

Droge, Set und Setting¹

Jörg Gölz

Zusammenfassung

Der Versuch, mit gesetzlichen Verboten den Drogenkonsum zu verhindern, hatte paradoxe Folgen: trotz extremer Lebensnot eine steigende Zahl von Abhängigen und extreme wirtschaftliche Gewinne für den organisierten Drogenhandel. Der Drogengebrauch – von Sigmund Freud als „Schiefheilung“ (Freud, 1969) bezeichnet – ist für die sozial Deprivierten der einzige Ausweg aus den Qualen der tief verletzenden Bedingungen ihrer Kindheit und Jugend. Die bis 1986 angebotenen Abstinenztherapien forderten die Abstinenz vom „sündhaften“ Tun vor der stationären Behandlung. Dies ähnelte den asketischen Heiligungsübungen der mittelalterlichen Mönche (Sloterdijk, 2020). Erst der prometheische Eingriff (Blumenberg, 1979) der WHO ermöglichte eine angemessene Reaktion: „Less prohibition and more harm reduction“. Opiatsubstitution mit psychosozialer Betreuung ermöglichte gleichzeitig die körperlichen, seelischen und sozialen Schäden zu beseitigen oder zu bessern. Dabei bewahrte der Drogenabhängige seine Autonomie und den Primat seiner individuellen Bedürfnisse. Er wählte selbst seine Ärzte und Betreuer aus. Er konnte in seinem gewohnten Lebensraum bleiben. Auch bei Rückfällen wurde die Behandlung nicht automatisch abgebrochen. Der Zeitpunkt der Abstinenz blieb seine Entscheidung. Heute sind in Deutschland 80 000 Drogenabhängige in Substitution mit psychosozialer Begleitung und 3 000 in der klassischen ambulanten oder stationären Abstinenztherapie.

Schlüsselwörter: intravenös Abhängige, Opiatsubstitution, HIV- und HCV-Infektion, psychosoziale Betreuung

Abstract

The attempt to prevent drug use with legal prohibitions had paradoxical consequences: an increasing number of addicts despite extreme hardship of life, and extreme economic profits for the organized drug trade. Drug use – described by Sigmund Freud as ‘oblique healing’ (Freud, 1969) – is for the socially deprived the only way out of the torment of the deeply hurtful conditions of their childhood and youth. Abstinence therapies offered until 1986 required abstinence from ‘sinful’ activity prior to inpatient treatment. This resembled the ascetic sanctification exercises of medieval monks (Sloterdijk, 2020). Only the WHO’s Promethean intervention (Blumenberg, 1979) enabled an appropriate response: ‘less prohibition and more harm reduction.’ Opiate substitution with psychosocial care made it possible to simultaneously eliminate or improve the physical, psychological and social damage. At the same time, the drug addict retained his autonomy and the primacy of his individual needs. He chose his own doctors and caregivers. He was able to remain in his familiar living space. Even in the event of relapse, treatment was not automatically discontinued. The moment of abstinence remained his decision. Today, 80,000 drug addicts in the Federal Republic of Germany are undergoing substitution treatment with psychosocial support and 3,000 are undergoing classic outpatient or inpatient abstinence therapy.

Keywords: intravenous drug abuse, opiate-substitution-therapy (OST), infections with HIV and HCV, psychosocial support

Soll die Medizin daher ihre großen Aufgaben wirklich erfüllen, so muss sie in das große politische und soziale Leben eingreifen.

Rudolf Virchow

Weltweites historisches Vorspiel

Die Industrialisierung Ende des 19. Jahrhunderts führte zu einer immer komplexeren und unübersichtlichen Welt. Es entstanden neue Le-

¹ Alle Bezeichnungen für Patienten und betreuendes Personal beziehen sich trotz der Wahl der männlichen Begriffsform auf weibliche und männliche Personen.

bensentwürfe und Selbstbilder: Der disziplinierende Druck durch technische Rationalisierung schuf ein Bedürfnis nach mythischem und spirituellem Erleben: als ritualisierte Teilnahme in Sektengemeinschaften, als Anhänger von Heilslehren oder durch ein überweltliches Erleben dank halluzinogener Drogen. Die pharmazeutische Industrie entwickelte zu dieser Zeit ebenfalls stimmungswirksame Substanzen: Morphin, Heroin, Kokain, Schlafmittel, Amphetamine. Seit dem Krimkrieg, dem amerikanischen Bürgerkrieg und dem ersten Weltkrieg erzwangen die schweren Verwundungen die Anwendung stärkerer Schmerzmittel. Tausende morphinabhängige Soldaten verließen die Kriegslazarette. Um 1900 wurden in den USA bereits 200 000 Kokainabhängige und 314 000 Heroinabhängige gezählt (Barop, 2021). Gegen die Sünde des berauschten Lebens stemmte sich das calvinistische und pietistische Milieu der USA zunächst 1909 mit der Prohibition von Alkohol und den Import berauscher Substanzen. 1933 musste die Alkoholprohibition wieder beendet werden: das polizeiliche Potenzial reichte nicht aus, um den Handel mit schwarz gebranntem Alkohol zu beherrschen. Auch der Handel und Import illegaler Drogen war nicht zu unterbinden. Statt aus dem Versagen der Prohibition zu lernen, versuchten stattdessen alle US-Regierungen bis 1967 mit internationalen Verbotskonferenzen weltweit den Drogenhandel und die Drogenimporte juristisch zu bestrafen (Thamm, 1989). Wie häufig in gesellschaftlichen Systemen führte die politische Absicht zum paradoxen Gegenteil: Drogenhandel wurde zu einer der lukrativsten Wirtschaftsformen, die Zahl der verelendeten Drogenkonsumenten wuchs weltweit Jahr für Jahr.

