

PSYCHOSOZIALE BETREUUNG VON
SCHWER DROGENABHÄNGIGEN:

BEITRAG DER SOZIALEN ARBEIT ZUM
ERGEBNIS DER HEROINGESTÜTZTEN
BEHANDLUNG (HEGEBE)

ABHANDLUNG
ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE
DER PHILOSOPHISCHEN FAKULTÄT
DER UNIVERSITÄT ZÜRICH

VORGELEGT VON
MARTIN HOŠEK

VON
JONA SG

ANGENOMMEN AUF ANTRAG VON
HERRN PROF. DR. REINHARD FATKE

KÖNIZ, 2003

Dank

Ein Dankeschön geht an meinen Arbeitgeber, das Bundesamt für Gesundheit in Bern, für die Unterstützung dieser Untersuchung, indem mir ein kleiner Teil meiner Arbeitszeit dafür zur Verfügung gestellt wurde. Besonders danke ich hier Philippe Lehmann für seine konstruktiven Anmerkungen, Dr. Margret Rihs für die Teilhabe an ihrem tiefen Wissen und Nicole Stutzmann für ihre Ermutigungen, die stets zur rechten Zeit kamen.

Dem Institut für Suchtforschung in Zürich, insbesondere Prof. Dr. Jürgen Rehm, Patrick Gschwend und Susanne Eschmann, die mir den Zugang zu den Patientendaten ermöglicht und mir bei der statistischen Auswertung wertvolle Hinweise geliefert haben, bin ich zu herzlichem Dank verpflichtet.

Prof. Dr. Reinhard Fatke danke ich wärmstens für seine konstruktiv-kritische und doch jederzeit fördernde Begleitung.

Den Verantwortlichen aller Schweizer Zentren für heroingestützte Behandlung danke ich für wichtige Hinweise, welche entscheidend mithalfen, die Praxisrelevanz dieser Untersuchung im Auge zu behalten. Ganz besonders möchte ich den Verantwortlichen jener zwölf Behandlungszentren danken, die sich bereit erklärt haben, an der Erfassung der Behandlungs- und Betreuungsdienstleistungen teilzunehmen.

Eugen S. und Jürg K. danke ich sehr für ihre Offenheit während den Intensivinterviews.

Meinem Sohn Nicola danke ich für sein grosses Verständnis. Oftmals war ich in Gedanken bei dieser Studie, wenn er meine volle Aufmerksamkeit verdient hätte.

INHALT

1. EINLEITUNG	6
1.1. HERLEITUNG	6
1.2. FRAGESTELLUNG UND FORSCHUNGSDESIGN	9
1.3. AUFBAU	12
2. DROGENABHÄNGIGKEIT	14
2.1. RELEVANZ	14
2.2. DEFINITIONEN	16
2.3. ÄTIOLOGIE UND ZUSCHREIBUNG	19
2.4. OPIATABHÄNGIGKEIT ALS BESONDERE AUSFORMUNG VON DROGENABHÄNGIGKEIT	22
2.4.1. Historisches	22
2.4.2. Heroin und die Jugendbewegung der 68er Jahre	24
2.4.3. Vom tragischen Heldentum zum Gesundheits- und Sicherheitsproblem	26
2.4.4. Heroinabhängigkeit als chronische Krankheit	29
2.5. ZUSAMMENFASSUNG	31
3. DROGENHILFE	32
3.1. DETERMINANTEN	32
3.2. PRIMAT DER ABSTINENZ	35
3.3. RISIKOMINDERUNG UND ÜBERLEBENSHILFE	37
3.4. SELBST- UND FREMDBESTIMMUNG BEI DER INANSPRUCHNAHME VON DROGENHILFE	42
3.5. DIE SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG	45
3.5.1. Die Anfänge	48
3.5.2. Neuere Untersuchungen	52

4. DIE HEROINGESTÜTZTE BEHANDLUNG	57
4.1. GROSSBRITANNIEN	59
4.2. SCHWEIZ	62
4.3. NIEDERLANDE	67
4.4. DEUTSCHLAND	69
4.5. VORLÄUFIGES FAZIT	70
5. PSYCHOSOZIALE BETREUUNG UND SOZIALE ARBEIT IN HEGEBE	71
5.1. PSYCHOSOZIALE BETREUUNG (PSB)	71
5.2. PSB IN DER SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG	77
5.3. DIE INTERDISZIPLINÄRE BEHANDLUNG IN HEGEBE	82
5.4. FORSCHUNG ZUR BEGLEITENDEN BEHANDLUNG UND BETREUUNG IM RAHMEN DER SUBSTITUTIONSTHERAPIE	86
6. WIRKUNGSANALYSE	92
6.1. METHODEN UND INSTRUMENTE	92
6.1.1. Empirische Datenanalyse ergänzt durch Intensivinterviews	92
6.1.2. Untersuchte Population	94
6.1.3. Erhebungsinstrumente	95
6.1.4. Diskussion der Untersuchungsanlage	96
6.2. VERLAUFSUNTERSUCHUNG	99
6.2.1. Patientencharakteristika bei Ersteintritt	101
6.2.1.1. Alter	101
6.2.1.2. Geschlechterverteilung	102
6.2.1.3. Zivilstand und Kinder	104
6.2.1.4. Nationalität	105
6.2.1.5. Ausbildung und Arbeit	106
6.2.1.6. Dauer Heroinkonsum	106
6.2.1.7. Vorbehandlungen, aktuelle parallele Behandlungen und Massnahmeverfügungen	107

6.2.1.8. Zusammenfassung	110
6.2.2. Behandlung und Betreuung	111
6.2.2.1. Rücklauf der Fragebogen und Datengrundlage	111
6.2.2.2. Ärztliche Behandlung und psychosoziale Betreuung	111
6.2.2.3. Psychotherapie und Gruppenaktivitäten	117
6.2.2.4. Zusammenhang zwischen PSB und ärztlicher Behandlung	118
6.2.2.5. Abgabekontakte und Dosierung des Substituts	119
6.2.2.6. Externe Behandlung und Betreuung	121
6.2.2.7. Zusammenfassung	122
6.2.3. Behandlungsergebnisse nach einem Jahr	123
6.2.3.1. Haltequote und Austrittsgründe	124
6.2.3.2. Zufriedenheit mit der Behandlungsstelle und mit dem Erreichten	126
6.2.3.3. Psychische Gesundheit	128
6.2.3.4. Körperliche Gesundheit	131
6.2.3.5. Arbeit und Wohnen	134
6.2.3.6. Finanzen	138
6.2.3.7. Beikonsum	139
6.2.3.7.1. <i>Alkohol</i>	140
6.2.3.7.2. <i>Alkohol bis zur Trunkenheit</i>	141
6.2.3.7.3. <i>Benzodiazepine</i>	143
6.2.3.7.4. <i>Kokain</i>	144
6.2.3.7.5. <i>Ausgaben für Drogenkonsum</i>	146
6.2.3.8. Partnerschaft und soziale Kontakte	146
6.2.3.9. Zusammenfassung	148
6.2.4. Eignung der Variablen als Wirkungs-Indikatoren	151
6.2.4.1. Haltequote	151
6.2.4.2. Zufriedenheit mit der Behandlung	151
6.2.4.3. Psychische Gesundheit	151
6.2.4.4. Körperliche Gesundheit	152
6.2.4.5. Arbeit und Wohnen	152
6.2.4.6. Finanzen	153

6.2.4.7. Beikonsum	153
6.2.4.8. Partnerschaft und soziale Kontakte	153
6.2.4.9. Zusammenfassung	155
6.2.5. Ergebnisse Kovarianzanalyse	156
6.2.5.1. Psychosoziale Betreuung	157
6.2.5.2. Psychiatrische Konsultationen	157
6.2.5.3. Somatische Konsultationen	159
6.2.5.4. Opiatdosierung	160
6.2.5.5. Zusammenfassung	160
6.2.6. Qualitative Vertiefung: Fallanalysen	161
6.2.6.1. Methodologische Triangulation	161
6.2.6.2. Vorgehen bei der Datengewinnung	161
6.2.6.3. Kurzbeschreibung der Fälle	163
6.2.6.3.1. <i>Fall 1: Patient Eugen S.</i>	163
6.2.6.3.2. <i>Fall 2: Patient Jürg K.</i>	164
6.2.6.4. Thematische Gliederung der Aussagen zu relevanten Bereichen	165
6.2.6.5. Erkenntnisse im Hinblick auf die Fragestellung	167
7. SCHLUSSFOLGERUNGEN	171
7.1. RÉSUMÉ	171
7.2. ERTRAG	174
7.3. GRENZEN	178
7.4. WEITERFÜHRENDE STUDIEN	180
7.5. IMPLIKATIONEN FÜR DROGENPOLITIK UND PRAXIS	182
8. LITERATUR	186
8.1. BÜCHER UND PERIODIKA	186
8.2. ONLINE-DOKUMENTE	197

9. APPENDICES	198
I) Fragebogen zur Erfassung der internen Behandlungs- und Betreuungsdienstleistungen	198
II) Resultate Kovarianzanalyse (SPSS 10-Output)	201
III) Leitfaden Intensivinterview	215
IV) Transkription Problemzentrierte Intensivinterviews zu Fall 1 und 2	218

Abkürzungen

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BMI	Body-Mass-Index
GSI	Global-Severity-Index
HeGeBe	Heroingestützte Behandlung
MLB	Methadonlangzeitbehandlung
PROVE	Projekt zur Verschreibung von Betäubungsmitteln
PSB	Psychosoziale Betreuung
SA/SP	Sozialarbeit/Sozialpädagogik
SCL-90-R	Symptom-Checklist-90-R; Fragebogen zur Erfassung psychopathologischer Symptomatik
StGB	Strafgesetzbuch
WHO	Weltgesundheitsorganisation

1. EINLEITUNG

1.1. HERLEITUNG

Die Substitutionstherapien stellen in der Schweiz und in zahlreichen anderen Ländern seit Jahren das am weitesten verbreitete Therapieangebot für Heroinabhängige dar. Obschon gerade die Methadonsubstitution, die quantitativ den Hauptanteil an den Substitutionstherapien stellt, die bisher wohl am ausführlichsten erforschte Drogentherapie ist (vgl. Ward et al. 1998 S. 221), sieht sich die Substitutionstherapie immer wieder grundsätzlichen Einwänden ausgesetzt. In der Tat unterscheidet sich die Substitutionsbehandlung von allen anderen Behandlungs- und Betreuungsstrategien insofern, als im Rahmen der Behandlung ein Surrogat beziehungsweise – im Falle der heroingestützten Behandlung - die pharmazeutisch reine Originalsubstanz zum Einsatz kommen. Die vorgebrachten Einwände sind denn auch meist ethischer Natur. Es wird moniert, dass hier nicht kuriert, sondern lediglich Leiden verlängert werde. Gewisse extreme Kritiker gehen sogar so weit zu behaupten, dass es bei der Substitutionstherapie gar nicht um gesundheitliche Verbesserungen, sondern um strategische Vorbereitungsmaßnahmen für eine spätere Drogenlegalisierung gehe (vgl. Replik in: BAG 1999). Auch einem unvoreingenommenen Beobachter kann es auf den ersten Blick merkwürdig erscheinen, dass die psychotrope Substanz, von der der Patient¹ abhängig ist, in seiner Behandlung als Therapeutikum eingesetzt wird. Das scheinbare Paradoxon wird dadurch aufgelöst, dass bei der Heroinabhängigkeit ein grosser Teil der Schäden für Individuum und Umwelt zusätzlich durch die Begleitumstände des Konsums verursacht wird und dass die Abhängigen trotz der Prekarität ihrer Situation oft nicht zu einer Beendigung des Konsums durch einen Entzug zu bewegen sind, aber trotzdem der Hilfe bedürfen. Substitutionstherapien helfen mit, Heroinabhängigen bessere Gesundheit und Lebensqualität zu ermöglichen. Oft sind sie auch ein erster Schritt in Richtung einer späteren Abstinenz. Allerdings gibt es sehr wohl Abhängige, die über lange Jahre in Substitutionsbehandlungen verweilen. Diese Patienten weisen die klassischen Merkmale und Probleme chronisch Kranker auf. Die Aufrechterhaltung des Opiatkonsums ist hier oft Begleitscheinung einer psychischen Erkrankung, die innerhalb einer Substitutionstherapie besser behandelt werden kann als unter den prekären Bedingungen eines chaotischen, unkontrollierten Konsums. Den Kritikern kann auch entgegengehalten werden, dass solche chronischen Patienten in der überwiegenden Mehrheit zahlreiche gescheiterte Entzugs- und anderweitige Therapieversuche hinter sich haben.

¹ Der Lesbarkeit halber wird bei der Bezeichnung der Adressaten der Drogenhilfe grundsätzlich die männliche Form verwendet. Diese Entscheidung rechtfertigt sich auch aus der Geschlechterverteilung (ca. 75% Männer) innerhalb der heroinabhängigen Population (vgl. Müller et al. 1997, S.42).

