oder Vorschlägen. Der Kontakt zu Personen, die nicht konsumieren, verbunden mit dem Wunsch nach ganz konkreten Hilfen zum Ausstieg und auch ein angestrebter Ortswechsel deuten an, dass der Gedanke an ein Leben ohne Drogen für viele der Befragten eine Rolle spielt. Der Kontakt zu den eigenen Kindern und der Wunsch nach Freizeitangeboten sind

ebenfalls ein Beleg dafür. Für bessere, schnellere und unbürokratische Angebote im Bereich der Drogenhilfe gab es ebenfalls viel Zustimmung aus beiden Gruppen. Damit im Zusammenhang steht der Wunsch nach einem Klinikplatz, einer Therapie oder psychologischer Unterstützung bei Problemen. Ebenfalls ist für viele der Befragten eine Entkriminalisierung wichtig und damit einhergehend die Legalisierung von Drogen, sowie Maßnahmen gegen die Diskriminierung.

### **Illegales Verhalten**

Ein weiterer Abschnitt der Befragung beschäftigte sich mit dem illegalen Verhalten in den letzten 30 Tagen. Es wurden die Kategorien Verkauf, Vermittlung oder Herstellung von Drogen, Betrug und Diebstahl abgefragt. Generell unterscheiden sich die Gruppen nicht signifikant in ihrem delinquenten Verhalten, aber Personen aus der MS Gruppe sind häufiger in Betrugsdelikte, Diebstahl bei Personen und Diebstahl aus einem Auto involviert. Die Befragten aus der NE Gruppe sind dagegen häufiger in dem Verkauf, der Vermittlung und Herstellung von Drogen, in Ladendiebstähle und Eigentumsdelikte verwickelt.

### **Lebensqualität**

Der SF-12 wurde zur Messung der Lebensqualität eingesetzt. Aus den 12 Fragen wurden die körperliche und psychische Summenskala gebildet. In Tab. 23 sind die Mittelwerte für beide Gruppen und für die deutsche Normstichprobe dargestellt. Je höher der Wert, umso besser ist die körperliche bzw. psychische Verfassung der Teilnehmer.

Tab. 23: Mittelwerte der körperlichen und psychischen Summenskalen der MS und NE Gruppe und der deutschen Normstichprobe

	MS (N=93)	NE (N=57)	dt. Normstichprobe (N=2914)
körperliche Summenskala	43,40 (±10,41)	45,98 (±8,88)	49,19 (±10,92)
psychische Summenskala	36,51 (±10,85)	36,60 (±10,05)	50,97 (±8,76)

Zur Feststellung der Signifikanz wurde ein multipler Vergleich der Mittelwerte für mehrere Gruppen durchgeführt (Einfaktorielle ANOVA, Post-Hoc Mittelwertvergleiche). Da die Vergleichsgruppen eine sehr unterschiedliche Größe haben, bietet sich ein Scheffé-Test an (Janssen & Laatz 1997).

Es existieren signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen in Bezug auf die körperliche Summenskala ( $F=13,23$ ;  $df=2$ ;  $p=0,00$ ) und die psychische Summenskala ( $F=176,84$ ;  $df=2$ ;  $p=0,00$ ). Der zweite Teil der 4. Hypothese kann damit bestätigt werden, denn Opiatabhängige haben signifikant schlechtere Werte in der körperlichen und psychischen Summenskala als die deutsche Normstichprobe.

Zwischen der MS Gruppe und der NE Gruppe gibt es keinen signifikanten Unterschied, weder in der körperlichen (t-Test:  $t=1,53$ ,  $df=139$ ,  $p=0,13$ ) noch in der psychischen Summenskala (t-Test:  $t=0,49$ ,  $df=139$ ,  $p=0,96$ ). Mit diesen Ergebnissen ist der erste Teil der 4. Hypothese widerlegt. Zwischen schlecht laufenden Substituierten und Konsumenten, die sich nicht in Behandlung befinden, existiert weder auf der körperlichen noch auf der psychischen Ebene ein signifikanter Unterschied. Der Unterschied zwischen der MS Gruppe und der deutschen Normstichprobe für die körperliche Summenskala ist signifikant, d.h. der Gruppe der schlecht laufenden Substituierten geht es körperlich signifikant schlechter als der deutschen Normstichprobe (t-Test:  $t=4,66$ ,  $df=2941$ ,  $p=0,00$ ). Zwischen den sogenannten nicht Erreichten und der deutschen Normstichprobe bestehen im Bereich der körperlichen Beschwerden ebenfalls signifikante Unterschiede (t-Test:  $t=2,24$ ,  $df=2917$ ,  $p=0,02$ ).

Der Unterschied im psychischen Bereich ist signifikant zwischen der MS Gruppe und der deutschen Normstichprobe (t-Test:  $t=14,50$ ,  $df=2941$ ,  $p=0,00$ ) und zwischen der NE Gruppe und der deutschen Normstichprobe (t-Test:  $t=12,45$ ,  $df=2917$ ,  $p=0,00$ ).

Die Vermutung, dass durch die institutionelle Anbindung der Substituierten die gesundheitsbezogene Lebensqualität höher ist als die der Konsumenten, die sich nicht im Hilfesystem befinden, konnte nicht bestätigt werden. Da die Länge der Substitution in der Stichprobe sehr unterschiedlich ist, stellt sich die Frage, ob die gesundheitsbezogene Lebensqualität eventuell mit einer längeren Substitutionsbehandlung steigt. Dazu wurde die Gruppe der schlecht laufenden Substituierten in drei

Untergruppen, entsprechend der Dauer der Substitution, unterteilt (bis 12 Monate N=39, 13-36 Monate N=20, über 36 Monate N=34). Zwischen diesen Gruppen existieren keine signifikanten Unterschiede, weder auf der körperlichen noch auf der psychischen Summenskala. Die Korrelation zwischen der Länge der Substitution und den Skalen der Lebensqualität ist ebenfalls negativ. Auch die Einbeziehung des Schweregrades der Sucht als Kovariate (Composite Score Drogen) bedeutet keine Veränderung des nicht signifikanten Unterschiedes zwischen den drei Gruppen in Bezug auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Interessant ist allerdings, dass sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität, sowohl körperlich als auch psychisch, bei einer Substitutionsdauer von 13 bis 36 Monaten verbessert, um dann im vierten Jahr unter den Anfangswert zu fallen. Für die gesundheitsbezogene Lebensqualität ist also kein linearer Zusammenhang zur Länge der Substitution festzustellen. Der Schweregrad der Sucht nimmt dagegen einen erwarteten linearen Verlauf, d.h. je länger die Konsumenten in der Substitution verbleiben, umso weniger und risikoärmer konsumieren sie Drogen. Es empfiehlt sich zur Beurteilung der Situation der Substituierten das Augenmerk nicht nur auf den Schweregrad der Sucht zu legen, sondern durch die Einbeziehung der Lebensqualität ein differenzierteres Bild zugrunde zu legen. Die Ergebnisse sollten allerdings an einer größeren Stichprobe validiert werden.

Die Korrelation zwischen dem Schweregrad der Sucht und der psychischen Summenskala ergab einen signifikanten Zusammenhang dahingehend, dass der psychische Zustand umso besser ist, desto niedriger der Schweregrad der Sucht ist ( $r=-0,21$   $p=0,01$ ). Diese Ergebnisse an einer relativ kleinen Gruppe von Substituierten geben Hinweise darauf, dass durch eine Verbesserung der psychologischen Situation der Substituierten das Suchtverhalten positiv beeinflusst wird. Für die körperliche Skala konnte kein Zusammenhang mit dem Composite Score Drogen nachgewiesen werden.

Bei einer Betrachtung getrennt nach den Geschlechtern ergibt sich ein noch differenzierteres Bild. Da die Stichprobengröße der Frauen in den einzelnen Untergruppen allerdings sehr klein ist (Frauen: N zwischen 5 und 9, Männer: N zwischen 13 und 25), sollen diese Ergebnisse nur deskriptiv dargestellt werden. Die Ergebnisse müssen an einer größeren Stichprobe validiert werden, um aussagekräftigere Schlüsse ziehen zu können.

Männer und Frauen entwickeln sich während der Substitution gegenläufig (Abb. 12). Je länger die Behandlung dauert, umso besser sind die Ergebnisse der körperlichen Befindlichkeit bei den weiblichen Substituierten. Männer haben dagegen einen hohen Wert in der körperlichen Summenskala am Beginn und während des ersten Jahres der Substitution. Die körperliche Befindlichkeit verschlechtert sich allerdings über die Zeit immer mehr.

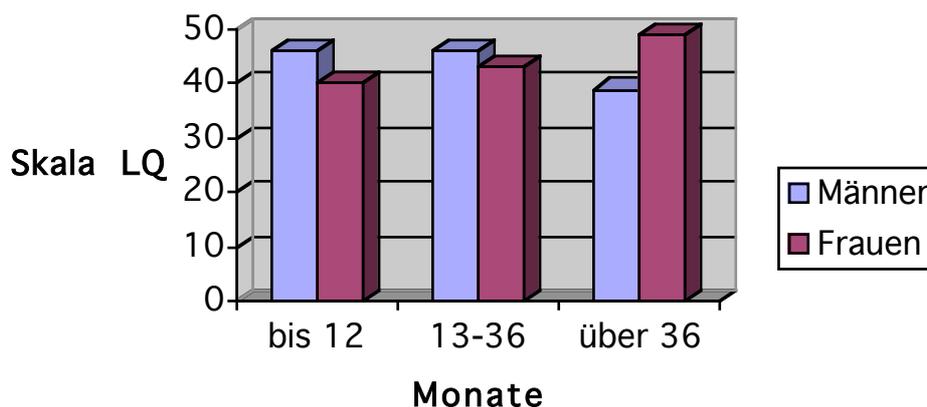


Abb. 12: Körperliche Summenskala für Männer und Frauen abhängig von der Substitutionsdauer in Monaten

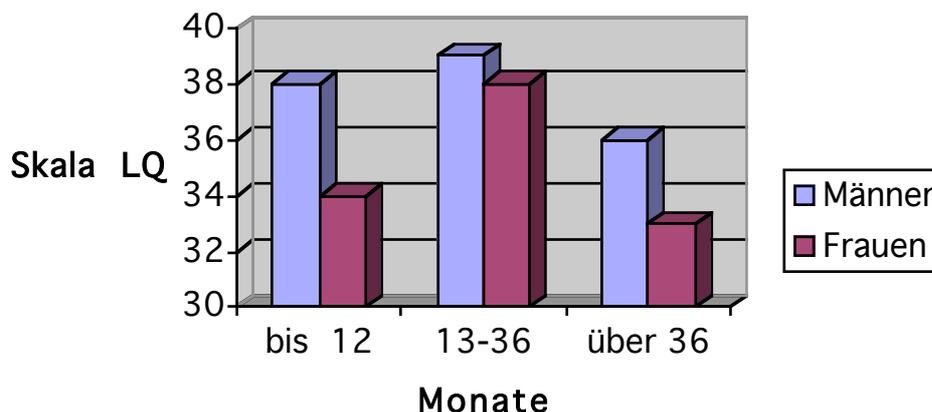


Abb. 13: Psychische Summenskala für Männer und Frauen abhängig von der Substitutionsdauer in Monaten

Die psychische Situation verbessert sich bei Männern und Frauen zwischen dem 13. und 36. Behandlungsmonat, danach kommt es wieder zu einer Verschlechterung (Abb. 13). Die psychische Befindlichkeit der Frauen ist allerdings über die gesamte Dauer der Substitution schlechter als die der Männer.

Zur Überprüfung einer weiteren Hypothese wurde die Summenskala der psychologischen Symptome mit der psychischen Summenskala des SF-12 korreliert. Die Korrelation ergibt einen starken signifikanten negativen Zusammenhang ( $r=-0,58$   $p=0,000$ ). Erwartungsgemäß geht eine schlechtere psychologische Befindlichkeit (höhere Werte) mit niedrigeren und damit ungünstigeren Werten in der psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität einher.

### **Zusammenfassung**

Es konnten 93 Personen aus der Gruppe der schlecht laufenden Substituierten und 57 Konsumenten, die bisher vom Hilfesystem nicht im nötigen Ausmaß erreicht wurden, in die Untersuchung aufgenommen werden. Personen aus der MS Gruppe sind etwas älter, haben im Durchschnitt anderthalb Jahre eher mit dem Heroinkonsum begonnen, verfügen eher über eine stabile Wohnsituation und eine feste Partnerschaft als Personen aus der NE Gruppe. Die gesundheitliche Situation in der MS Gruppe ist in Bezug auf Hepatitis B und C und HIV schlechter im Vergleich zur NE Gruppe.

Personen aus der NE Gruppe konsumierten im letzten Monat prozentual häufiger Heroin, nicht verschriebenes Methadon, Heroin & Kokain und weisen einen höheren multiplen Substanzgebrauch im Allgemeinen auf. Der Composite Score Drogen bestätigt, dass diese Personen häufiger Drogen unter riskanteren Bedingungen gebrauchen. Auch für den Konsum von Alkohol gilt, Personen aus der NE Gruppe konsumieren in stärkerem Ausmaß Alkohol.

In Hamburg ist Heroin nach wie vor die Substanz, die am häufigsten konsumiert wird. Die weitere Reihenfolge setzt sich wie folgt zusammen: Cannabis, Crack, Alkohol und Kokain.

Die gesundheitliche und psychologische Situation ist in der MS Gruppe schlechter als in der Vergleichsgruppe. Diese Personen fühlen sich stärker beeinträchtigt. Von den

schlecht laufenden Substituierten wurden mehr therapeutische Angebote in Anspruch genommen. Einzige Ausnahme bildet die ambulante psychiatrische Behandlung; hier waren es Personen aus der NE Gruppe, die dieses Angebot prozentual häufiger genutzt haben. Nicht erreichte Konsumenten nehmen dagegen häufiger Hilfeeinrichtungen wie Cafés, Kontaktläden und Konsumräume in Anspruch. Niedrigschwellig Angebote sind für diese Personengruppe offensichtlich von besonderer Bedeutung. Die Gründe, die gegen eine Inanspruchnahme von Hilfeeinrichtungen aus der Sicht der Befragten sprachen, waren sehr vielfältig. Oftmals besteht kein Bedarf oder eine gewisse Unentschlossenheit und es fehlen Informationen über verschiedene Angebote. Aber auch formale Gründe, wie ein nicht gekläarter Aufenthaltsstatus und das Fehlen einer Krankenversicherung sprachen gegen eine Inanspruchnahme. Für nicht erreichte Konsumenten ist Methadon offensichtlich nicht geeignet diese Personen an eine Substitutionsbehandlung heranzuführen. Hier sollte geprüft werden, ob Substanzen wie Polamidon und Buprenorphin besser geeignet erscheinen eine Substitution einzuleiten, denn der Wunsch nach einer Substitution und einem Leben ohne Drogen ist in der NE Gruppe sehr stark ausgeprägt. In beiden Gruppen existiert ein außerordentlich hoher Bedarf an Unterstützung im täglichen Leben. Die existentiellen Bereiche Wohnen und Arbeit und damit verbunden die finanzielle Absicherung, sind die dringendsten Bedarfe der befragten Personen aus beiden Gruppen. Weitere Bedarfe wurden in einer besseren, schnelleren und unbürokratischeren Drogenhilfe gesehen.

Zur Messung der Lebensqualität wurde in Hamburg der SF-12 eingesetzt und die Ergebnisse belegen, dass Opiatabhängige eine schlechtere (körperlich und psychisch) Lebensqualität aufweisen als die deutsche Normstichprobe. Zwischen der NE und MS Gruppe konnten keine Unterschiede in Bezug auf die Lebensqualität festgestellt werden. Weder die Länge der Substitution noch der Schweregrad der Sucht haben Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Interessant ist allerdings der unerwartete nicht lineare Verlauf der Lebensqualität während der Substitution. Der Schweregrad der Sucht hingegen verläuft erwartungsgemäß und nimmt im Verlauf der Behandlung ab. Zur Beeinflussung des Schweregrades der Sucht ist es notwendig den psychologischen Zustand der Konsumenten zu verbessern; hier konnte ein Zusammenhang nachgewiesen werden.

Es gibt Hinweise darauf, dass sich Männer und Frauen während einer Substitution unterschiedlich entwickeln. Diese Hinweise müssen allerdings an einer ausreichend großen Stichprobe validiert werden.

### 4.3 Qualitative Interviews

Im Rahmen der ROSE-Studie wurden im Zeitraum März bis Juni 2003 zehn qualitative Interviews durchgeführt. Die Interviewpartner wurden in niedrigschwelligen Einrichtungen und einer Übernachtungsstätte rekrutiert. Die Personen wurden in die qualitative Befragung aufgenommen, wenn der Eindruck gewonnen wurde, dass sie in der Lage sind über sich und ihre Situation zu reflektieren. Weitere Auswahlkriterien waren das Geschlecht, das Alter und die verschiedenen Erfahrungshintergründe mit Substanzen und Behandlungen im Hilfesystem. Die Zugehörigkeit zu einer der beiden Zielgruppen des Projekts war eine weitere Voraussetzung zur Teilnahme an den Interviews (schlecht laufende Substituierte und nicht erreichte Opiatabhängige).

Tab. 24: Geschlecht, Alter, Zielgruppe und Ort der qualitativen Interviews

Person	Geschlecht	Alter	Zielgruppe	Ort des Interviews
1	männlich	29	MS	Übernachtungsstätte
2	männlich	37	NE	Übernachtungsstätte
3	weiblich	25	MS	niedrigschwellige Einrichtung
4	weiblich	35	MS	niedrigschwellige Einrichtung
5	männlich	43	MS	niedrigschwellige Einrichtung
6	männlich	34	NE	niedrigschwellige Einrichtung
7	weiblich	42	MS	niedrigschwellige Einrichtung
8	männlich	42	NE	niedrigschwellige Einrichtung
9	männlich	31	NE	niedrigschwellige Einrichtung
10	weiblich	51	NE	niedrigschwellige Einrichtung

Das Alter der befragten Personen liegt zwischen 25 und 51 Jahren (Tab. 24), der Mittelwert beträgt 37 und der Median 36 Jahre. Vier Frauen und sechs Männer konnten

für die Untersuchung gewonnen werden. Die Dauer der Interviews reicht von 30 bis 60 Minuten. Es wurde Wert auf eine möglichst ruhige und ungestörte Umgebung gelegt. Den Personen wurde die Anonymität ihrer Daten zugesichert.

## **Persönliche Drogenerfahrung**

### Entwicklung des problematischen Drogenkonsums

Eine große Spannbreite an Gründen wurde von den interviewten Personen angegeben, warum und seit wann sie Heroin konsumieren. Oft werden emotionale Probleme mit Personen der unmittelbaren Umgebung (Familie, Beziehung) genannt. Teilweise wurde konsumiert als „Selbstmedikation“, um die Nebenwirkungen von Stimulantien zu reduzieren.

P1 (m, 29, MS): (...) Und ja, das hat dann mit 18 so den ersten break gehabt, eigentlich schon bisschen vorher wo ich zu Hause raus geflogen bin, weil es zu Hause nicht mehr funktioniert hat so dass halt zwischen mir und meinem Vater, meinem Vater und meiner Mutter, meinem Vater und meinen Schwestern hat überhaupt nicht mehr hin gehauen. ... Jedenfalls war ich dann mit 18 auf Heroin irgendwann gelandet und zwar auf Blech rauchen, das war auch um irgendwo die Nebenwirkungen von dem ziemlich hohen Amphetaminkonsum n bisschen zu bekämpfen weil ich hab dann angefangen an Schlafstörungen und sowas zu leiden und dass Heroin hat mich ganz schnell wieder runter gebracht, beruhigt und mir eben vorgegaukelt das ist alles gut so wie es ist und ich bräuchte nichts weiter. Und dass war es eben warum ich auch immer wieder Heroin genommen hab. (p.1)

Die meisten Teilnehmer beschreiben ihre Motivation für den Konsumbeginn als Neugier und als eine Möglichkeit der „Selbstmedikation“ um die Nebenwirkungen von Stimulantien zu begrenzen und um emotionale und persönliche Probleme zu lösen.

## **Konsummuster**

### Frequenz und Menge

Die konsumierte Menge und auch die Frequenz des Konsums unterscheiden sich bei den befragten Personen. Einige haben eine genaue Vorstellung von der Menge, die sie konsumieren können, ohne dass Entzugserscheinungen auftreten.

I: Und noch mal zurück zu dem Konsum, wieviel nimmst du heutzutage so?

P9 (m, 31, NE): Na zwischen einem und vier zehntel ca. Also ein zehntel reicht und dann, also, knapp so, aber reicht, ich bin ziemlich niedrig dosiert, dass hat sich die ganzen Jahre auch nicht geändert. So, also, ich kann so viel Heroin auch nicht ab. (p.3)

Emotionaler Stress und die verfügbare Menge Geld sind ebenfalls begrenzende Elemente für den Konsum.

I: ... wie oft, also wovon hängt das ab wie oft du was (heroin) nimmst und wie viel?

P3 (f, 25, MS): Je nachdem wie gestresst ich bin. Also so wenn irgendwas merk z.B. mit meinem Freund der nervt mich manchmal. Ich weiß nicht, vielleicht sind das auch die Stimmungsschwankungen in der Schwangerschaft. (...). Manchmal sind das 3 Tage in der Woche oder mal nur 2 oder es sind halt mal, je nach dem wie viel Geld immer noch da ist. Weil das schnorren läuft halt auch nicht immer so besonders gut. (R3, p.4)

Einige Personen berichten über einen relativ stabilen Gebrauch, bei anderen Befragten hängt die Menge und Frequenz des Konsums von der emotionalen und psychologischen Verfassung ab. Die meisten der Teilnehmer hatten Phasen unterschiedlicher Länge, in denen sie kein Heroin und teilweise auch keine anderen Drogen konsumiert haben. Diese Phasen stehen im Zusammenhang mit einer Stabilisierung der Lebensumstände, z.B. der Beginn einer Substitution.

### **Applikationsform**

Die meisten der interviewten Personen bevorzugen den intravenösen Gebrauch. Einige Personen brauchen eine lange Zeit bevor sie beginnen intravenös zu applizieren.

I: Und drückst du nur heutzutage oder kommt das drauf an oder wie ist das?