Entwicklung eines schadensmindernden Versorgungsystems für Fixer in Berlin

Die christlichen Politiker und die medizinischen Berufseliten in der BRD hielten zwar weiter an ihrem Dogma fest, die Rettung erfolge nur durch "wachsenden Leidensdruck". Es war ihr absurder Versuch mit 2500 Jahre alten biblischen Schriften und hippokratischen Texten ein Problem zu bewältigen, das erst 1960 in der Moderne begonnen hatte. Nur die öffentliche Sorge vor der seit 1985 anwachsenden AIDS-Epidemie bewog sie dazu, den Ärzten und Drogenberatern die schadensmindernde Behandlung zu erlauben. Allerdings anfänglich nur mit grotesken Beschränkungen. Ich arbeitete damals in einer HIV-Schwerpunktpraxis mit vier anderen Kollegen zusammen. Wer als Arzt und Drogenberater mit der tatsächlichen Wirk-

lichkeit konfrontiert war, konnte die Vertreter der politischen und medizinischen Ideologien nicht mehr fassen. Ein Beispiel:

Kasuistik Frau C. M.:

Frau C. M. stellte sich in meiner Praxis vor. Sie war eine 27 Jahre alte Drogenprostituierte, begleitet von ihren zwei verwahrlosten Töchtern im Alter von vier und sechs Jahren. Wegen der Schmerzen durch Pilzbefall in der Scheide könne sie auf dem Strich kein Geld mehr verdienen. Sie müsse aber ihre Kinder ernähren und die Miete bezahlen. Sie brauche ein Mittel gegen den Pilzbefall. Während ihrer Schilderung kommt die kleinere Tochter zu mir und fragt mich: „Hilfst du meiner Mama, dass sie wieder arbeiten kann?“ Ich sagte ihr: „Ja, das mache ich.“ Bei einer kurzen körperlichen Untersuchung zeigt sich Soorbefall in der Mundhöhle, Soorbeläge im Scheideneingang und den kleinen Schamlippen und ein kleines Geschwür wie bei Syphilis. Die ältere Tochter kam dabei an die Untersuchungs- liege und sagte zu mir: „Du sollst die Mama nicht da unten anschauen.“ Ich antwortete: „Die Mama hat da aber ein Aua und ich muss das anschauen, damit ich weiß, welche Tabletten sie braucht.“ Damit war sie zufrieden. Ich bot Frau C. M. sofortige Methadonvergabe an, gab ihr ein Medikament gegen Soor, legte die Labor- diagnostik fest und rief die Drogenberaterin ins Sprechzimmer und bat sie, rasch Sozialhilfe für Frau C. M. zu beantragen. Die Ergebnisse der Blutentnahme: fortgeschrittene HIV-Infektion mit CD4-Lymphocyten unter 200, chronische Hepatitis C, Syphilis-Infektion. Während der Substitution begannen die medikamentöse Prophylaxe gegen opportunistische Infektionen und die Therapie der Syphilis.

In Berlin hatten die Streetworker auf der Drogenszene, die AIDS-Hilfe und die Selbsthilfeverbände schon längere Zeit mit schadensmindernder Suchtbegleitung begonnen: Anleitung zu Safer use und Safer sex, Spritzen- und Nadel- tausch, Räume zur sterilen Injektion. 1987 begann die ärztliche Opiatsubstitution, begleitet von psychosozialer Betreuung. Damals waren in Berlin 20 bis 30 Prozent der 10 000 Heroinabhängigen HIV-infiziert. Die Drogenberatungsstellen und die AIDS-Hilfe liefen über mit den ratlosen Hilfesuchenden. Die Abstinenzkliniken waren zu 70 Prozent mit „Therapie-statt-Strafe“-Patienten überfüllt. Zusätzlich wurde dort auch die Aufnahme von HIV-Infizierten abgelehnt. Die Verordnung von L-Methadon an Opiatabhängige unterlag einem BtM-rechtlichen Verbot. Dem Verbot entsprechend drohte die Betäubungsmittelstelle den verordnenden Ärzten den Entzug ihrer Approbation, ein

Grund dafür, dass früher viele Ärzte zur nicht strafbewehrten Substitution mit Codein ausgewichen waren. Codein musste aber viermal täglich eingenommen werden, während das langwirkende L-Methadon nur einmal täglich unter ärztlicher Kontrolle verabreicht werden konnte.

Die Berliner Ärztekammer richtete deshalb eine Beratungsstelle ein, bei der der Arzt nach seiner Falldarstellung die Genehmigung zur Methadonvergabe im Einzelfall erhielt. Der Heroinabhängige hatte damit Zugang zu einer geordneten Diagnostik und Therapie und gleichzeitig eine psychosoziale Betreuung durch Drogenberater.

Auch im stationären Bereich hatte sich in Berlin rasch ein spezialisiertes Versorgungssystem für HIV-Infizierte entwickelt. Nach dem Modell von San Francisco hatte die Infektionsabteilung des AVK seit 1985 eine stationäre Versorgungseinheit eröffnet, die frei war von der üblichen Diskriminierung HIV-Infizierter. Das „Schöneberger Modell“ verband die ambulante Versorgung in HIV-Schwerpunktpraxen und in Substitutionspraxen mit stationärer Versorgung und tagesklinischer Betreuung. Nach Öffnung der Mauer kam in Ost-Berlin mit der Infektionsabteilung im Krankenhaus Prenzlauer Berg eine zweite stationäre Versorgungseinheit für infizierte Drogenabhängige hinzu. Daneben wurden spezialisierte Dienste für die häusliche Versorgung und Pflegeheime (HIV e.V., ZIK gGmbH) gegründet. Mehrere suchtbegleitende Drogenberatungsstellen wie BOA, Fixpunkt, Misfit sorgten für Aufklärung und Praxis des „safer use“ und stellten Notschlafplätze zur Verfügung. Für die drogenabhängigen Prostituierten wurde 1987 das Café Olga gegründet: Dort gab es medizinische Hilfe und Beratung, Vermittlung zu weiterführenden Hilfen, Notschlafstellen, Waschmöglichkeiten, Kleidungsersatz und Nahrungsmittel. Auch in Berliner Gefängnissen und nichtkonfessionellen Krankenhäusern wurde die Substitution fortgeführt. Die Berliner Regierungskoalition aus SPD und AL finanzierte die Einstellung weiterer Drogenberater für die Begleitung bei der ärztlichen Substitution. Zu ihrer Fortbildung gründeten die niedergelassenen Ärzte den Arbeitskreis AIDS und den Arbeitskreis für Methadonsubstitution. Die Clearingstelle der Ärztekammer qualifizierte die Ärzte in der Suchtmedizin. Die Kassenärztliche Vereinigung Berlin installierte eine AIDS-Kommission und eine Methadon-Kommission zur Abstimmung mit den Krankenkassen.