Die Tatsache, dass die ethische Legitimität der Substitutionsbehandlung zuweilen noch angezweifelt wird, wäre aber für sich allein nicht Grund genug, sich mit ihr im Rahmen der vorliegenden Studie auseinanderzusetzen. Obschon in der Benennung der hier zu untersuchenden heroingestützten Behandlung (HeGeBe) der Verweis auf das eingesetzte Opiat an prominenter Stelle firmiert, sind gerade im Rahmen der HeGeBe die eingesetzte Substanz und deren Applikation zeitlich wie finanziell nicht das überwiegende Therapieelement. Vielmehr handelt es sich um eine komplexe, interdisziplinär angelegte Therapie, die sich aus verschiedenen Elementen zusammensetzt. Für die psychosoziale Betreuung (PSB) und die ärztliche Begleitbehandlung wird ein grosser Aufwand betrieben. Im Rahmen der HeGeBe beschränkt sich Substitutionstherapie also mitnichten auf die Versorgung mit Opiaten. Der regelmässige Kontakt der medizinischen und sozialberuflichen Fachleute mit den Patienten in den Behandlungszentren ist die Plattform für eine anspruchsvolle sozialpädagogische und therapeutische Kleinarbeit, die ein hohes Mass an Verbindlichkeit einfordert. Ärztliche Behandlung wie auch PSB gehören bei HeGeBe verpflichtend dazu.

Die Komplexität im Feld verweist auch auf die Notwendigkeit differenziert angelegter Forschungsvorhaben. Die Frage, ob die HeGeBe insgesamt den Patienten hilft und ob sie eine zweckmässige und sicher durchführbare Therapie darstellt, wurde in früheren Studien bereits mehrfach eindeutig beantwortet (vgl. Uchtenhagen et al. 1997; Pernegger et al. 1998; Rehm et al. 2001). Heute geht es vermehrt darum, zu Kenntnissen über die einzelnen therapeutischen Bestandteile und ihrer differenziellen Beiträge zum Behandlungsergebnis zu gelangen (vgl. Rehm / Uchtenhagen 2001). Während die Behandlungen für Drogenabhängige zu Beginn der Neunzigerjahre des 20. Jahrhunderts noch als „Black-boxes“ mit unbekanntem Inhalt galten (vgl. Ball / Ross 1991, S. 236), sind inzwischen mehrere Studien (vgl. McLellan et al. 1993; Rosenblum et al. 1995) publiziert worden, die sich mit der Beschreibung und der Untersuchung einzelner Elemente von Substitutionstherapien und deren Wirksamkeit befassten. Diese betrafen bisher aber ausschliesslich Methadonprogramme.

Wirksamkeitsanalysen ihrerseits leisten – gerade was die sozialen Berufe anbelangt – neben dem unmittelbaren Erkenntnisgewinn auch Beiträge zur Diskussion um die Professionalität. Nach der Definition von Pfaffenberger bemisst sich diese nicht etwa nach dem Status der Fachleute, sondern nach dem Nutzen für Klient und Gesellschaft:

„Unter Professionalität würden wir dementsprechend eine gesellschaftlich orientierte Soll-Norm, die bei Realisierung den Gebrauchswert einer Profession für die Gesellschaft, das Gemeinwohl und die Klienten optimieren würde und nicht direkt auf den Tauschwert des professionellen Status und der professionellen

Dienste gerichtet ist, verstehen und nicht etwa den erreichten mehr oder weniger statischen Zustand der alten klassischen Professionen.“ (Pfaffenberger 1993, S. 224; Hervorhebung im Original)

Die HeGeBe ist auch Berufs- und Handlungsfeld von Fachleuten aus dem sozialarbeiterischen und sozialpädagogischen Bereich. Obschon nun postuliert werden könnte, dass über eine Untersuchung der PSB und ihrer Wirksamkeit eine direkte Überprüfung der Professionalität von Sozialarbeit und Sozialpädagogik (gemäss der Definition von Pfaffenberger) in diesem Feld vorgenommen wird, würde dieser Schluss unter Berücksichtigung der hinsichtlich beruflicher Herkunft heterogenen Zusammensetzung der PSB-Fachleute in HeGeBe zu kurz greifen. Soziale Arbeit im Gesundheitssystem ist zwar nicht für pflegerische oder medizinische Leistungen zuständig, sondern erfüllt nach Merten (vgl. 1997, S. 156) ausschliesslich soziale Integrationsfunktionen. Gerade bei der PSB im Rahmen der HeGeBe ist sie aber nicht die alleinige Ausführende dieser Aufgabe. Die PSB wird von sozialarbeiterischen und sozialpädagogischen Fachleuten, aber auch von Angehörigen anderer Berufsgattungen (meist Pflegeberufe) durchgeführt.

In HeGeBe als interdisziplinär verfasster Behandlung bedeutet unterschiedliche Berufszugehörigkeit nicht immer eine strikte Trennung der Arbeitsbereiche. Die vielfältige Problembelastung der Patienten macht im Gegenteil eine mehrdimensionale Interventions- und Betreuungsstrategie notwendig. Viel adäquater als die Unterscheidung nach Berufsgruppen ist diejenige nach *funktionalen Kompetenzbereichen* wie der medizinischen (psychiatrischen und somatischen) Behandlung und der PSB. Letzterer gilt hier das Hauptaugenmerk. Aus fachlicher Sicht und im Hinblick auf das zu untersuchende Feld ist diese nicht auf eine einzige Berufsgruppe fixierte Betrachtungsweise absolut sinnvoll, da sie dem empirisch Vorzufindenden am ehesten gerecht wird. Es wird damit auch deutlich, dass hier keine berufspolitisch intendierte oder instrumentalisierbare Untersuchung geführt wird.

Einen Beitrag zur Überprüfung von Professionalität durch Überprüfung von Wirksamkeit auch sozialer Berufstätigkeit soll dennoch geleistet werden. Vor allen Dingen geht es aber um einen Beitrag zur Eruierung der differenziellen Anteile der Behandlungs- und Betreuungselemente am Therapieergebnis mit besonderem Augenmerk auf die PSB in HeGeBe, einer Behandlungsform für schwer Drogenabhängige, die trotz ihrer Erfolge noch immer nicht allgemein anerkannt ist.

1.2. FRAGESTELLUNG UND FORSCHUNGSDESIGN

Die mangelnde Anerkennung der Verdienste von HeGeBe als Teil der Substitutionstherapien ist zum Einen darin begründet, dass die Wirksamkeit ihrer Therapieelemente bisher noch nie Gegenstand empirischer Untersuchungen war. Zum Anderen stand eine definitorische Eingrenzung besonders der PSB als zu untersuchende professionelle Tätigkeit noch nirgends verbindlich und einheitlich zur Verfügung. Zwar legen die bisherigen, oben erwähnten Forschungsarbeiten im der HeGeBe verwandten Feld der Methadonbehandlung nahe, dass mehr Behandlungs- und Betreuungsdienstleistungen bessere Therapieergebnisse zur Folge haben. Diese Dienstleistungen werden mit Begriffen wie "counseling and medical services" (Ball / Ross 1991, S. 136ff.), „counseling and on-site medical/psychiatric, employment and family therapy“ (Mc Lellan et al. 1993, S. 1953) oder „structured, manual-driven, cognitive-behavioral treatment program“ (Rosenblum et al. 1995, S. 151) umschrieben. Im Lichte dieser heterogenen Bezeichnungen in bisherigen Untersuchungen muss die zentrale Fragestellung dieser Studie entsprechend offen formuliert werden:

Wie beeinflusst die Intensität der nicht-pharmakologischen Begleitbehandlung das Behandlungsergebnis?

Zunächst wird es darum gehen müssen, die nicht-pharmakologischen Behandlungsanteile zu definieren und zueinander in Beziehung zu setzen. Bei diesem Vorgehen ist auch eine Eingrenzung der PSB als Untersuchungsgegenstand zu leisten. In der HeGeBe wird die PSB der ärztlichen Behandlung gegenübergestellt und innerhalb der normsetzenden Schriften zu dieser Behandlungsform (vgl. Schweizerischer Bundesrat 1999; BAG 2000c) wird auch recht deutlich festgelegt, welche Bereiche die PSB abzudecken hat. Mit der Unterscheidung der nicht-pharmakologischen Behandlungsbereiche wird auch eine Präzisierung der Fragestellung möglich:

Wie beeinflussen ärztliche Behandlung und psychosoziale Betreuung das Behandlungsergebnis bei HeGeBe-Patienten?

In dieser Form wird die Frage für die Untersuchung operationalisierbar. Es kann nun festgelegt werden, was als Behandlungsergebnis gilt, wie Behandlung und Betreuung erfasst werden können und wie die Beziehung des Einen zum Anderen gemessen und dargestellt werden kann. Da festgestellt werden soll, inwiefern eine angestrebte Wirkung (das Behandlungsergebnis) durch eine zu diesem Zweck durchgeführte therapeutische oder betreuende Massnahme erreicht bzw. gefördert wird, könnte man versucht sein, das Forschungsdesign analog zu Wirksamkeitsstudien bei Medikamenten als Fall-Kontroll-Studie anzulegen. Dieses Vorgehen, bei dem eine Fallgruppe mit der entspre-

chenden Massnahme mit einer soziodemografisch ähnlichen Kontrollgruppe ohne diese Massnahme verglichen wird, ist aber nur dort durchführbar, wo eine experimentelle Studienanlage möglich und sinnvoll ist. Mc Lellan et al. (1993) haben ein solches Vorgehen gewählt als sie die Teilnehmenden an einem Methadonprogramm in drei Gruppen aufteilten, die in der Folge drei verschiedenen intensive, aber pro Gruppe homogen angebotene Behandlungs- und Betreuungsdienstleistungen bekamen.

Experimentelle Studienanlagen implizieren indessen stets weitreichende Eingriffe in bestehende therapeutische Realitäten. Die Generalisierbarkeit der diesbezüglichen Resultate und Erkenntnisse ist geringer, je weiter sich die experimentellen Bedingungen von einem ansonsten tatsächlich vorzufindenden Behandlungs- und Betreuungsalltag unterscheiden. Sie mögen dort sinnvoll sein, wo es darum geht, die Praktikabilität und den Nutzen neuer Behandlungsangebote festzustellen mit dem Ziel, diese neuen Methoden und Vorgehensweisen bei guter Wirksamkeit breit einzuführen. Auch dies steht in Analogie zu den erwähnten Medikamentenprüfverfahren.

Da im Rahmen der vorliegenden Studie die Wirksamkeit der im Feld bereits vorzufindenden Praxis bestimmt werden soll, wird ein Verfahren gewählt, das eine experimentelle Anlage unnötig macht. Obschon grundsätzlich alle Patienten der HeGeBe PSB und ärztliche Behandlung erhalten, ist das Ausmass der Inanspruchnahme dieser Dienstleistungen unterschiedlich. Indem die *Intensität* der Begleitbehandlung und -betreuung gemessen und zum Behandlungsergebnis in Beziehung gesetzt wird, kann nicht nur festgestellt werden, ob diese Behandlungselemente per se wirkungsvoll sind, sondern welche Intensität sich allenfalls positiver auf das Behandlungsergebnis auswirkt. Die aus einem solchen Vorgehen resultierenden Empfehlungen können den Fachleuten im Feld Anhaltspunkte für eine optimale Ausgestaltung der Behandlung und Betreuung an die Hand geben.

Durchgeführt wird eine analytische Studie in der Gestalt einer *Längsschnitt- bzw. Verlaufsuntersuchung*. Für die HeGeBe als langfristig angelegte Behandlung bietet sich die *Panel-Studie* an, innerhalb derer dieselben Personen mit denselben Instrumenten zu mehreren Erhebungszeitpunkten untersucht werden (vgl. Friedrichs 1980, S. 157). Diese wird unter Einsatz der *Kovarianzanalyse* bei der statistischen Auswertung umgesetzt. Zur zusätzlichen Überprüfung der quantitativen Ergebnisse und um eventuellen konfundierenden Effekten eher auf die Spur zu kommen, wird die Durchführung von *problemzentrierten Intensivinterviews* bei abweichenden Fällen vorgesehen.

Die HeGeBe in der Schweiz entstand aus einem im Jahre 1994 begonnenen Forschungsvorhaben, das eine umfassende Monitorisierung der gesamten Behandlung beinhaltete. Deshalb stehen – im Vergleich zu anderen gesundheitspolitischen Massnah-

men – bereits aus dem Routinebetrieb zahlreiche *Erfassungsinstrumente* zur Verfügung, was die Notwendigkeit, zwecks Datengewinnung zusätzlich ins Feld einzugreifen, minimiert. Die Erfassung der Behandlungs- und Betreuungsdienstleistungen erfolgte mittels eines vom Verfasser konzipierten Instruments, das vom Behandlungspersonal halbjährlich ausgefüllt wurde. Die Intensivinterviews wurden mit einem entsprechenden Interviewleitfaden geführt.

Bei der *Festlegung von Patientenkollektiv und Erhebungszeitraum* muss vordringlich den Erfordernissen der Fragestellung gemäss vorgegangen und gleichzeitig auf die Beschaffenheit des Feldes Rücksicht genommen werden. Um möglichst sicher zu gehen, Veränderungen durch die HeGeBe (abgegrenzt gegen andere Einflüsse) zu erfassen, müssen ausschliesslich neue, HeGeBe-naive Patienten eingeschlossen werden (keine Über- und Wiedereintritte). Als Erhebungszeitraum ist das erste Behandlungsjahr besonders geeignet. Es entspricht der Zeitspanne zwischen der Eintritts- und der ersten Verlaufserhebung.

1.3. AUFBAU

Vor der eigentlichen Wirkungsanalyse wird der Themenbereich unter Bezug und Interpretation der relevanten Literatur ausgeleuchtet. Zuerst geht es darum, die *Drogenabhängigkeit* als gesellschaftliches Problem und als Krankheit unter besonderer Berücksichtigung des historischen Kontextes der letzten dreissig Jahre zu diskutieren. Die Erkenntnisse über die Entstehung von Drogenabhängigkeit als persönliches Leiden und gesellschaftliches Phänomen geben auch Hinweise auf sinnvolle und notwendige Ansätze für Drogentherapie und -hilfe.