P10 (f, 51, NE): Ich drück nur. Ich finde oft gar keine Vene jedenfalls nicht in so ner Stresssituation und dann bin ich halt in die Pomuskeln gegangen und jetzt im Moment geh ich so in den Bauch, da (...) Ich treff halt nichts, ne. Ist nichts da, ne, also keine unmittelbar sichtbaren Venen, dass, und oft hab ich auch schon Arterien erwischt, und dass ist dann auch nicht so gut, ne. (P10, p.5)

Die zitierte Frau, hat nach acht Jahren Heroinkonsum mit dem i.v. Gebrauch begonnen. Sie berichtet, dass diese Entscheidung unreflektiert, gedankenlos und aus Neugier geschah.

## **Motivation und Wahrnehmung des eigenen Opiatkonsums**

### Motivation

Die Mehrheit der Befragten will mit dem Konsum negative Gefühle und Gedanken unterdrücken.

I: Und kannst du beschreiben was positiv und negativ, was es dir gibt erst mal?

P8 (m, 42, NE): Wenn du die Droge konsumiert hast, möchte ich sagen, ist egal was für Probleme du hast oder sonst irgendwas, die sind weg. Du denkst einfach gar nicht mehr dran. Also du kriegst so ein richtiges leck mich am Arsch Gefühl, sag ich mal aufgrund ... es ist einfach weg. Und ich habe... naja mich kratzt schon ganz schön was ich hab 3 Kinder, ich weiß nicht was sie machen, selten Kontakt dazu. Es kratzt mich schon alles so'n bisschen aber wie gesagt, wenn ich diese Drogen habe dann... bin ich nur noch mit mir selbst beschäftigt. (p2)

Die Teilnehmerin beschreibt, wie das Heroin ihre Gefühle betäubt und sie in einen Zustand versetzt, in dem sie Dinge erträgt, die sie sonst nicht aushalten würde.

P7 (f, 42, MS): (...) Ist ja nun mal so, man wird einfach abgebrühter, man lässt vieles mit sich machen was man im normalen Zustand nie machen würde. Und dadurch hab ich das (Heroin) dann immer wieder genommen um das alles zu betäuben, um nicht zu denken, um nicht zu fühlen, um nicht zu heulen und ja es war bei mir immer so ein auf und ab, auf und ab. (P7, p1)

Aber sie möchte trotzdem ihre Umwelt noch wahrnehmen und die Wirkung der Droge genießen.

P7: (...) Weil, die meisten die fressen ja Pillen ohne Ende, da hab ich nie Bock drauf gehabt. Weil, ich will ja, wenn ich breit bin, das will ich ja genießen und nicht im Koma liegen. Und die meisten machen sich so breit, dass sie nichts mehr merken, das ist doch schwachsinnig! Dann kann ich mich ins Bett legen und schlafen, dann merk ich auch nix, ne. (P7, p9)

Die folgende Passage beschreibt, dass Heroin nicht nur konsumiert wird, um traumatische Erlebnisse der Vergangenheit zu vergessen, sondern auch als eine Coping Strategie, um mit emotionalem Stress umzugehen.

I: Was ja was sind so allgemein deine Erwartungen und so deine Motivation warum du was nimmst? Also was erwartest du von der Droge und was gibt das Dir? Also was ist das positive?

P3 (f, 25, MS): Also erwarten tu ich davon das ich breit bin und alles vergesse. Ja.

I: Was willst du alles vergessen, also...?

P3: Die ganze Vergangenheit so. Alles, Kindheit bis zu dem Kind was ich verloren hab, ja und dann halt noch sämt... halt Beziehungsstress oder so.

I: Mit deinem Freund jetzt, heute?

P3: Nee, damals war's mein anderer Freund der mir öfters mal in die Fresse gehauen hat. So. Und dann hab ich mich halt immer breit gemacht, damit ich das gar nicht so mitkrieg, ey. Und das halt alles vergessen so, aber dann lässt die Wirkung nach und dann fängt alles wieder von vorne an. Und dann musst du's immer wieder. (p.5-6)

### Wahrnehmung des eigenen Opiatkonsums

Einige Teilnehmer nehmen den Heroinkonsum nicht als etwas Negatives wahr. Die Angst vor den Entzugerscheinungen ist eine substantielle Erfahrung, die immer wieder kommt.

I: Gibt es irgendwelche Nachteile? Körperlich, psychisch, irgendwas?

P6 (m, 34, NE): Ja, da ist nur der Nachteil, wenn man nichts hat, ja dass es einem dann schlecht geht. Oder wenn man, sagen wir mal, wenn man kein Geld mehr hat oder wenig Geld, dann die Angst das es einem am nächsten Tag schlecht gehen könnte. Das ist so das einzige, ansonsten ...alles bestens, ne. Also bestens jetzt in Anführungsstrichen, ne.

I: Wieso in Anführungsstrichen?

P6: Na weil man kann ja nicht sagen das ist alles bestens wenn man halt auf H ist.

I: Kannst du das vielleicht ein bisschen beschreiben in wie fern das nicht bestens ist?

P6: Na nicht bestens ist, wenn das rauskommt, dass man dann, und das ist so, dass man dann halt von der Gesellschaft ausgegrenzt wird. (p3)

Zusätzlich zu den Nebenwirkungen, wird hier auch die Stigmatisierung beschrieben, die für die Konsumenten ein großes Problem darstellt, da sie von der Gesellschaft ausgeschlossen sind.

### Risikoverhalten und Wahrnehmung des eigenen Konsums

Verschiedene Teilnehmer haben Erfahrung mit Überdosierungen. Der folgende Teilnehmer schildert seine Erfahrungen und den Umgang mit schwierigen Situationen und mit der eigenen Toleranz gegenüber der Droge.

I: Klar und wie, was waren das dann für Situationen diese 7 Mal Überdosis?

P9 (m, 31, NE): Ja dann, hat dann irgendwie, entweder ich hatte dann 'ne große Menge gekauft, oder ein Kollege 'ne große Menge, und dann hat er gesagt, so hier, bum, zack. Packt mir dann irgendwie da halt ein Kollege dann so und soviel auf'n Löffel und das macht mich dann fertig. Das ist dann aber fast ein halbes Gramm. Und wenn ich mir sowas auf einmal drück' dann bin ich eben dadurch... tot gewesen. Aber die haben mich dann wiederbelebt, dann so. Dann kriegt man dann so Salzlösungen und wieder beatmet, dann kommt da so 'ne Maschine so (...). Das kommt immer, wenn man irgendwie zuviel hat oder so, so und so viel geschenkt bekommt. Ich kann da auch irgendwie, wenn einer einen ausgibt, das ist irgendwie, ist das blöd ... also die Hälfte davon, also dachte ich früher, also heute sag ich gleich, Moment, das ist ... also nur die Hälfte, ich kann so viel nicht ab. Und dann hab ich .... ich pack mir das sonst ein, also, sag ich dann direkt. Weil, so... das ist, also, das ist, wenn jemand sagt, irgendwie, ja ich geb' dir ein Bier aus und du hast aber so 'ne Flasche, wenn du die aufmachst dann kippst du die Hälfte ... Sekt oder so, dann kippst die ... Das ist natürlich egal, wie das aussieht. Ja, ich weiß auch nicht. Ab 3 oder 4 zehntel, wenn das gutes Zeug ist, wenn das gute Qualität ist, dann kipp ich halt um. (p.4)

Obwohl er gelernt hat sich selbst zu schützen, berichtet er von Überdosen und den darauf folgenden Wiederbelebungsversuchen als einem weit verbreiteten Phänomen unter Heroinkonsumenten.

### Persönliche Suchtmodelle

Viele der interviewten Personen sehen ihre Situation als Heroin Konsumenten nicht durch ihren eigenen Willen, sondern durch die Angst vor Entzugserscheinungen beeinflusst.

I: Und würdest du sagen, dass diese Angst vor dem Entzug deine Motivation ist, weiterzumachen? Oder ist das mehr so ein...

P1 (m, 29, MS): Motivation ist, glaub ich, das falsche Wort: Das ist der Zwang, weiterzumachen, mir bleibt ja gar keine andere Möglichkeit, als weiterzumachen. Ich mein, was soll ich anderes tun? (p.5)

Die folgende Frau beschreibt die körperliche Abhängigkeit als ein substantielles Problem. Der einzige Ausweg ist die Substitution.

I: Und was sind so die negativen Seiten?

P3 (f, 25, MS): Das man davon abhängig ist nachher. Also dass man davon so körperlich abhängig wird. Und dann immer wieder und wieder und wieder das nehmen muss. Oder man sich jetzt substituieren muss. Und was noch negativ daran ist, ist halt dass dich das dein ganzes Leben lang verfolgt.

I: Inwiefern, wie meinst du das?

P3: Ja du wirst immer irgendwie ja einen Heiper danach haben oder süchtig sein wenn irgendeine Stressaktion ist, oder du dich unwohl fühlst. Also mich verfolgt es seit über 6 Jahren. (p.6)

Die Frau beschreibt Abhängigkeit als etwas, was man nicht überwinden kann. Sie hat gelernt, emotionalen Stress und andere unangenehme Gefühle mit einem Verlangen nach Drogen zu assoziieren.

### Selbstkontrolle

Die Teilnehmerin beschreibt, dass sie keine Kontrolle über ihren Heroin Konsum hat. Sie konsumiert Heroin, auch wenn sie es gar nicht will.

I: Inwieweit hast du denn so das Gefühl das du deinen Konsum unter Kontrolle hast und inwieweit nicht?

P3 (f, 25, MS): Hm. Ich hab den glaube ich nie unter Kontrolle. Also ich kann ich nicht. Wenn ich Bock drauf hab dann mach ich das obwohl ich's manchmal gar nicht will. Aber ich hab, ja da hab ich mich halt nicht unter Kontrolle weil ich's dann einfach wieder tu. Weiß ich nicht. Ich krieg' das nicht hin.

### Persönliche Grenzen

Alle Befragten beschreiben eine Art persönliche Grenze wieweit sie in Bezug auf ihren Drogenkonsum gehen würden. Eine Frau kauft z.B. zuerst für sich, dann für ihre Hunde ein und erst danach kauft sie Drogen. So bewahrt sie sich ein gewisses Mass an Normalität.

Der nachfolgend zitierte Mann verbindet seine Dosis mit der ihm zur Verfügung stehenden Geldmenge.

I: Also du meinst das heutzutage es auf jeden Fall relativ stabil ist, also das du so 2, 3 Gramm am Tag und dass normal also so kontinuierlich auch ...

P2 (m, 37, NE): Dann bin ich auf alle Fälle abgedeckt, also ich mein ich bin nicht so gewaltig hoch dosiert weil ich feiere eigentlich selten über das Maß raus, also ich versuch tunlichst bei einer gleichbleibenden Dosis zu bleiben also nicht willenlos reinspritzen, ich mein es gibt Leute hier im Haus die machen sich 4, 5 Gramm hintereinander, da gehen mal schön 2, 2,5 Gramm innerhalb von einer halben Stunde durch und ich mein wenn du das natürlich 2, 3 mal gemacht hast dann brauchst du diese Dosis ganz einfach sonst machst du dir einen Druck und bist hinterher immer noch affig, also da versuch ich möglichst nicht auszuflippen. Weil ich mein ich kann mir das in meiner Situation eigentlich auch nicht leisten großartig irgendwelche finanziellen Flächenbrände auszulösen, soviel Geld hab ich einfach nicht. Ich mein ich geh zum Teil arbeiten für 2,50 Euro die Stunde das sagt glaube ich alles, ne? (p8)

Die Funktion einer persönlichen Grenze als Kontrollmechanismus über den eigenen Konsum wird im nächsten Beispiel sehr deutlich. Der Mann schränkt seinen Konsum sehr stark ein im Vergleich zu anderen Opiatabhängigen aus niedrighwelligen Einrichtungen.

I: Und hast du dann die ganze Zeit dabei gearbeitet oder?

P6 (m, 34, NE): Immer gearbeitet ja.

I: Und dir so dann immer so deinen Konsum finanziert?

P6: Ja.

I: War das für dich dann nie eine, kam es nie in Frage, dass du irgendwie illegal was machst, oder?

P6: Nee, nie. (...)

I: Und als du in finanzielle Schwierigkeiten gekommen bist, wie war das?

P6: Ja ich musste halt kürzer treten, hab auch Schulden gemacht, ob's private Schulden waren oder bei der Bank hatte ich auch Schulden und naja.

I: Also bist du dann mit deinem Konsum kürzer getreten oder?

P6: Musste ich ja.

I: Ja. Na es hätte ja auch sein können das du trotzdem mehr konsumierst und dann richtig mies in Schwierigkeiten kommst.

P6: Nee, nee, also so nicht.

I: Und hast du irgendwelche Probleme dadurch bei der Arbeit?

P6: Nein überhaupt nicht. Das hat auch noch niemand gemerkt bis jetzt. Also da achte ich auch streng drauf, nicht das mir da irgendwie die Augen zu fallen oder, weil es gibt da so Experten die da sofort einschlafen. (p2)

## **Behandlung**

### Erfahrungen mit verschiedenen Therapien

Die zehn befragten Personen haben unterschiedliche Therapien und Behandlungen schon ausprobiert. Viele haben mindestens eine Substitutionsbehandlung begonnen.

I: Ja. Kannst du mir vielleicht noch ein bisschen mehr erzählen über unterschiedliche Behandlungen die du so erlebt hast? Außer jetzt der Therapie der letzten.

P4 (f, 35, MS): Wie Behandlungen?

I: Also irgendwas z.B. jetzt mit der Substitution, wie oft warst du jetzt substituiert?

P4: Ich bin also wie gesagt seit Jahren fast durchgehend substituiert, ich hab ja ich hab jetzt 3 Entgiftungen gemacht. Ansonsten, äh, ja war ich entweder drauf oder substituiert fast durchgehend. Dann mal vielleicht 1, 2 Wochen clean aber länger war's nicht.

I: Seit wann ist das jetzt seit wie viel Jahren?

P4: Seit über 10 Jahren. (p.9)

Der nächste Mann beschreibt seine verschiedenen Versuche eine Therapie zu machen. Er zweifelt jetzt daran, dass ihm noch finanzielle Mittel für einen weiteren Versuch zur Verfügung stehen.

I: Wie oft hast du jetzt eine Therapie gemacht?

P1 (m, 29, MS): 4 mal insgesamt und die Mittel dafür sind wahrscheinlich auch ausgeschöpft in meinem Fall, ich glaub nicht das da noch irgendwie Mittel sind die man dafür nutzen kann. Es sind zwar nicht so viele Monate, das erste mal waren 8 Monate, das zweite mal 3 Monate, dann 14 Tage und die letzte 3 Monate.

I: Waren die einzelnen?

P1: Erste war '96, glaube nächste '98, 2000 und jetzt 2002. (p.13)

Der folgende Mann ist ein Beispiel dafür, dass nicht alle Befragten Erfahrungen mit verschiedenen Behandlungen oder Therapien haben. Er hat seine eigenen konkreten Vorstellungen über die Substitution mit Methadon und wie er sie für sich nutzen kann.

I: Ok. Therapie keine, Substitution? Hast du das...?

R9 (m, 31, NE): Nee, das ist einfach nicht, wenn ich Methadon nehme, weil ich will ja wieder runter von Heroin so ja und ich hab vor irgendwie jetzt Methadon zu nehmen so ca. 6 Meter und dann... will ich irgendwie sehen das ich so alle 3 Wochen z.B. irgendwie so n halben Meter runter nehm. Also so stell ich mir das vor. Und dann bei 6 Milligramm werd' ich dann halt, kann man sich ausrechnen, dann und dann halt werd ich aufhören und dann das denk ich auch so ganz ... (p.5)

### Erfahrungen mit Therapien

Die Befragten haben verschiedene Erfahrungen und Meinungen über die Therapien, die sie während ihrer Abhängigkeit gemacht haben. Für den folgenden Mann scheint die Substitution mit Polamidon die geeignete Option zu sein, um von der Droge loszukommen. Allerdings ist nicht klar, ob damit gemeint ist, völlig ohne Heroin zu leben oder die Dosis zu senken, so dass er das Gefühl hat, er kann damit umgehen.

I: Und wenn du so zurück denkst, was hat dir früher so geholfen?

P5 (m, 43, NE): Wie meinst du von der Droge weg zu kommen?

I: Ja also...

P5: Nur das Polamidon also sonst, ich hab x Anläufe versucht selber versucht, Affen durchgezogen, kalt durchgezogen, hab mich wirklich ins Bett gelegt, ne Woche den Affen durchgezogen und nur vom Heroin n Affen, der dauert wirklich nur, ne Woche und denn geht's langsam wieder aufwärts, ne. Von Pola ist das ein ganz anderer Kampf, ne, da hab ich also wirklich ganz schön Schlafprobleme gehabt. Meine Therapeutin, ach ja das wollte ich ja noch sagen, was mich so beeindruckt hat an ihr war, sie hat mal zu mir gesagt, Michael du wirst dein Leben lang Drogen nehmen, in Anführungsstrichen, weiche oder harte Drogen, damit meinte sie generell Drogen nehmen. Du musst nicht versuchen dein Leben ohne die Droge zu bewältigen, du musst versuchen mit der Droge so gut wie möglich zu leben. Das heißt nicht ich soll mir jeden Tag Spritzen setzen oder sowas, sondern ich soll lernen damit umzugehen, dass ich nicht, dass nicht die Droge mein Leben bestimmt, sondern ich bestimm die Droge. Verstehst wie ich meine, ne? (p.6-7)

Neben der Substitutionsbehandlung schätzt er die akzeptierende Einstellung seiner Therapeutin.

Die folgende 51jährige Frau beschreibt die Effekte der Therapie auf sich und ihr Leben. Auf der einen Seite hat sie sehr viel über sich und die traumatischen Erlebnisse in ihrer Vergangenheit gelernt. Aber auf der anderen Seite beschreibt sie auch die Schwierigkeiten, die dadurch entstanden sind. Sie war nicht in der Lage mit den Problemen, die an die Oberfläche kamen, entsprechend umzugehen. Trotzdem empfand sie die Therapie als eine Chance für Veränderungen in ihrem Leben.

I: Was waren da die positiven und negativen Erfahrungen die du gemacht hast?

P10 (f, 51, NE): Ähm, die positiven Erfahrungen zuerst, sagen wir mal so, ich hab, was meine Vergangenheit, Kindheit und all diese ganzen Ereignisse angeht, hab ich eigentlich wie so'n Kreis der sich mal dann geschlossen hat nachdem das dann alles ausgesprochen wurde und die vielen Punkten, Punkte angesprochen wurden, hab ich meine eigene Wahrnehmung mir selber gegenüber getraut. Also es war wie's war. Es war nicht anders und es war auch nicht weniger schlimm, es war ganz genauso wie ich es wahrgenommen hab und wie ich es empfunden hab. Weil ich hab immer so ein bisschen dazu geneigt das so hart abzutun so weißt du, jetzt steh ich dem Ganzen... nicht das es, das ist auch schmerzhaft an vieles zu denken aber ich kann damit gut umgehen, jetzt, besser als vorher. Ich bin weniger hart aber auf der einen Seite fehlt mir auch diese Härte mir selbst gegenüber. Die hab ich irgendwie gebraucht weißt du, um den nötigen Biss zu haben immer mal wieder so richtig die Kurve zu kratzen. Und da bin ich ziemlich weicheiig geworden seit, nach der Therapie. Und ich denk mal das negative war, dass man doch, ich war 48 damals, dass vielleicht ja man kann keine halbe Therapie machen. Also die Frage beantwortet sich schon dadurch, entweder oder, ne. Entweder man grätscht rein, dann kann das nicht, auch wenn man denkt man kann das steuern, aber die Therapeuten waren gut. Die haben schon, die haben schon die Punkte angesprochen, ich hab dann aber auch losgelassen. Das war schwer, ich konnte mir unter Therapie ja nichts vorstellen. Aber ich hab dann, ich hab das dann, ich hab dann raus gelassen ja? Ich hab dann das was ich, was da war hab ich halt raus gelassen. Aber das ist natürlich, da gehst du durch die Hölle. Da gehst du wirklich durch die Hölle, auf eine Art, ne. Das ist nicht die glücklichste Zeit meines Lebens gewesen. Und leider hatte ich auch nicht genug Rüstzeug um das Ganze wegzustecken. Das hängt mir immer noch an, einiges davon. Meine Geschichte und zu sehen dass das zu mir gehört weißt du. Das ich das halt nicht gegenüber, das ist eigentlich das positive aber halt... Denn ich war teilweise sehr verletzend andern Menschen gegenüber. Aber ich bin heute auch nicht so schlimm das ich mich selber so ignorier', ne. (p.6)

Der Erfolg der Therapie könnte durch eine anschließende längerfristige psychologische Begleitung stabilisiert werden. Dort wäre es möglich, Coping Strategien zu erlernen, um mit den Erfahrungen besser umgehen zu können.

#### Hinderungsgründe gegen eine Behandlung

Der folgende Mann schildert seine negativen Erfahrungen mit einer Behandlungseinrichtung.

P1: (...) war dann auch irgendwie 2 Jahre so clean, hab dann vor kurzem auch noch mal eine Therapie in York gemacht.

I: Wo?

P1 (m, 29, MS): Im Projekt York. Und da war ich dann auch nur 3 Monate wurde dann da raus geschmissen ohne das ich gegen eine Regel verstoßen hatte...

I: Wo ist das?

P1: Das ist hier in Hamburg. Ich hab da einfach nicht in die Gruppe gepasst und bin dann einem Mitarbeiter sauer aufgestoßen und dass ist ja so das eben zu wenig Personal und zuviel Klienten die auf Therapie sind und daraus ergibt sich eine Praxis das sie sich eben eine kleine Gruppe rauspicken von denen die sie wirklich fördern so, ne, und der Rest muss eben so mitlaufen, schafft zwar dann nachher nur fett auf die Schnauze oder so, je nachdem wenn sie in die Gruppe passen rausgeschmissen oder auch nicht. Und in diese letzte Kategorie hab ich leider immer gehört und hab eben...

I: Warum?