Diese vielseitigen Bemühungen waren nötig, da die beiden Gruppen, die am stärksten von der HIV-Infektion betroffen waren, zusätzlich noch einen zweiten Anlass zur Diskri-

minierung boten: die schwulen Männer, weil ihre sexuelle Normvariante nicht der religiös geforderten entsprach, und die Heroinabhängigen, weil sie durch die Prohibition gezwungen waren, auf kriminelle Weise für ihren Stoff und den Lebensunterhalt zu sorgen.

Die diskriminierenden Vorurteile erstreckten sich auch auf die behandelnden Ärzte und die Drogenberater: Vermieter von Praxisräumen fragten die HIV-Behandler sorgenvoll, ob sich die anderen Mieter im Haus am Treppengeländer anstecken könnten. Ein Fraktionskollege in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung fragte mich mitleidend: „Geht es Ihnen denn wirtschaftlich so schlecht, dass sie solche Patienten behandeln müssen?“

Eine Drogenberaterin wurde in ihrer Familie gefragt, warum sie sich bei der Wahl ihrer beruflichen Tätigkeit ausgerechnet für solche Klienten entschieden hätte.

Das Setting bei opiatgestützter Behandlung mit psychosozialer Betreuung

Das therapeutische Setting in der Arztpraxis nach den Regeln des Harm reduction unterscheidet sich für die Behandelten wesentlich von der Entzugsbehandlung auf einer psychiatrischen Station und dem Aufenthalt in einer Abstinenzklinik. Viele unserer Patienten hatten sich schon einmal oder mehrmals Abstinenztherapien unterzogen und waren nach vorzeitigem Abbruch oder nach regelrechter Beendigung schnell wieder rückfällig geworden. Ihre Urteile über diese Behandlung deckten sich mit den Erfahrungen, die ich selbst 1977 bei der katamnestischen Untersuchung nach der klassischen klinischen Behandlung bei jugendlichen Drogenkonsumenten gemacht hatte (Gözl, 1977).

Sie kritisierten die Irritationen durch das Zusammensein mit dementen, psychotischen und zwangsuntergebrachten Mitpatienten während ihres Opiatzugs auf einer psychiatrischen Station; ebenso die gegen sie gerichtete ablehnende Haltung des älteren Stations- oder Klinikpersonals, das Dahindämmern unter Entzugsbedingungen und der anschließende Wechsel in das patriarchalisch-autoritäre Milieu einer Abstinenzklinik.

In der Regel führten sie nur Gespräche mit jüngeren Angehörigen des Pflegepersonals oder studentischen Nachtwachen. Die Welt einer an den Bedürfnissen des Stationspersonals orientierten Institution befremdete sie. Sie schilderten ihre Abkapselung dagegen.

Die Gesprächstherapien in Gruppenform empfanden sie ohne Möglichkeit einer indivi-

duellen Selbsterfahrung. Die Einzelgespräche mit dem Arzt waren für sie gekennzeichnet durch das Erleben einer unter Zeitdruck arbeitenden, rein zweckrationalen Behandlungsmaschinerie. In der Gesprächssituation wurden die Ärzte als unpersönlich, neutral, kühl und distanziert empfunden. Bestenfalls diente den Patienten der klinische Aufenthalt als Schutz- und Fluchtraum vor den Forderungen ihrer sozialen Umgebung. Für fast alle großstädtischen Patienten war auch die Lage der Kliniken in ländlich-provinzieller Umgebung wenig einladend.

Bei der Substitutionsbehandlung mit psychosozialer Begleitung kann der Patient sich die Praxis und die Drogenberatungsstelle in seiner Wohnortnähe aussuchen und so innerhalb seiner bisherigen Lebenswelt bleiben. In den größeren Substitutionspraxen waren meist Arbeitsräume für die Mitarbeiter der psychosozialen Betreuung eingerichtet worden. Die Behandelten entgingen dem Zwang einer Anpassung an fremdartige lokale und räumliche Milieus. Die ärztlich geregelte Opiatvergabe erspart die inneren Spannungen, die den Entzug und die psychische Entwöhnung begleiten. Befreit von der ganztägigen Beschaffung von Geld und Drogen konnten sie den Blick auf sich selbst und ihr zukünftiges Leben richten.

Sie hatten mehrere Möglichkeiten einer selbstgewählten Kommunikation: mit den Krankenschwestern, mit dem Arzt, mit den Mitarbeitern der Drogenberatung und Gesprächskontakte mit anderen substituierten Patienten. Auf gleicher Ebene können so Erfahrungen über Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten ausgetauscht werden, ebenso wie auch Erfahrungen mit Ämtern, Behörden und Antragsverfahren. Mit den Krankenschwestern sind Gespräche über allgemeine Probleme möglich. Von ihnen erhalten sie auch Rückmeldungen über Auffälligkeiten ihres Verhaltens und ihres Auftretens. Freudige wie auch unangenehme Ereignisse können im Gespräch mit ihnen geteilt werden.