Die *Drogenhilfe* hat sich – parallel zum Anwachsen des Drogenproblems – während den letzten dreissig Jahren ebenfalls entscheidend weiterentwickelt. Der Paradigmawechsel im Gefolge der HIV/AIDS-Epidemie der Achtzigerjahre hat der abstinenzorientierten Drogenhilfe als bislang einziger Interventionsform neue Angebote zur Seite gestellt, die unter den Titeln Überlebenshilfe und Schadensminderung den Willen zu Abstinenz nicht mehr als Bedingung für die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten voraussetzen. Im Zuge der Entwicklung dieser neuen Interventionsformen wurden auch die Substitutionstherapien massiv ausgeweitet.

Die *heroingestützte Behandlung* entstand aus der Erkenntnis, dass mit den üblichen Substitutionsprogrammen (zumeist mit Methadon) die hilfsbedürftigsten und sozial randständigsten Drogenabhängigen oft nicht erreicht werden konnten. Die Schweiz gehört zum bisher kleinen Kreis jener Länder, die sich entschlossen haben, bei einem Teil der Abhängigen auch diese Substitution mit der Originalsubstanz anzubieten. Die Pioniere dieser Behandlung aber sind die USA und Grossbritannien. Allerdings wurde vor der Einführung der HeGeBe in der Schweiz der ärztlichen und psychosozialen Begleitbehandlung und -betreuung nie wirkliches Gewicht beigemessen.

Die *psychosoziale Betreuung* (PSB) der Abhängigen in HeGeBe stellt einen wichtigen Eckpfeiler im Rahmen dieser Therapie dar. Im Gegensatz zu vielen Methadonprogrammen gehört sie hier (zusammen mit der ärztlichen Behandlung) verpflichtend zum Behandlungssetting dazu. Obschon die Substitutionsbehandlung zu den am intensivsten erforschten Therapien für Drogenabhängige gehört, ist über Konzeptualisierung und Wirkungen der PSB bis zum heutigen Zeitpunkt noch sehr wenig bekannt. Vor der eigentlichen Wirkungsanalyse wird der aktuelle Stand der Erkenntnisse referiert und interpretiert.

Es schliesst sich die *Wirkungsanalyse* an der Kohorte der Neueintritte in HeGeBe zwischen Januar und Juni 2001 an. Das Patientenkollektiv, so wie es sich zu Behandlungsbeginn präsentiert, wird zuerst anhand soziodemografischer Aspekte und unter Beleuch-

tung einiger zentraler Punkte sozialer Organisation deskriptiv vorgestellt. Es folgt eine Analyse der Behandlung und Betreuung, die mit Hilfe des für diese Studie entworfenen Fragebogens bei 55.4 Prozent der Neueintritte erfasst werden konnte. Die Behandlungsergebnisse nach einem Jahr geben Aufschluss über die Entwicklung der Patienten und die während der HeGeBe erzielten Fortschritte. In diesem Teil wird auch deutlich gemacht, ob und inwiefern sich die aktuell in HeGeBe eintretenden Patienten von denjenigen der ersten Jahre unterscheiden. Sodann wird ermittelt, welche Variablen als Wirkungsindikatoren im Rahmen dieser Studie tatsächlich Anwendung finden können. Die Darstellung und Kommentierung der Resultate der Kovarianzanalyse zur Eruiierung des Einflusses der PSB und der ärztlichen Behandlung auf das Behandlungsergebnis nach einem Jahr schliesst den quantitativen Teil der Wirkungsanalyse ab. Es folgen Erwägungen zur vorgenommenen methodologischen Triangulation in Form von problemzentrierten Intensivinterviews mit abweichenden Fällen. Die Resultate der Interviews werden synthetisierend dargestellt und interpretiert.

Innerhalb der *Schlussfolgerungen* werden die wichtigsten Resultate nochmals zusammengetragen. Der Ertrag wird – unter Berücksichtigung seiner Grenzen – im Hinblick auf seine Bedeutung für weitere Forschungsvorhaben, für die Politik und für die Praxis gewürdigt.

2. DROGENABHÄNGIGKEIT

„Ratlosigkeit findet Antwort im Stoff ...“
(Vogler / Bänziger 1990, S.50)

2.1. RELEVANZ

Der Diskurs um Sucht und Drogenabhängigkeit ist äusserst facettenreich und wird zu-
meist mit grossem Engagement geführt. Dies aus mehreren Gründen:

1. Sucht bedeutet Eingrenzung des Willens, und der Süchtige handelt – von aussen betrachtet - unvernünftig. Die Drogenabhängigkeit führt uns so ein Scheitern der Vernunft und den scheinbaren Sieg von (selbstzerstörerischer) Irrationalität vor Augen. In Gesellschaften, die sich aufklärerischen Idealen verschrieben haben, ist das Phänomen der Sucht ein zumindest irritierender Faktor, der die Grenzen menschlichen Wollens und Könnens deutlich vor Augen führt.
2. Ein anderes irritierendes Merkmal von Sucht und Abhängigkeit ist die Nähe von Genuss und Untergang, von Ekstase und Absturz, von totaler Entspannung und schweren gesundheitlichen Schäden. Dieses Zusammengehen gibt Anlass zu moral-ethischen Überlegungen und ruft sogleich Apologeten wie Gegner von Rausch und Ekstase auf den Plan.
3. Sucht ist ein beinahe ubiquitäres Phänomen. Der Missbrauch legaler Suchtmittel wie Tabak und Alkohol ist omnipräsent, und auch der Konsum von illegalen Drogen ist den meisten Menschen aus dem Bekannten- oder Familienkreis bekannt. Weiche illegale Drogen werden als Cannabis oder Marihuana von einer wachsenden Minderheit konsumiert. Mit dem Einbezug von Medikamentenmissbrauch, von Essstörungen und nicht stoffgebundenen Süchten, wie Spiel- oder Sexsucht, wird deutlich, dass keine gesellschaftlichen Gruppen mehr von diesem Phänomen a priori ausgenommen sind.

Diese skizzenhaften Erwägungen sollen vorerst zur Begründung der Relevanz dieses Themas genügen. Was nach wie vor Not tut, ist Rationalität im Diskurs um dieses irrationale Phänomen. Es wurde deshalb im Folgenden das Vorgehen gewählt, über Definitionen und Begriffsklärungen eine Annäherung zu versuchen, um Phantasien und Vorurteile, die bei diesem Thema üblicherweise schnell auftauchen, auf den Sockel einer rationalen definatorischen Basis zu stellen. Die Theorien zur Entstehung von Sucht wer-

den kurz erörtert, bevor im Unterkapitel 2.4. die Opiatabhängigkeit (v.a. Heroinabhängigkeit) als besondere Ausformung von Drogenabhängigkeit zuerst aus historischer, dann aus gesellschaftspolitischer und zuletzt aus gesundheitspolitischer Sicht beleuchtet wird. Die jeweiligen Erklärungsansätze werden nach Möglichkeit auch im Hinblick auf ihre Bedeutung für Therapie und Rehabilitation, die im folgenden Kapitel diskutiert werden sollen, dargestellt.

2.2. DEFINITIONEN

Das zusammengesetzte Substantiv *Drogenabhängigkeit* bringt einen länger dauernden Zustand, der durch eine psychotrope Substanz induziert wurde, zum Ausdruck. Es gilt daher zuerst, Zustand und Substanzen zu definieren, um dadurch die Bedeutung des Wortes hinlänglich auszuloten.

Abhängigkeit ist nach lexikalischer Definition jener Zustand, in dem der Einzelne psychisch und/oder physisch in seinem Dasein, Fühlen, Denken oder Handeln durch andere Menschen, Institutionen, Dinge oder Vorstellungen wesentlich bestimmt ist. Im Rahmen der Sozialisierung sprechen wir von der *sozialen* Abhängigkeit des Kindes von der Bezugsperson, die durch die Mündigkeit abgelöst wird. Unter *zwanghafter* Abhängigkeit ist die Hörigkeit gegenüber Menschen oder auch die Überwertigkeit von Gedanken oder Vorstellungen (Zwang) zu verstehen.

Im Zusammenhang mit dem zwanghaften Konsum und der Abhängigkeit von Rauschmitteln wird auch von Sucht gesprochen. Sucht (von althochdeutsch Suht für „Krankheit“) ist ein Zustand, der bei Vorliegen von prädisponierenden ((erb)biologischen, entwicklungspsychologischen, Umwelt-) Faktoren durch wiederholten Gebrauch von psychotropen Substanzen oder durch wiederholtes Ausüben zwanghafter Handlungen (Spiel-, Sexsucht, etc.) verursacht werden kann. Die Sucht ist gekennzeichnet durch psychische oder körperliche Abhängigkeit und durch Entzugserscheinungen beim Absetzen der Substanz oder bei (drohender definitiver) Beendigung der wiederholten Zwangshandlungen. Ist die Sucht substanzgebunden, ist sie meist mit einer Toleranzentwicklung verknüpft. Je nach konsumierter Substanz stellt sich auch eine Notwendigkeit der Dosiserhöhung, um bei fortgesetztem Konsum den gleichen Effekt zu erzielen, ein (vgl. Zieglgänsberger / Höllt 2000, S. 87).

Unter dem *Abhängigkeitssyndrom* ist das körperliche und psychische Angewiesensein auf die Wirkung einer psychotropen Substanz zu verstehen. Dieser Sammelbegriff wurde von der Weltgesundheitsorganisation eingeführt. Das entscheidende Charakteristikum für das Vorliegen einer Abhängigkeit ist der starke, gelegentlich übermächtige Wunsch, psychotrope Substanzen oder Medikamente (ärztlich verordnet oder nicht), Alkohol oder Tabak zu konsumieren (vgl. Weltgesundheitsorganisation 1999, S. 92).

Nach den Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation (1999a) müssen als Voraussetzung für die gesicherte Diagnose einer Abhängigkeit drei oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig irgendwann während des der Anamnese vorausgegangenen Jahres vorhanden gewesen sein:

- 1) Ein starker Wunsch oder Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren
- 2) Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums
- 3) Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums
- 4) Nachweis einer Toleranzentwicklung
- 5) Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zu Gunsten des Substanzkonsums
- 6) Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen (op. cit., S. 92f.)

Diese medizinische Eingrenzung des Abhängigkeitssyndroms ist die heute am weitesten verbreitete Definition.

Man unterscheidet des weiteren körperliche Abhängigkeitssyndrome (die Kriterien drei und vier müssen erfüllt sein) von den psychischen (ohne die Erfüllung der Kriterien 3 und 4) (vgl. Sass et al. 1998, S. 100).

Der Begriff *Droge* bezeichnet in seiner ursprünglichen Bedeutung einen medizinisch verwendeten pflanzlichen oder tierischen Rohstoff. Daneben wird dieses Wort aber auch synonym mit Rauschgift verwendet. Letzteres steht für Substanzen, die beim Menschen erregend oder lähmend auf das Zentralnervensystem wirken, häufig zu Bewusstseinsveränderungen und Euphorie führen und psychische sowie körperliche Abhängigkeit hervorrufen können. In der Klassifikation der WHO wird der Begriff *Droge* nicht verwendet. Allerdings hat er sich im täglichen Sprachgebrauch durchaus eingebürgert, was nicht ganz unproblematisch ist, da er nicht ganz trennscharf und eindeutig verwendet wird. Zuweilen werden darunter alle illegalen und legalen Substanzen subsumiert, dann wieder lediglich die illegalen Substanzen und die psychoaktiven Medikamente, während bei Alkohol und Nikotin die jeweilige spezifische Substanz genannt und dem Suffix „-abhängigkeit“ vorangestellt wird (vgl. Ladewig et al. 1983).

Bei den illegalen Drogen wird zwischen den weichen (Cannabis) und den harten Drogen (Kokain, Heroin) unterschieden. Halluzinogene, Extasy und Amphetamine nehmen eine Zwischenstellung ein.

Heute wird der Begriff *Drogenabhängigkeit* zumeist im Zusammenhang mit illegalen Drogen verwendet. Dies wird auch in der vorliegenden Untersuchung der Fall sein. Bei den anderen Substanzen werden diese direkt genannt: Alkohol-, Nikotin-, Medikamentenabhängigkeit. Zur Beschreibung der gleichzeitigen Abhängigkeit von legalen und illegalen Stoffen wird im Rahmen dieser Arbeit der Begriff *Substanzabhängigkeit* verwendet.

Als *Polytoxikomanie* wird die gleichzeitige Abhängigkeit von mehreren psychotropen Substanzen bezeichnet. Der Begriff *Beikonsum* steht für gesundheitsschädigenden Gebrauch weiterer Substanzen neben dem Vorliegen einer Abhängigkeit von einer Hauptsubstanz.

2.3. ÄTIOLOGIE UND ZUSCHREIBUNG

Im Laufe der letzten Jahrzehnte haben sich verschiedene Konzepte zur Erklärung der Determinanten für Drogenkonsum und –abhängigkeit konstituiert und etabliert. Sie alle sind auf einem Kontinuum angesiedelt, an dessen einem Ende sich das Individuum und an dessen anderem sich die Gesellschaft befindet.

Biologisch begründete Suchtkonzepte berufen sich auf eine genetische Disposition zur Abhängigkeitsentwicklung oder auf organische Erkrankungen mit prädisponierendem Charakter. *Individualpsychologische* Konzepte erklären Drogenabusus als Mechanismus zur Stressbewältigung oder als adoleszente Reifestörung, verursacht durch nur mangelhaft bewältigte Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz (vgl. Olgiati 2000, S.343). *Psychopathologische* Erklärungsansätze weisen auf die hohe Prävalenz psychischer Krankheiten bei Süchtigen hin und sehen den Drogenkonsum als Versuch einer Selbstmedikation bei Borderline-Störungen, phobischen Zuständen, Psychosen oder Neurosen (vgl. Uchtenhagen 2000, S. 193ff.).