P1: Warum weiß ich nicht, wahrscheinlich weil ich irgendwie nicht gruppensdynamisch nicht aktiv genug war oder so. Keine Ahnung, ich weiß es nicht. Jedenfalls wurde etwas konstruiert womit ich dann schnell das Haus verlassen musste ohne das ich irgendwie gegen die Hausregeln verstoßen habe, dass war dann einfach so ein Grenzfall und war dann auch und auch ok wie es so aussieht. Jedenfalls bin ich da dann gegangen und dass war dann so das Ding warum ich mir gesagt hab, so jetzt vertraue ich nicht weiter auf die hörschulige Drogenhilfe jetzt muss ich das irgendwie so schaffen, ne. Eben so mit den niedrighschwelligem Dingen klar kommen und das beste draus machen und mir eben so eine WG suchen und so irgendwie eine Ausbildung und so weiter oder eine Umschulung und eben nicht mit Therapie wenn es nicht geht, dann geht's eben nicht. Nur den Weg den die mir da vorschlagen der eine in Trockenstedt da mit irgendwie mit Psychiatrie und so ist ganz sicher nicht mein Weg und dass Ding in York das hab ich so irgendwie überhaupt nicht verstanden und will ich auch gar nicht mehr.

Er glaubt, er gehört zu den Personen, die für eine Therapie nicht geeignet sind, da er immer wieder Probleme mit den "Professionellen" hatte. Er ist der Ansicht, dass seine einzige Behandlungsmöglichkeit die niedrighschwelligem Einrichtungen mit ihrem Harm-Reduktion Ansatz sind.

Für die folgende Frau ist die Substitutionsbehandlung eine sinnvolle Behandlungsmöglichkeit. Gleichzeitig kritisiert sie das Heroinprojekt mit seinen strengen Zugangsvoraussetzungen sehr stark. Dabei scheint besonders die Altersgrenze von 23 Jahren für die Aufnahme in das Modellprojekt aus ihrer Sicht für viele Mädchen

und Frauen zu hoch zu sein. Als weitere Hürde für eine Teilnahme nennt sie die Vergabep Praxis. Ihrer Meinung nach sollte sich das Projekt mehr an den Bedürfnissen der Konsumenten orientieren und nicht an den Ideen der Beschäftigten in der Suchtkrankenhilfe.

I: Was findest du gut an der Substitution, was schlecht?

P7 (f, 42, MS): Ich bin froh das es sowas gibt, ne. Also sowas, das wäre eine Katastrophe wenn's das nicht geben würde. Das Heroinprojekt find ich absolut beknackt.

I: Wieso?

P7: Weil das bescheuert ist. Das ist für Leute ab 23 und die meisten Mädels die ich von St. Georg kenne sind 14, 15 und drauf. Die brauchen jetzt Hilfe, mit 23 ist der Zug abgefahren 'ne, da ist Feierabend. Und vor allen Dingen die kommen hierher und wollen Methadonleute abwerben das die ins Heroinprojekt gehen, die sind doch nicht ganz dicht. Da musst du dreimal am Tag antanzen und musst dir einen Druck machen. Wer von uns kann sich noch einen Druck machen? Wir haben doch alle keine, das geht doch gar nicht mehr. Und die kommen hier zu jedem Frühstück und versuchen die Leute die Methadon kriegen die labern sie voll. Mich wollte der auch schon zweimal voll labern. Ich hab gesagt ich hau dir gleich einen Backs wenn du nicht verschwindest, wirklich. Der wollte mich abziehen von meinem Methadonprogramm und mich ins Heroinprogramm... ich sag nur damit dein Arbeitsplatz erhalten wird soll ich jetzt wieder Rückfällig werden oder wie oder was?

### Persönliche Bedarfe

Die interviewten Personen haben unterschiedliche persönliche Bedarfe an das Drogenhilfesystem. Der nachfolgend zitierte Mann betrachtet die Nebenwirkungen als Hinderungsgrund um sein Heroinproblem anzugehen.

I: Und wenn du dir jetzt irgendwas, gibt's irgendwas, die ideale Behandlung, der ideale Behandlungsansatz den du dir jetzt wünschen würdest?

P2 (m, 37, NE): Tja, der ideale Behandlungsansatz ja ich, also ich denk das unsere Medizin durchaus in der Lage wäre jemanden Entzug so zu gestalten das man gar nicht großartig leiden muss. Ja also ich seh' da eigentlich keine große Gefahr drin jemanden, was weiß ich, 1 Woche oder 2 so dermaßen mit Benzos oder irgendwas zu zu machen, dass er den Entzug einfach nicht mehr mitkriegt. Und wenn dann nur noch so weit weg das er dir echt nichts mehr großartiges

abverlangt, also bei mir ist einfach nur die Entzugsstrapaze die mich da echt davon abhält irgendwas zu machen. (p.20)

Die Frau nennt eine Pharmakotherapie gegen Kokain als eine weitere Option, die die Drogenhilfe bereithalten sollte.

I: Wenn du dir die ideale Behandlung oder Hilfe vorstellen könntest, was wäre das?

P5 (f, 35, MS): Ja die ideale Hilfe wäre wenn sich noch was gegen Kokainsucht erfinden würden, ansonsten finde ich das schon so ganz gut mit Polamidon auch in der Drogenambulanz oder mit'm Arzt und so was, ne. Das ist für mich schon eine ideale Hilfe muss ich sagen. (p.11)

Während die meisten der Befragten vorschlagen das Hilfesystem weiter auszubauen, ist der nachfolgende Mann der Ansicht, dass professionelle Angebote für ihn keine Hilfe darstellen. Der Willen zur Veränderung ist die persönliche Voraussetzung zur Veränderung.

I: Hilft gar nichts?

P8 (m, 42, NE): Außer man selber fängt an nachzudenken.

I: Also könntest du dir nicht eine ideale Behandlung vorstellen, irgendwas was für dich ideal wäre?

P8: Nee. Das muss von mir selber kommen, dass ich mal einfach irgendwann sage, jetzt ist Schluss. Weiß ich nicht.

I: Was ist das denn was da von dir selber kommen müsste?

P8: Ja das muss sich im Kopf abspielen, also jetzt meinen Gedankengang jetzt. Weiß ich nicht ob's gesundheitlich ist oder ob sonst irgendwas ist oder ob's 'ne Frau ist, ich kann's dir jetzt so direkt nicht sagen jetzt ne. Aber irgendwas muss da 'ne Rolle spielen, sagen wir mal so, dass man vielleicht das aufgibt. Ne größere Rolle wie das Heroin.

Nachfolgend wird noch einmal Kritik am Heroinprojekt, besser gesagt an den Einschlusskriterien geäußert. Die Vorschrift, dass im Heroinprojekt ausschließlich intravenös konsumiert werden kann, ist für den Mann nicht nachvollziehbar.

P2 (m, 37, NE): (bezgl. Heroinprojekt) Weil ich kann nicht sagen, ok, du bist ein Junkie dir helfe ich, weil du spritzt dir das mit der Nadel rein, du bist ein Junkie, nichts besseres und nichts schlechteres als der andere aber du ziehst es eben durch die Nase und deswegen kann ich dir jetzt nicht helfen, tut mir leid. Also ich mein ja wie ist denn das dann. Da muss ich mir jetzt überlegen ja entweder ich hab weiter meinen Beschaffungsstress und zieh weiterhin durch die Nase und rotiere mich zu Tode oder aber ich komm in dieses Heroinprojekt und zu dessen Gunsten fang ich jetzt an zu spritzen. Ich weiß nicht ob das unbedingt gut ist. Also da seh' ich dann keine großartige Hilfe drin.

### Lebensqualität

Jeder der Befragten war unzufrieden mit seinen Lebensumständen. Der folgende Mann ist ein Beispiel für die diffusen Ideen und die verschiedenen Vorstellungen über die Lebensbereiche, in denen Veränderungen notwendig wären. Konkrete Ansätze wie man was am besten verändern könnte, fehlen allerdings.

P9 (m, 31, NE): Ja ich hab eigentlich schon länger vor halt so, also ich hab schon mal mit 'ner Band zusammen so geübt... Und ich bin da wieder ..... mit denen alles zusammen zu machen. Und 'ne Wohnung brauch ich dann halt und wenn ich 'ne Wohnung hab n Job, dann guck ich wie sich das dann such ich mir dementsprechend halt 'ne Band die auch irgendwie so dann Zeit haben wann ich Zeit hab. Das muss ja alles zusammen, dass muss ja übereinstimmen so und wenn sonne Leute gefunden hab, will ich mit denen zusammen halt bisschen Musik machen so. (p.2-3)

Der nächste Kommentar einer schwangeren Frau bezieht sich auf eine Versorgungslücke im Hilfesystem. Aus ihrer Sicht gibt es nur Hilfe für ganz schwierige Fälle, z.B. bei Obdachlosigkeit. Sie fordert Unterstützung für Ex-User, denn diese Personen müssen wieder lernen ihren Alltag zu strukturieren.

I: Ja. Und so Unterstützung abgesehen von Drogen in deinem Leben, was würdest du dir da wünschen?

P3 (f, 25, MS): Unterstützung?

I: Ja irgendwie so 'ne Wohnung haste ja jetzt, finanziell oder mit Familienproblemen oder psychischen Problemen oder was auch immer.

P3: Das es mehr Beratungsstellen gibt so wo man hingehen kann. So die einem mehr helfen so dass was jetzt so da ist da war ich schon, das bringt aber nichts.

Weil manchmal da musst du obdachlos sein damit se dir helfen irgendwie dein Leben auf die Reihe zu kriegen, das gibt halt wenig so für Ex-Junkies oder so. Ja so da kannste hingehen aber... ich kann da schlecht mit 2 Hunden und einem Kind da ankommen und sagen ich möchte hier wohnen. So 'ne richtige Betreuung die nach Hause kommt so. Das wär' nicht schlecht. Die mit dir anfängt, so damit du langsam anfängst echt mal dein Leben auf die Reihe zu kriegen so und die dich zu Ämtern begleitet und, und, und. (p.17)

## **Zusammenfassung**

### Drogenkonsum

Die interviewten Personen berichteten überwiegend von Neugier und dem Einfluss von wichtigen Personen aus ihrem Umfeld (Partner, enge Freunde, Peer Group), die zum Heroinkonsum geführt haben. Die Selbstmedikation spielte eine entscheidende Rolle bei der Manifestation des regelmäßigen Konsums. Weiterhin wurde Heroin benutzt, um den Nebenwirkungen von Stimulantien entgegenzuwirken und negative emotionale Zustände zu mildern. Vor allem die emotionale Verfassung wird häufig als Motivation für den Drogenkonsum angegeben.

### Frequenz und Menge

Die Frequenz und Menge des Heroinkonsums haben eine große Spannweite zwischen den interviewten Personen. Im Vergleich zu Personen, die sich in einer Methadonsubstitution befinden, berichten nicht erreichte Konsumenten von größeren Mengen und kürzeren Abständen, in denen sie konsumieren. Neben dem Behandlungsstatus spielen wieder die emotionale Lage und die persönliche Toleranz gegenüber der Droge eine Rolle.

### Applikationsform

Die meisten Teilnehmer berichten über ihren intravenösen Gebrauch, der für sie die alleinige Form der Applikation darstellt. Aber nicht alle können und wollen intravenös applizieren. Einige Personen beschreiben die „Tortur“ des Applizierens, die dann die Wirkung des Heroins überdeckt. Deshalb wird das Heroin von diesen Konsumenten eher geraucht oder gesnieft, es sei denn, das Angebot ist knapp. Neugier war bei den Befragten ebenfalls ein Grund, den intravenösen Konsum zu probieren. Die Bereitschaft

über die Risiken des intravenösen Konsums nachzudenken, war bei den Personen unterschiedlich ausgeprägt.

### Motivation und Wahrnehmung des eigenen Opiatkonsums

Die Mehrheit der Befragten beschreibt den Drogenkonsum im Zusammenhang mit der Überwindung negativer emotionaler Zustände. Viele benutzen Heroin um ihre negativen Gefühle zu dämpfen und sind sich dabei bewusst, dass diese „Auszeit“ die Probleme nicht löst. Einerseits wird der Konsum als eine Coping Strategie benutzt um mit diesen negativen Gefühlszuständen umzugehen, gleichzeitig gibt es aber auch das Bedürfnis „high“ zu sein und zu feiern.

Einige der Befragten nehmen den Heroinkonsum per se nicht als etwas Negatives wahr, wohl aber werden die Lebensumstände und die Lebensbedingungen als nachteilig und unerwünscht beschrieben. Die Erfahrungen mit den Nebenwirkungen und die Angst davor sind ein immer wiederkehrendes Thema in den Interviews. Neben den körperlichen Folgen des Heroinkonsums werden die Stigmatisierung und die soziale Ausgrenzung als ein großes Problem erlebt.

### Risikoverhalten

Verschiedene Gründe haben zu Erfahrungen mit Überdosierungen bei den Befragten geführt. Einige berichten, dass sie eine geraume Zeit mit hohen Mengen experimentiert haben, bevor sich bei ihnen ein Risikobewusstsein im Umgang mit Heroin entwickelt hat. Alle befragten Konsumenten sind sich der Risiken im Zusammenhang mit dem Konsum bewusst.

### Persönliche Drogenmodelle

Einige der Konsumenten betrachten ihre Abhängigkeit nicht als ihren eigenen Entschluss, sondern das Wissen um die unvermeidlichen Entzugserscheinungen, wenn die Wirkung des Heroins nachlässt, bestimmt ihr Handeln. Sie bezeichnen sich als süchtig oder abhängig von Heroin. Für einige ist die körperliche, für andere die psychologische Abhängigkeit das Hauptproblem.

Im Zusammenhang mit der körperlichen Abhängigkeit berichtet eine Frau über zwei Möglichkeiten, die sie für sich selbst sieht. Entweder sie konsumiert weiter Heroin oder sie beginnt eine Substitutionsbehandlung. Die Frau nimmt Abhängigkeit als etwas wahr, was nicht zu überwinden ist, denn sie hat gelernt, emotionalen Stress und unangenehme Gefühle mit dem Verlangen nach Heroin zu assoziieren.

### Selbstkontrolle und persönliche Grenzen

Verschiedene Personen berichten über den Verlust der Selbstkontrolle. Sie konsumieren Heroin obwohl sie gar nicht wollen. Dieser Kontrollverlust kennzeichnet den inneren Konflikt und die verschiedenen, sich oft widersprechenden Interessen der einzelnen Konsumenten. Einige der Befragten betrachten es als eine Verlagerung ihrer Abhängigkeit, wenn sie den Heroinkonsum reduzieren, gleichzeitig dafür aber andere Substanzen wie Kokain und Alkohol, konsumieren.

Alle interviewten Konsumenten geben persönliche Grenzen an wie weit sie für den Heroinkonsum gehen würden. Eine weitere persönliche Grenze stellt das finanzielle Budget des Einzelnen dar. Die Heroindosis dieser Personen richtet sich nach dem finanziellen Spielraum. Diese persönlichen Grenzen erhalten den Konsumenten eine gewisse Kontrolle über ihren Drogenkonsum.

### Behandlung

Die Erfahrungen mit unterschiedlichen Behandlungen, die die zehn interviewten Personen in ihrem Leben schon erhalten haben, unterscheiden sich innerhalb der gesamten Gruppe. Viele von ihnen haben schon eine oder mehrere Substitutionen mit unterschiedlicher Dauer und unterschiedlichem Ergebnis absolviert. Die Substitution wird von den Befragten als die Form der Behandlung verstanden, mit der man clean werden kann oder zumindest die Heroindosis reduzieren kann. Die Konsumenten haben konkrete Vorstellungen von den verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten, auch wenn sie noch nicht daran teilgenommen haben.

Im Zusammenhang mit Harm-Reduction betonen die Befragten immer wieder wie sehr sie die niedrighwelligen Einrichtungen mit Konsumräumen, Cafés, sanitären Einrichtungen und der medizinischen Versorgung schätzen.

Der Erfolg von vorangegangenen Therapien und Behandlungen kann durch eine anschließende und längerfristige Begleitung stabilisiert werden. Dabei sind die persönlichen Bedürfnisse und der augenblickliche Zustand der Person ausschlaggebend für die Art der benötigten Hilfe. Im Moment gibt es keine Unterstützung für Ex-User, doch sie müssen lernen ihren Alltag zu strukturieren. Das ist umso wichtiger zu betonen wenn man bedenkt, dass in der Zeit ihrer Abhängigkeit ihr Leben von den Drogen bestimmt wurde. Der gesamte Tagesablauf drehte sich um die Beschaffung und den Konsum des Heroins. Wenn diese „Inhalte“ plötzlich wegfallen, dann kann die plötzliche Leere, bzw. die Schwierigkeiten, die damit verbunden sind, ein Rückfallrisiko bedeuten.

#### Gründe, die gegen eine Behandlung sprechen

Einige der Befragten berichten über ihre Probleme, die sie mit den Angestellten aus der Drogenhilfe hatten, hervorgerufen durch zu viele Klienten und zu wenig Personal und der daraus resultierenden Zeitknappheit um auf unterschiedliche Persönlichkeiten einzugehen. Gleichzeitig wurden in solchen Fällen die niedrighschwelligsten Einrichtungen genannt, die für alle Konsumenten geöffnet sind.

Das Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung mit den strengen Einschlusskriterien und der dreimal pro Tag stattfindenden Vergabe löste viel Kritik aus. Ebenfalls stark kritisiert wurde die intravenöse Applikationsform, die innerhalb des Projektes obligat ist. Die Behandlung muss sich an den Bedürfnissen der Konsumenten orientieren und nicht an den Vorstellungen der Behandler, so der Tenor zu der Heroinvergabe. Offensichtlich ist es trotz großer Anstrengungen im Vorfeld des Modellprojekts nicht verstanden worden das Design dieser Arzneimittelstudie und die damit in Zusammenhang stehenden hohen Anforderungen an die Teilnehmer in der Hamburger Drogenszene transparent zu machen.

#### Persönliche Bedarfe

Die Befragten haben unterschiedliche Bedarfe an das Drogenhilfesystem. Die Vorschläge reichen von der Verbesserung der Behandlung, über die Verschreibung von Medikamenten, die die Entzugserscheinungen unterdrücken und den Weg in die

Abstinenz erleichtern, bis zu der Forderung, dass das Hilfesystem sich mehr an den Bedarfen der Konsumenten orientieren muss. Weitere Pharmakotherapien und die Entwicklung eines Substituts bei problematischem Kokainkonsum wurden ebenfalls genannt.

Aber es gab auch Personen, die das Hilfesystem in Hamburg als ausreichend empfinden. Die persönliche innere Einstellung sei der entscheidende Schritt, um den Heroinkonsum zu reduzieren oder ganz aufzugeben.

### Lebensqualität

Alle befragten Personen waren mit ihren derzeitigen Lebensumständen unzufrieden, hatten aber nur diffuse Vorstellungen darüber, in welchen Bereichen Änderungen notwendig wären und wie diese Veränderungen aussehen könnten.

Abschließend kann man sagen, dass in den qualitativen Interviews sehr klar zum Ausdruck kommt, wie bedeutsam die sozialen Beziehungen und die psychologische Befindlichkeit die Aufnahme des Drogenkonsums determinieren. Frequenz und Menge des Konsums sind dabei sehr unterschiedlich und abhängig von der persönlichen Toleranz. Personen, die sich in Substitution befinden, konsumieren weniger und in größeren Abständen; eine weitere Bestätigung für den Erfolg von Substitutionsbehandlungen. Intravenöser Konsum von Heroin ist weit verbreitet, gilt aber auch nicht für alle Konsumenten. Hier ist das Angebot ein limitierender Faktor für einen risikoärmeren Gebrauch. Eine Legalisierung, verbunden mit staatlicher Produktions- und Preiskontrolle, könnte eine Möglichkeit sein, den intravenösen Konsum durch eine risikoärmere Applikationsform zu ersetzen. Mit einer Legalisierung könnte gleichzeitig die erlebte Stigmatisierung und Ausgrenzung vermindert oder beseitigt werden. Als Motivation für die Aufrechterhaltung des Konsums wird die Überwindung negativer emotionaler Zustände genannt. Wie schon aus der quantitativen Erhebung bekannt, kommt auch in den qualitativen Interviews deutlich zum Ausdruck, dass die Verbesserung der psychologischen Situation einen entscheidenden Faktor zur Verringerung des Konsums darstellt. In den vorangegangenen Behandlungen der interviewten Personen wurde diesem Umstand zu wenig Beachtung geschenkt. Die

Behandlung sollte die Bedarfe der Klienten mehr in den Mittelpunkt stellen, d.h. die Verbesserung der Lebensumstände gehört ebenfalls zu einer integrierten Behandlung.

## **5 Perspektiven und Vorschläge für die Versorgung von Opiatabhängigen**

### **5.1 Zusammenfassung**

Aus der internationalen Literatur geht hervor, dass drogenabhängige Personen zusätzlich zu ihren vielfältigen somatischen Erkrankungen oft eine psychiatrische Komorbidität aufweisen. Gleichzeitig besteht durch Überdosierungen, Suizide und Infekte eine sehr hohe Mortalitätsrate. Durch den intravenösen Gebrauch von Drogen ist die HIV-Rate unter Drogenabhängigen ebenfalls stark erhöht. Diese chronischen Prozesse und Erkrankungen sind lebensbegrenzende Faktoren, die auch durch eine spätere Abstinenz nicht mehr umkehrbar sind. Erschwerend wirkt sich die in der Praxis oft nicht behandelte psychische Erkrankung aus, die sich wiederum auf alle anderen Lebensbereiche auswirkt und damit soziale Defizite verstärkt und Integrationsprozesse verschlechtert. Eine umfassende diagnostische Abklärung durch qualifiziertes und geschultes Personal ist bei Beginn einer Behandlung die Voraussetzung für eine in alle Lebensbereiche ausstrahlende erfolgreiche Therapie (Millson et al. 2004). Grundlage dafür ist natürlich, dass Drogenabhängige bereit sind, eine Behandlung überhaupt zu beginnen und auf motivierte und vor allem für dieses Klientel geschulte Personen innerhalb des Drogenhilfesystems treffen.

Die Begriffe Sucht und Abhängigkeit werden oft synonym verwandt, es erscheint aber sinnvoll den Begriff Abhängigkeit dann zu verwenden, wenn ein krankhafter Zustand vorliegt. Man unterscheidet psychische und körperliche Abhängigkeit. Eine körperliche Abhängigkeit ist gekennzeichnet durch eine Toleranzentwicklung, auf die eine Dosisanpassung folgt. Das Verlangen nach der Substanz wird als psychische Abhängigkeit charakterisiert. Sucht bezeichnet den Prozess von der Gewöhnung bis zur Abhängigkeit.

Modelle zum Suchtverständnis kann man in biologische, psychologische und soziologische Kategorien einteilen. Diese unterschiedlichen Auffassungen von Sucht haben Einfluss auf wissenschaftliche Fragestellungen und die daraus entstehenden Ergebnisse, in ihrer Konsequenz auch auf neue Therapien und Konzepte.