Mit den von ihnen gewählten Betreuern der Drogenberatung wird über die Lösung familiärer Konfliktsituationen, über Schwierigkeiten mit Lebenspartnern und Probleme bei der Kinderbetreuung gesprochen. Notwendigkeiten und Ziele zukünftiger Lebensgestaltung konnten erörtert werden. Aufklärung über bürokratische Hemmnisse bei der finanziellen Basisversorgung, bei der Wohnraumbeschaffung, bei der Krankenversicherung kann eingeholt werden. Die behandelnden Ärzte sind meist auf Empfehlung von Freunden gewählt worden und genießen deshalb einen Vorschuss an Vertrauen. Die Ärzte informierten sie auf

verständliche Weise über die bei ihnen diagnostizierten Erkrankungen. Notwendige Behandlungsschritte werden ihnen erläutert und mögliche Alternativen können ihnen aufgezeigt werden. Die Autonomie des Substituierten ist in allen diesen Kontaktformen gewahrt, da er seine Gesprächspartner selbst wählen kann und gewünschte Ziele thematisieren kann.

Aufgabenverteilung auf die drei Berufsgruppen

Umgang mit und Behandlung von kranken Menschen bedarf ein vernunftgeleitetes und empathisches Verhalten. Für die wirkungsvolle Kooperation von Krankenschwestern, Drogenberatern und Ärzten müssen wegen der unterschiedlichen Berufsbiographien und der therapeutischen Aufgaben verbindliche Abgrenzungen für die einzelnen Disziplinen gefunden werden. Die unterschiedliche soziale Herkunft und berufliche Ausbildung der drei Berufsgruppen wirken sich bereichernd auf die therapeutische Kooperation aus. Die Krankenschwestern stammen meist aus der Mittelstandsschicht mit einer praxisbezogenen Ausbildung für die krankenschwesterliche Praxis. Die Drogenberater stammen ebenfalls aus dem Mittelstandsmilieu und besitzen hochqualifizierte und teils akademische Berufsabschlüsse mit Schwerpunkt auf der Bearbeitung sozialer und seelischer Störungen. Die überwiegende Zahl der Ärzte stammt aus der oberen Mittelklasse mit akademischem Universitätsabschluss (Rechwitz, 2021). Die gemeinschaftliche Zusammenarbeit findet in Form von drei unterschiedlichen Zwei-Personen-Beziehungen mit den Betreuten statt. Dadurch ergeben sich drei unterschiedliche Arten von Erkenntnissen über den Betreuten. In Zweiergesprächen und in den gemeinsamen Teamsitzungen entsteht so ein sehr komplexes Bild von den Eigenschaften, Problemen und Möglichkeiten des Betreuten.

Für dieses Ziel sind die folgenden Kooperationsregeln einzuhalten:

- klare Definition der Kompetenzen der einzelnen Berufsgruppen,
- ausführliche Erläuterung des Sinns geplanter Maßnahmen für den Betreuten,
- Nähe zum Betreuten aus therapeutischer Distanz,
- Autonomie des Betreuten bei seinen Entscheidungen,
- Korrektur hemmender Allianzen zwischen Betreutem und Betreuer,
- Korrektur von Konkurrenzproblemen zwischen den Behandlern,

- regelmäßige gemeinsame Fallbesprechungen mit allen Berufsgruppen.

Da das Leben auf der Drogenszene nur mit ständigen Manipulationen der Anderen gelingt, wird dieses Verhalten zunächst auch im therapeutischen Dialog nicht schnell aufgegeben werden. Also werden die Betreuten auch mit den Vertretern der drei Berufsgruppen Interaktionen hervorrufen, von denen sie sich Vorteile versprechen: Koalitionsbildung gegen Dritte, Ausweichen vor Kontakten, Vermeidung wichtiger Themen, gezielt unterschiedliche Darstellungen des eigenen Verhaltens. Nur der regelmäßige Austausch der Information über den Betreuten zwischen allen drei Berufsgruppen bietet einen gewissen Schutz vor den behindernden Auswirkungen manipulativer Manöver.

Umgang mit unbewussten oder vorbewussten Absichten und Idealvorstellungen zwischen den Behandlern

Die Regulierung menschlichen Zusammenlebens und Zusammenhalts findet in allen Epochen durch verbindliche Normen statt. In vorreligiösen Zeiten bestimmten die Inhalte von *Totem und Tabu*, welche Handlungen zu unterlassen waren (Freud, 1968). Bei den polytheistischen Religionen wurden die verschiedenen Götter mit Opfergaben und Riten gebeten, die in ihrer Macht ruhenden Gaben den Menschen zu spenden (Bellah, 2020).

In den drei euro-arabischen monotheistischen Religionen musste jeder Mensch die strengen Gebote der drei männlich vorgestellten Gottheiten befolgen, um ins Paradies zu gelangen. In den kosmisch-universalistischen Vorstellungen asiatischer Völker wurde durch Meditation und andere Übungen der Abstand von menschlichen Begierden gesucht, um in den kosmischen Urzustand (z. B. Nirwana) aufgenommen zu werden. In der Moderne und Postmoderne sind in der westlichen Welt ein Großteil dieser alten Normen nicht mehr verbindlich. Die Ordnung und der Selbstentwurf des Menschen als Subjekt ruht nicht mehr auf vereinheitlichenden Normen, sondern auf einer autonomen Vermischung unterschiedlicher kultureller Codes und einer souveränen Selbstregierung und Selbstkreation (Reckwitz, 2020).