Sozialwissenschaftliche Konzepte betonen entweder das Erlernen von abweichendem Verhalten im Sinne der Theorie des differentiellen Lernens (vgl. Lamnek 1979, S.186 ff.), Unterschiede in Geltung und Bedeutung von Normen und Werten (Anomietheorie) oder die Sozialisation innerhalb von Subkulturen.

Eine Variante dieser Konzepte ist die Annahme von emotionaler Vernachlässigung des Kindes, bedingt durch die Akzeleration des gesellschaftlichen Wandels, der von fragilen Individuen kaum nachvollzogen werden könne². Das Kind wird demnach vernachlässigt, weil die erwachsenen Bezugspersonen keine Kapazitäten hätten, sich um den Nachwuchs zu kümmern, da sie den überwiegenden Teil ihrer Zeitressourcen einsetzen müssten, um die rasante gesellschaftliche Entwicklung (Flexibilisierung und Prekarisierung des Arbeitsmarktes, neue Informationstechnologien, etc.) bewältigen zu können. Die Bedeutung dieses Phänomens wird durch die Zunahme von Ein-Eltern-Familien vergrößert.

Eine Besonderheit innerhalb der sozialwissenschaftlichen Theorien stellt der Labeling- oder Etikettierungsansatz dar. Während die zuvor genannten Theorien und Konzepte verschiedene, in der Vergangenheit sich manifestierende und biographisch durchlebte Partikularitäten für die Entstehung von Abhängigkeit verantwortlich machen, betrachten die Theorien innerhalb des Labelingansatzes die Zuschreibungen von deviantem Verhalten als für dieses konstituierend beziehungsweise verfestigend. Im Mittelpunkt steht

² zuletzt Prins E. H. in: Westermann, B. et al. 2001

hier nicht die Suche nach Ursachen, sondern die Konstruktion des „gesellschaftlichen Bildes“ des Drogenabhängigen und der Drogenabhängigkeit.

Heute wissen wir auf Grund zahlreicher ätiologischer Studien, dass Drogenabhängigkeit nicht monokausal zu erklären ist. Die genannten Ansätze wurden deshalb zum Modell der Risiko- respektive Schutzfaktoren weiterentwickelt. Erklärungsansätze aus allen genannten Bereichen werden hierbei nicht als Ursachen von Abhängigkeit, sondern als mögliche Faktoren, welche zur Erhöhung des entsprechenden Risikos beitragen, herangezogen (vgl. Uchtenhagen 2000).

Die Erklärungskraft der einzelnen Ansätze steht in der vorliegenden Arbeit nicht zur Diskussion. Wichtiger ist hier viel mehr ihre jeweilige Relevanz für Therapie und Rehabilitation, deren Wirksamkeit es zu untersuchen gilt.

Durch ihren interdisziplinären Ansatz ist die heroingestützte Behandlung in der Lage, korrigierend oder heilend auf verschiedene Problemgebiete, die Sucht konstituieren und verfestigen, einzuwirken.

Die somatische Medizin ist in der Lage, Krankheiten zu identifizieren und zu behandeln und so gewisse Folgeschäden der Abhängigkeit abzuwenden. Psychiatrische Abklärungen und entsprechende medikamentöse oder Psychotherapien tragen dazu bei, den Aspekt der Selbstmedikation beim Drogenkonsum in den Hintergrund treten zu lassen. Psychotherapeutische oder psychosoziale Interventionen zielen darauf ab, die Einstellungen des Einzelnen dergestalt zu entwickeln, dass der Drogengebrauch zur Erhaltung eines labilen Gleichgewichts im besten Falle überflüssig wird.

Ein bedeutender Stolperstein auf dem Wege zur vollständigen Rehabilitation von Drogenabhängigen wird durch den Labeling-Ansatz verdeutlicht. Durch die jahrelange Zuschreibung übernehmen viele Abhängige im Sinne der sekundären Devianz die ihnen attribuierten Eigenschaften als Selbstzuschreibung. Die Folge ist, dass Rollen und Verhaltensmuster nur sehr schwer geändert werden können, weil die soziale Umgebung des Rehabilitanden zusätzlich die Tendenz hat, auf diesen weiterhin als Drogenabhängigen zu reagieren und ihn so in seinem Bestreben nach Rollen- und Verhaltensänderung zu entmutigen.

Ziel der rehabilitativen Bemühungen muss es hier sein, das Bewusstsein dafür zu fördern, das eigene Geschick erfolgreich in die gewünschte positive Richtung lenken zu können. Beim entsprechenden, von A. Antonovsky (vgl. 1997) entworfenen und *Salutogenese* genannten Ansatz wird davon ausgegangen, dass Individuen, die einen sich aus den drei Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit zusam-

mensetzenden *Kohärenzsinn* entwickeln, besser in der Lage sind, mit Stressoren und dissonanten Erfahrungen umzugehen.

2.4. OPIATABHÄNGIGKEIT ALS BESONDERE AUSFORMUNG VON DROGENABHÄNGIGKEIT

Die Opiate (seit etwa 30-40 Jahren insbesondere das Heroin) spielen eine besondere Rolle bei den abhängigkeiterregenden psychotropen Substanzen und zwar in mehrfacher Hinsicht. Der Wirkstoff ist seit langer Zeit bekannt. Das Abhängigkeitspotential des heute am meisten missbrauchten Opiates Heroin ist sehr hoch, und Heroin nimmt neben dem Kokain einen prominenten Platz auf dem Drogenschwarzmarkt ein, weil damit sehr hohe Gewinne zu erzielen sind. Schliesslich spielte der Heroinkonsum auch eine gewisse Rolle im Rahmen der Jugendrevolte der 68er Jahre des 20. Jahrhunderts. Zwar war damals Haschisch die Rebellen- und Ausstiegsdroge par excellence, in ihrer Beliebtheit gefolgt von LSD. Heroin hatte von Anfang an den Ruch, die gefährliche Seite der Bewusstseinsweiterung durch Drogen zu symbolisieren. Trotzdem, oder gerade deshalb, übte es eine gewisse Faszination auf eine Minderheit innerhalb der 68er Bewegung aus, bevor sich sein Ruf zu dem eines Suchtmittels der Verlierer in der Konsumgesellschaft wandelte.

2.4.1. Historisches

Opiate haben als Heilmittel und Suchtstoffe eine lange Tradition. Schlafmohn (papaver somniferum) wurde bereits vor 6000 Jahren auf sumerischen Ideogrammen als Rauschmittel erwähnt (vgl. Schmidbauer / vom Scheidt 1988, S. 298).

Paracelsus (1493-1541), einer der bekanntesten Ärzte des ausgehenden Mittelalters, mischte Opium, den Saft aus der Rinde des Schlafmohns, mit Wein und Bilsenkraut und nannte die so entstandene Arznei Laudanum. Laudanum wurde gegen alle Krankheiten eingesetzt.

Das Morphin, der Wirkstoff des Opiums, der für den Rausch am wichtigsten ist, wurde 1804 vom deutschen Apotheker Friedrich Wilhelm Sertürner isoliert. Mit diesem Schmerzmittel begann ab 1814 die moderne Anästhesie. Ab 1827 wurde Morphin in Massenproduktion durch die Firma Merck hergestellt. Erst etwa 50 Jahre später bemerkte man, dass Morphin süchtig macht.

Auf der Suche nach Substanzen, die genauso wirkten, jedoch weniger abhängig machen, synthetisierte im Jahre 1874 der britische Chemiker C.R.A Wright eine Diacetylmorphin (=Heroin) genannte Verbindung aus Morphin und Essigsäure. Dennoch wird als eigentlicher Erfinder des Heroins am häufigsten Felix Hofmann (1868-1946) ge-

nannt. Er hat im Auftrag der Firma Friedrich Bayer und Co. Diacetylmorphin 1898 re-synthetisiert (vgl. de Ridder 2000, S. 35ff.). Bald darauf wurde es im grossen Stil – zunächst als Hausmittel gegen allerlei Gebrechen, dann als angeblich nicht abhängig machender Ersatz für das Schmerzmittel Morphin, vermarktet. Erst etwa 1904 erkannte man, dass Heroin noch abhängiger macht als Morphin (vgl. Online-Dokument <http://www.m-ww.de/pharmakologie/drogen/heroin.html>). Bei Abwesenheit von zu behandelnden Schmerzen kann täglicher Gebrauch bereits nach wenigen Wochen zu körperlicher Abhängigkeit führen.

Im Laufe des 20. Jahrhunderts setzte sich allmählich die Unterscheidung von legalen und illegalen Drogen durch. Am Anfang stand dabei das internationale Opiumabkommen von Den Haag (1912). Dieses kam wesentlich auf Grund vom US-amerikanischen Interesse an einer Kontrolle der zu einem gewissen Teil Opium rauchenden Arbeitsimmigranten aus China zustande (vgl. Legnaro 2000, S.19).

In der Schweiz dauerte es noch bis 1924, bevor unter dem Druck dieses und anderer internationaler Drogenkontrollabkommen und gegen den erbitterten Widerstand der chemisch-pharmazeutischen Industrie, die ihr lukratives Geschäft mit Heroin sowie die Gewerbe- und Handelsfreiheit bedroht sah, das erste „Bundesgesetz betreffend Betäubungsmittel“ erlassen wurde. Es stellte die Herstellung, den Handel und die Abgabe von Heroin, nicht aber dessen Konsum, unter staatliche Aufsicht. Die Revision des Betäubungsmittelgesetzes im Jahre 1951 brachte eine weitere Verschärfung mit sich: wegen des hohen Abhängigkeitspotentials und des angeblich geringen medizinisch-therapeutischen Stellenwertes durfte Heroin nun weder hergestellt noch gehandelt werden. Allerdings bestand weiterhin die Möglichkeit, es sich von Medizinalpersonen verschreiben zu lassen. Auch Forschung mit Heroin war noch möglich. Das Konsumverbot - jedoch weiterhin relativiert durch medizinische Ausnahmen - kam erst mit der Revision des Betäubungsmittelgesetzes im Jahre 1975 (vgl. SFA-ISPA, ohne Jahrangabe).

Morphin- und Heroinabhängigkeit war während der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts kein Massenphänomen, das eine grosse öffentliche Aufmerksamkeit auf sich gezogen hätte. Betroffen waren in erster Linie Ärzte und andere Angehörige medizinischer Berufe, daneben aber auch die literarische und künstlerische Bohème. Der Schweizer Kriminalschriftsteller Friedrich Glauser hat beispielsweise in seiner 1932 erstmals erschienen autobiographischen Erzählung „Morphium“ eindrücklich die Symptome eines Morphinentzugs in einer Gefängniszelle beschrieben (vgl. Glauser 1987).

2.4.2. Heroin und die Jugendbewegung der 68er Jahre

Ende der sechziger und anfangs der siebziger Jahre kamen mit der Ideologie der Hippiebewegung auch bewusstseinsverändernde Rauschmittel in die Schweiz. Vorerst handelte es sich ausschliesslich um Haschisch, um LSD und um Amphetamine. Letztere wurden auch gespritzt. Laut einer Umfrage vom Oktober 1972 bei 25 schweizerischen Beratungsstellen für Suchtprobleme gab es bereits 12'000 bis 15'000 Amphetamin-Fixer in der Schweiz. In derselben Umfrage ist vom beginnenden Heroinkonsum in den Grenzstädten die Rede (vgl. Hošek 1997).

Zu jener Zeit wurde der Drogenkonsum oft als Symptom des Generationenkonflikts und als Mittel des Kulturkampfes zwischen jugendlicher (alternativer) und erwachsener (etablierter) Kultur interpretiert. Besonders dem Haschisch kam dabei das Image einer eigentlichen Rebellendroge zu. Aber auch das nur von einer sehr kleinen Minderheit dieser Bewegung je konsumierte Heroin bekam durch Vorbilder wie Jimmy Hendrix und Janis Joplin, denen ihre Heroinabhängigkeit zum Verhängnis wurde, eine Bedeutung als Symbol für die dunklen, zerstörerischen Seiten der bewusstseinsverändernden Drogen.

Chris Bänziger (vgl. Volger / Bänziger 1990, S. 50) beschreibt eindrücklich aus der Betroffenen-Perspektive, wie im Zürich der 70er Jahre des 20. Jahrhunderts einige Sinn suchende und sensible Jugendliche, die in der Jugendszene an der „Riviera“ verkehrten, vom Hasch auf Heroin umstiegen und zu spät merkten, dass die körperliche Abhängigkeit zur ihren Alltag bestimmenden Konstante wurde³. Damals setzte sich die Zürcher Fixerszene gemäss derselben Quelle aus zwei- bis dreihundert Personen zusammen (vgl. op. cit., S. 49). Zu deren Ausweitung in der zweiten Hälfte der siebziger Jahre hätten zeitweilige Engpässe auf dem Haschschwarzmarkt, der Verkauf von mit Heroin und Opium vermischem „schwarzen Afghan“, einer Haschsorte, sowie – paradoxerweise – das Buch und der Film „Wir Kinder vom Bahnhof Zoo“, die in der einschlägigen Jugendszene wie eine Werbekampagne gewirkt hätten, beigetragen:

„Dazu spürten viele sensible Jugendliche das gesellschaftliche Sinndefizit, finden wenig Verständnis bei Eltern und Lehrern, suchen Wärme und finden diese in den paar Jugendcafés, bei Kollegen, anderen Suchenden. Ratlosigkeit findet Antwort im Stoff ...“ (op. cit., S. 50)

³ Der auch heute noch zuweilen kolportierte Mythos vom Haschisch als Einstiegsdroge ist aber auf keinen Fall aufrechtzuerhalten. Zwar hatten zahlreiche Heroinabhängige zuvor regelmässig Cannabis konsumiert, aber nur etwa 5% der Cannabiskonsumenten probieren je härtere Drogen (vgl. z.B. Berger, 1980)

An der Kälte einer von rationalen Imperativen und von Profitdenken durchsetzten westlichen Welt leidende junge Menschen fanden im Konsum von bewusstseinsverändernden Drogen wie Haschisch und LSD das Gefühl von Wärme und Geborgenheit und die Vision einer farbigeren, friedlicheren Welt jenseits aller gesellschaftlichen Zwänge.