Biologische Modelle gehen davon aus, dass psychotrope Substanzen die Hirnstrukturen direkt stimulieren. Es wird direkt in hirnchemische Prozesse eingegriffen, je nach Substanz kommt es zu einer Beschleunigung, Verstärkung oder Verzögerung. Die entstehende Sensitivierung und Desensitivierung führt zur Einschränkung des Verhaltensrepertoires der Person. Inwieweit genetische Faktoren bei der Entwicklung einer Abhängigkeit eine Rolle spielen, ist noch nicht abschließend geklärt, allerdings gilt die genetische Hypothese unter männlichen Alkoholabhängigen als gesichert.

Psychologische Ansätze zum Suchtverständnis gehen davon aus, dass der Konsum Spannungszustände reguliert und das führt zum Erlernen süchtiger Verhaltensweisen. Konsum ist also ein erlerntes deviantes Verhalten. Die Substanzen werden instrumentalisiert; sie werden zum Herstellen positiver Gefühlswelten benutzt. Die pharmakologische Wirkung stellt die primäre Verstärkung dar und das mit dem Konsum verbundene Lebensgefühl unterstützt die sekundäre Wirkung.

Soziologische Modelle versuchen die Abhängigkeit im Zusammenhang mit dem Einfluss von Normen und Wertvorstellungen zu erfassen. Die Modelle stützen sich dabei auf die Annahme, dass der Konsum, wie jede andere Verhaltensweise, während der Sozialisation erworben wurde. Die häuslichen Normen und Wertvorstellungen und die Peer Group nehmen eine zentrale Rolle ein. Als protektive Faktoren in der Auseinandersetzung mit den Wertvorgaben erweisen sich eine gefestigte Identität und eine große Handlungskompetenz. Süchtiges Verhalten kann man demnach als Antwort auf die Unfähigkeit, sich in die gesellschaftliche Ordnung einzufügen, verstehen. Durch die Gesellschaft wird der misslungene Versuch, am gesellschaftlichen Erfolg teilzuhaben, mit Ausgrenzung und Stigmatisierung erwidert. Dabei muss man beachten, dass in anderen Gesellschaften die gleichen Handlungen anders bewertet werden. Durch die Einteilung in legale und illegale Substanzen wird deviantes Verhalten definiert. Mit dieser Einteilung wird der Konsument ein sozial verurteiltes Individuum, das mit einer Strafverfolgung rechnen muss.

Auch am Beispiel der soziologischen Suchtmodelle wird meiner Meinung nach noch einmal deutlich, dass die willkürliche Einteilung in legale und illegale Suchtstoffe nicht nur überholt ist, sondern auch zur Ausgrenzung und Stigmatisierung von Menschen beiträgt und sowohl gesellschaftliche Probleme als auch individuelles Leid hervorruft.

Prinzipiell spielen bei der Entstehung einer Abhängigkeit biologische, psychologische und soziale Faktoren eine Rolle, die wiederum miteinander in einer Wechselwirkung stehen.

Die Wahrscheinlichkeit eine Abhängigkeitserkrankung zu entwickeln, wird durch bestimmte Risikofaktoren erhöht. Zum einen spielt die ökonomische Situation eine wesentliche Rolle, aber nicht nur auf der Ebene des Individuums, sondern auch gesellschaftlich. Die „Wilkinson-Hypothese“ besagt, dass in der Verringerung der Einkommensunterschiede ein erhebliches Potential zur Senkung der Mortalität in der Gesellschaft liegt. Die Mortalität wird also stärker durch die Einkommensunterschiede als durch den durchschnittlichen Wohlstand bestimmt.

Ungleiche Zugangsmöglichkeiten zu Gesundheitsleistungen sind ein weiterer äußerer Risikofaktor. Die Lebenserwartung von Männern aus höheren sozialen Schichten liegt sieben Jahre höher als die Lebenserwartung von ungelerten Arbeitern. Trotz der scheinbar gleichen Zugangsmöglichkeiten hat sich dieser Unterschied zwischen 1961 und 1981 eher vergrößert. Das ist nicht nur bedeutsam für die Entwicklung einer Abhängigkeit, sondern generell für einen schlechten gesundheitlichen Zustand, denn aus ungleichen Zugangsmöglichkeiten ergeben sich unterschiedliche Chancen zur Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit.

Die Erwerbstätigkeit bzw. die Erwerbslosigkeit und familiäre Angelegenheiten können für erwachsene Personen Belastungsfaktoren darstellen. Auf der individuellen Ebene zählen ein vermindertes Selbstwertgefühl sowie ein Mangel an Durchsetzungsvermögen zu den Risikofaktoren. Als Schutzfaktoren wurden das unterstützende soziale Netzwerk, der Verarbeitungsstil von Belastungen und die Handlungskapazitäten einer Person ermittelt. Aber selbst ein antizipatorischer Verarbeitungsstil kann nicht die negativen Auswirkungen von Armut, schlechten Lebensbedingungen und Erwerbslosigkeit kompensieren. Es erscheint besonders essentiell die eigene Lebenswelt trotz belastender Momente als veränderbar und beeinflussbar zu erleben und durch eine lebenslange dynamische Anpassung an die Umgebung auch zu gestalten. Ebenso wichtig erscheint die Vielfältigkeit des sozialen Netzwerkes mit Verbindungen zwischen den

Bezugspersonen. Auch wenn Personen nicht belastet sind, wirkt sich die soziale Unterstützung gesundheitsförderlich aus.

Bisher noch ungeklärt ist, ob diese individuellen Schutz- und Risikofaktoren auch für den Vergleich zwischen einzelnen Ländern herangezogen werden können. Cuba und Costa Rica haben beispielsweise eine ähnliche Morbidität und Mortalität wie die USA oder Deutschland. Allerdings werden in den USA und Deutschland sehr viel mehr Gelder für Gesundheit ausgegeben als in den beiden genannten Entwicklungsländern. Ergänzend muss man anfügen, dass der Gesundheitszustand in den meisten anderen Entwicklungsländern sehr viel schlechter ist als in Cuba und Costa Rica. Dennoch finde ich lohnt eine Untersuchung, ob das soziale Kapital in diesen beiden Ländern so stark ausgeprägt ist, dass die monetären Nachteile kompensiert werden.

Die Schätzungen über die Anzahl von Opiatabhängigen, die sich in keiner Behandlung befinden, gehen weit auseinander (Fischer et al. 2002). Fest steht allerdings, dass es sich hierbei um Personen mit einem besonders hohen Risiko, sowohl für somatische als auch für psychische Probleme handelt. Diese Personengruppe zu erreichen und an das Hilfesystem zu binden, wird in den nächsten Jahren eine große Herausforderung für das Suchthilfesystem darstellen. Vor dem Hintergrund von Kürzungen im Bereich der Drogenhilfe dürfte diese Aufgabe mittelfristig nicht einfacher werden. Wenn man dem bevölkerungsbezogenen Gesundheitsansatz (John et al. 1998) konsequent folgt, dann bedeutet das für die Zielgruppe der nicht erreichten Abhängigen eine entsprechende Ansprache, abhängig vom Status ihrer Änderungsbereitschaft und die Behandlung innerhalb der Primärversorgung, bzw. an den Orten, wo sich Konsumenten aufhalten. Diese Ausdehnung der Suchthilfe setzt wiederum eine entsprechende Qualifikation und die Bereitschaft, sich dieser Herausforderung zu stellen, voraus.

In den späten 80er Jahren lag Deutschland mit ca. 100.000 Drogenabhängigen im epidemiologischen Mittelfeld. Die drogenbedingten Todesfälle stiegen auf 2.000 pro Jahr an und in Städten wie Hamburg, Berlin und Frankfurt konzentrierten sich die Drogenszenen. Heroin nahm unter den harten Drogen den ersten Platz ein. Der Mitte der 80er Jahre durch den Harm-Reduction Ansatz eingeleitete Paradigmenwechsel in

der Drogenpolitik der Bundesrepublik Deutschland, sollte die gesundheitlichen, psychischen und sozialen Folgen des Drogenkonsums reduzieren. Ausschlaggebend für diese Veränderung war die Einsicht, dass die Konsumbedingungen die Verelendungsprozesse einleiten und nicht der Konsum an sich. Der Weg zu einer akzeptierenden Drogenarbeit wurde dadurch erleichtert.

Besonders gravierend war das Problem der offenen Drogenszenen in den 80er Jahren in Frankfurt. Die Spirale von Drogenkonsum, Beschaffungskriminalität, Drogenprostitution und Verelendung nahm stetig zu und konnte weder von restriktiven Maßnahmen noch von der Politik unterbrochen werden. Die „Frankfurter Montags Gruppe“, bestehend aus Vertretern der Behörden, Konsumenten und Anwohner traf sich in der darauffolgenden Zeit in einem der größten Bankgebäude der Stadt und suchte nach pragmatischen und umsetzbaren Lösungen. Durch das gemeinsame Vorgehen und die Berücksichtigung aller Aspekte der Sucht, war es möglich, Hilfsangebote zu etablieren. Dieser gemeindenahe Ansatz, der auf die Initiative von Betroffenen zurückgeht, die in ihren Wohnquartieren und Familien die Auswirkungen der Suchtproblematik erlebt haben und das unbürokratische Verhalten der beteiligten Unternehmen, ist aus meiner Perspektive sehr gut geeignet, den politischen Entscheidungsträgern alternative Handlungsstrategien aufzuzeigen. Die lokale Bewegung hatte dann auch Auswirkungen auf die öffentliche Meinung und blieb von der Drogenpolitik nicht unbemerkt.

Riskante und abhängige Konsummuster, also der intravenöse Gebrauch unter unhygienischen Bedingungen, verbunden mit dem Konsum mehrerer Substanzen, sind weitere risikoreiche Verhaltensweisen von Drogenabhängigen. Diese Konsummuster gilt es durch weniger riskante Muster zu ersetzen, um so das Überleben zu sichern und die Gesundheit der Konsumenten zu erhalten. Über die Wirkungen und Wechselwirkungen, sowie die Spätfolgen von polytoxikomanen Konsummustern ist bisher wenig bekannt. Dabei geht man heute allerdings davon aus, dass die Konsummuster über die Zeit variieren können. Heroinabhängigkeit bedeutet nicht automatisch dauerhafter und abhängiger Konsum; die Abhängigkeit kann von Phasen der Abstinenz und des kontrollierten Gebrauchs unterbrochen werden. Die Phasen der

Konsumfreiheit sind auch nicht zwangsläufig an therapeutische Maßnahmen gekoppelt, sondern können autonom erlebt werden. Drogenkonsumenten unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Gebrauchsregeln, der Motivation und auch in der Dauer von drogenfreien Zeiten.

Geschlechtsspezifische Unterschiede in den Konsummustern sind dahingehend vorhanden, dass Männer weitaus häufiger Alkohol und illegale Drogen konsumieren, während Frauen psychotrope Medikamente bevorzugen. Eine These zu diesem geschlechtsspezifischen Unterschied bezieht die symbolische Bedeutung der einzelnen Substanzen mit ein. Illegale Drogen und Alkohol stehen für Macht und Dominanz, während die psychoaktiven Präparate Schwäche und Leiden symbolisieren. Hinzu kommt eine höhere Verschreibungspraxis der Medikamente an Mädchen und junge Frauen in der Pubertät.

Die Probleme von Befragungen, die sich mit illegalisiertem Verhalten befassen sind bekannt, man kann also von einem gewissen Underreporting, auch in der Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen, ausgehen. In einer Behandlung befinden sich 74.600 Konsumenten illegaler Drogen, davon sind 50.000 Personen in einer Substitution. Der Konsum von Opiaten ist immer noch der Hauptgrund für die Aufnahme einer stationären oder ambulanten Behandlung. Die Opiate werden in Deutschland zu 70 Prozent intravenös konsumiert.

Der Konsum illegaler Drogen unter Jugendlichen bezieht sich überwiegend auf Haschisch und Marihuana. Anfang der 90er Jahre haben die Jugendlichen aus den neuen Bundesländern erste Erfahrungen mit illegalen Drogen gesammelt, die aber noch weit hinter den Schätzungen der alten Länder liegen. Die Prognose für die neuen Länder ist allerdings eher negativ, da durch die Angleichung der Lebensstile und Umstände, verbunden mit hoher Arbeitslosigkeit und schlechten Zukunftschancen, der Konsum wahrscheinlich ansteigen wird. Aus der Literatur ist bekannt, dass ein Fünftel der Jugendlichen Schwierigkeiten hat, die gesellschaftlichen Anforderungen und persönlichen Möglichkeiten in Einklang zu bringen. Daraus entsteht aggressives und depressives Verhalten, was sich auch im Konsum illegaler Drogen ausdrücken kann. Ergänzend ist anzumerken, dass in der Entwicklung der Jugendlichen das

Probiervverhalten einen gewissen Stellenwert einnimmt, einmal als Abgrenzung zu häuslichen Normen und Werten und als entwicklungsspezifischer Ausdruck innerhalb der Peer-Group.

Das Angebot der Suchthilfe ist gekennzeichnet durch eine Vielzahl von Einrichtungen mit unterschiedlichen Verantwortlichkeiten und verschiedenen Professionen. Daraus ergeben sich differierende Konzepte und Ansätze. Konsumenten, die sich in eine Behandlung oder Therapie begeben möchten, stehen also vor dem Problem eines schwer zu durchschauenden Hilfesystems. Es existiert keine koordinierende Anlaufstelle, die über die verschiedenen Leistungserbringer und Träger oder über die unterschiedlichen Möglichkeiten einer Behandlung, inklusive der verschiedenen Konzepte informiert. Aus meiner Sicht würde zu den Aufgaben einer solchen Informations- und Beratungsstelle ebenfalls die wissenschaftliche Aufarbeitung von Studienergebnissen gehören. Darauf aufbauend sollte für jeden Klienten ein Vorschlag erarbeitet werden, der natürlich auch die speziellen Bedürfnisse und Vorstellungen berücksichtigt. Die niedrigschwellige Beratungsstelle dient im Verlauf der Behandlung dem Klienten als eine Anlaufstelle, die bei Problemen und Veränderungswünschen den Behandlungsplan angleicht und im Kontakt zu der behandelnden Einrichtung steht. Optimal wäre diese Anlaufstelle aus meiner Sicht ausgestattet, wenn die Klienten dort nicht nur die für sie beste Behandlungsoption zugewiesen bekämen, sondern wenn ein Case-Manager die soziale Situation des Konsumenten kennt und mögliche Verbesserungen einleitet. Aber nicht nur für die Konsumenten wäre diese Art der Hilfestellung eine große Unterstützung, auch die Angehörigen von drogengebrauchenden Personen könnten sich informieren und austauschen.

Die Mitarbeiter des Hamburger Hilfesystems kennen und schätzen sich untereinander, es gibt vielfältige Kooperationen, die allerdings stark an bestimmte Personen geknüpft sind. Eine Anlaufstelle für drogengebrauchende Personen und ihre Angehörigen stellt für mich nur die logische Konsequenz dieser bestehenden, aber noch nicht umfassenden Kooperationen dar. Ein weiterer wichtiger und notwendiger Schritt ist die Einbindung von Konsumenten, die durch ihre Erfahrungen mit dem Hilfesystem prädestiniert für die Übernahme einer Beratungstätigkeit sind.

Neue Trends im Konsumverhalten zeigen sich zuerst in Großstädten, deshalb ist eine stadtspezifische Sucht- und Drogenforschung sehr wichtig. Hamburg ist die zweitgrößte Stadt Deutschlands und das spiegelt sich auch in der Evidenz des Drogenproblems wieder. Die in Hamburg beobachteten Veränderungen wurden mit der entsprechenden zeitlichen Verzögerung auch im gesamten Bundesgebiet beobachtet. Stadtspezifische Drogenforschung erlaubt es, Aussagen über den Trend und die Entwicklung der Prävalenz auf überregionaler Ebene zu machen. Die Gefahr beruht auf einer Überschätzung von zufälligen Beobachtungen und in der selektiven Wahrnehmung. Obwohl es eine Vielzahl von Ansätzen und Verfahren zu einer stadtspezifischen Forschung gibt, ist nach meiner Ansicht bisher eine systematische Entwicklung noch nicht zu erkennen.

Ein sehr kostengünstiges Verfahren zur Abschätzung von Prävalenzraten sind die Experteninterviews. Es existieren unterschiedliche Auffassungen über die Validität dieses Verfahrens. Zwischen 1993 und 2004 gibt es für Hamburg fünf Prävalenzschätzungen, die auf vier unterschiedlichen Verfahren beruhen. Die geschätzte Anzahl der Opiatabhängigen liegt zwischen 10.000 und 14.000 Personen.

Aussagen über die Situation im Zusammenhang mit illegalen Drogen in Europa sind sehr schwierig, da die Statistiken der einzelnen Länder nicht immer repräsentativ für die Drogensituation im ganzen Land sind, unterschiedliche Untersuchungsintervalle und Altersgruppen gewählt wurden, die Befragungen schriftlich, telefonisch oder persönlich durchgeführt wurden und die gesetzlichen Vorschriften differieren. Dennoch ist eine Bestandsaufnahme unerlässlich, um das Ausmaß und die Verteilung des Konsums zu erkennen und entsprechende Angebote etablieren zu können.

Obwohl die Drogenpolitik in den Niederlanden und in Deutschland deutliche Unterschiede aufweist, sind dennoch die Anteile der konsumierenden Personen in der Bevölkerung ähnlich hoch. Soziale Faktoren und kulturelle Gegebenheiten scheinen den Konsum weit mehr zu bestimmen als es durch die Gesetzgebung der Fall ist. Eine daraus folgende präventiv wirksame Maßnahme ist der Versuch, das Einstiegsalter von Jugendlichen in den Konsum illegalisierter Drogen so weit wie möglich nach hinten zu

verschieben, da die restriktive Drogenpolitik keine wesentlichen Änderungen aufzuweisen hat.

In Deutschland waren am 01.12.2003 56.000 Personen in laufender Substitution. Allerdings sind in Deutschland ein Nord-Süd-Gefälle und eine Konzentration der Behandlungszahlen in den Großstädten zu beobachten. Die Verdichtung in Berlin, Hamburg und Bremen erklärt sich nicht allein durch die große Zahl von Opiatabhängigen, die in diesen Städten leben, sondern geht auch auf die Ausgestaltung und das Engagement der substituierenden Ärzte zurück. Opiatabhängig sind ca. 100.000 Menschen in Deutschland. Wenn man die Angehörigen der Suchtkranken, die oft psychisch unter dem Verhalten leiden, dazu rechnet, erhält man Schätzungen über zusätzlich 16 Mio Menschen, die mit dem Problem Sucht konfrontiert sind.

Die Substitution ist in den Niederlanden sehr niedrigschwellig angelegt. Es werden keine Urinkontrollen durchgeführt und die Teilnahme an der psychosozialen Betreuung ist freiwillig. Lediglich regelmäßige Arztbesuche und gewaltfreies Verhalten, sowie der Eintrag ins Methadonregister werden vorausgesetzt. Von den ca. 25.000 geschätzten Konsumenten befinden sich 12.500 in Substitution. In den Niederlanden wurde ein Heroinverschreibungsprogramm erfolgreich durchgeführt.

Die Zahl der Opiatabhängigen in Frankreich wird für 2002 mit 160.000 Personen angegeben. Wegen der drohenden Ausbreitung von HIV entschloss man sich in Frankreich das bis dahin sehr stark begrenzte Substitutionsprogramm auszuweiten. Im März 2001 wurden in Frankreich 74.300 Konsumenten mit Buprenorphin und 9.600 mit Methadon substituiert (Auriacombe 2003). Fischer et al. gehen für 2002 von 90.000 Substituierten aus, die Buprenorphin erhalten.

Auch in Schweden war die Substitution nie die bevorzugte Behandlungsoption für Abhängige. Von den 12.000-18.000 Konsumenten hatten im Jahr 1990 450 Personen die Möglichkeit, mit einer Methadonsubstitution zu beginnen. Die Einschlusskriterien sind allerdings sehr hochschwellig angelegt und Beikonsum gilt als ein Ausschlussgrund. Für ca. 90 Prozent der schwedischen Heroinkonsumenten ist der Zugang zur Substitution durch diese Zugangskriterien verwehrt.

Die HIV-Infektion führte auch in der Schweiz zu einer moderateren Bewilligungspraxis von Substitutionsbehandlungen. Dadurch sollte ein niedrighschwelliger Zugang ermöglicht werden, der möglichst viele Konsumenten in eine Behandlung einsteigen lässt. Die Schätzungen über die Anzahl der Opiatabhängigen gehen von ca. 30.000 Abhängigen aus, von denen sich 16.000-18.000 in Substitution befinden. Der 1994 in der Schweiz gestartete Heroin Modellversuch zeigte die prinzipielle Durchführbarkeit der Heroinverschreibung. Durch das naturalistische Studiendesign, wurde auf einen Kontrollgruppenvergleich verzichtet und die Ergebnisse sind nicht auf alle Opiatkonsumenten übertragbar. So konnte nicht zweifelsfrei geklärt werden, ob die Verbesserungen z.B. im Rückgang des Beikonsums auf die Heroinbehandlung oder das aufwändige psychosoziale Begleitprogramm zurück zu führen sind.

Die Substitution hat in Großbritannien eine sehr lange Tradition. Vor 1967 lag die Verantwortung im Umgang mit Heroin, Kokain und Methadon allein bei den behandelnden Ärzten. Nach dem Erlaß des „Dangerous Drug Act“ werden Heroin und Kokain nur noch von lizenzierten Ärzten abgegeben, Methadon kann allerdings nach wie vor von niedergelassenen Ärzten verschrieben werden. Die Zahl der Opiatabhängigen wird auf 150.000-270.000 geschätzt und ca. 35.000 Personen befinden sich in einer Methadonsubstitution.

In Italien ist eine langdauernde Substitution nur für Schwerstabhängige vorgesehen, in der Regel dauert die Substitution in Italien 30 Tage. Die Abgabemodalitäten werden sehr restriktiv gehandhabt, d.h. eine Vergabe in Apotheken oder eine Take-Home Mitgabe sind nicht vorgesehen. Von den geschätzten 100.000-200.000 Drogenabhängigen befinden sich 12.400 in Substitution.

Ich möchte an dieser Stelle noch einmal betonen, dass die Substitution eine wichtige und wesentliche Therapie der Opiatabhängigkeit darstellt. In vielen Ländern war allerdings die Ausbreitung der HIV-Infektion der Anlass, die Substitution für mehr Konsumenten zugänglich zu machen. Die Drogenpolitik des Landes sollte sich an den wissenschaftlichen Erkenntnissen orientieren und nicht an starren und veralteten Dogmen festhalten.