Diese unterschiedlichen Versatzstücke der Identität machen sich auch in der gemeinsamen therapeutischen Kooperation der drei Berufsgruppen oft störend bemerkbar. Welche Ziele der Behandlung haben Vorrang? Geordnetes

kommunikatives Verhalten, Art der Beziehung zum Lebenspartner, Formen der Kindererziehung, soziale Kompetenzen, berufliches Fortkommen, empirisch gesicherte Daten über körperliche und seelische Funktionen? Immer wieder entstehen deshalb Diskussionen über Vorrangiges, Auseinandersetzungen über Begründungen für bestimmte Zielvorstellungen, fachliche Widerreden. In den Fallbesprechungen müssen dann Lösungen für das gemeinsame Vorgehen gefunden werden und die Gleichwertigkeit von Urteilen weiblicher und männlicher Teilnehmer bei der Falldiskussion.

Aufgaben der Krankenschwestern

Speziell ausgebildete Krankenschwestern waren verantwortlich für die Ausstellung der Rezepte, die Aufbewahrung und Verabreichung der Opiate und die take-home-Vergabe. Daneben organisierten sie nach ärztlicher Anordnung die unangekündigten Urinkontrollen bei den Substituierten oder bei Verdacht auch spontan mit Teststreifen, wenn im Auftritt des Patienten der Verdacht auf Beikonsum zu vermuten war. Sie achten darauf, dass die Urinprobe nicht durch mitgebrachte „saubere“ Urinmengen verdünnt oder ersetzt wurden. Sie kontrollieren die abgegebenen Proben auf Körpertemperatur, um saubere mitgebrachte Urine auszuschließen. Soweit möglich auch eine Kontrolle von Farbe, Schaumbildung und Fließeigenschaften des Urins, um Beimengungen zu erfassen, die den Nachweis bestimmter Drogen verhindern.

Sie achten auch darauf, dass in den Praxisräumen nicht gedealt wird, keine Diebstähle stattfinden und aggressive Auseinandersetzungen verhindert und beendet werden. Durch ihren täglichen Kontakt mit den Patienten und deren Mitteilungen können sie eine Fülle von Veränderungen feststellen. Sie erhalten oft persönliche Mitteilungen von den Patienten, die wichtige Bestandteile in der Fallbesprechung werden können. Sie organisieren die Urinkontrollen nach vorgegebener Liste.

Aufgaben der Drogenberater

Die Drogenberater sind beruflich ausgebildet als Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Diplom-Pädagogen oder Soziotherapeuten. Alle haben zusätzlich eine suchtherapeutische Ausbildung und praktische Erfahrung. Als psycho-soziale Begleiter von substituierten Drogenkonsumenten vermitteln sie Standards für ein funktionierendes Alltagsleben, indem sie den durch die Sucht unterbrochenen oder misslungenen So-

zialisationsprozess nachholen. Zunächst dokumentieren sie die Fülle der Daten der sozialen Vorgeschichte: Familie, Kindheit, soziales Umfeld mit Wohnsituation, Neigungen, Interessen, persönliche Ziele und soziale Fähigkeiten.

Bei diesen Dialogen über frühere und heutige Empfindungen und Gefühle stellt sich eine Beziehung ein, in der die Betreuten erleben können, als Einzelne wichtig zu sein und dass ihre eigenen Vorstellungen einer Zukunftsplanung als Grundlage der zu entwickelnden Ziele dient. Daneben dienen die Fragen und Urteile bei intimen Gefühlsbereichen dem Aufbau von Nähe zwischen Berater und Betreutem. Das hilft ihnen dabei, sich besser in die Verfassung ihrer Familienmitglieder, Partner und Kinder hineinzusetzen. Aufgrund dieser Daten formulieren die Drogenberater mögliche Ziele und Wege zu deren Verwirklichung. Im Kontakt mit den Betreuten leisten sie Motivationsarbeit und Kriseninterventionen. Anfangs unterstützten sie ihre Klienten bei der Regulierung der basalen sozialen Versorgungsbedingungen: Krankenversicherung, finanzielle Basisversorgung, Vermittlung von Wohnraum oder Schlafgelegenheit. Hinzu kommt die Bearbeitung von offenen Gerichtsverfahren, die Regulierung der Schuldentilgung, Verhandlungen mit Jugendämtern wegen untergebrachter Kinder und Gestaltung problematischer Beziehungen mit Familienmitgliedern, Partnern und Kindern. Sie trainierten den Umgang mit Behörden und Ämtern, das Erlernen einer Tagesstrukturierung, Hilfe bei Schul- oder Lehrabschluss, bei beruflicher Rehabilitation, bei Umschulung oder Arbeitstraining (Bergmann, 1999).

Nachdem eine soziale Grundversorgung verwirklicht ist, formulieren sie mit den Klienten deren Lebensziele. Dabei sollen sie die verdeckten Potenziale ihrer Klienten erforschen und zur Entfaltung zu bringen. Ein weiteres Ziel besteht darin, die Selbstsorge der Klienten zu fördern. Dann wird ein individueller Betreuungsplan entwickelt: Unterbringung in Arbeitsprojekten, die Planung einer Ausbildung, der Übergang zu einer beruflichen Tätigkeit, Das bedeutete auch die Koordinierung der Wünsche der Klienten und ihnen ihre verdeckten Potenziale bewusst zu machen und zu fördern. Mit dem Arzt muss abgeklärt werden, ob wegen der Schwere von Erkrankungen oder Defekten aus der Drogenzeit eine Ausbildung oder bezahlte Arbeitsfähigkeit zu verwirklichen sein wird. Dann entsteht die Frage nach einer Unterbringung in einem Beschäftigungsprogramm eines Drogenhilfsorganisation. In den meisten Fällen waren die Lebenspartner der Klienten ebenfalls drogenabhängig, so

dass in der Regel eine Trennung zu begleiten war. Die Drogenberater waren die vertrauten Gesprächspartner der Betreuten und hatten detaillierte Kenntnisse von deren oft komplizierten Lebensumständen.