Mit dem Wahlspruch der 68er Bewegung „Das Private ist politisch“ konnte nicht nur die sexuelle Libertinage als Akt der Befreiung aus dem kleinbürgerlichen, rechtskonservativen Korsett des traditionellen Familiengefüges zelebriert werden. Auch Verletzungen, Traumata und Defizite, die aus dem Bereich der eigenen Entwicklung stammten, wurden zuallererst politisch gedeutet und in einen grösseren Zusammenhang gestellt. Der Drogenkonsumierende wurde so zum Sinnbild des sich - gerechterweise und verständlichermassen – gegen eine unmenschliche Umwelt zur Wehr setzenden heldenhaften Rebellen. Gerade die Abhängigkeit von Heroin führte aber die Tragik dieses Heldentums besonders klar vor Augen: Seine erhöhte Sensibilität macht den Heroinabhängigen den Stacheln der Zweckrationalität gegenüber verwundbarer, und dieselbe Sensibilität verunmöglichte ihm das Verdrängen seines Leidens an den ihn umgebenden Missständen und Ungerechtigkeiten, so dass eine chemische Verdrängung als einzige Überlebensstrategie erschien.⁴

In der Logik des Jugendprotests fügten nicht in erster Linie die Heroinsüchtigen sich selbst durch den Drogenkonsum Schaden zu, sondern der Konsum wurde als verzweifelter und gleichzeitig heroischer Versuch, den Angriff einer feindlichen, dem Geld, dem Profit und dem Zynismus verpflichteten Welt abzuwehren, uminterpretiert.

Dermassen zum Sinnbild der Verweigerung (und Feindbild der Leistungsgesellschaft) hoch stilisiert, blieb einerseits der Blick auf die individuumspezifischen Ursachen der Heroinsucht verstellt, und andererseits wurde eine pragmatische, von Ideologien möglichst freie Sicht auf das Phänomen der Heroinabhängigkeit durch eine Polarisierung bei dieser Interpretation verunmöglicht.

⁴ Im späteren Kampf um die Legalisierung der Drogen in der Schweiz (in den ausgehenden 80er und der ersten Hälfte der 90er Jahre) wurde von Seiten der Anti-Prohibitionisten wiederholt argumentiert, es ginge nicht an, schädliche Volksdrogen wie Alkohol, Medikamente und Tabak anders zu behandeln als Cannabis, Heroin und Kokain und dies obwohl noch einige Jahre zuvor sehr wohl eine unterschiedliche Interpretation der verschiedenen Rauschmittel angeführt wurde. Interessant ist hierbei, dass dem Heroinsüchtigen damals unterstellt wurde, seine Sucht sei ein logisches und verständliches Resultat des Zustands der Gesellschaft und der eigenen Sensibilität oder sogar eine bewusste Entscheidung, während der Alkoholabhängige tendenziell als dumpfer, vorbewusster „Realitätsflüchtling“ abgestempelt wurde. Heute wissen wir dank einer weitgehend ideologiefreien suchtherapeutischen Betrachtungsweise, dass legale wie illegale Drogen bei Missbrauch und Abhängigkeit gleichermaßen zur Flucht vor der Realität benutzt werden und dass spätestens mit dem Einstellen der körperlichen Abhängigkeit die Entscheidungsfreiheit puncto Konsum bei beiden Substanzen quasi verschwindet. Der Hauptgrund für das Rebellenimage des Heroins war wohl – neben den konsumierenden Vorbildern und wie beim Haschisch - dessen Illegalität.

Erst allmählich begannen sozialwissenschaftliche Arbeiten vermehrt auch auf die Interaktion zwischen gesellschaftlichen und individuellen Komponenten für die Aufrechterhaltung von Sucht einzugehen.

Busch (1988) z.B. interpretierte fortgesetzten Drogengebrauch als Surrogat für einen nicht genug Sinn stiftenden Alltag. Die Droge hilft, Sinndefizite nicht wahrzunehmen. Spannungen und Unsicherheit werden reduziert. Gesundheitlich bedenkliche Drogenkonsumformen würden aus der Unfähigkeit zur Antizipation verschiedener Möglichkeiten resultieren. Die Einbahnstrasse in der Phantasie führe zu einer Einbahnstrasse in der Realität, was wiederum Hilf- und Hoffnungslosigkeit zur Folge hätte. Busch sieht es deshalb als eine wichtige Aufgabe von Therapie und Beratung, den Klienten die Entwicklung einer sinnvollen Lebensperspektive zu ermöglichen, sie mithin zu einem Wechsel der subjektiven Deutungsmuster hinzuführen. Dies soll durch den Aufbau von Handlungskompetenz und durch die Schulung der Fähigkeit zur Antizipation geschehen. Die Klienten werden so in die Lage versetzt, alternative Perspektiven und Lebensmöglichkeiten zu entwickeln und anschliessend durch die therapeutisch-pädagogische Arbeit bei der Umsetzung unterstützt.

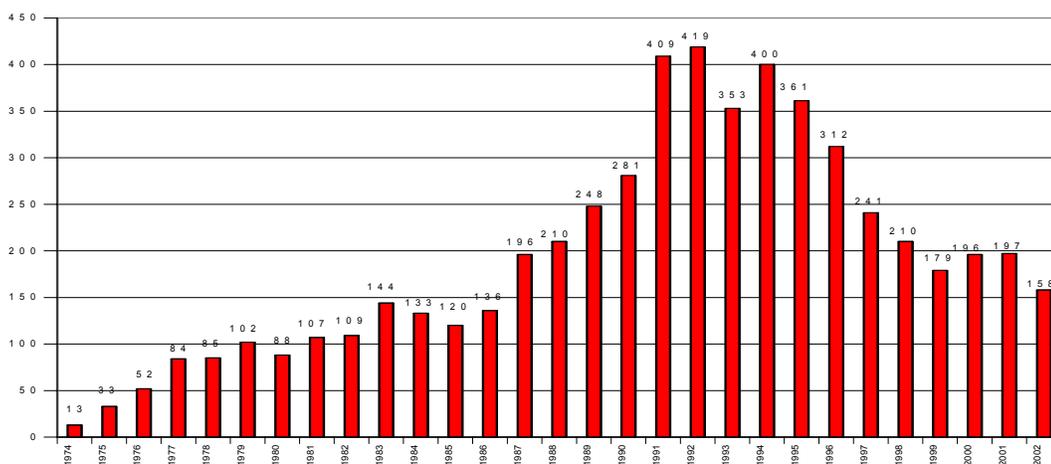
Die relativ langsame, sich über Jahrzehnte hinziehende Ent-Ideologisierung des Umgangs mit der Heroinabhängigkeit wurde sicherlich zusätzlich dadurch behindert, dass sich politische Parteien die symbolische Aussagekraft dieses Phänomens zu nutze machten und eigentliche Debatten über Gesellschaftsbilder auf dem Rücken der süchtigen Menschen – und bestimmt nur in den wenigsten Fällen zu ihrem Nutzen – austrugen.

2.4.3. Vom tragischen Heldentum zum Gesundheits- und Sicherheitsproblem

Trotz des während der 70er Jahre in aufgeschlossenen Kreisen vorherrschenden Verständnisses für die Anliegen einer jungen Generation im Aufbruch merkten Mediziner und Sozialarbeiter schnell, dass sie es in ihren Praxen und Beratungsstellen nicht mit heldenhaften Rebellen, sondern mit Süchtigen zu tun hatten, die zusätzlich zu ihrer Abhängigkeit mit der Stigmatisierung als Kriminelle behaftet waren (vgl. Hošek 1997).

Im Laufe der 80er Jahre des 20. Jahrhunderts wurde Heroin in der Schweiz zunehmend von vernachlässigten, verzweifelten Jugendlichen aus sozial vorbelasteten Familien konsumiert (vgl. Zimmer-Höfler / Uchtenhagen 1985). In den gleichen Zeitraum fällt auch eine Zunahme der Drogentodesfälle (vgl. Graphik 1).

Entwicklung der Drogentodesfälle in der Schweiz seit 1974



Quelle: BAG, 2003

Graphik 1

Einer der ersten politischen Vorstösse auf Bundesebene zur Drogenproblematik war die Motion Leuenberger vom 14. Dezember 1979 (vgl. Protokollierungsdienst der Bundesversammlung 1980, S. 968-971). Darin forderte der Motionär den Bundesrat auf, die Bestrafung des Drogenkonsums aufzugeben, Methadon für Heroinsüchtige in allen Kantonen und unter weniger restriktiven Bedingungen zugänglich zu machen sowie die Abgabe von Heroin zu prüfen. Der Bundesrat argumentierte damals in seiner ablehnenden Antwort u.a. damit, dass Methadon für den Süchtigen eine Gefälligkeitslösung und keine wirkliche Therapie darstelle, da es nicht erlaube, zu den Ursachen der Sucht vorzudringen. Auch ideologische Argumente, die Werthaltungen zum Ausdruck brachten, kamen in der Antwort zur Sprache:

„Aus rein berufsethischen Gründen dürfte voraussichtlich die Mehrheit der Ärzteschaft eine solche reine Symptombekämpfung ablehnen.“ (op. cit., S. 970)

Die Heroinabgabe lehnte der Bundesrat ebenfalls ab und verwies auf diesbezügliche als enttäuschend interpretierte Erfahrungen in England, wo nur ein bescheidener Teil der Heroinabhängigen mit dieser Massnahme erfasst worden sei und der illegale Handel damit nicht habe wesentlich beeinflusst werden können. Die Strafbarkeit des Konsums, die erst 1975 im Betäubungsmittelgesetz verankert worden war, verteidigte der Bundesrat als notwendige Vorkehrung, um während einer Strafuntersuchung vom Konsumenten zum Händler gelangen zu können. Einzig einen Nebepunkt der Motion, die Aufhebung der Doppelbestrafung von am Zoll angehaltenen Drogenkonsumenten nach dem Zollstrafverfahren und gleichzeitig nach Betäubungsmittelgesetz, war der Bundesrat als Postulat zu überweisen bereit.

In seiner Replik gab Leuenberger seiner Enttäuschung über die Unbeweglichkeit der Landesregierung Ausdruck:

„...was wir bis jetzt tun, ist allenfalls eine Vogel-Strauss-Politik: Man schaut hilflos dieser anwachsenden Lawine zu.“ (op. cit., S. 970)

Und er schilderte in drastischer Weise das Anwachsen des Drogenproblems:

„Man hat damals (1970) vor allem über Haschisch gesprochen. Es gab damals in der ganzen Schweiz erst 20 Fixer. Heute, zehn Jahre später, haben wir 13000 schwere Fixer. Wir haben eine anwachsende Zahl von Drogentoten.“ (ibid.)

Der Nationalrat lehnte die Motion mit 63 zu 30 Stimmen ab. Die Aufhebung der Doppelbestrafung am Zoll wurde als Postulat überwiesen. Leuenberger reagierte damals früh auf einen Missstand, der erst Jahre später von der Bundesregierung als von ihr zu bearbeitendes soziales Problem wahrgenommen werden sollte.

Dazu trug einerseits die wachsende Zahl Heroinabhängiger in der Schweiz bei. Im Jahre 1990 betrug sie rund 17'000, 1994 30'000 und 1999 etwa 25'000 Personen (vgl. Maag 2002).

Ab 1988 kam es ausserdem zur Bildung offener Drogenszenen in einigen Schweizer Städten. Diese Tatsache, verbunden mit der Identifikation des Aids-Virus im Jahre 1983, brachte ein real existierendes Drogenproblem jenseits von ideologischen Grabenkämpfen schlagartig ins öffentliche Bewusstsein. Plötzlich ging es nicht mehr „nur“ um das Schicksal einzelner scheiternder Jugendlicher. Es handelte sich um ein öffentlich sichtbares Massenphänomen, das über die Ansteckung der Freier von Drogenprostituierten mit AIDS und durch die Kriminalität innerhalb und um die offenen Drogenszenen auch die Allgemeinbevölkerung gefährdete.

Auch konnten die nun um die Welt gehenden Fernsehbilder von körperlich verfallenden jungen Menschen, die in den offenen Drogenszenen unter unbeschreiblichen hygienischen Bedingungen ihre Sucht befriedigten, beim besten Willen nicht mehr als heroische Verweigerung im Kampf gegen die Konsum- und Leistungsgesellschaft interpretiert werden.

Das Drogenproblem war im öffentlichen Diskurs von einem Projektionsfeld für die Diskussion verschiedener Gesellschaftsbilder definitiv zu einer Aufgabe der Gesundheits- und Sicherheitspolitik geworden.