Obwohl die Zulassungsvoraussetzungen, Abgabemodalitäten, Behandlungsvorschriften und die psychosozialen Begleittherapien regional und international differieren, ist die Substitution eine erfolgreiche Therapie der Opiatabhängigkeit. Aber auch in Ländern mit einem gut ausgebauten Drogenhilfesystem befinden sich nur 50-60 Prozent der Konsumenten in einer Substitutionsbehandlung und nicht alle Substituierten profitieren von der Behandlung, da sie auf Grund von Nebenwirkungen, Abgabemodi und Behandlungsvorschriften die Therapie vorzeitig verlassen (Fischer et al. 2002). Die kontrollierte Abgabe von Heroin leistet vor diesem Hintergrund einen wertvollen Beitrag zur weiteren Diversifizierung des Behandlungsangebotes und damit zur Erhöhung der Behandlungscompliance. Die Substitution mit Heroin, wenn sie denn erfolgreich nach dem „Modellversuch zur heroingestützten Behandlung“ in die ärztliche Verschreibungspraxis überführt wird, stellt eine Erweiterung des Behandlungsangebots dar und ist geeignet, Substituierte, die aus den o.g. Gründen bisher aus der Substitution ausgeschieden sind, erfolgreich an diese Therapie zu binden. Dies belegen zumindest die Erfahrungen aus der Schweiz und den Niederlanden. Eine Ausweitung des bestehenden Angebots des Drogenhilfesystems mit der Originalstoffabgabe halte ich vor dem Hintergrund der internationalen Studien und Erfahrungen für innovativ und zeitgemäß.

Der Vergleich von verschiedenen Behandlungsformen ist generell sehr schwierig, da die Kriterien, an denen der Erfolg gemessen wird, sehr unterschiedlich sein können. Weiterhin muss aus den unterschiedlichen Einzelkriterien, wie z.B. Verbesserungen in den verschiedenen Lebensbereichen und der Reduktion des Beikonsums ein Gesamturteil gebildet werden. Das erfordert eine Gewichtung, die allerdings von den vorherrschenden Wertvorstellungen geprägt ist. Unterschiedliche Bewertungen können dann zu einer divergenten Interpretation der Ergebnisse führen. Bisher ebenfalls noch nicht zufrieden stellend beantwortet ist die Frage des Vergleichs verschiedener Behandlungsphilosophien. Ein Vergleich der Abbruchraten zwischen drogenfreier Therapie und Substitution führt beispielsweise nicht zum Erfolg, da die drogenfreie Therapie bereits planmäßig beendet ist, wenn nach zwei bis drei Jahren Substitutionsbehandlung Patienten die Therapie abbrechen. Weitere wertvolle Hinweise

über die Effektivität können Kosten-Nutzen-Berechnungen sein. Allerdings möchte ich einschränkend anmerken, dass nicht immer die günstigste Therapie auch die sinnvollste und am besten durchführbare Form der Behandlung ist.

Diese beschriebenen Schwierigkeiten führen dazu, dass es in der Hand des Konsumenten liegt, sich für eine Therapie zu entscheiden. Prognosen über den wahrscheinlichen Verlauf der gewählten Behandlung sind vor diesem Hintergrund nicht möglich.

Die Struktur und der Umfang des Behandlungsangebots für Drogenabhängige sind in Europa und den USA sehr unterschiedlich. Allerdings spielt die Substitution in allen Ländern eine herausragende Rolle. Während in den Vereinigten Staaten die Methadonerhaltungsprogramme in ihrer Dauer und den Aufnahmebedingungen strengen Vorschriften unterliegen und die tägliche Erhaltungsdosis trotz der empfohlenen 80mg ( $\pm 20$ mg) meist darunter liegt, liegen aus Europa teilweise andere, moderatere Durchführungsbestimmungen vor.

Für die öffentliche Diskussion und Meinungsbildung sehr bedeutsam sind die finanziellen Mittel, die im Bereich der illegalen Drogen aufgewendet werden. Während im Bereich der legalen Drogen die Kosten vor allem für Gesundheitsleistungen ausgegeben werden, sind es für die illegalisierten Substanzen die Strafverfolgungs- und Kriminalitätskosten, die einen Großteil der Belastung der öffentlichen Kassen darstellen. Bei einer Legalisierung der Substanzen wären diese Ausgaben hinfällig und könnten langfristig zu einer deutlichen Reduzierung der Kosten, bzw. zu einer Umverteilung genutzt werden. Langfristig deshalb, da die entsprechenden Institutionen mit ihrem Personal zur Strafverfolgung nicht sofort geschlossen werden können. Hierfür bedarf es der detaillierten Planung einer konstruktiven Veränderung.

Die willkürliche Trennung in legale und illegale Substanzen verursacht Ausgaben für die Gemeinschaft, die durch Änderungen im Betäubungsmittelgesetz (BtmG), staatliche Produktions- und Preiskontrolle sowie kontrollierte Abgabe der Drogen langfristig wesentlich sinnvoller eingesetzt werden können. Die legale und kontrollierte Abgabe von bisher illegalisierten Substanzen wäre zudem in der Lage, bisher nicht erreichte

Konsumenten an die Einrichtungen zu binden und eine entsprechende Behandlung zu beginnen. Die Legalisierung spart nicht nur finanzielle Ressourcen und setzt sie für andere Bereiche frei, sondern ermöglicht es, durch den entstehenden Kontakt bei der kontrollierten Abgabe dringend notwendige Behandlungen und Therapien zu beginnen und kontinuierlich fortzuführen. Gleichzeitig sind die Beschaffungskriminalität und die Drogenprostitution für die konsumierenden Personen nicht mehr notwendig und auch in diesen Bereichen würde sich die Situation durch eine Legalisierung wesentlich entschärfen.

Die Politik muss sich der Tatsache stellen, dass eine Vermeidung des Gebrauchs von illegalen Drogen nicht realistisch ist. Für Konsumenten spielt es keine Rolle, ob sie legale oder illegale Substanzen konsumieren. Es gilt einen verantwortungsbewussten Umgang mit diesen Substanzen zu etablieren und ein Risikobewusstsein für die eigene Gesundheit zu schaffen, denn abschreckende Bilder sind wenig überzeugend. Aber auch die präventiven Wirkungen von Informationen und pädagogischen Maßnahmen stoßen an ihre Grenzen. Ich halte eine Kombination von Prävention, die sich stärker auf einen Mischkonsum konzentriert und auch auf riskante Konsummuster ausgerichtet ist, eine durch speziell ausgebildete Ärzte durchgeführte Primärversorgung mit einer weiterführenden Begleitung und Beratung, die sich zuerst auf die grundlegenden Bereiche, nämlich Wohnen und Arbeit stützt, für sehr sinnvoll. Denn aus der Forschung ist bekannt, dass der Anteil der gewonnenen Lebensjahre zu 10-30 Prozent bei Männern und zu 20-40 Prozent bei Frauen auf medizinische Leistungen zurückzuführen ist (SVR 2002, Bd. I, Ziff. 95). Der weitaus größere Anteil der gewonnenen Jahre geht auf die Verbesserung der Lebensbedingungen und auf ein verändertes Gesundheitsverhalten zurück (Rosenbrock et al. 2004). Grundlegend für den Erfolg aller Maßnahmen ist es, die sozialen Faktoren, die den Drogengebrauch hervorbringen, zu verändern.

Gesellschaftlich und individuell ist die Legalisierung der Substanzen eine ganz wesentliche Forderung und Konsequenz dieser Arbeit mit einer großen Public-Health Relevanz.

Ebenfalls essentiell und von großer Bedeutung für die Identifizierung von Personen mit suizidalen Absichten sind die Berufserfahrung sowie die Qualifikation des gesamten

Personals in der Drogenhilfe. Personen mit Risikofaktoren, wie z.B. Depressionen, Psychosen, kritischen Lebensereignissen und Alkoholproblemen in der Familie (Farrell et al. 1996) können so besser identifiziert und behandelt werden.

Die quantitative Erhebung innerhalb der ROSE Studie war auf zwei Zielgruppen ausgerichtet. Es wurden schlecht laufende Substituierte und nicht erreichte Opiatabhängige befragt. Unter einer schlecht laufenden Substitution wurde weiterhin problematischer Beikonsum und/oder Verhaltensprobleme wie Delinquenz oder Gewalt verstanden und die Substitution sollte seit mindestens drei Monaten bestehen. Nicht erreichte Konsumenten wurden dadurch charakterisiert, dass sie seit mindestens sechs Monaten keine Behandlung oder Therapie mehr in Anspruch genommen hatten und Opiate an mindestens vier Tagen pro Woche während der letzten zwei Monate konsumieren. Aus der Gruppe der schlecht laufenden Substituierten wurden 93 Personen und aus der Gruppe der nicht erreichten Konsumenten 57 Personen befragt. Diese Konsumenten wurden in mehreren niedrigschwelligen Einrichtungen des Hamburger Hilfesystems erreicht.

Der Anteil der Männer unter den Befragten beträgt 74,8 Prozent und liegt damit etwas über dem von den Hamburger Experten geschätzten 70 Prozent männlichen Opiatabhängigen in Hamburg. Das durchschnittliche Alter der 150 Teilnehmer beträgt 36 Jahre. Die Schätzung aus den Experteninterviews in Bezug auf das Alter liegt zwischen 30 und 35 Jahren. Damit waren in der untersuchten Stichprobe der Anteil der Männer und auch das Durchschnittsalter etwas höher.

Zum Zeitpunkt der Befragung sind über 80 Prozent der Konsumenten erwerbslos und 60 Prozent der schlecht laufenden Substituierten und 45 Prozent der nicht erreichten Personen verfügen über stabile Wohnverhältnisse.

Erwartungsgemäß wurde in der Gruppe der nicht erreichten Konsumenten mehr intravenös konsumiert. Die gesundheitliche Situation bezogen auf Hepatitis B, C und HIV ist unter den schlecht laufenden Substituierten noch dramatischer als in der Vergleichsgruppe. Erwähnenswert erscheint mir, dass die schlecht laufenden Substituierten generell höhere Werte in Bezug auf die körperliche und psychologische Summenskala aufweisen, d.h. sie fühlen sich in den letzten 30 Tagen stärker

beeinträchtigt. Eine Erklärung dafür kann sein, dass viele Konsumenten eine Substitution erst sehr spät in ihrer „Drogenkarriere“ beginnen. Zu diesem Zeitpunkt sind die körperlichen und psychologischen Symptome einer Abhängigkeit schon stark ausgeprägt. Die nicht erreichten Opiatabhängigen konsumieren Drogen und Alkohol häufiger und unter riskanteren Bedingungen, das belegen die errechneten Composite Scores für die Substanzen.

Im Vergleich zur gesamten europäischen Untersuchungsgruppe werden in Hamburg häufiger Kokain, Crack, Amphetamine sowie Cocktails aus Kokain & Heroin & Benzodiazepinen konsumiert. Der multiple Substanzkonsum ist ebenfalls signifikant höher als in den beteiligten europäischen Zentren.

Die Gruppe der nicht erreichten Personen hat in den letzten 30 Tagen häufiger Konsumräume und andere niedrighschwellige Einrichtungen, wie Cafés und Kontaktläden, in Anspruch genommen. Die Notwendigkeit dieser Einrichtungen ist unbestritten, dennoch bleibt die Situation der Konsumenten unverändert. Die genannten Gründe für eine Nichtinanspruchnahme waren in beiden Gruppen vielfältig, aber oft wurden formale Gründe, wie unklarer Aufenthaltsstatus und keine Krankenversicherung genannt. Aus der Perspektive der bisher nicht erreichten Personen bietet das Substitutionsmittel Methadon offenbar keinen Anreiz eine Behandlung zu beginnen. Ob andere Substitute mehr oder weniger Nebenwirkungen als Methadon haben, ist abschließend noch nicht geklärt. Die subjektive Einschätzung der Konsumenten nennt Methadon allerdings als einen Grund, nicht mit der Substitution zu beginnen. Aus meiner Sicht ist es daher erforderlich, bei diesen Patienten stärker zu prüfen, ob andere Substitute nicht ebenfalls geeignet sind und ob die Konsumenten darauf nicht mit einer höheren Compliance und geringerem Beikonsum reagieren. Das würde bedeuten, die Patienten in ihren Ängsten und Sorgen stärker wahrzunehmen.

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität der beiden Zielgruppen ist hinsichtlich der körperlichen und psychischen Kategorien nicht, wie erwartet, unterschiedlich. Allerdings sind im Vergleich zur deutschen Normstichprobe Unterschiede in der psychischen und körperlichen Summenskala zu beobachten. Die Länge der Substitution und auch der Schweregrad der Sucht haben keinen Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität während der Behandlung.

Zusammenfassend lässt sich für die beiden Gruppen sagen, dass es sich um relativ alte Konsumenten mit riskanten Konsummustern handelt. Heroin spielt zwar nach wie vor die größte Rolle unter den konsumierten Drogen, aber Kokain und Crack, sowie Mischungen aus diesen Substanzen haben ebenfalls eine Bedeutung erlangt. Die Wohn- und Erwerbssituation ist prekär. Die Prävalenz von Hepatitis B und C ist ebenfalls dramatisch. Angesichts der medizinischen Betreuung der Substituierten können die Angaben zu den körperlichen und psychologischen Symptomen nur den Schluss zulassen, dass die Versorgung im Behandlungssystem der Drogenhilfe nicht bedarfsgerecht gestaltet ist.

### **1. Hypothese**

Es existieren Differenzen zwischen den Bedarfen der Klienten und dem momentanen Leistungsspektrum der Einrichtungen aus Sicht der Patienten. Experten des Suchthilfesystems sehen andere Defizite im Leistungsspektrum als die Patienten.

Im Rahmen der ROSE-Studie wurden Experteninterviews mit Vertretern des Hamburger Drogenhilfesystems zur Erfassung von Prävalenzraten durchgeführt. Die Auswahl der Experten erfolgte über mehrere Berufsgruppen hinweg, so dass die Ergebnisse zu einer möglichst großen Objektivität beitragen. In einer zweiten, zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführten Erhebung, mit denselben Experten ging es vorrangig um die Probleme im Zusammenhang mit nicht erreichten Opiatabhängigen und Substituierten, die bisher nicht erfolgreich von der Behandlung profitieren. Die aufgetretenen Differenzen in den Expertenaussagen resultieren aus dem unterschiedlichen fachlichen Hintergrund der Experten. Der befragte Personenkreis wurde bewusst sehr breit über den Arbeitsbereich „Drogen“ gespannt. Damit war es möglich, sehr unterschiedliche Auffassungen und Meinungen über das gewählte Thema zu erhalten, gleichzeitig scheint in Hamburg aber nur ein kleiner Personenkreis über konkrete Zahlen in der Drogenhilfe informiert zu sein.

Die Experten schätzen ein, dass es 10.000 Opiatabhängige in Hamburg gibt. Davon befinden sich 45 Prozent in einer Behandlung, die restlichen 55 Prozent sind momentan in keiner Therapie. Die Konsumenten befinden sich nach Ansicht der Experten in einem

allgemein schlechten Gesundheitszustand. Durch die fehlende Behandlung nimmt die Verelendung zu. Der Drehtüreffekt bei Ärzten, Kliniken und der Justiz, gepaart mit der Aussage, dass diese Patienten innerhalb einer Behandlungseinrichtung besondere Aufmerksamkeit benötigen und dadurch Ressourcen binden und Arbeitsabläufe stören, deutet darauf hin, dass die Drogenhilfe auf diese Patienten nicht ausreichend eingestellt ist. Die Frage, welche Angebote für diese Zielgruppe vorgehalten werden sollten, beantworteten die Experten mit vielen Vorschlägen. Eine hierarchische Einteilung wurde allerdings nicht vorgenommen.

Die Experten sind sich einig, dass neue Angebote nicht notwendig sind, wenn man die vorhandenen Einrichtungen mit ihrem derzeitigen Angebot ausbaut. Die Vertreter von Einrichtungen fordern in diesem Zusammenhang mehr Entscheidungsfreiheit über die finanziellen Mittel der Einrichtungen, um neue kreative Konzepte zu etablieren. Die Wichtigkeit der niedrighschwelliger Einrichtungen wird mehrfach betont, ebenso wie die Verlängerung und Ausweitung der Öffnungszeiten. Der Migrationsbewegung wird zu wenig Rechnung getragen, besonders da die Gruppe der Aussiedler aus der ehemaligen Sowjetunion in den letzten Jahren stetig gewachsen ist. Die Problematik der älter werdenden Konsumenten und die Frage nach Perspektiven für diese Personengruppe stehen im Zusammenhang mit der generellen Debatte um Aufenthaltsmöglichkeiten der Drogenkonsumenten in öffentlichen Räumen. Die Vertreibungspolitik hat in Hamburg zu einer Zerschlagung der offenen Drogenszene am Hauptbahnhof geführt, allerdings gibt es keine alternativen Aufenthaltsmöglichkeiten.

Prinzipiell müssen die Grundbedürfnisse der Konsumenten, dazu zählen Essen, Kleidung, Wohnung und Arbeit, abgedeckt sein.

Die befragten nicht erreichten Konsumenten und die Gruppe der schlecht laufenden Substituierten berichten übereinstimmend über einen großen Bedarf bei der Abdeckung ihrer Grundbedürfnisse. Das bedeutet, dass Wohnen, Arbeiten und eine gewisse finanzielle Absicherung die größten Bedürfnisse darstellen. Das kann mit dem Blick auf die qualitativen Interviews ebenfalls bestätigt werden. Vor dem Hintergrund, dass nur ca. 60 Prozent der schlecht laufenden Substituierten und ca. 45 Prozent der nicht erreichten Konsumenten über eine stabile Wohnsituation verfügen und über 80 Prozent

aus beiden Gruppen erwerbslos sind, ist dieser Bedarf nach der Sicherung der Grundbedürfnisse sehr nachvollziehbar. Die Experten erwähnen diesen Punkt ebenfalls, aber stellen ihn nicht mit solcher Vehemenz in das Zentrum ihrer Überlegungen. Die Angaben der Befragten, die prozentual an zweiter Stelle stehen, sind sehr ausstiegsorientiert. Damit deutet sich an, dass der Wunsch nach einem Leben ohne Drogen für viele der Befragten eine große Rolle spielt. Ebenfalls unter den Selbstangaben findet sich der Wunsch nach besseren, schnelleren und unbürokratischeren Angeboten im Bereich der Drogenhilfe. Ebenfalls ein wichtiger Punkt ist die Entkriminalisierung und damit Legalisierung von Drogen sowie Maßnahmen gegen Stigmatisierung und Diskriminierung; diese Aussagen wurden auch in den qualitativen Interviews bestätigt. Für 60 Prozent der bisher nicht erreichten Konsumenten und immerhin noch 41 Prozent der Substituierten ist dann der konkrete Wunsch nach Entgiftung im Moment die Art der Hilfe, die sie benötigen. Auch damit wird noch einmal der Wunsch nach einem Ausstieg aus den bisherigen Lebensumständen deutlich. An vierter Stelle wird die Substitution von den nicht erreichten Konsumenten genannt, die schlecht laufenden Substituierten geben an dieser Stelle einen Bedarf nach Informationen an. Immerhin noch fast ein Viertel beider Gruppen benötigen eine Beratung. Die Unterstützung bei familiären Problemen ist ein weiterer Punkt, der von den Konsumenten für wichtig erachtet wird.

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen Evidenz für die 1. Hypothese. Die vorrangigen Bedarfe der Konsumenten gehen eindeutig in die Richtung der Sicherung ihrer Grundbedürfnisse. Darüber hinaus ist ein Leben ohne Drogen, verbunden mit Entgiftung und Substitution ein weiteres Ziel. Für mich stellen sich die Ergebnisse so dar, dass es ohne die Absicherung der elementaren Lebensumstände für die Konsumenten nicht möglich ist, eine Behandlung aufzunehmen, obwohl der Wunsch nach einer Veränderung des Drogenkonsums durchaus gegeben scheint. Das Leben ohne festen Wohnsitz und ohne eine Erwerbstätigkeit, verbunden mit einem unregelmäßigen Einkommen, ist offensichtlich ein so belastender und aufreibender Umstand, dass es nicht möglich ist, sich auf eine Therapie einzulassen.

Die Experten heben die Wichtigkeit der niedrighschwelligigen Einrichtungen explizit hervor. Die Inanspruchnahme während der letzten 30 Tage durch die Klienten bestätigt auch eindeutig die Wichtigkeit von Cafés, Kontaktläden und Konsumräumen, aber die Bedarfe werden aus Sicht der Konsumenten damit nicht abgedeckt.

Die Gründe, warum eine Substitution von nicht erreichten Konsumenten im letzten Monat nicht in Anspruch genommen wurde, obwohl der Bedarf, wie beschrieben, vorliegt, sind verschieden. Sowohl aus den qualiativen, als auch aus der quantitativen Befragung ist bekannt, dass die Verfügbarkeit von anderen Substanzen als Methadon innerhalb einer Substitution aus Sicht der Konsumenten die Aufnahme einer Behandlung begünstigen würde. Die Aktualität und Notwendigkeit der von den Konsumenten geforderten schnellen und unbürokratischen Hilfe wird hier noch einmal sehr deutlich.

## **2. Hypothese**

Die Versorgung der Opiatabhängigen im Hilfesystem in Hamburg ist auf bestimmte Personengruppen zugeschnitten. Für Opiatabhängige, die nicht vom Hilfesystem erreicht werden, ist das derzeitige Angebot an Behandlungen und Therapien nicht differenziert genug. Ein Teil der Methadonsubstituierten wird vom Hilfesystem nicht im nötigen Ausmaß erreicht.

In den Experteninterviews wurde angemerkt, dass Angebote für Crackkonsumenten und für Konsumenten mit einem polyvalenten Konsummuster noch nicht aufgebaut sind. Hier hat das Hilfesystem noch einen Nachholbedarf. Besonders die Frage einer eventuellen Anschlussbehandlung nach einer erfolgten Akupunktur der Crackkonsumenten beschäftigt die Experten. Eine weitere Forderung ist, Heroin als Arzneimittel zuzulassen.