Da in den Anfangsjahren 1986/87 überwiegend HIV-Infizierte in Substitution aufgenommen werden durften, mussten durch die Drogenberater Regeln zum Schutz der Kinder in der gemeinsamen Wohnung vermittelt werden: Bluthaltige Gegenstände wie blutige Tupfer oder Tempotücher nach Injektion, blutige Monatsbinden oder Tampons, blutbehaftete Kondome sollten in verschließbaren Müllbehältern gesammelt werden, die von Kindern nicht zu öffnen wären.

Ein zentrales Problem bei fast der Hälfte der substituierten Frauen sind deren frühere und während der Substitution geborenen Kinder. Die Drogenberaterinnen müssen mit emotionaler Nähe die Frauen bei den vielen neuen Aufgaben begleiten. Da ein neugeborenes Kind alles im Leben der Mutter verändert und durch Pflichten strukturiert (füttern, wickeln, umarmen, beruhigen), muss rasch gelernt werden, die eigenen Bedürfnisse zurückzustellen und die eigenen Reaktionen auf die vielen unvorhersehbaren Bedürfnisse des Säuglings müssen erlernt werden. Groteskerweise hatte die erste Regelung zur Substitution vorgeschrieben, im Verlauf von sechs Wochen nach Geburt die Substitution bei der Mutter durch Dosisreduktion zu beenden. Nur bei der HIV-infizierten Mutter durfte die Substitution fortgesetzt werden. Diese Regel entspricht dem christlichen Dogma, nach der Entbindung herrsche im seelischen Leben der Frau ein fast göttlicher Glückszustand. Diesem Dogma vertrauten die Ärzte aber nicht. Ab 1999 durfte dann auch bei nicht HIV-infizierten Frauen nach der Geburt für sechs Monate die Substitution fortgesetzt werden. Erst 2003 unterlag die Bestimmung der Begründung und die Dauer der Opiatgabe der alleinigen Entscheidung des Arztes und befreite dessen berufliche Tätigkeit von christlichen Dogmen.

Aufgaben der Ärzte

Die zuverlässige tägliche Gabe des Methadons befreit zunächst von dem dauerhaften Beschaffungsdruck. Damit verbunden war ja dauernd die Angst vor Inhaftierung und die der Ansteckung mit lebensbedrohlichen Erkrankungen. Die gleichmäßige Dosierung des Opiats milderte das Empfinden der bei Heroinabhängigen häufigen Gefühlstörungen: Wut, Angst, Verzweiflung, Scham, Schuld, Minderwertigkeit,

Aggression und Ambivalenz. Gleichzeitig ermöglicht die Substitution ihnen eine Diagnostik und Behandlung ihrer seelischen und körperlichen Erkrankungen. Das verschafft ihnen die Möglichkeit, ihre gesundheitliche Situation mit der Planung für ihre soziale Zukunft abzugleichen.

Die Anfangsdosierung des Methadons basierte auf der täglichen Konsummenge des Patienten und wird in den ersten Tagen nachjustiert. Nach sechs Monaten ist die tageweise Mitgabe des Substituts möglich. Oft ist auch die Umstellung auf andere Opiate mit weniger störenden Nebenwirkungen nötig. So war die Umstellung von D/L-Methadon auf Buprenorphin oder L-Methadon bei der Ausbildung oder bei Beginn der Berufstätigkeit oft hilfreich. Auch bei ständig fortgesetztem Heroinbeikonsum wegen Trägheit und Antriebslosigkeit unter Methadon kann seit 2009 die Substitution mit Heroin in speziellen Ambulanzen fortgesetzt werden.

Nach der Erfassung der medizinischen Vorgeschichte und der körperlichen und psychiatrischen Untersuchung werden die notwendigen Blutwerte und die Infektionsparameter für HIV, HCV, HBV, Hepatitis A bestimmt und eine Sonographie der Leber erfolgt. Danach kommt die Verabreichung fehlender Impfungen gegen Hepatitis A, Hepatitis B, Tetanus, Diphtherie, Poliomyelitis.

Die biographische Anamnese belegte, dass der überwiegende Teil der Patienten in gestörten familiären und sozialen Milieus (broken home) aufgewachsen waren: Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit eines oder beider Eltern, getrennte Eltern, desinteressierte Mütter, aggressive, gewalttätige und autoritäre Väter, sexueller Missbrauch durch Freunde der Eltern, Onkel, Stiefväter oder Väter bei 40 bis 60 Prozent der betreuten Patientinnen (Zurhold, 2005), gehäuftes Weglaufen, Versagen in Schule oder Ausbildung. Als psychiatrische Begleiterkrankungen fanden sich bei 60 Prozent Persönlichkeitsstörungen, Depression, Angststörungen, dissoziale Verhaltensstörungen, Borderline-Störungen, Psychosen und ADHS.

Bei den meisten hatte im frühen Jugendalter der Konsum von Cannabis, LSD, Ecstasy oder Beruhigungsmitteln in der Peergroup begonnen. Dann folgte der Wechsel in die seit den 1960er Jahren ständig wachsenden Subkulturen, in dessen alternativem Milieu man mit den eigenen Auffälligkeiten keine Ablehnung, sondern eher Anerkennung fand. Über polytoxikomanen Drogenkonsum entwickelte sich dann die Injektion von Heroin.