Ein hilfreiches Instrument zum Verständnis, was die Etablierung der Abhängigkeit von harten Drogen als soziales Problem voran gebracht hat, stellt der konstruktivistische Ansatz von Spector und Kitsuse (2001) dar. Basierend auf der Theorie des symbolischen Interaktionismus, beschreiben die Autoren soziale Probleme als „Terrain absteckende und Missstände anprangernde Tätigkeiten“ („claims-making activities“). In diesem Begriff kommt ebenfalls zum Ausdruck, dass Organisationen oder Individuen, die Missstände öffentlich als solche deklarieren, dafür implizit eine Definitionsmacht in Anspruch nehmen. Der Blick wird somit weg gewendet von tatsächlich oder vermeintlich existierenden Zu- oder Missständen hin zu den Vorgängen, die diese anprangern:

“ Thus, we define social problems as *the activities of individuals or groups making assertions of grievances and claims with respect to some putative conditions*. The emergence of a social problem is contingent upon the organization of activities asserting the need for eradicating, ameliorating, or otherwise changing some condition [Hervorhebungen im Original].“ (op. cit., S. 75f.)

Wie die Geschichte zeigte, musste das real existierende Problem aber während den achtziger Jahren massiv anwachsen, bevor die Wortführer/-innen von Interessenvertretungen, von für Werthaltungen einstehenden Gruppen und von entsprechend engagierten Politikern/-innen so viel Gewicht im öffentlichen Diskurs bekamen, dass Politik und Verwaltung Massnahmen zur Linderung und Beseitigung der tatsächlich existierenden Missstände auf ihre Agenden setzten.

Die sozialen und gesundheitlichen Interventionen im Gefolge des in den 80er Jahren zunehmenden und in der ersten Hälfte der 90er Jahre seinen Kulminationspunkt als öffentliches Thema überschreitenden Drogenproblems führten ausserdem dazu, dass sich das Image des rebellischen Heroinsüchtigen in eines des hilfsbedürftigen „Verlierers“ wandelte. Der Heroinverschreibung kam dabei, gemäss den Analysen einzelner Gesellschaftswissenschaftler, eine zentrale Bedeutung zu (vgl. von Aarburg 2001, S.196).

2.4.4. Heroinabhängigkeit als chronische Krankheit

Aufgrund der historischen Entwicklung und aufgrund epidemiologischer Befunde (siehe unten) wissen wir heute, dass Heroinabhängigkeit im fortgeschrittenen Stadium Merkmale einer chronischen Krankheit aufweisen kann. In den siebziger Jahren wurde Drogenabhängigkeit noch grösstenteils als mögliche Komplikation während der Adoleszenz betrachtet. Später wurde postuliert, die Heroinabhängigkeit sei eine Lebensphase von

durchschnittlich 10-12 Jahren, aus der man auf natürliche Weise herauswachsen (vgl. Weber / Schneider 1997). Obschon bei Drogenkonsumkarrieren ganz unterschiedliche Verläufe anzutreffen sind und auch wenn ein insgesamt schwer quantifizierbarer Teil der Drogenabhängigen ihren Heroinkonsum tatsächlich ohne professionelle Hilfe⁵ beendet, müssen wir heute, gerade im Hinblick auf die Patienten in den Substitutionsbehandlungen, feststellen, dass es für die Selbstheiler-These bei dieser Population bisher keine Belege gibt. Bei ihrem Eintritt in die HeGeBe weisen die Patienten eine Heroinkonsumkarriere von durchschnittlich 11-12 Jahren auf. Die mittlere Verweildauer in HeGeBe beträgt zur Zeit 3.5 Jahre (vgl. BAG 2002, S. 10). Alle Patienten haben vor der HeGeBe erfolglos andere Drogentherapien absolviert, und die meisten von ihnen bleiben auch nach ihrem Austritt in einer drogentherapeutischen Behandlung. Heilung oder Selbstheilung würde bei diesen biographischen Vorbelastungen die Überwindung einer chronischen Krankheit bedeuten.

Auch die Weltgesundheitsorganisation WHO (1998) hat in einem Expertenbericht über Drogenabhängigkeit darauf hingewiesen, dass Substanzgebrauch zu chronischen Zuständen führen könne:

„Substance use may result in chronic conditions that impair psychosocial functioning, physical health and quality of life. Such conditions require long-term management and rehabilitation. While some are reversible, others are not.“ (op. cit., S. 9)

Im Verlauf der letzten Jahre ist zudem aus verschiedenen Studien die Erkenntnis erwachsen, dass Abhängigkeit und psychische Krankheit gehäuft zusammen auftreten (Komorbidität). So wurde beispielsweise in einer US-Studie an Opiatabhängigen eine Lebenszeitprävalenz komorbider psychischer Störungen von 65% ermittelt. Damit sei diese Rate zwei- bis dreimal so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung (vgl. Frei / Rehm 2002).

Eine bei 85 HeGeBe-Patienten durchgeführte Untersuchung zeigte ausserdem, dass bei 86% von ihnen mindestens eine Achse-I oder Achse-II-Störung nach DSM-IV diagnostiziert wurde (Lebenszeitprävalenz) (vgl. Arbeitsgruppe HeGeBe Doppeldiagnosen et al., 2002). Obschon einige diagnostizierte Störungen vorübergehenden Charakter haben, weisen gerade die zahlreichen affektiven (55%) und Angststörungen (26%) darauf hin, dass die Komorbidität die Rehabilitation erschweren und die vollständige Gesundung verzögern kann.

⁵ gemäss einer einschlägigen Untersuchung (vgl. Klingemann, 1990, S. 115) im Alter von durchschnittlich 25.8 Jahren; zum aktuellen Stand der Selbstheiler-Forschung vgl. Klingemann et al., 2001

2.5. ZUSAMMENFASSUNG

Die Gewichtung der individuellen und der sozialen Aspekte zur Erklärung der Entstehung von Drogenabhängigkeit unterscheidet sich je nach dem verwendeten Ansatz. Im Rahmen dieser Arbeit ist in erster Linie relevant, inwiefern Intervention, Betreuung und Therapie auf die Sucht konstituierenden und erhaltenden Faktoren einzuwirken in der Lage sind.

Heroinabhängigkeit entwickelte sich in der Schweiz ab den siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts zu einem ernststen sozialen und gesundheitlichen Problem, das auch Aspekte der öffentlichen Sicherheit und der Gesetzgebung mit einschliesst. Die gesellschaftliche Bearbeitung dieses Problems war zunächst weitgehend von weltanschaulichen Auseinandersetzungen geprägt. Unter dem Druck einer immer grösser werdenden Problemlast setzte sich allmählich eine pragmatische gesundheitspolitische Sichtweise durch. Damit wurde die Möglichkeit zur Erprobung neuer Interventionen in der Drogenhilfe, wie der heroingestützten Behandlung, eröffnet. Einiges deutet darauf hin, dass Heroinabhängigkeit den Charakter einer chronischen Erkrankung annehmen kann. Auf der Interventionsebene bedeutet dies, dass auch lange dauernde Massnahmen für Drogenabhängige vorzusehen sind.

3. DROGENHILFE

„Es macht einen wesentlichen Unterschied, ob Drogenabhängigkeit als Krankheit, als Fehlentwicklung oder als zu sanktionierendes abweichendes Verhalten verstanden wird. Davon hängt nicht nur die Ausgestaltung der Interventionen ab, sondern auch die Verständigung darüber, wer für die Bekämpfung der Drogenabhängigkeit zuständig sein soll. Es musste erst gelernt werden, dass Drogenabhängigkeit kein einheitliches Phänomen und Drogenabhängige keinen einheitlichen Typus bilden. Interventionen müssen, wenn sie wirksam werden sollen, den unterschiedlichen Hintergründen und Auswirkungen einer Suchtentwicklung gerecht werden.“ (Uchtenhagen / Schaaf 2000, S.404)

3.1. DETERMINANTEN

Positionen um die politische Bedeutung des Konsums von psychotropen Substanzen, um das „Recht auf Ekstase“ und um die Machbarkeit eines kontrollierten, vernünftigen Umgangs mit illegalen Drogen werden hier nicht referiert. Das Thema dieses Kapitels sind Hilfen für Menschen, die bereits schwer drogenabhängig sind und denen mit einer Legalisierung ihrer Sucht nur marginal geholfen würde. Bei diesen Menschen hat das Ausmass des selbstschädigenden Verhaltens jene Schwelle überschritten, die eine Reaktion des gesundheitlichen Versorgungssystems rechtfertigt.

Die gesellschaftspolitische Diskussion um Enkulturation, Akzeptanz und Legalisierung von Rauschmitteln hat zwar Auswirkungen auf die Drogenhilfe und –politik, und aus der Drogenhilfe fliessen zuweilen wiederum Elemente in diese Diskussion ein. Letzteres gilt insbesondere für die Ansätze aus dem Bereich der Risikominderung. Es soll aber verhindert werden, dass durch eine Vermischung der Ebenen der eigentliche Fokus dieser Arbeit, nämlich, wie heute schwer süchtigen Opiatabhängigen zweckmässig geholfen werden kann, in den Schatten politischer Stellungnahmen gerät.

Die Vermischer von Legalisierungsbestrebungen und Drogenhilfe werfen der letzteren wechselweise Pädagogisierung oder Medizinalisierung, in jedem Fall aber Individualisierung, vor. Natürlich kann eine Krankheit mit somatischen, psychischen und sozialen Ursachen wie auch Konsequenzen nicht nur auf der individuellen Ebene angegangen werden. Dennoch soll hier der Fokus auf die Strategien zur Gesundung und Rehabilitation drogenkranker Menschen gerichtet bleiben, weil sie einen wichtigen Teilaspekt des Problems darstellen.

Zu den Determinanten der Drogenhilfe gehört die Finalität der Interventionen (vgl. Abb. 1). Lange Jahre haben sich die Verfechter von abstinenzorientierten und Sucht akzeptierenden Ansätzen erbitterte ideologische Kämpfe geliefert. Denkblockaden auf beiden Seiten erschwerten den Dialog der zu antagonistischen Positionen hochstilisierten Varianten. In Tat und Wahrheit verzichtet auch die Sucht begleitende Drogenarbeit (deren Angebote häufig, aber nicht immer niedrigschwellig sind⁶) nicht auf die Abstinenz, sondern das Abstinenzziel wird unter Berücksichtigung seiner momentanen Unerreichbarkeit zeitlich nach hinten verschoben (vgl. Stöver 1999, S.23).

Waren in den Anfangszeiten (in den siebziger und teilweise auch noch in den achtziger Jahren des 20. Jahrhunderts) zuerst Laientum und anschliessend pädagogische und sozialarbeiterische Professionen in der Drogenhilfe bestimmend – es war die Zeit, als Drogenhilfe vornehmlich in therapeutischen Wohngemeinschaften und in ambulanten Beratungsstellen praktiziert wurde - so drängten mit der Zunahme der Substitutionsbehandlungen zu Beginn der neunziger Jahre immer mehr die medizinischen Berufe in dieses Feld. Als Zwischenresultat eines langen Entwicklungsprozesses ist Drogenhilfe heute im Allgemeinen auf die Zusammenarbeit verschiedener Professionen im Gesundheitswesen ausgelegt.

Die Professionen brachten ihr je eigenes Berufsverständnis mit, und so gilt es heute in modernen, interdisziplinär ausgelegten Hilfseinrichtungen, die jeweils auszuübenden Tätigkeiten zwischen den Polen des Förderns, des Emanzipierens und des Befähigens (Empowerment) einerseits und des Pflagens, Behandeln und Heilens andererseits zu definieren und zuzuordnen. Hierzu gehört auch die Frage nach dem für die Steuerung des Interventionsverlaufs verantwortlichen Akteur.

Zwar besteht zwischen allen beteiligten Professionen Einigkeit, dass die Angebote den Bedürfnissen der Adressaten entsprechen sollen. Wer den Interventionsverlauf hingegen zu bestimmen hat, ist nicht unumstritten. Angehörige medizinischer Berufe neigen eher dazu, aufgrund ihres Expertenwissens diese Aufgabe zu übernehmen, während die Tradition die sozialen Berufe verpflichtet, dem Klienten ein möglichst grosses Selbstbestimmungsrecht einzuräumen. Allerdings geht diese Unterscheidung heute nicht klar an den Grenzen der Hilfeberufe entlang (vgl. Abb. 2).

Die sich etablierende Suchtmedizin behandelt gemäss den Fachbereichen der Somatik und Psychiatrie Körper und Psyche der Hilfesuchenden. Mit psychischen Sachverhalten und Problemen setzen sich auch die sozialen Berufe in ihrer Klientenarbeit auseinander. Ausserdem ist hier die Einbettung des Individuums in (Primär-)Gruppe und Gesell-

⁶ Strukturierte Substitutionsprogramme z.B. sind hochschwellig und gleichzeitig suchtbegleitend.

schaft von Bedeutung. Zu der ganz und gar nicht unbedeutenden Frage der Sinngebung und Sinnfindung und ihrem Stellenwert im Rehabilitations- und Heilungsprozess äussern sich nur wenige Autoren, und vornehmlich solche mit sozialwissenschaftlich-sozialarbeiterischer Ausrichtung (vgl. z.B. Busch 1988). Zu diesem Thema bietet die qualitative Forschung über Selbstheilung recht guten Aufschluss. Die subjektiven Beweggründe für die Aufgabe oder entscheidende Einschränkung eines selbstschädigenden Substanzkonsums werden dort herausgearbeitet und können wichtige Aufschlüsse darüber geben, welche Lebensperspektiven in therapeutischen oder beraterischen Prozessen angestrebt oder antizipiert werden könnten, um die Chancen für einen erfolgreichen Verlauf zu vergrössern (vgl. Klingemann 1990, 2000 und 2001 und siehe unten Kapitel 5).