Die Einrichtungen für Patienten mit Komorbidität (Sucht und Psychose) sind zu hochschwellig. Patienten mit Mehrfacherkrankungen, werden dadurch von notwendiger Hilfe ausgeschlossen. In diesem Zusammenhang muss auch nochmals die Stigmatisierung und Diskriminierung angemerkt werden. Dadurch wird der freie Zugang zu Leistungen unterbunden, Behandlungen werden verzögert und die

langfristige Folge für die Patienten sind weitere gesundheitliche Probleme bzw. eine Chronifizierung der vorhandenen Symptome. Des Weiteren wird auch die Versorgung von älteren Drogenabhängigen angesprochen, die im Moment nicht gewährleistet ist.

Die schon angesprochene „Durchmischung“ der Hochrisikopatienten und der weiteren Patienten in den Drogenambulanzen und die daraus resultierenden Probleme, deuten ebenfalls an, dass das Behandlungssystem für die schlecht laufenden Substituierten nicht optimal ist.

Aus den qualitativen Interviews kann man ebenfalls Probleme, die die Klienten mit dem Hilfesystem haben, anführen. Ein Patient hat negative Erfahrungen mit den „Professionellen“ in einer Therapie gemacht. Er hatte den Eindruck, dass er nicht in das Konzept passt. Weitere Hinderungsgründe gegen eine Behandlung waren zu wenig Personal bzw. zu viele Klienten, um auf die unterschiedlichen Bedürfnisse einzugehen. Die Einschätzung eines Experten ist, dass der Erfolg des Hamburger Hilfesystems, gemessen an der Kontaktaufnahme und dem Überleben der Drogenabhängigen hoch ist, wenn jedoch die Situation der Konsumenten der Gradmesser des Erfolgs ist, dann ist der Zustand schon lange unverändert und muss eher skeptisch beurteilt werden. Dieser Aussage möchte ich mich anschließen.

Der erste Teil der 2. Hypothese und die Aussage, dass ein Teil der Methadonsubstituierten nicht im nötigen Ausmaß erreicht wird, konnte durch die Erhebungen bestätigt werden. Die hohe Anzahl der nicht erreichten Konsumenten und die Defizite in der Versorgung bestätigen das. Die Hypothese, dass für nicht erreichte Konsumenten das derzeitige Angebot an Behandlungen und Therapien nicht differenziert genug ist, konnte nicht belegt werden, da der Bedarf der Konsumenten hinsichtlich Behandlungen und Therapien in Richtung Entgiftung und Substitution geht. Entgiftungseinrichtungen und Substitutionsbehandlungen stehen in Hamburg zur Verfügung.

### **3. Hypothese**

Eine negative Lebensqualität wird als ein Indikator für soziale Desintegration betrachtet. Dabei wird besonders auf die Skala „psychische Lebensqualität“ eingegangen als Prädiktor für soziale Desintegration. Lebensqualität korreliert negativ mit sozialen Faktoren.

Ein großer Teil der Konsumenten wird vom bestehenden Hilfesystem nicht erreicht und lebt sozial desintegriert und diskriminiert. Soziale Desintegration wird in der internationalen Literatur als ein starker Belastungsfaktor für eine Abhängigkeits-erkrankung gesehen. Gleichzeitig sind diese Personen gefährdeter hinsichtlich der Verschlechterung ihres somatischen Zustandes.

Die Korrelation der Summenskala der psychologischen Symptome mit der psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität ergab einen starken Zusammenhang dahingehend, dass eine schlechtere psychologische Befindlichkeit mit einer negativen psychischen Lebensqualität verbunden ist. Die Skala psychische Lebensqualität kann zumindest als ein Hinweis auf ein desintegriertes Leben gesehen werden. Dies zeigt in Richtung der Bestätigung der 3. Hypothese.

### **4. Hypothese**

Die Lebensqualität der nicht erreichten Opiatabhängigen ist schlechter als die der Methadonsubstituierten. Durch die Anbindung der Methadonsubstituierten an das Hilfesystem ist die Lebensqualität dieser Patienten höher als die Lebensqualität der nicht Erreichten. Die Lebensqualität der Opiatabhängigen ist signifikant schlechter als die der deutschen Vergleichsstichprobe.

Zwischen den schlecht laufenden Substituierten und Konsumenten, die sich nicht in Behandlung befinden, existiert weder auf der körperlichen noch auf der psychischen Ebene im Bereich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ein signifikanter Unterschied. Die schlecht laufenden Substituierten und die nicht erreichten Konsumenten haben signifikant schlechtere Werte in der körperlichen und psychischen Summenskala als die deutsche Normstichprobe.

Die Aussagen aus den qualitativen Interviews bestätigen die allgemein schlechte Lebensqualität unter Opiatabhängigen.

Mit diesen Ergebnissen kann der erste Teil der 4. Hypothese nicht bestätigt werden. Die hier untersuchten schlecht laufenden Substituierten unterscheiden sich in ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität nicht von der Gruppe der nicht erreichten Konsumenten. Die Vermutung, dass durch die institutionelle Anbindung der Substituierten die gesundheitsbezogene Lebensqualität höher ist im Vergleich zu Konsumenten, die sich nicht im Hilfesystem befinden, konnte nicht bestätigt werden. Darüber hinaus wurde die Frage untersucht, ob die Lebensqualität eventuell mit einer längeren Substitutionsbehandlung steigt. Auch hier zeigte sich kein Unterschied. Die Einbeziehung einer Kovariante (Schweregrad der Sucht) veränderte das nicht signifikante Ergebnis, abhängig von der Dauer der Substitution, in Bezug auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität ebenfalls nicht. Allerdings folgt die Lebensqualität während einer Substitution keinem linearen Verlauf, im Gegensatz zum Schweregrad der Sucht, der im Laufe einer Behandlung abnimmt.

Es gibt Anhaltspunkte dafür, dass die Entwicklung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Männern und Frauen während einer Substitutionsbehandlung unterschiedlich verläuft. Diese These muss allerdings an einer größeren Stichprobe weiter untersucht werden.

Die zweite Aussage der 4. Hypothese kann belegt werden, denn Opiatabhängige haben signifikant schlechtere Werte als die deutsche Normstichprobe.

## 5.2 Vorschläge und Ausblick

Die folgende Aufzählung von Vorschlägen zur Verbesserung der Situation von konsumierenden Personen in Hamburg stellt keine Wertigkeit oder Hierarchie dar. Vielmehr ist es ein Ineinandergreifen von verschiedenen Bereichen, die in ihrer Summe die Situation der Konsumenten umfassender aufgreifen und bearbeiten als es momentan der Fall ist.

Wenn wir versuchen, Abhängigkeit zu verstehen, dann ist ein interdisziplinärer Ansatz von Soziologie, Medizin, Biologie, Psychologie und weiteren angrenzenden Disziplinen am besten geeignet, die komplexen Verhältnisse zu beschreiben und Behandlungsmodelle zu entwickeln. Eine reine somatische Ausrichtung der Behandlung ohne die Einbeziehung von psychologischen Symptomen und der sozialen Lebenssituation der Patienten ist nicht an den Bedarfen ausgerichtet. Am Anfang einer Behandlung muss eine umfassende diagnostische Abklärung stehen. Das bedeutet nach meiner Auffassung eine ständige Qualifikation und Weiterbildung des Personals, das in diesem Bereich tätig ist. Wer mit einem schlechten Gesundheitszustand eine Substitution beginnt, hat eine schlechtere Prognose. Dieser Kreislauf muss durchbrochen werden. Eine Substitutionsbehandlung sollte nach meiner Einschätzung nicht nur die medizinische Abklärung und Behandlung von körperlichen Problemen enthalten, sondern durch geschultes Personal auch auf psychiatrische Erkrankungen eingehen. Vor allem in großen Substitutionsambulanzen und -praxen sollte ein Psychologe als Ansprechpartner arbeiten. Die Verbesserung der psychologischen Situation der Konsumenten scheint ein sehr wichtiger Punkt bei der Reduzierung des Drogenkonsums zu sein. Aber nicht nur die Qualifikation des Personals, auch die Motivation erachte ich im Bereich der Drogenhilfe für sehr wichtig. Die Patienten sind somatisch und psychisch schwerer belastet als andere Patienten im Gesundheitssystem und benötigen mehr Aufmerksamkeit, mehr Zeit, mehr Ansprache und eventuell auch mehrere Versuche bis eine Behandlung positiv verläuft. Die Substitution ist eine wirkungsvolle Therapie der Opiatabhängigkeit, aber sie kann durchaus noch verbessert

werden. Motivation und Qualifikation stellen für mich zwei Grundforderungen an die Beschäftigten in der Drogenhilfe dar.

Weiterhin halte ich es für sehr sinnvoll, auch Case-Management in den Ambulanzen und Substitutionspraxen zu etablieren. Durch Fallkonferenzen, an denen alle Berufsgruppen beteiligt sind, ist eine intensive Zusammenarbeit und ein Austausch gewährleistet und die Patienten werden umfassend und ganzheitlich behandelt.

Aus meiner Sicht müssen Substitutionsbehandlungen in ihrer Qualität verbessert werden, um die Patienten umfassend zu versorgen und die begrenzte Reichweite der Substitution zu erhöhen.

In diesem Zusammenhang sehe ich auch meinen zweiten Vorschlag. Methadon ist das am häufigsten verwendete Substitutionsmittel in Deutschland. Obwohl die Forschung in diesem Bereich bisher keine Unterschiede in Bezug auf die Wirkungen und Nebenwirkungen zu anderen Substituten zeigen konnte, ist die subjektive Sicht der Konsumenten oft eine andere. Wenn die Möglichkeit besteht, durch den Einsatz von Polamidon und Buprenorphin Konsumenten zu erreichen, die bisher eine Substitution mit Methadon abgelehnt oder nicht erfolgreich beendet haben, dann sollte auf den Wunsch des Patienten eingegangen werden. Methadon ist das preiswertere Präparat, aber nicht immer ist die günstigste Therapie auch die beste Form der Behandlung.

Weiterhin halte ich es für sehr wichtig, Personen mit einer Abhängigkeitserkrankung dort anzusprechen, wo sie im Gesundheitssystem anzutreffen sind. Die primärärztliche Versorgung muss sich den Anforderungen des bevölkerungsbezogenen Gesundheitsansatzes stellen und schnelle und unbürokratische Hilfen anbieten. Die Ausdehnung der Suchthilfe in die Primärversorgung hinein ist geeignet, bisher nicht erreichte Konsumenten anzusprechen und Wege zur weiteren Versorgung zu ebnen.

Die Einrichtung einer Suchtmittel übergreifenden Informations- und Beratungsstelle, die die Zunahme von polyvalenten Konsummustern berücksichtigt, halte ich in Hamburg für sehr sinnvoll. Dort soll die Möglichkeit bestehen, dass sich konsumierende Personen und auch ihre Angehörigen umfassend informieren und beraten lassen können.

Die Suchthilfe in Hamburg ist vielfältig und oft ist es für hilfeschuchende Personen nicht möglich alle Angebote und Möglichkeiten zu erfassen oder einzuschätzen, ob diese für ihre derzeitige Situation sinnvoll sind. Gleichzeitig übernimmt diese Anlaufstelle die Vermittlung und Betreuung im Prozess der Behandlung. Alle Probleme und Informationen sollen hier vorliegen, um mit dem Patienten das passende Angebot zu erarbeiten. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse sollen zur Arbeitsgrundlage gehören, ebenso wie die Möglichkeit für ehemals suchtkranke Menschen in dieser Beratungsstelle zu arbeiten.

Arbeiten und Wohnen sind zwei zentrale Punkte im Leben der Menschen und das gilt auch für Konsumenten illegaler Drogen. Ohne eine stabile Wohnsituation und eine durch Arbeit abgesicherte finanzielle Situation ist es für viele Konsumenten nicht vorstellbar oder möglich eine Therapie zu beginnen, obwohl der Wunsch nach einem Leben ohne Drogen sehr stark ist. Die psychische Belastung, die Lebensumstände nicht selbstbestimmt entscheiden zu können, kann wiederum das Gefühl verstärken auch einer Therapie nicht gewachsen zu sein. Deshalb ist es unerlässlich, Wohnraum und Arbeitsplätze für Konsumenten zu schaffen. Nach meiner Auffassung ist das die Grundlage jeder weitergehenden Behandlung. Die Zahl der Drogentoten kann vielleicht weiter gesenkt werden, aber ohne die Absicherung der elementaren Lebensumstände wird sich an der Prävalenz der Opiatkonsumenten und an der Anzahl der begonnenen Therapien aus meiner Sicht nichts ändern.

Vor dem Hintergrund knapper werdender Ressourcen und der anhaltenden Diskussion um den Bestand des Sozialstaates erscheint dieser Vorschlag nicht umsetzbar. Ich halte ihn dennoch für elementar und bin der Auffassung, dass die Kosten u. a. aus den freiwerdenden Mitteln der Strafverfolgung und Justiz bei einer Legalisierung zu tragen sind.

Viele Begleitumstände und Lebensbedingungen von Konsumenten illegaler Drogen gehen auf die willkürliche Trennung in legale und illegale Drogen zurück. Durch diese Teilung entstehen immense Kosten für die Gesellschaft und kriminalisierende Lebensumstände für die Konsumenten. Die Abschaffung der Unterteilung in legale und

illegale Substanzen ist meiner Meinung nach eine konsequente Forderung, die sich wissenschaftlichen Ergebnissen und der Realität stellt. Eine Vermeidung des Gebrauchs von illegalen Stoffen ist nicht realistisch. Prävention, die auf einen risikobewussten Umgang mit allen Suchtmitteln setzt, ist eine weitaus vielversprechendere Alternative zum kriminalisierenden Konzept. Die Konsequenzen wären ein Rückgang in der Beschaffungskriminalität und Drogenprostitution. Die aufgewendeten Mittel für Strafverfolgung und Justiz, können, wie oben beschrieben, sinnvoll eingesetzt werden. Eine kontrollierte Abgabe von Drogen bietet staatlichen Regulierungsbehörden Produktions- und Preiskontrolle. Die Konsumenten können so an das Hilfesystem gebunden werden und der tägliche Kreislauf von Drogenbeschaffung und Konsum wird durchbrochen. Gleichzeitig besteht durch eine Legalisierung die Möglichkeit, intravenösen Gebrauch durch risikoärmere Konsumformen zu ersetzen und die Stigmatisierung und Ausgrenzung kann vermindert werden.

Das Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung ist ein erster Schritt in diese Richtung, allerdings befindet sich der Originalstoff noch in der klinischen Arzneimittelprüfung und erst nach Vorlage des Zwischenberichts ist eine Abschätzung, ob es in Deutschland zur Zulassung als Arzneimittel kommt, möglich.

Die Erfahrungen aus der Schweiz und den Niederlanden hätten aus meiner Sicht ausgereicht, denn sie belegen die Machbarkeit der kontrollierten Vergabe von Heroin. Die Anbindung der bisher nicht erreichten Konsumenten an die heroingestützte Behandlung durch die Diversifizierung des Behandlungsangebotes ist ein weiteres Argument für die Einführung der kontrollierten Vergabe von Heroin. Allein die Gesetzgebung verlangt eine erneute kontrollierte Studie, die mit einem hohen finanziellen Aufwand verbunden ist. Wenn die Möglichkeit der Übertragbarkeit von Ergebnissen aus internationalen Studien besteht, dann sollten nationale Vorschriften dahingehend geändert werden, dass man diese Ergebnisse auch umsetzen kann.

Niedrigschwellige Hilfsangebote haben sich in der Drogenhilfe bewährt und sollten in ihrem derzeitigen Angebot erhalten werden. Ich halte eine Änderung oder Verlagerung der Öffnungszeiten in die Abend- und Nachtstunden, sowie eine Öffnung an den Wochenenden allerdings für angebracht. Bisher war eine Erreichbarkeit während der

Werktage gewährleistet, darüber hinausgehende Angebote waren die Ausnahme. Im Zusammenhang mit der Vertreibungs politik der offenen Drogenszene in Hamburg waren die Aufenthaltsmöglichkeiten für Konsumenten begrenzt. Es ist ein Irrtum anzunehmen, dass sich mit einer Vertreibung das Problem von offenen Drogenszenen von selbst löst. Die Konsumenten brauchen Orte, an denen sie sich aufhalten können und zwar auch in den späten Abendstunden. Die Erweiterung der Öffnungszeiten des DrobInn zeigte die Notwendigkeit und Machbarkeit.

Die Situation in den Justizvollzugsanstalten hat sich seit dem Wegfall des Spritzentauschs und der Begrenzung der Substitution für die Konsumenten verschlechtert. Der Grund dafür war die restriktive Politik seit dem Regierungswechsel im Jahr 2001 in Hamburg. Auch hier ist die Situation geprägt von ideologischen Konzepten und nicht an den Bedarfen und wissenschaftlichen Erkenntnissen angepasst. Damit verschlechtert sich der Zustand der konsumierenden Personen in der Haft und eine eventuell begonnene Substitution wird unterbrochen. Das halte ich vor dem Hintergrund der großen Prävalenz von HIV- und Hepatitis erkrankungen für keinen gangbaren Weg. Gleichzeitig müssen größere Anstrengungen schon während der Haftstrafe unternommen werden, um Personen auf ihre Entlassung so vorzubereiten, dass der Kontakt zu drogenkonsumierenden Personen keinen Rückfall auslöst. Es sollte während der Haft die Möglichkeit bestehen, verschiedene Therapiemöglichkeiten wahrzunehmen und die begonnene Behandlung nahtlos nach der Entlassung weiter zu führen. Dazu ist eine Zusammenarbeit von Einrichtungen in und außerhalb von Haftanstalten sinnvoll.

Die Erfahrungen der Frankfurter Montags Gruppe gilt es aufzugreifen und durch offene Diskussionsrunden mit Konsumenten, Angehörigen, Anwohnern und Vertretern der Politik pragmatische Lösungsvorschläge zur Verbesserung der Situation in Hamburg zu erarbeiten. Damit kann die Lebenswelt, nicht nur der Konsumenten, verändert werden und wird von den Beteiligten als beeinflussbar erlebt. Ein antizipatorischer Verarbeitungsstil, der es ermöglicht die eigene Lebenswelt zu gestalten, ist aus meiner Sicht gut geeignet, das soziale Kapital der Konsumenten zu stärken. Das wäre auch ein

weiterer wichtiger Schritt gegen Diskriminierung und Ausgrenzung von Konsumenten illegalisierter Drogen.

Ungleiche Zugangsmöglichkeiten zu Gesundheitsleistungen haben dramatische Auswirkungen auf die Lebenserwartung von Personen aus unterschiedlichen sozialen Schichten. Diese Diskussion wurde in Deutschland lange nicht geführt, da man davon ausging, dass diese Unterschiede nicht existieren. Es gilt, diese Diskussion in der nächsten Zeit wieder verstärkt aufzugreifen und die Zugangsbeschränkungen aufzuheben.

## Literatur

- Alte-Teigeler A, Schmidt B, Hurrelmann K (1997) Defizite in der Versorgung drogengefährdeter Jugendlicher - Ergebnisse einer Experten-, Nutzer- und Jugendbefragung. *Gesundheitswesen* 59: S 640-648. Thieme Verlag
- Anthenelli RM, Schuckit MA (1981) Genetics. In: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB (Ed.) *Substance Abuse – A Comprehensive Textbook*
- Antons K, Schulz W (1977) Normales Trinken und Suchtentwicklung. Theorie und empirische Ergebnisse interdisziplinärer Forschung zum sozialintegrierten Alkoholismus und süchtigen Alkoholismus. Band 1&2. Göttingen Hogrefe
- Arnold M (2003) Gesundheitssystemforschung: Inhalt und Ziele eines Faches am Schnittpunkt Ökonomie, Medizin, Politik und Ethik. *Gesundheitswesen* S. 425-431
- Augustin R, Kraus L (2003) Changes in Prevalence of Problem Opiate Use in Germany between 1990-2000. *European Addiction Research* 10: S 61-67
- Auriacombe M (2003) Buprenorphine Prescribed by General Practitioners. In: Waal H, Haga E (Ed.) *Maintenance Treatment of Heroin Addiction*. Cappelen Akademisk Forlag Oslo
- BADO e.V. (2000) Ambulante Suchthilfe Hamburg. In: Schmid M, Simmedinger R, Vogt I (Hrsg.) *Statusbericht 1999 zur Hamburger Basisdatendokumentation im ambulanten Suchthilfesystem*. ISS, Pontifex, Berichte und Materialien aus Wissenschaft und Praxis
- BADO e.V. Martens MS, Verthein U, Degkwitz P (2003) *Ambulante Suchthilfe in Hamburg, Statusbericht 2001 der Hamburger Basisdatendokumentation*. Kreutzfeldt Verlag Hamburg
- BADO e.V. Martens MS, Richter E (2004) *Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht der Hamburger Basisdatendokumentation*. Kreutzfeldt Verlag Hamburg
- Ball JC, Ross A (1991) *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment*. New York: Springer.