Neben der HIV-Infektion war die häufigste Begleiterkrankung die chronische Hepatitis

C mit unterschiedlich weit fortgeschrittener Leberzirrhose, dann folgten Abszesse, Erkrankungen der Blutgefäße, der Nieren, des Nervensystems und Störungen der Herzaktion nach Endokarditis. Mit fortschreitendem Lebensalter oder als Nebenwirkung der HIV-Therapie treten zusätzlich Diabetes, Fettstoffwechselstörung und Bluthochdruck auf. Die Einleitung einer opiatpflichtigen Schmerztherapie neben dem Substitut war gelegentlich nötig.

Eines der Hauptprobleme in der Behandlung war die Fortsetzung des jahrelangen polytoxikomanen Drogen- oder Medikamentenkonsums neben der Methadonsubstitution: Am häufigsten wurden Alkohol, Cannabis, Benzodiazepine, Heroin und Kokain konsumiert. Regelmäßige Urinkontrollen machten eine objektive Kontrolle möglich. Die Drogenberater führten Gespräche mit den Klienten über die Gründe des Nebenkonsums: Motive, Häufigkeit, aktuelle Probleme. Zum Überblick führten sie auch im Einzelfall ein Drogentagebuch. Von ärztlicher Seite erfolgte eine Information über die Interaktionen der eingenommenen Drogen mit den medikamentösen Therapien des Patienten. Gemeinsam konnte dann bei fehlender Beeinflussung eines riskanten Nebenkonsums eine Beendigung der Substitution beschlossen werden.

Die Behandlung der HIV-Infektion entwickelte sich in vier Stufen:

- 1) Von 1982 bis 1987 gab es keine antiretroviralen Medikamente.
- 2) Ab 1987 gab es zunächst nur NRT-Hemmer, gegen die das Virus in wenigen Monaten resistent wurde.
- 3) 1995 kam dann die Messung der Viruslast als exakter Parameter der Wirksamkeit hinzu.
- 4) Und 1996 gelang dann mit der Kombination von zwei NRT-Hemmern mit einem Proteasehemmer der therapeutische Durchbruch: die Virusvermehrung konnte langfristig unterdrückt werden.

Es wurden noch weitere Stoffklassen entwickelt, mit denen verschiedene komplexe Entwicklungen im Einzelfall beherrscht werden konnten. Die HIV-Infektion war nicht mehr tödlich.

Die zweite potenziell tödliche Erkrankung war die chronische Hepatitis-C-Infektion, die in 15 bis 20 Jahren zur Leberzirrhose oder zum Leberzellkarzinom führen konnte. 1994 wurde das HC-Virus im Blut messbar. Bei 70 Prozent der Drogenkonsumenten war es nachweisbar. Die anfänglich vorhandene Therapie mit Interferon und Ribavirin hatte sehr starke seelische Nebenwirkungen. Hier zeigte sich die häufig bezweifelte Therapiedisziplin der Drogenab-

hängigen. Trotz heftiger Depression als Nebenwirkung waren nach drei- bis sechsmonatiger Therapie 40 Prozent der Behandelten endgültig virusfrei (Gölz & Klausen, 2002).

Der therapeutische Durchbruch bei der HCV-Infektion kam dann mit neuen Substanzen, die direkt die Vermehrung des HC-Virus verhinderten. So konnten mit zwölfwöchiger Therapiedauer 90 bis 100 Prozent erfolgreich behandelt werden. Das galt auch für die vielen HIV-HCV-Doppelinfizierten.

Der behandelnde Arzt musste auch die Kooperation mit anderen ärztlichen Fachgruppen herstellen. Für HIV-Infizierte waren vor allem Fachärzte für Hauterkrankungen, für Augenerkrankungen, für Neurologie, für Gynäkologie und Zahnärzte zu konsultieren. Ein spezielles Problem war die Kooperation mit Psychiatern und mit Psychotherapeuten. Sie waren überzeugt, dass psychotherapeutische Gesprächstherapien unter Methadoneinfluss nicht wirksam seien. Mit den komplexen Interaktionen von Psychopharmaka mit Opiaten und anti-retroviralen Medikamenten hatten Psychiater keine Erfahrung. Die substituierenden Allgemeinärzte und Internisten waren auf eigene Erfahrungen und Fortbildung angewiesen.

Gemeinsame Fallkonferenzen

Neben den Einzelgesprächen mit den Betreuten und den Gesprächen des Betreuten mit Drogenberater und Arzt fanden wöchentlich angesetzte Fallbesprechungen über die Betreuten unter Beteiligung von Krankenschwestern, Drogenberatern und Ärzten statt. Jede Berufsgruppe konnte die von ihnen gewünschten Fälle auf einer Liste eintragen. Daten, Vorkommnisse und Eindrücke aller drei Berufsgruppen zu den einzelnen Betreuten wurden ausgetauscht. So wurde sichtbar, welche auffälligen Vorkommnisse auf Medikamentenwirkung, auf Nebenkonsum, auf familiären Problemen oder auf sonstigen Gründen beruhten. Gemeinsam wurde dann nach Lösungsmöglichkeiten gesucht. Ärzte informierten über besondere Auffälligkeiten als Varianten einer psychischen Erkrankung, Drogenberater schätzten besondere Ereignisse in Familie, Partnerschaft, Ausbildung ein. Die Krankenschwestern berichteten über auffällige Verhaltensweisen bei der Methadonvergabe oder bei Urinkontrollen, über äußerliche Auffälligkeiten oder Klagen der Betreuten.

Neben den unterschiedlichen beruflichen Sichtweisen war besonders erhellend, dass die Probleme des jeweils besprochenen Falles aus weiblichen und männlichen Perspektiven dargestellt wurde. Damit rundete sich das Bild der

besprochenen Person, da Frauen eine andere Sichtweise und Aufmerksamkeit besitzen als bei Männern üblich. Gemeinsam waren vor allem Probleme des mangelnden Befolgens der medizinischen Anordnungen oder die Bemühungen bei der beruflichen Entwicklung, Tendenzen des Beikonsums bei einzelnen, die Begründungen für einen Therapieabbruch, die Beurteilung eines Therapieabbruchs auf Wunsch des Patienten. Häufig waren Diskrepanzen zwischen medizinischer und beruflicher Entwicklung zu besprechen, häufig auch Wünsche nach Veränderung der Methadondosierung.