Determinanten der Drogenhilfe

Finalität	
abstinenzorientiert	Sucht akzeptierend, -begleitend
Erreichbarkeit	
hochschwierig	niedrigschwierig

Abb. 1

Professionen in der Drogenhilfe

Medizin (Somatik, Psychiatrie, Pflege)	Soziale Arbeit (Sozialarbeit, Sozialpädagogik, soziokulturelle Animation)
Tätigkeiten	
Heilen, pflegen, behandeln,	Fördern, Emanzipieren, „empowern“
Steuerung des Interventionsverlaufs	
Helfer, Therapeut (Fremdbestimmung)	Klient (Selbstbestimmung)
Interventionsebenen	
Körper, Psyche	Psyche, soziale Einbettung, Sinngebung

Abb. 2

3.2. PRIMAT DER ABSTINENZ

Als erste Antwort auf die „Drogenwelle“ der siebziger Jahre entstanden in der Schweiz Entzugsstationen, die meist psychiatrischen Kliniken angegliedert waren. Die Anzahl der Rückfälle nach den mehrere Wochen dauernden körperlichen Entzügen war beachtlich. Die Erkenntnis, dass Fixersein ein erlernter Lebensstil ist, der nach einem Entzug nicht ohne Weiteres abgelegt werden kann, führte sodann zur Einrichtung therapeutischer Wohngemeinschaften und anderen stationären Langzeitangeboten. Diese hatten und haben zum Ziel, den ehemals Drogenabhängigen während ihrer dreimonatigen bis zweijährigen Aufenthalts das Wiedererlernen eines Lebensstils ohne Drogen zu ermöglichen. Nachsorge- und Betreuungsstellen sollten den Übergang von der stationären Langzeittherapie zur vollständigen Autonomie erleichtern.

Solche „therapeutischen Ketten“ waren über lange Zeit das einzig anerkannte Angebot der Drogenhilfe an ihre Klienten. Inzwischen stieg die Anzahl der Drogenabhängigen und –opfer an. Es war nicht die angenommene zu geringe Zahl an Therapieplätzen, die dieser Entwicklung Vorschub leistete. Die Anforderung totaler Abstinenz war für viele Hilfsbedürftige schlicht nicht erfüllbar (vgl. Hošek 1991). In diesem Lichte wird klar, dass ein flächendeckendes Angebot an Plätzen in therapeutischen Gemeinschaften für alle Drogenabhängigen keinen Sinn ergeben hätte, obschon dies damals als erste Massnahme gegen die Zunahme der Heroinsüchtigen vereinzelt gefordert wurde.

Nichtsdestotrotz dominierte in den achtziger Jahren diese Behandlungsform die therapeutische Landschaft. Das Feld war sehr heterogen, und die Angebote variierten in Bezug auf weltanschaulichen Hintergrund und Strukturierungsgrad sehr stark. Auch der Grad an Professionalisierung war sehr unterschiedlich. Sehr oft wurden sozialpädagogische Modelle aus der Heimerziehung übernommen oder entsprechend angepasst. Dies geschah auf der Grundlage eines Suchtverständnisses, das die Genese von Drogenabhängigkeit in den Zusammenhang mit nicht vollzogenen Entwicklungsschritten während der Adoleszenz stellte (vgl. z.B. Olgiati 2000, S.343). Diese Entwicklungs- und Reifungsdefizite gelte es, im therapeutischen bzw. sozialpädagogischen Prozess nachzubessern (vgl. Loviscach 1996, S. 174).

Im ambulanten Bereich entstanden zahlreiche Drogenberatungsstellen, zu deren Kernaufgaben es in den frühen 80er Jahren gehörte, im Beratungsprozess die Motivation für eine stationäre Therapie zu bilden und zu fördern sowie die sachlichen Belange rund um den Therapieantritt (Kostenregelungen u.a.) zu erledigen (vgl. op. cit., S. 178).

Die dem Abstinenzparadigma verpflichteten Therapieansätze stützen sich auf zwei Prämissen:

- 1) Leidensdruck als zentrifugales Element, das den Abhängigen aus dem *circulus vitiosus* von Drogenbeschaffung und –konsum heraustreiben und zur Therapie „motivieren“ soll und
- 2) helfenden Zwang (mit oder ohne gerichtliche Massnahme) (vgl. *op. cit.*, S. 175)

Die Hauptkritik am abstinenzorientierten Modell bezog sich auf dessen selektive Wirkung, wodurch nur ein Bruchteil der Abhängigen erreicht wurde (vgl. *op. cit.*, S. 180ff.). Somit wurde die Verelendung der nicht abstinenzwilligen oder –fähigen Süchtigen in Kauf genommen oder sogar gefördert. Die Selektivität führte auch dazu, dass die therapeutischen Bemühungen nur geringe Auswirkungen auf das Gesamtkollektiv der Drogenabhängigen hatten. Schliesslich wurde innerhalb dieses Modells therapeutischen Omnipotenzvorstellungen Vorschub geleistet, was zu teilweise die Menschenrechte arg strapazierenden Demütigungs- und Unterwerfungsritualen in den therapeutischen Gemeinschaften führte.

Die institutionelle Landschaft der stationären Drogentherapien in der Schweiz hat sich in den letzten Jahren stark gewandelt. Die Angebote gehen heute stärker auf individuelle Bedürfnisse der Klienten ein, und die Therapieverläufe wurden entsprechend flexibilisiert. Eine weitgehende Professionalisierung führte dazu, dass Laienarbeit heute die Ausnahme darstellt. Der Einbezug ehemals Drogenabhängiger in den therapeutischen Prozess hat sich in der Schweiz nicht durchgesetzt. Es gilt heute als Regel, dass ein Ex-Abhängiger mehrere Jahre Abstand zu seiner eigenen Suchtkarriere aufweisen und sich zudem einer ihn für die entsprechende Arbeit qualifizierenden Berufsausbildung unterzogen haben muss, bevor er sich an der therapeutischen Arbeit beteiligen kann.

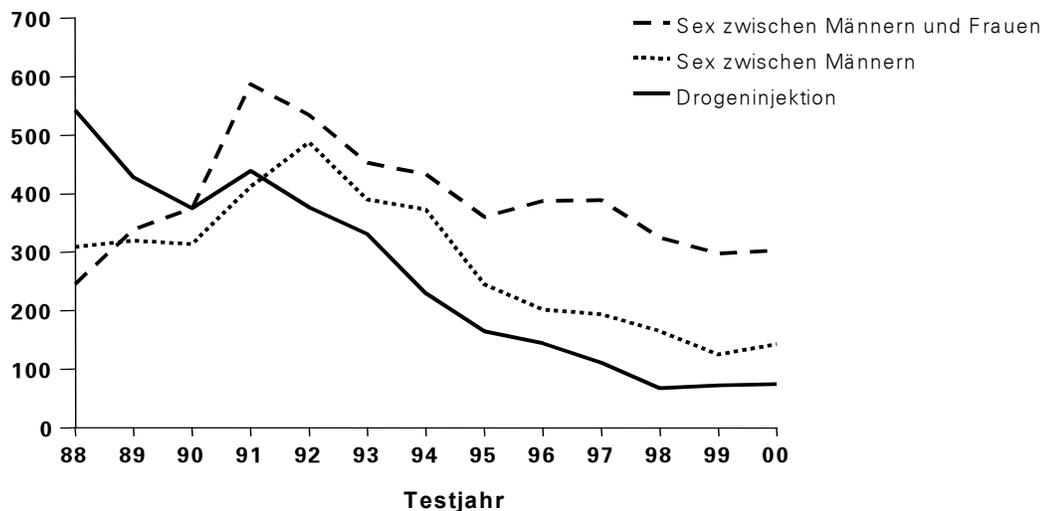
Unter dem „Konkurrenzdruck“ der aufkommenden Angebote aus der Überlebenshilfe und der Substitutionsbehandlung und den damit verbundenen finanziellen Engpässen hat die stationäre abstinenzorientierte Drogenhilfe in der Schweiz verschiedene Professionalisierungs- und Qualitätssicherungs-Schritte durchlaufen. Heute stellt sie nach wie vor ein wichtiges Angebot dar, ist aber nicht mehr - wie in ihren Anfängen – der einzige Weg aus der Drogensucht. Die Alternativen werden in den folgenden Unterkapiteln beschrieben und diskutiert.

3.3. RISIKOMINDERUNG UND ÜBERLEBENSHILFE

Im Zusammenhang mit Risikominderung wird zuweilen auch von niedrigschwelliger oder akzeptierender Drogenarbeit gesprochen. Das erste Adjektiv steht für die Erreichbarkeit, das zweite für eine (therapeutische) Haltung. Es kann einerseits das (momentane) Akzeptieren der Sucht verdeutlichen, steht aber auch für die Tatsache, dass die Angebote der Risikominderung häufig anforderungsfrei bzw. -arm sind. Der leitende Grundgedanke dabei ist, dass dem Süchtigen unabhängig von seiner Veränderungsmotivation geholfen werden muss. Die Risiko mindernden Angebote stehen Klienten und Patienten ohne Ansehen ihrer Beweggründe zum Drogenkonsum offen. Der Ärztin oder dem Betreuer steht kein Urteil über moralisch „gutes“ oder „verwerfliches“ Verhalten zu.

Unter dem Eindruck der AIDS-Epidemie und der steigenden Zahl von Infizierten unter den Drogenabhängigen, wurde ein Umdenken in der Drogenhilfe nötig. Voraussetzung für Konzeptualisierung und Realisierung von Massnahmen der Risikominderung war die (vorerst gedankliche) Entkoppelung von Drogenabhängigkeit und den dadurch verursachten Schäden. Dies machte den Weg frei für adäquate Reaktionen auf AIDS (vgl. Graphik 2) und auf die offenen Drogenszenen.

HIV in der Schweiz
Geschätzte Anzahl Diagnosen HIV-Neuinfektionen
Nach Übertragungsweg und Jahr



© BAG Februar 2001

Graphik 2

Allerdings ist eine Gesellschaft zu solchen Massnahmen unter Infragestellung bisheriger Positionen nur dann bereit, wenn das Ausmass des Problems eine Bedrohlichkeit erreicht hat, die für alle Beteiligten zum unkalkulierbaren Risiko wird. Gewisse Wegbereiter der Risikominderung waren gleichzeitig auch Verfechter eines normalisierten Umgangs mit Drogen, mithin also Anhänger einer Drogenlegalisierung. Dies hat den Risiko mindernden Angeboten die Kritik eingebracht, lediglich einen strategischen Schritt der Drogenlegalisierung auf dem Weg zur Freigabe darzustellen⁷ (vgl. z.B. BAG 1999, S. 9).

Misst man den Wert der Risiko mindernden Ansätze an ihrem Nutzen für die öffentliche Gesundheit, so ist deren Verdienst, dazu beigetragen zu haben, dass süchtige Menschen weniger häufig sterben und nicht schwer oder irreversibel erkranken. Die Risikominderung ist deshalb kein Sieg der Legalisierer oder Normalisierer, sondern eine nüchtern überdachte und notwendige Reaktion auf eine grosse Bedrohung.

Wenn in diesem Zusammenhang denn überhaupt von Sieg die Rede sein kann, so liesse sich Risikominderung am ehesten als Sieg der evidenzgestützten (statt ideologiegeleiteten) Gesundheitsversorgung betrachten.

Um Angebote der Risikominderung und Überlebenshilfe möglich zu machen, galt es, zwei bis dahin weit verbreitete ideologische Prämissen aufzugeben: einerseits den Mythos der drogenfreien Gesellschaft bzw. der Freiheit von illegalen Drogen und andererseits die Überzeugung, dass es nur einen „Königsweg“, nämlich den direkten Weg Richtung Abstinenz, in der Behandlung von Drogenabhängigkeit geben könne (vgl. Stöver 1999, S. 13).

„Fortan stand weniger die unbedingte Beendigung der Drogenabhängigkeit im Mittelpunkt der Drogen- und AIDS-Hilfe, als vielmehr Überlebenshilfen und die Vermeidung existentiell bedrohender Krankheiten. Diese Umkehrung der Prioritäten musste stattfinden angesichts der Tatsache, dass Drogenabhängigkeit heilbar ist, eine HIV-Infektion beispielsweise nicht.

Die Vermeidung von Neuinfektionen und die gesundheitliche Stabilisierung bereits Infizierter musste und muss deshalb an der Spitze der Zielhierarchie jeglicher Hilfe stehen.“ (op. cit., S. 8)

⁷ Einzelne Autoren, die Sucht akzeptierende Ansätze propagierten, behaupteten, es sei ein risikoarmer, nicht süchtiger Umgang mit Opioiden als Genussmitteln unter den heutigen Konsumformen und in unserem soziokulturellen Kontext möglich (vgl. Stöver, 1999). Diese Position soll hier lediglich erwähnt, nicht aber diskutiert werden.

Risikominderung und Überlebenshilfe setzen ihrerseits neue Prämissen voraus, nämlich:

1. das Akzeptieren des (auch scheinbar unverständlichen) Drogenkonsumverhaltens,
2. ein Recht auch von Drogenkonsumenten/-innen auf menschenwürdige gesundheitliche und soziale Lebensbedingungen
3. Freiwilligkeit in den therapeutischen Beziehungen und selbstverantwortliches Handeln der Drogenkonsumenten/-innen (vgl. op. cit., S. 15)

Angesichts der Tatsache, dass der Einfluss von Betäubungsmitteln im Allgemeinen und Drogenabhängigkeit im Besonderen die Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit des Individuums ganz wesentlich beeinflussen und die diesbezügliche persönliche Freiheit erheblich einschränken können, muss der letzte Punkt als nicht verallgemeinerbar und als in gewissen Situationen problematisch bezeichnet werden. Ihm ist das Unterkapitel 3.4. (siehe unten) gewidmet.