- Barsch G (1998) Armut und illegalisierter Drogenkonsum – Wahrheiten und Mythen zu einem komplexen sozialen Phänomen. In: Henkel D (Hrsg.) Sucht und Armut. Leske & Budrich, Opladen: S 167-189
- Baumgärtner T (2001) Der Kombi-Rausch – Zum Einsatz von Info-Cards als konsum-, problem- und zielgruppenspezifische Kommunikation der Risiken des Mischkonsums von Drogen. SuchtReport 6: S 38-44
- Baumgärtner T (2004) Die Situation des Drogenkonsums in Hamburg: Ein Überblick. Sucht 50/1: S 55
- Battersby M, Strang J, Farrell M, Gossop M, Robson P (1992) ‘Horsetrading’: Prescribing injectable opiates to opiate addicts – a descriptive study. Drug & Alcohol Review 11: S 35-42
- Behrendt K, Degkwitz P, Haasen C, Krausz M (1997) Opiatabhängige in der stationären Entgiftung. Fortschritte der Medizin 19: S 41-45
- Belding MA, Iguchi MY, Morral AR, McLellan AT (1997) Assessing the helping alliance and its impact in the treatment of opiate dependence. Drug And Alcohol Dependence 48: S 51-59
- BMG (1995) Methadon-Expertise. Expertise zum Einsatz von Methadon bei der Behandlung von Drogenabhängigen in Deutschland. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Band 55: S 2 ff. Nomos-Verlag
- Bossong H (1998) Substitutionsbehandlung in Europa: Was können wir aus der Europäisierung der Drogenpolitik lernen? Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 21 Nr. 2/3: S 53-58
- Bramesfeld A, Wismar M, Albrecht D (2003) Förderung der psychischen Gesundheit und Prävention psychischer Störungen: Gibt es bevölkerungsbezogene Konzepte? Ein Blick ins Ausland. Gesundheitswesen: S 226-235

- Brenner H, Mielck A, Klein R, Ziegler H, Hartwig (1991) The role of socioeconomic factors in survival of patients with colorectal cancer in Saarland/W-Germany. *Journal of Clinical Epidemiology* 44(8): S 807-815
- Brewer DD, Catalano RF, Haggerty K, Gainey RR and Fleming CB (1998) A meta-analysis of predictors of continued drug use during and after treatment for opiate addiction. *Addiction* 93(1): S 73-92
- Broome KM, Knight K, Hiller ML, Simpson DD (1996) Drug treatment process indicators for probationers and prediction of recidivism. *Journal on Substance Abuse Treatment* 13: S 487-491
- Brown SA (1993) Drug effect expectancies and addictive behavior change. *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 1: S 55-67
- Bullinger M (1996) Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36 Health Survey. *Rehabilitation* 35(3): S XVII-XXIX
- Bullinger M, Morfeld M, Kohlmann T, Nantke J, van den Bussche H, Dott B, Dunkelberg S, Kirchberger I, Krüger-Bödecker A, Lachmann A, Lang K, Mathis C, Mittag O, Peters A, Raspe H-H, Schulz H (2003) Der SF-36 in der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung. *Die Rehabilitation* 42 (4): S 218-225
- Bundesärztekammer (1997) Leitlinien der Bundesärztekammer zur Substitutionstherapie Opiatabhängiger (15.11.1996). *Deutsches Ärzteblatt* 94: S 312-314
- Bundesausschuss für Ärzte und Krankenkassen (1991) Erweiterungen der NUB-Richtlinien. *Deutsches Ärzteblatt* 88: S 2180-2182
- Bundesausschuss für Ärzte und Krankenkassen (1992) Änderungen der NUB-Richtlinien. *Deutsches Ärzteblatt* 89: S 2489-2490

Bundeskriminalamt (BKA) (Hrsg.) (2001) Rauschgiftjahresbericht Bundesrepublik Deutschland 2000. Wiesbaden

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2001) Länderkurzbericht 2000 Berlin/Bonn. BMG

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2001) Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Endbericht. Köln: BzGA

Bühringer G, Gastpar M, Heinz W, Kovar KA, Ladewig D, Naber D, Täschner KL, Uchtenhagen A, Wanke K (1995) Methadon-Standards. Vorschläge zur Qualitätssicherung bei der Methadon-Substitution im Rahmen der Behandlung von Drogenabhängigen. Ferdinand Enke Verlag Stuttgart

Bühringer G (1997a) "Geschichte " der Methadonsubstitution in Deutschland, aktuelle Probleme und Lösungsvorschläge. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW (Hrsg.) 10 Jahre Methadon-Substitution in NRW. Bestandsaufnahme und Ausblick. S 35-79 Düsseldorf

Bühringer G, Adelsberger F, Heinemann A, Kirschner J, Knauß I, Kraus L, Püschel K, Simon R (1997b) Schätzverfahren und Schätzungen 1997 zum Umfang der Drogenproblematik in Deutschland. Sucht 43 (Sonderheft 2): S 82-141

Bühringer G, Künzel J, Spies G (1997c) Methadon-Substitution bei Opiatabhängigen. In: Watzl H, Rockstroh B (Hrsg.) Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen. Hogrefe Göttingen, Bern, Toronto, Seattle

Bühringer G (1997d) Suchtkrankenhilfe und Forschung in Deutschland: Eine problematische Beziehung. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.) Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Geschichte – Strukturen – Perspektiven. Schriftenreihe Band 40. Lambertus

Calsyn DA, Saxon AJ, Bush KR, Howell Dn, Baer JS, Sloan KL, Malte CA, Kivlahan DR (2004) The Addiction Severity Index medical and psychiatric composite scores measure

similar domains as the SF-36 in substance-dependent veterans: concurrent and discriminant validity. *Drug and Alcohol Dependence* (76): S 165-171

Central Committee on the Treatment of Heroin Addicts CCBH (1997) A randomised clinical study to evaluate, in chronic treatment-refractory heroin addiction, the effectiveness of a new treatment regime, medically co-prescribed heroin and oral methadone compared to the standard treatment oral methadone alone. Reference Document

CPMP Working Party on Efficacy of Medical Products (1991) Good Clinical Practice for Trials on Medical Products in the European Community. Commission of European Communities. Brüssel

Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) (2001) Bericht zur Drogensituation in Deutschland 2001

Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) (2004) Bericht 2004 des nationalen REITOX Knotenpunkts an die EBDD

Degkwitz P (2002) Theorien und Modelle der Entstehung und des Verlaufs von Drogenabhängigkeit. In: Böllinger L, Stöver H (Hrsg.) *Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogentherapie*. Fachhochschulverlag: S 45-66. Frankfurt am Main

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2003) Aktionsplan Drogen und Sucht. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.). Berlin

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2004) Drogen- und Suchtbericht. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.). Berlin

Dobler-Mikola A, Pfeifer S, Müller V, Uchtenhagen A (1998) Methadon- und heroинunterstützte Behandlung Opiatabhängiger im Vergleich. Forschungsbericht aus dem ISF. Zürich

- E.B.D.D. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2002) Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union und in Norwegen. Luxemburg
- Elkeles T, Mielck A (1997) Entwicklung eines Modells zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit. Gesundheitswesen 59: S 137-143
- EMCDDA (2000) Insights. Office for Official Publications of the European Communities. Luxembourg
- EMCDDA (2002) Drugs in focus. Key role of substitution in drug treatment. briefing 1
- Estermann J, Hermann U (1996) Fragestellung, Vorgehensweise und Begriffsbestimmung. In: Estermann J, Hermann U, Hügi D, Nydegger B (Hrsg.) Sozialepidemiologie des Drogenkonsums – Zu Prävalenz und Inzidenz des Heroin- und Kokaingebrauchs und dessen polizeiliche Verfolgung. VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung Berlin
- Fals-Stewart W, Schafer J (1992) The relationship between length of stay in drug-free therapeutic communities and neurocognitive functioning. Journal of Clinical Psychology 48(4): S 539-543
- Farrell M, Neeleemann J, Griffiths P, Strang J (1996) Suicide and overdose among opiate addicts. Addiction 91: S 321-323
- Festinger DS, Lamb RJ, Kountz MR, Kirby KC, Marlowe D (1995) Pretreatment dropout as a function of treatment delay and client variables. Addiction Behaviour 20(1): S 111-115
- Fischer B (1995) Drugs, Communities, and „Harm Reduction“ in Germany: The New Relevance of „Public Health“ Principles in Local Responses. Journal of public health policy 16 (4): S 389-411
- Fischer B, Medved W, Kirst M, Rehm J, Gliksman L (2001) Illicit opiates and crime: results of an untreated user cohort study in Toronto. Can J Crim 43(2): S 197-217

- Fischer B, Rehm J, Kirst M, Casas M, Hall W, Krausz M, Metrebian N, Reggers J, Uchtenhagen A, van den Brink W, van Ree J M (2002) Heroin-assisted treatment as a response to the public health problem of opiate dependence. *European Journal of Public Health* 12: S 228-234
- Fischer B (2003) Illegale Opiatsucht, Behandlung und ökonomische Kostenforschung – ein beispielhafter Überblick und eine Diskussion aus sozialwissenschaftlicher Perspektive. *Suchtherapie* 4: S 2-7
- Fleischmann H, Krischker S (1997) Der Versorgungsbedarf für Suchtkranke aus der Sicht verschiedener Institutionen. *Sucht* 43(3): S 173-181
- Fleming MF, Manwell LB, Barry KL, Johnson K (1998) At-risk drinking in an HMO primary care sample: prevalence and health policy implications. *American Journal of Public Health* 88(1): S 90-93
- FOGS – Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialwesen mbH (2004) Abschlussbericht Evaluation des Hamburger Suchthilfesystems
- Fuchtmann E (1994) Pathogene und salutogene Faktoren – Persönlichkeitsentwicklung und Suchtkarrieren. *Gesundh.-Wes.* 56: S 92-94
- Frankfurter Rundschau 29.10.2002
- Frick U, Rössler W (2003) Finanzierungsmodelle und Anreizsysteme in der Suchtbehandlung aus deutscher und schweizerischer Perspektive. *Suchttherapie* 4: S 18-24
- Fritze J (1994) Zur Biologie der Abhängigkeit und der Sucht. In: Nissen G (Hrsg.) *Abhängigkeit und Sucht. Prävention und Therapie*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle
- Gadamer HG (1993) Über die Verborgenheit der Gesundheit. *Aufsätze und Vorträge*. S 138. Suhrkamp Frankfurt/Main

- Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, Apolone G, Bjorner JB, Brazier JE, Bullinger M, Kaasa S, Leplege A, Prieto L, Sullivan M (1998) Cross-Validation of Item Selection and Scoring for the SF-12 Health Survey in Nine Countries: Results from the IQOLA Project. *Journal of Clinical Epidemiology* 51(11): S 1171-1178
- Gerlach R (1992) Kontrollierter Gebrauch illegaler Drogen und Selbstheilung – Aktueller Stand der Forschung. *Materialien zur Heimerziehung* 3: S 5-8
- Gerlach R (2004) Grenzen „Niedrigschwelliger“ Drogenhilfe. In: Schneider W, Gerlach R (Hrsg.) *DrogenLeben. Bilanz und Zukunftsvisionen akzeptanzorientierter Drogenhilfe und Drogenpolitik*. S 125-138. Verlag für Wissenschaft und Bildung
- Glaser BG, Strauss AG (1998) *Grounded Theory. Strategien qualitativer Sozialforschung*. Bern
- Görge W, Hartmann R, Möller I, Oliva H (1996) Modellprogramm Kompakttherapie im Verbund der Drogenhilfe. In: *Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit* (Hrsg.) Band 81. Baden-Baden Nomos
- Gossop M, Marsden J, Stewart D, Kidd T (1998) The National Treatment Outcome Research Study (NTORS): 4-5 year follow-up results. *Addiction* 98: S 291-303
- Grönbladh L, Öhlund LS, Gunne LM (1990) Mortality in heroin addiction: impact of methadone treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 82: S 223-227
- Gsellhofer B, Kufner H, Vogt M, Weiler D (1999) *European Addiction Severity Index EuropASI – deutsche Bearbeitung*. Baltmannsweiler. Schneider-Verlag
- Häder M, Häder S (2000) Die Delphi-Methode als Gegenstand methodischer Forschungen. In: Häder M, Häder S (Hrsg.) *Die Delphi-Technik in den Sozialwissenschaften*. Westdeutscher Verlag Wiesbaden
- Hamburgische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (2003). <http://www.suchthh.de/kursbuch/index.htm>

- Hämig RB (2002) 100 Jahre Stagnation? „Illness“, „Disease“ und „Sickness“, „Glauben“ und „Wissen“ und die Erhaltungsverschreibung bei Heroinabhängigen. Suchttherapie Supplement 2(3): S 592-597
- Hartnoll RL, Mitcheson MC, Battersby A, Brown G, Ellis M, Fleming P, Hedley N (1980) Evaluation of heroin maintenance in controlled trial. Archives of General Psychiatry 37: S 877-884
- Hartwig K, Pies I (1995) Rationale Drogenpolitik in der Demokratie. JCB Mohr. Tübingen
- Heckmann W, Püschel K, Schmoldt A, Schneider V, Schulz-Schaeffer W, Soellner R, Zenker C, Zenker J (1993) Drogennot- und -todesfälle. Eine differentielle Untersuchung der Prävalenz und Ätiologie der Drogenmortalität: Drogentodesfälle in Berlin, Bremen, Hamburg, Drogennotfälle in Bremen und Hamburg. Nomos Baden-Baden Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Bd. 28
- Heilig M (2003) High or Low Threshold – that is not the Question. In: Waal H, Haga E (Ed.) Maintenance Treatment of Heroin Addiction. Cappelen Akademisk Forlag Oslo
- Heinemann A, Iwersen-Bergmann S, Schmoldt A, Püschel K (1999) Epidemiologische und toxikologische Aspekte der Drogenmortalität in Hamburg 1990 bis 1998. In: Krausz M, Raschke P (Hrsg.) Drogen in der Metropole. S 49-61. Freiburg Lambertus
- Helmert U (2003) Individuelle Risikofaktoren, Gesundheitsverhalten und Mortalitätsentwicklung in Deutschland im Zeitraum 1984 bis 1998. Gesundheitswesen S. 542-547
- Helmert U (2003) Subjektive Einschätzung der Gesundheit und Mortalitätsentwicklung. Gesundheitswesen S 47-54
- Holz A, Leune J (1999) Zur Versorgung Suchtkranker in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.). Jahrbuch Sucht 2000. S 139-160. Geesthacht Neuland

Homann B, Paul B, Thiel G, Wams M (2000) Drogenkonsum und Gesundheitsraumbedarf in der Hamburger „offenen Drogenszene“. Sucht 46: S 129-136

Hser YI, Grelle CE, Hsieh SC, Angelin MD, Brown BS (1999) Treatment history process and outcomes among patients in DATOS. Drug and Alcohol Dependence 57: S 137-150

<http://profiles.emcdda.eu.int>

<http://www.bsv.admin.ch>

<http://www.suchtund aids.bag.admin.ch>

<http://www.whitehousedrugpolicy.gov/publications>

Hubbard RL, Marsden ME, Rachal JV, Harwood HJ, Cavanaugh ER, Ginzburg HM (1989) Drug Abuse Treatment: A National Study of Effectiveness. Chapel Hill. University of North Carolina Press

Hurrelmann K (1989) Einführung in die Sozialisationstheorie. Weinheim Basel Beltz

Hurrelmann K (1991) Sozialisation und Gesundheit. Juventa Verlag Weinheim und München

Hurrelmann K, Hesse S (1991) Drogenkonsum als problematische Form der Lebensbewältigung im Jugendalter. Sucht 37: S 240-252

Hurrelmann K, Bründel H (1997) Drogengebrauch – Drogenmissbrauch. Wissenschaftliche Buchgesellschaft Darmstadt

Hurrelmann K (2000) Legale und illegale Drogen – wie kann Missbrauch verhindert werden? Sucht 46(6): S 452-456

Hurrelmann (2001) Jugendgesundheit – ein Lehrstück für die Public-Health-Forschung. Soz.-Präventivmedizin 46: S 283-284

ICH Expert Working Group (1996) Guideline for Good Clinical Practice. International Conference on Harmonisation of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use. ICH Harmonised Tripartite Guideline. Geneva

Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union (1998) EU  
Luxemburg

Janssen J, Laatz W (1997) Statistische Datenanalyse mit SPSS für Windows. Springer-Verlag

Joe GW, Simpson DD (1975) Retention in treatment of drug users: 1971-1972 DARP admissions. American Journal of Drug and Alcohol Abuse 2: S 63-71

John U, Hapke U, Rumpf HJ (1998) Der bevölkerungsbezogene Gesundheitsansatz und Konsum psychotroper Substanzen. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 6(1): S 58-74

John U (2000) Riskanter Konsum, Mißbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen. In: Schwartz FW (Hrsg.) Das Public Health Buch. S 476-484. Urban & Fischer Verlag

Kalke J, Verthein U, Raschke P (1998) 10 Jahre Substitutionstherapie in der Bundesrepublik Deutschland – Politische Entwicklung und Evaluationsergebnisse. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 21(4): S 47-54

Kandel DB, Faust R (1975) Sequence and Stages in Patterns of Adolescent Drug Use. Archives of General Psychiatry 32: S 932-932

Katschnig H (1997) How useful is the concept of quality of life in psychiatry? Anniversary editorial. Current opinion in Psychiatry 10: S 337-345

Kemmesies UE (1995) Szenebefragung Frankfurt/aM 1995. Die ‚Offene Drogenszene‘ und das Gesundheitsraumangebot in FaM – ein erster Erfahrungsbericht. Abschlußbericht. Indro e.V. Frankfurt am Main

- Khantzian E (1996) Die Selbstmedikationshypothese für Suchtstörungen mit Schwerpunkt auf Heroin- und Kokainabhängigkeit. In: Krausz M, Haasen C (Hrsg.) Langzeitperspektiven süchtigen Verhaltens. S 45-58. Lambertus-Verlag Freiburg
- Kleinemeier E (2004) Ziele der Suchttherapie. In: Krausz M, Haasen C (Hrsg.) Kompendium Sucht. S 35-38. Thieme-Verlag
- Klingmann H, Takala JP, Hunt G (1992) Cure, care or control; alcoholism treatment in sixteen countries. New York State University
- Kokkevi A, Hartgers C (1995) EuropASI: European adaption of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. European Addiction Research 1: S 208-210
- Korf DJ (2004) Die Stadt im Blickpunkt der Drogenforschung. Sucht 50(1): S 8-11
- Kraus L (1997) Prävalenzschätzungen zum Konsum illegaler Drogen in Europa. Sucht 43(5): S 331
- Kraus L, Augustin R (2001) Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. Sucht 47 (Sonderheft 1): S 5-83
- Kraus L, Müller-Kalthoff T (2002) Psychosoziale Vorbelastung bei Drogentoten. Gesundheitswesen 64: S 548-553
- Kraus L, Heppekausen K, Tretter F (2004) Prävalenzschätzungen von Opiatkonsumenten in deutschen Großstädten: Methoden und Ergebnisse. Sucht 50(1): S 11-21
- Krausz M, Degkwitz P, Wernecke A, Verthein U, Chorzelski G, Behrendt K (1995) Substitutionsbehandlung von Heroinabhängigen mit codeinhaltigen Präparaten – Behandlungseffekte aus Sicht der Ärzte und Patienten. Psychiatrische Praxis 22: S 179-185
- Krausz M, Degkwitz P, Haasen C, Verthein U (1996) Opioid addiction and suicidality. Crisis 17: S 175-181

- Krausz M, Verthein U und Degkwitz P (1998) Lebensereignisse und psychosoziale Belastungen bis zur Pubertät - Entwicklungsbedingungen Opiatabhängiger und ihrer „normalen“ Altersgenossen. *Kindh Entw* 7: S 221-230
- Krausz M, Verthein U und Degkwitz P (1998a) Prävalenz psychischer Störungen bei Opiatabhängigen mit Kontakt zum Drogenhilfesystem. *Nervenarzt* 69: S 557-567
- Krausz M, Behrendt K (1998b) Ärztlich kontrollierte Heroinverschreibung als Teil differenzierter Suchttherapie. *Sucht* 44(3): S 218-219
- Krausz M, Watermann U, Degkwitz P (1998c) Konsummuster und Konsumsequenz Langzeitheroinabhängiger. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 21: S 3-8
- Krausz M, Uchtenhagen A, van den Brink W (1999) Medizinisch indizierte Heroinverschreibung in der Behandlung Drogenabhängiger. *Klinische Versuche und Stand der Forschung in Europa*. *Sucht* 45: S 171-186
- Krausz M (2001) Verdiente Aufmerksamkeit. *Sucht* 3: S 4-5
- Kreuzer A (2000) Substanzgebrauch und Delinquenz. In: Uchtenhagen A, Zieglgänsberger W (Hrsg.) *Suchtmedizin – Konzepte, Strategien und therapeutisches Management*. S 174-186. Urban & Fischer München Jena
- Küfner H, Denis A, Roch I, Arzt J, Rug U (1994) Stationäre Krisenintervention bei Drogenabhängigen. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Band 37. Baden-Baden Nomos
- Küfner H, Vogt M (1998) PREDI. Psychosoziales ressourcenorientiertes Diagnosesystem. Institut für Therapieforschung. München
- Lachmann A, Haasen C, Stallwitz A, Krausz M (2004) Die Situation von Opiatabhängigen in Hamburg aus Expertensicht. *Hamburger Ärzteblatt* 2: S 70-72

- Lachmann A (2004) Gesundheitssystemforschung und Suchthilfe. In: Krausz M, Haasen C (Hrsg.) Kompendium Sucht. S 143-147. Thieme-Verlag
- Latkin CA, Mandell W, Vlahov D (1996) The relationship between risk networks' patterns of crack cocaine and alcohol consumption and HIV-related sexual behaviours among adult injection drug users: a prospective study. *Manual Version 1.0. Drug Alcohol Depend* 42(3): S 175-181. München IFT
- Leshner AI (1997) Addiction is a brain disease, and it matters. *Science* 3: S 45-47
- Loosen W (2004) Wer greift wann zu welcher Droge? *Hamburger Ärzteblatt* 1: S 37
- MacGregor S, Smith L, Flory P (1994) The Drugs Treatment system in England. Report on a Mapping Exercise for the Department of Health. Task Force Review on Services for Drug Misusers. School of Sociology and Social Policy Middlesex University
- Marsden J, Gossop M, Farrell M, Strang J (1998a) Opioid Substitution: Critical Issues and Future Directions. *Journal of Drug Issues* 28(1): S 243-264
- Marsden J, Gossop M, Stewart D, Best D, Farrell F, Lehmann P, Edwards C, Strang J (1998b) The Maudsley Addiction Profile (MAP): A brief instrument for assessing treatment outcome. *Addiction* 93: S. 1857-1868
- Marsden J, Stewart D, Gossop M, Rolfe A, Bacchus L, Griffiths P, Clarke K, Strang J (2000) Assessing client satisfaction with treatment for substance use problems and the development of the Treatment Perceptions Questionnaire (TPQ). *Addiction Research* 8: S 455-470
- Maurischat C, Bestmann A, Hasenbein U, Bullinger M (2004) Strukturelle Validität des Short Form 36 Health Survey (SF-36) bei neurologischen Patienten. *Neurologische Rehabilitation* 10(1): S 13-20
- Mayring P (2003) *Qualitative Inhaltsanalyse*. Deutscher Studien Verlag Weinheim