Bedeutsam war die Klärung der unterschiedlichen Reaktionen der Betreuer auf einen Betreuten: Bei einem Mitarbeiter löste jemand ständig Wut aus, der Gleiche führte bei einem anderen Mitarbeiter zu einer übermäßigen Schutzhaltung. Es gab zuweilen auch heftige Auseinandersetzungen. Der Arzt klagte zum Beispiel über die berufliche Rehabilitation eines Betreuten: „Wie kann man dem W. K. bei seiner schweren Kontaktstörung eine berufliche Tätigkeit empfehlen, bei der es vor allem auf beratende Kundenkontakte ankommt.“ Oder bei der Diskussion über das aktuelle Verhalten einer Patientin bricht es aus der Drogenberaterin heraus: „Ihr Männer könnt euch doch gar nicht vorstellen, was so ein Ereignis in einer Frau für Gefühle auslöst.“ Gerade diese extremen Unterschiede der Reaktionen der verschiedenen Berufsgruppen führten oft zu einem besseren Verständnis darüber, was den Betreuten bewegt und was sein Verhalten steuert.

Empfehlenswert ist für alle Beteiligten an solchen Fallkonferenzen zusätzlich eine Teilnahme an einer Balint-Gruppe, um dadurch die eigenen Reaktionen und Neigungen besser kennen zu lernen.

Ergebnis

Substitution mit PSB wird in der BRD heute von circa 80 000 der Heroinabhängigen gewählt. 3 000 wählen die ambulante oder stationäre Abstinenztherapie. Damit ist ein erheblicher Zuwachs der Therapiedichte erreicht worden. Die Abstinenzraten und die berufliche Integration sind bei beiden Therapieformen vergleichbar groß. Die größere Anzahl nicht heilbarer Erkrankungen unter den Substituierten verhindert dabei häufiger eine berufliche Eingliederung. Der vorzeitige Abbruch der Therapie ist bei der Substitution deutlich geringer. Durch die hohe Zahl derjenigen, die eine Behandlung mit Substitution und PSB gewählt haben, ist die Rate der Todesfälle auf der Szene viele

Jahre lang gesunken. Die Rate der HIV-Neuinfektionen bei Drogenkonsumenten in der BRD gehört durch die breit gestreute Substitutionsbehandlung zu den niedrigsten in der Welt. Die notwendige lebenslange Behandlung der HIV-Infektion wird bei den Betroffenen gesichert, die erfolgreiche Therapie ihrer Massenerkrankung Hepatitis C ebenfalls. Die anfangs bekämpfte Therapieoption ist damit heute zum Standard geworden. Leider fehlen noch immer Untersuchungen darüber, welche Merkmale bei Heroinabhängigen sich ermitteln lassen, ob sie in Abstinenztherapie oder in Substitutionstherapie erfolgreicher zu behandeln sind.

Danksagung

Mit Dank für ihre hilfreiche Arbeit:

Arlette Saccaggi, Evelyn Grubert (beide Praxis), Rolf Bergmann, Vera Kalinna (beide BOA – vista), Kathi Liebau (vista), Victoria Tscherney (heute Richter, Notdienst).

Literatur

- Barop, H. (2021). *Mohnblumenkriege. Die globale Drogenpolitik der USA 1950–1979*. Göttingen: Wallstein.
- Bellah, R. N. (2020). *Der Ursprung der Religion*. Freiburg i. Br.: Herder.
- Bergmann, R. (1999). Soziale Angebote. In J. Gözl (Hrsg.), *Der drogenabhängige Patient* (S. 206–218). München: Urban & Fischer.
- Blumenberg, H. (1979). *Arbeit am Mythos*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Freud, S. (1968). *Totem und Tabu* (Gesammelte Werke, Bd. IX). Frankfurt am Main: Fischer.
- Freud, S. (1969). *Massenpsychologie und Ich-Analyse* (Gesammelte Werke, Bd. XIII). Frankfurt am Main: Fischer.
- Gözl, J. (1977). *Katamnestiche Untersuchungen an klinisch und ambulant behandelten jugendlichen Drogenkonsumenten* (Dissertation). Tübingen: Eberhard-Karls-Universität, Fachbereich Klinische Medizin.
- Gözl, J. & Klausen, G. (2002). Diagnostik und Therapie der akuten und chronischen Hepatitis C bei Drogenabhängigen. *Suchttherapie*, 3(Suppl), S54–S61.
- Reckwitz, A. (2021). *Die Gesellschaft der Singularitäten*. Berlin: Suhrkamp.
- Reckwitz, A. (2020). *Das hybride Subjekt*. Berlin: Suhrkamp.
- Sloterdijk, P. (2020). *Den Himmel zum Sprechen bringen*. Berlin: Suhrkamp.
- Thamm, B. G. (1989). *Drogenfreigabe – Kapitulation oder Ausweg?* Hilden: Deutsche Polizeiliteratur.
- Zurhold, H. (2005). *Entwicklungsverläufe von Mädchen und jungen Frauen in der Drogenprostitution*. Berlin: VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung.



Dr. Jörg Gözl

Kinder- und Jugendpsychiater, Facharzt für Allgemeinmedizin und Infektiologie, Suchtmediziner, spezialisiert auf HIV/Aids und Virushepatitiden, seit 1995 Praxiszentrum am Kaiserdamm, Vorstand DAGNÄ, Ehrenvorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS), Autor vieler Bücher und Artikel.

Kaiserdamm 24
D-14057 Berlin
goelz@snafu.de