- Mc Lellan AT, Arndt IO, Metzger DS, Woody GE, O'Brien (1993) The effects of psychological services in substance abuse treatment. *J Am Med Ass* 169: S 1953-1959
- Metrebian N, Shanahan W, Stimson GV (1996) Heroin prescribing in the United Kingdom. *European Addiction Research* 2: S 194-200
- Metrebian N, Shanahan W, Wells B, Stimson GV (1998) Feasibility of prescribing injectable heroin and methadone to opiate-dependent drug users: associated health gains and harm reductions. *The Medical Journal of Australia* 168: S 596-600
- Mielck A, Bloomfield K (2001) Verringerung der Einkommens-Ungleichheit und Verstärkung des sozialen Kapitals: Neue Aufgaben der sozial-epidemiologischen Forschung. *Gesundheitswesen* 63(1): S 18-23
- Millson PE, Challacombe L, Villeneuve PJ, Fischer B, Strike CJ, Myers T, Shore R, Hopkins S, Raftis S, Pearson M (2004) Self-perceived health among Canadian opiate users: a comparison to the general population and to other chronic disease populations. *Canadian Journal of Public Health* 95(2): S 99-103
- Murray CJL, Lopez AD (1996) Quantifying the Burden of Disease and Injury Attributable to Ten Major Risk Factors. In: Murray CJL, Lopez AD (Ed.) *The Global Burden Of Disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Harvard University Press
- Nordlohne E, Reißig M, Hurrelmann K (1993) Drogengebrauch in Ost und West: Zur Situation des Drogengebrauchs bei Jugendlichen in den alten und neuen Ländern der Bundesrepublik. *Sucht* 39: S 18-34
- Nozick R (1976) *Anarchie, Staat und Utopia*. Moderne Industrie München
- Paz SH, Globe DR, Wu J, Azen SP, Varma R (2003) Relationship Between Self-reported Depression and Self-reported Visual Function in Latinos. *Arch-Ophthalmol* 121(7): S 1021-1027

- Perneger TV, Giner F, del Rio M, Mino A (1998) Randomised trial of heroin maintenance programme for addicts who fail in conventional drug treatments. *British Medical Journal* 317: S 13-18
- Pfaff H (1989) *Stressbewältigung und soziale Unterstützung*. Deutscher Studienverlag Weinheim
- Prinzleve M (2000 a) Problembelastung und Hilfebedarf von obdachlosen Drogenabhängigen aus der offenen Hamburger Drogenszene. Abschlussbericht der Befragung von Klientinnen und Klienten des Projekts NOX anhand des EuropASI. Hamburg
- Prinzleve M (2000 b) Problembelastung und Hilfebedarf von obdachlosen Drogenabhängigen. *Sucht* 46: S 318-326
- Prinzleve M (2001) Konsummuster, Substitution und Beikonsum von obdachlosen Drogenabhängigen. *Sucht* 47: S 22-24
- Prinzleve M (2004) Harm Reduction als Teil von Suchttherapie. In: Krausz M, Haasen C (Hrsg.) *Kompendium Sucht*. Thieme Verlag
- Prinzleve M, Martens M (2004) Entlastung für den Stadtteil? Die Auswirkungen eines niedrigschwelligen Drogenhilfeangebots auf die Anzahl an Drogenkonsumenten in Hamburg St. Georg. *Suchttherapie* 2: S 83-89
- Prochaska JO, DiClemente CC (1992) The transtheoretical approach. In: Norcross JC (Ed.) *Handbook of psychotherapy integration*. S 163-200. New York. Brunner and Mazel
- Püschel K (1997) Determining the Number of Drug-Related Deaths. In EMCDDA – Scientific Monograph Series No. 1 (Ed.) *Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe*. S 127-136. Office for Official Publications of the European Communities. Luxembourg
- Raschke P (1994) *Substitutionstherapie – Ergebnisse langfristiger Behandlung von Opiatabhängigen*. Freiburg. Lambertus

- Raschke P, Kalke J, Verthein U (1999) Substitutionstherapie – ein Fazit aus Sicht der Forschung. In: Krausz M, Raschke P (Hrsg.) Drogen in der Metropole. S 255-262. Freiburg. Lambertus
- Rawls J (1975) Eine Theorie der Gerechtigkeit. Suhrkamp Frankfurt am Main
- Rehm J, Fischer B (1997) Deutsche Suchtforschung im Wandel – Perspektiven für die Zukunft. Sucht 43(3): S 163-170
- Rehm J, Fischer B (2000) Heroingestützte Therapie für Opiatabhängige – weder Allheilmittel noch Teufelswerk. Suchttherapie 1: S 57-62
- Reisinger M (2003) Role of doctors: Experiences in France and Belgium. In: Waal H, Haga E (Ed.) Maintenance Treatment of Heroin Addiction. Cappelen Akademisk Forlag Oslo
- Renn H, Lange KJ (1995) Stadtviertel und Drogenszene. Eine vergleichende Untersuchung zur Belästigung durch „offene“ Drogenszenen in europäischen Großstädten. Hamburg
- Rice D (1990) The Economic Cost of Alcohol and Drug Abuse and Mental Illness 1985. S 90-164. Office of Financing and Coverage Policy of the Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration. Institute for Health and Aging. DHHS Publication No. (ADM). San Francisco
- Rist F, Watzl H (1999) Psychologische Ansätze. In: Gastpar M, Mann K, Rommelsbacher H (Hrsg.) Lehrbuch der Suchterkrankungen. S 39-49. Thieme Verlag Stuttgart New York
- Robins LN, Przybeck TR (1985) Age of Onset of Drug Use as a Factor in Drug and other Disorders. In: Jones CL, Battejes RJ (Ed.) Etiology of Drug Abuse: Implications for Prevention. S 178-192. Washington. Government Printing Office
- Rommelsbacher H (1998) Biologische Modelle. In: Götz J (Hrsg.) Moderne Suchtmedizin. Thieme Verlag Stuttgart New York

- Rommelsbacher H (1999) Modelle der Entstehung und Aufrechterhaltung süchtigen Verhaltens. In: Gastpar M, Mann K, Rommelsbacher H (Hrsg.) Lehrbuch der Suchterkrankungen. S 28-38. Thieme Verlag Stuttgart New York
- Rosenbrock R, Bellwinkel M, Schröer A (2004) Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Verlag für neue Wissenschaft GmbH
- Röthlisberger C, Calmonte R (1995) Sporting activities, personal resources and distress of adolescents. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 3: S 209-223
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Fischer GC, Kuhlmeier A, Lauterbach KW, Rosenbrock R, Schwartz FW, Scriba PC, Wille E) (2002) Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001. Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation
- Saß H, Wittchen HU, Zaudig M (1996) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. Göttingen. Hogrefe
- Scheerer S (2001) Suchttherapie und kontrollierter Konsum von Opiaten und Kokain/Crack. Suchttherapie (Sonderheft 2): S 528-531
- Schippers G, Cramer E (2002) Kontrollierter Gebrauch von Heroin und Kokain Suchttherapie 3: S 71-80
- Schmid H (2000) Protektive Faktoren. In: Uchtenhagen A, Zieglgänsberger W (Hrsg.) Suchtmedizin – Konzepte, Strategien und therapeutischen Management. S 226-234. Urban & Fischer München Jena
- Schmid M, Simmedinger R and Vogt I (1999) Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 1998 zur Hamburger Basisdatendokumentation im ambulanten Suchthilfesystem. Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Frankfurt am Main

- Schmidt B, Alte-Teigeler A, Hurrelmann K (1999) Soziale Bedingungsfaktoren von Drogenkonsum und Drogenmißbrauch. In: Gastpar M, Mann K, Rommelsbacher H (Hrsg.) Lehrbuch der Suchterkrankungen. S 50-69. Thieme Verlag Stuttgart New York
- Schräder WF, Häussler B, Preiser K (1990) Soziale Ungleichheit und Medizinische Versorgung. In: Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.) Gesundheitliche Versorgung; Inanspruchnahme und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Forschungsbericht Bd. 201, Schriftenreihe Gesundheitsforschung. S 129-204 Eigenverlag Bonn
- Schreyögg J (2004) Gerechtigkeit in Gesundheitssystemen aus ökonomischer Perspektive. Gesundheitswesen 66: S 7-14
- Schwartz FW (2000) Public Health: Zugang zu Gesundheit und Krankheit der Bevölkerung, Analysen für effektive und effiziente Lösungsansätze. In: Schwartz FW, Badura B, Leidl R, Raspe H, Siegrist J (Hrsg.) Das Public Health Buch. S 2-5. Urban & Fischer. München Jena
- Schwartz FW, Busse R (2000) Denken in Zusammenhängen. In: Schwartz FW, Badura B, Leidl R, Raspe H, Siegrist J (Hrsg.) Das Public Health Buch. S 385-411. Urban & Fischer München Jena
- Schwemmler K (1999) Perioperative Therapieprobleme. Der Alkoholiker in der operativen Medizin unter besonderer Berücksichtigung des perioperativen Alkoholentzugssyndroms. Krankenpflege Journal: S 369
- Sieber E, Héon V (1998) Arbeitslosigkeit, Wohnungslosigkeit, Armut und Konsum psychotroper Substanzen in den neuen Bundesländern. In: Henkel D (Hrsg.) Sucht und Armut. S 137-153. Leske & Budrich. Opladen
- Simon R, Baumgärtner T, Hermann N, Kemmesies U, Rabes M (2004) Regionale Frühwarnsysteme für Drogen: Konzeption und Stand. Sucht 50(1): S 38-45

- Simpson DD, Sells SB (1982) Effectiveness of treatment for drug abuse: An overview of the DARP research program. *Advance in Alcohol and Substance Abuse* 2(1): S 7-29
- Simpson DD, Joe GW, Brown BS (1997) Treatment retention and follow-up outcomes in the drug abuse treatment outcome study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors* 11: S 294-307
- Sobell LC, Ellingstad TP, Sobell MB (2000) Natural recovery from alcohol and drug problems: methodological review of the research with suggestions for future directions. *Addiction* 95(5): S 749-764
- Sonntag D, Künzel J (2000) Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg? *Sucht* 46 (Sonderheft 2): S 92-176
- Soyka M (1998) Zum Problem der ärztlich kontrollierten Heroingabe an Drogenabhängige. *Sucht* 44(3): S 220-222
- Strobl M, Pelzel K-H, Bader L, Zahn H, Lange (2001) *Erweiterte Jahresstatistik 2000 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland (Tabellenband)*. Berichtszeitraum: 1.1.2000-31.12.2000. EBIS-Berichte EBIS-AG. Hamm
- Sutherland E (1947) *Principles of criminology*. Chicago
- Thiel G, Friedrich E, Wiese K (1997) Aspekte der Lebenswirklichkeit, Nutzung von Drogenhilfeeinrichtungen sowie drogenpolitische Forderungen von 323 Personen der offenen Hamburger Drogenszene. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 20: S 35-41
- Thiel G, Homann B, Verthein U, Degkwitz P (2000) KokainkonsumentInnen in der offenen Hamburger Hauptbahnhofszone. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 23: S 27-33
- Tretter F (1996) Sozialmedizinische Aspekte der Suchtmedizin. *Gesundheitswesen* 58 (Sonderheft 1): S 211-218

- Tretter F (1998a) Sozialökologie des Drogenproblems. Gesundheitswesen 60 (Sonderheft 1): S 47-55. Thieme Verlag
- Tretter F (1998b) Ökologie der Sucht. Göttingen Bern Toronto Seattle. Hogrefe Verlag
- Tretter F, Sonntag G (2001) Ansätze zur Systemanalyse der Suchthilfe: Gesundheitswesen 63: S 212-220. Georg Thieme Verlag
- Tretter F, Jaedicke JP (2002) Stadtspezifische Prävalenz und Problemstruktur des Drogenkonsums. Suchtmedizin 4 (3) S 1-4
- Tretter F, Kraus L (2004) Stadtspezifische Prävalenz des Drogenkonsums und ihre Ursachen. Sucht 50(1): S 5-7
- Uchtenhagen A (1988) Zur Behandlung Drogenabhängiger mit Methadon: zürcherische Richtlinien und Auswertung der Therapieresultate. Schweizerische Rundschau für Medizin (PRAXIS) 77: S 351-353
- Uchtenhagen A, Gutzwiller F, Dobler-Mikola A (1997) Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Abschlussbericht der Forschungsbeauftragten. Synthesebericht. Zürich
- Uchtenhagen A, Guggenbühl L (1999) Adequacy of Drug Abuse Treatment and Care in Europe. Project Description. Zürich
- Uchtenhagen A, Dobler-Mikola A, Steffen T, Gutzwiller F, Blättler R, Pfeifer S (1999) Prescription of Narcotics for Heroin Addicts. Main Results of the Swiss National Cohort Study. In: Uchtenhagen A, Gutzwiller F, Dobler-Mikola A, Steffen T, Rihs-Middel M (Ed.) Medical Prescription of Narcotics. Vol. 1. Basel. Karger
- Uchtenhagen A (2000a) Determinanten für Drogenkonsum und -abhängigkeit. In: Uchtenhagen A, Zieglgänsberger W (Hrsg.) Suchtmedizin – Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. S 193-195. Urban & Fischer München Jena

- Uchtenhagen A (2000b) Risikofaktoren und Schutzfaktoren: eine Übersicht. In: Uchtenhagen A, Zieglgänsberger W (Hrsg.) Suchtmedizin – Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. S 196-198. Urban & Fischer. München Jena
- Uhl A (2004) Möglichkeiten und Grenzen des Capture-Recapture-Ansatzes. Sucht 50(1): S 29-38
- Vader JP, Hämmig R, Besson J, Eastus C, Eggenberger c, Burnand B (2003) Appropriateness of methadone maintenance treatment for opiate addiction: evaluation by an expert panel. Soz.-Präventivmed 48 Supplement 1: S 1-14
- Vaillant GE (1966) A Twelve Year Follow Up of New York Narcotic Addicts: Some Characteristics and Determinants of Abstinence. Americ. J. Psychiat. 123: S 573-583
- Van den Brink W, Hendriks VM, van Ree JM (1999) Medical co-prescription of Heroin to chronic, treatment resistant methadone patients in the Netherlands: a randomized clinical trial. Journal of Drug Issues 29: S 587-607
- Van den Brink W, Hendriks VM, Blanken P, Koeter MWJ, van Zieten BJ, van Ree JM (2003) Medical prescription of heroin to treatment resistant heroin addicts: two randomised controlled trials. British Medical Journal 329: S 1-6
- Van Niekerk C, Briken P, Krausz M (2002) Aspekte zur Entstehung und Entwicklung suizidalen Verhaltens bei Heroinabhängigen. Suchttherapie 3: S 226-232
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (2001) Statistik Rehabilitation des Jahres 2000. Universitätsdruckerei. Frankfurt am Main
- Verthein U, Degkwitz P, Haasen C, Raschke P, Krausz M (1996) Die Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger mit Codein/Dihydrocodein und Methadon – ein Kontrollgruppenvergleich. Sucht 42(2): S 108-117

- Verthein U, Kalke J, Raschke P (1998) Substitution treatment with methadone in Germany: politics, programmes and results. *International Journal of Drug Policy* 9: S 71-78
- Verthein U (1999) Lebensqualität bei Opiatabhängigen. In: Krausz M, Raschke P (Hrsg.) *Drogen in der Metropole*. Lambertus Verlag
- Verthein U, Degkwitz P, Krausz M (2000) Psychische Störungen und Verlauf der Opiatabhängigkeit. *Psychiatrische Praxis* 27(2): S 77-85
- Verthein U, Prinzleve M, Degkwitz P, Farnbacher G, Krausz M (2003) Ambulanter Entzug mit Buprenorphin. *Suchttherapie* 4: S 150-158
- Verthein U, Ullmann R, Lachmann A, Reimer J, Haasen C, Düring A, Koch B, Meyer-Thompson H-G, Schmidt R (2004) The effects of racemic d,l-methadone and levomethadone in substituted patients – a randomized controlled study. *Drug and Alcohol Dependence*. in press
- Vogt I (2000) Geschlechtsspezifische Gefährdungen. In: Uchtenhagen A, Zieglgänsberger W (Hrsg.) *Suchtmedizin – Konzepte, Strategien und therapeutischen Management*. S 215-219. Urban & Fischer. München Jena
- Wall R, Rehm J, Fischer B (2001) The social cost of untreated opiate use. *Journal of Urban Health* 77(4): S 688-722
- Walsh SL, June HL, Schuh KJ, Preston KL, Bigelow GE, Stitzer ML (1994) Effects of buprenorphine and methadone in methadone-maintained subjects. *Psychopharmacology* 119: S 268-276
- Weber I (1996) Methadonsubstitution in der vertragsärztlichen Versorgung – Ergebnisse einer Stichtagserhebung. *Das Gesundheitswesen* 58: S 207-212
- Weber I (1998) Substitution bei Opiatabhängigen. Patientenzahlen nach Art der Ersatzmittel und der Kostenträger. *Deutsche Apotheker Zeitung* 138: S 1149-1151

- Weber I, Ulmer A, Lang A, Zerdick J (2000) Erste Auswirkungen des 1998 novellierten Betäubungsmittelrechts im Bereich der medikamentengestützten Behandlung von Opiatabhängigen – Ergebnisse einer Ärztebefragung. *Gesundheitswesen* 62: S 21-24
- Weber W (2000) Heroin prescription for addicts in Switzerland improves quality of life. *The Lancet* 356: S 1177
- Welsch K (2002) Jahresstatistik 2001 der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Deutschland. *Sucht* 48 (Sonderheft 1): S 5-56
- WHO (1999) Report of the external panel on the evaluation of the Swiss scientific studies of medically prescribed narcotics to drug addicts. Geneva
- WHO (2000) The World Health Report
- WHO (2000) WHODASII Disability Assessment Schedule
- Wienberg G, Driessen M (2001) Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit. Innovative Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen. Psychiatrie-Verlag Bonn
- Wilson D, Tucker G, Chittleborough C (2002) Rethinking and rescoring the SF-12. *Soz.-Präventivmed* 47(3): S 172-177
- Witzel A (2000) Das problemzentrierte Interview. *Forum qualitative Sozialforschung*. Online Journal. <http://www.qualitative-research.net>
- Wojak M (2004) Drogenkonsum und Konsummuster in Berlin. *Sucht* 50(1): S 46-50
- Woody GE, Luborsky L, Mc Lellan AT, O'Brien CP (1990) Psychotherapy and counseling for drug abuse treatment. *NIDA Research Monograph* 104: S 9-23
- Word CO, Bowser B (1997) Background to crack cocaine addiction and HIV high-risk behaviour: the next epidemic. *Am J Drug Alcohol Abuse* 23(1): S 67-77

Zaric GS, Barnett PG, Brandeau ML (2000) HIV transmission and the cost-effectiveness of methadone maintenance. *American Journal of Public Health* 90(7): S 1100-1111

Zieglgänsberger W, Höllt V (2000) Opiate und Opioide. In: Uchtenhagen A, Zieglgänsberger W (Hrsg.) *Suchtmedizin – Konzepte, Strategien und therapeutischen Management*. S 87-97. Urban & Fischer. München Jena

Zurhold H, Kreutzfeld N, Degkwitz P, Verthein U (2001) *Drogenkonsumräume*. Freiburg im Breisgau Lambertus

## **Anhang**

### **Tabellenverzeichnis**

- Tab. 1: Ausgaben für Gesundheit und die Lebenserwartung in Jahren
- Tab. 2: Reihenfolge des Erstkontakts mit legalen und illegalen Stoffen in der Untersuchungsgruppe
- Tab. 3: Kriterien nach DSM-IV für Missbrauch und Abhängigkeit psychotroper Substanzen
- Tab. 4: Lebenszeitprävalenz illegaler Drogen in den alten Bundesländern
- Tab. 5: Lebenszeitprävalenz illegaler Drogen in den neuen Bundesländern
- Tab. 6: Prävalenzschätzungen in Hamburg nach verschiedenen Methoden
- Tab. 7: Lifetime-Prävalenz verschiedener Drogen in Westdeutschland und Hamburg, Altersgruppe der 18 bis 24jährigen
- Tab. 8: Illegale Drogen in Untergruppen, differenziert nach Geschlecht
- Tab. 9: Anzahl der Opiatkonsumenten in Europa, USA, Kanada und Australien
- Tab. 10: Überblick über die Prävalenz des Heroinkonsums und die Anzahl der Konsumenten in einer Behandlung in ausgewählten Ländern
- Tab. 11: Anteil des problematischen Drogenkonsums und jeglichen Konsums in ausgewählten Ländern
- Tab. 12: Soziale und gesundheitliche Situation der Befragten
- Tab. 13: 30-Tages-Prävalenz für verschiedene Substanzen der Hamburger Untersuchungsgruppe
- Tab. 14: Composite Score Drogen und Alkohol
- Tab. 15: Infektionsrate Hepatitis B, C und HIV in der Gesamtstichprobe
- Tab. 16: Mittelwerte des Substanzkonsums der letzten 30 Tage der Hamburger Untersuchungsgruppe und der gesamten Stichprobe
- Tab. 17: Mittelwerte der körperlichen Symptome für beide Gruppen
- Tab. 18: Mittelwerte der psychologischen Symptome für beide Gruppen
- Tab. 19: Art der Therapie oder Behandlung, an der die Befragten bisher teilgenommen haben
- Tab. 20: Anzahl der Personen, die in den letzten 30 Tagen Hilfeeinrichtungen in Anspruch genommen haben.
- Tab. 21: Mittelwerte Zufriedenheit mit Drogenberatung (0= stimme überhaupt nicht zu bis 4= stimme sehr zu)

- Tab. 22: Art der benötigten Hilfe
- Tab. 23: Mittelwerte der körperlichen und psychischen Summenskalen der MS und NE Gruppe und der deutschen Normstichprobe
- Tab. 24: Geschlecht, Alter, Zielgruppe und Ort der qualitativen Interviews

## **Abbildungsverzeichnis**

- Abb. 1: 30-Tages Prävalenz für verschiedene Substanzen der gesamten Stichprobe
- Abb. 2: Gründe der Nichtinanspruchnahme bei Arzt/Hausarzt
- Abb. 3: Gründe der Nichtinanspruchnahme einer Substitution
- Abb. 4: Gründe der Nichtinanspruchnahme einer Drogenambulanz/Klinik
- Abb. 5: Gründe der Nichtinanspruchnahme der Drogenberatung
- Abb. 6: Gründe der Nichtinanspruchnahme einer Übernachtungsstätte
- Abb. 7: Gründe der Nichtinanspruchnahme eines Cafés/Kontaktladens
- Abb. 8: Gründe der Nichtinanspruchnahme eines Konsumraums
- Abb. 9: Gründe der Nichtinanspruchnahme der Akupunktur
- Abb. 10: Gründe der Nichtinanspruchnahme von Streetworkern
- Abb. 11: Gründe der Nichtinanspruchnahme einer Selbsthilfegruppe
- Abb. 12: Körperliche Summenskala für Männer und Frauen abhängig von der Substitutionsdauer in Monaten
- Abb. 13: Psychische Summenskala für Männer und Frauen abhängig von der Substitutionsdauer in Monaten