Angeboten der Risikominderung wird auch oft das Adjektiv „niedrigschwellig“ zugeordnet. Die Reichweite der Hilfeangebote sollte vergrössert werden, insbesondere für die Drogengebraucher/-innen, die hochschwellige drogenfreie Angebote nicht mehr oder noch nicht erreichen können oder wollen.

Zu den Angeboten gehören: Spritzentausch, Fixerräume, Notschlafstellen, Arbeitsangebote, Wohngruppen für Konsumierende mit und ohne Substitution, Gassenarbeit sowie Beratungsstellen mit suchtbegleitenden Angeboten.

In der synoptischen Darstellung von Schneider und Weber (2000, S. 368) wird einzig die *Vermittlung* von Substitutionstherapien, nicht aber diese selbst zu den Aktivitäten schadensbegrenzender Drogenhilfe gezählt. Die Autoren merken an, dass sich harmreduktion-orientierte und medizinische Massnahmen durchaus ergänzen können, insofern letztere schadensbegrenzend wirken (op. cit., S. 365)

Stöver hingegen (op. cit., S. 34) zählt Substitution ohne Weiteres zu den Tätigkeitsbereichen der akzeptierenden Drogenarbeit, die dem Ansatz der Risikominderung verpflichtet ist.

Innerhalb der schweizerischen Vier-Säulenpolitik wird die Substitution zur Säule Therapie gerechnet. Da diese Behandlung durchaus Schaden vermindern wirkt (Aids-Prophylaxe, Abnahme der Begleitkriminalität, Verbesserung der gesundheitlichen und sozialen Situation), aber schon aufgrund der Durchführung durch einen Arzt als Therapie gelten muss, bietet sich das untenstehende Schema zur Verortung der Substitutions-

behandlung zwischen Schadenminderung und Therapie sowie zwischen den Bereichen hochschwellig und niedrighschwellig an (siehe Abb. 3).

Einordnung der Drogenhilfebereiche

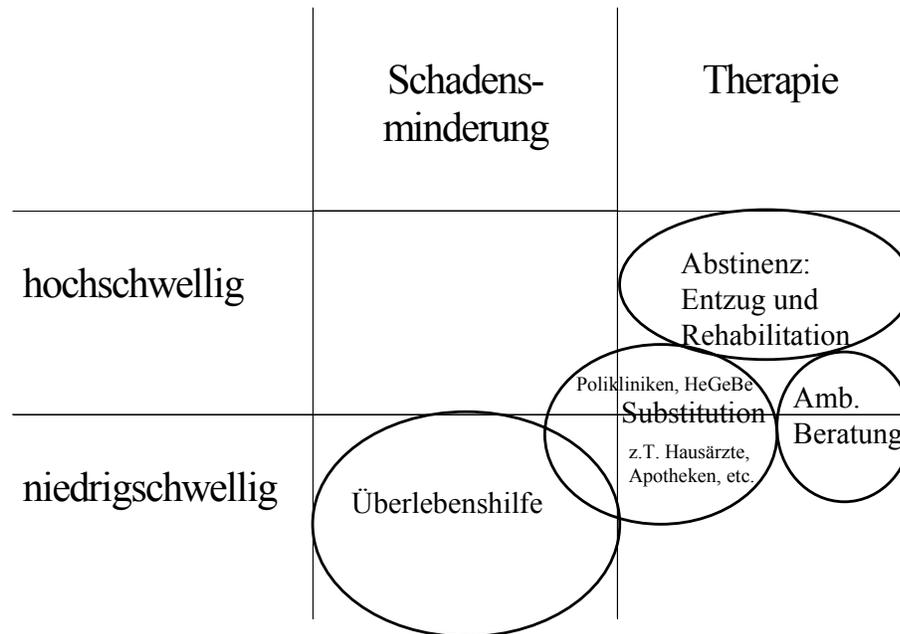


Abb. 3

Akzeptierende Drogenarbeit stellt neue Aufgaben an die Qualifikation der Fachkräfte. Sie setzt insbesondere die Fähigkeit zur Empathie und einen nicht fordernden, nicht verurteilenden Kommunikationsstil voraus.

Es wird ein Verständnis von Sucht vorausgesetzt, das sich nicht am Krankheitsmodell orientiert:

„Sucht ist ein wesentlicher und nicht wegzudenkender Bestandteil unserer Gesellschaft; weniger im engen Sinne von Krankheit, sondern als Synonym für intensives z.T. unreflektiertes, zwanghaftes Handeln, das aber letztlich auch Funktionalitäten, Vorteile aufweist, die uns Sicherheit, Struktur, kurz: Sinn im Alltag geben.“(Stöver 1999, S. 18)

Im Gegensatz zu anderen Autoren, die postulieren, dass das Krankheitsmodell innerhalb des Ansatzes der Risikominderung nicht besonders störend sei, sofern es nicht andere gesellschaftliche Dimensionen des Drogenkonsums völlig ausblende (vgl. Schneider / Weber 2000, S. 365), weist Stöver im obigen Zitat auf die Sucht als ubiquitäres Phäno-

men hin und unterstreicht dabei die Bedeutung des zwanghaften Drogenkonsums für die subjektive Konstruktion von Sinn.

Auch wenn solche Stellungnahmen leicht als simple Apologie der Süchtigkeit (miss-?) verstanden werden können, verweist dieses Argument auf einen auch für Therapie und Drogenhilfe eminent wichtigen Sachverhalt. Begreift man das Phänomen Sucht als (missglückende) Suche nach Lebenssinn, nach Zugehörigkeit und nach einem positiven Lebensgefühl, stellt dies die Weichen für die Zielsetzungen jeglicher Art von Drogenhilfe. Es geht dann darum, auch während der Sucht zu spüren zu bekommen, dass das eigene Leben zählt und dass dessen Erhaltung anderen Menschen (inklusive den in der Drogenhilfe Beschäftigten) ein Anliegen ist. Dies kann den minimalen Boden an Selbstwertgefühl und an Selbstachtung geben, der zum Antizipieren weiterer Schritte (eventuell in Richtung Suchtfreiheit) nötig ist.

Dabei ist nicht zu vergessen, dass die psychoaktive Substanz oft auch „eine wichtige Rolle bei der Regulierung von Affekten, der Abwehr von Kränkungen und der Aufrechterhaltung des Selbstwertgefühls spielt.“ (op. cit., S. 21) Somit gilt es, bei der Verfolgung von Abstinenzzielen immer auch auszuloten, ob die produktiven und protektiven Wirkungen der Substanz im vorgesehenen therapeutischen Milieu entbehrlich sind oder ob zur Zeit der „Selbstschutz“ durch die Substanz (z. B. im Rahmen einer Substitutionsbehandlung) zur Aufrechterhaltung des psychischen Gleichgewichts noch unabdingbar ist.

„Drogenhilfe kann keinen Lebenssinn herstellen. Sie kann bestenfalls andere Blickrichtungen auf die Problematik anbieten, Handlungsalternativen aufzeigen, die aus dem Lebenskontext unter Einbeziehung vorhandener Ressourcen und Fähigkeiten generiert werden müssen.“ (Stöver 1999, S. 21)

Allerdings ist eine zufriedenstellende (vorläufige) Beantwortung der je eigenen Sinnfrage oftmals Voraussetzung für die Motivation zu einer entscheidenden Änderung im Lebensgefüge. Die Risiko mindernde Drogenarbeit kann dafür sorgen, dass der Drogenabhängige in einem gesundheitlich und sozial insofern akzeptablen Zustand an diesen Punkt kommt, als dass sich eine Änderung für ihn subjektiv (noch) lohnt und die Hoffnung auf eine bessere Lebensperspektive berechtigt scheint.

Insgesamt haben die verschiedenen Angebote der Risikominderung und zur Überlebenshilfe wesentlich dazu beigetragen, dass die Drogenhilfe heute weit differenzierter, pluraler, reflektierter und weniger emotional und ideologisch besetzt und belastet ist als vor fünfzehn Jahren (vgl. op. cit., S. 10).

3.4. SELBST- UND FREMDBESTIMMUNG BEI DER INANSPRUCHNAHME VON DROGENHILFE

Risikomindernde Massnahmen sollen Drogenabhängigen nicht nur zu einem früheren Zeitpunkt innerhalb der Drogenkonsumkarriere, sondern auch ohne Voraussetzungen angeboten werden. Zusammen mit ihrer Einforderung werden auch mehr Klientenorientierung und weniger bevormundende Massnahmen propagiert. Der Klient wird als selbstverantwortlich und handlungskompetent verstanden, während der abstinenzorientierten Drogenhilfe unterstellt wird, sie sehe ihn vor allen Dingen als Defizitpersönlichkeit (Schneider / Weber 2000, S. 365).

Stöver greift auf die Anti-Psychiatrie-Bewegung zurück, um zu verdeutlichen, welchen Status eine akzeptierende Drogenarbeit ihren Klienten einzuräumen bestrebt ist:

„Als Vorbild sozialer Bewegung dienten [der akzeptierenden Drogenhilfe] Praxis und Politik der Anti-Psychiatrie-Bewegung, die traditionelle Strukturen vor allem von Definitionsmacht und Unmenschlichkeit aufgebrochen und so veränderbar gemacht hatten: Die Abkehr vom Prinzip stationärer (lebenslanger) Unterbringung, mit der die negativen Effekte der Institution auf die dort Internierten deutlich herausgestellt wurden, die Expertenmacht per Diagnose und Bestimmung des Therapieverlaufs bzw. der Verwahrung, die Verkrankung durch Sprache, die mangelhafte Transparenz, die Macht medikamentöser Ruhigstellung, der Objektstatus der Untergebrachten, insgesamt: die Produktion gesellschaftlicher Ausgrenzung.“(Stöver 1999, S. 12)

Der Autor setzt hier ausserordentlich mündige, zur Selbstbestimmung fähige Süchtige voraus. So wie das Gros der schwer psychisch Kranken von den Anforderungen der Anti-Psychiatrie-Bewegung überfordert war, so überfordert die Philosophie der akzeptierenden Drogenarbeit viele Klienten und Patienten. Die problematischen Konsumenten von Drogen werden in den seltensten Fällen nur deshalb zu Klienten des Hilfesystems, weil die Penalisierung sie in die Illegalität treibt. Die Probleme sind vielfältiger, was unter anderem an den hohen Prävalenzraten psychischer Komorbidität augenfällig wird.

Unter der oben geschilderten Sichtweise ist die einzige Rechtfertigung für die Gewährung von Hilfe ausschliesslich die vom Klienten selbständig artikuliert Bedürftigkeit (vgl. Schneider / Weber 2000, S. 367). Obschon eine sich an den Bedürfnissen des Klienten orientierende Behandlung und Betreuung heute glücklicherweise als Standard bezeichnet werden kann, darf man die Ausschliesslichkeit dieser „Kundenorientierung“ als problematisch bezeichnen.

Einerseits schränkt fortgesetzter süchtiger Konsum von psychotropen Substanzen nachweislich die Fähigkeit zu selbstbestimmtem Handeln ein, was u. a. auch in der Strafrechtspflege bei der Zumessung des Strafmasses für eine unter Betäubungsmittel- oder Alkoholeinfluss begangene Tat gebührend berücksichtigt wird. Andererseits schaden Drogenabhängige zuweilen nicht nur sich selbst, sondern manchmal auch anderen (Kriminalität, familiäre Komplikationen, Vernachlässigung eigener Kinder, etc.), was aus der Perspektive der öffentlichen Gesundheitspflege bei der Entscheidung für oder gegen eine Intervention ins Gewicht fällt.

Zwar räumt auch Stöver ein, dass Drogenabhängige selbst von einer Einschränkung ihrer freien Entscheidungsfähigkeit sprechen:

„Natürlich sagen auch manche Abhängige, dass sie ihren (sic) Willenskraft und ihre persönliche Entscheidungskompetenz verloren haben, doch dies vor allem, weil diese Erklärung von ihnen erwartet wird. (S. 20)

Allerdings unterstellt er hier, im Widerspruch zu seinem oben erwähnten Postulat vom selbstbestimmten (auch süchtigen) Individuum, dass das, was sie sagen, gar nicht das ist, was sie meinen, und damit wird er der eigenen Maxime der akzeptierenden Drogenarbeit, nämlich, dass der Klient in jedem Fall beim Worte zu nehmen sei, untreu.

Ein gewisser Druck von aussen kann unter Umständen auch die Veränderungsmotivation fördern. Wir wollen im Rahmen dieser Arbeit davon ausgehen, dass eine Festlegung, ob Selbstbestimmung für und innerhalb einer Intervention zwingend sei, nicht grundsätzlich möglich ist. Die Menschenrechte haben auch und besonders Geltung für hilfsbedürftige Drogenabhängige. Auf der anderen Seite gebietet die Erkenntnis, dass zu einer positiven Änderung im Lebensgefüge zuweilen auch etwas Druck von aussen notwendig ist, zur Vorsicht in Bezug auf apodiktische Aussagen zur Unstatthaftigkeit von konfrontativen Methoden in der Behandlung. Dasselbe gilt für die Initiierung von Therapien als Alternative zur Haftverbüssung. Diese „Therapie statt Strafe“ genannten Massnahmenverfügungen werden von den Verfechtern einer puristischen Linie der akzeptierenden Drogenarbeit ebenfalls abgelehnt.

Der Anteil an Massnahmeverfügungen in abstinenzorientierten therapeutischen Gemeinschaften ist und war oft hoch. In der therapeutischen Gemeinschaft der Stiftung „Le Tremplin“ in Fribourg, CH beispielsweise betrug er in den 90er Jahren des 20. Jahrhunderts um die 50%. Aber grundsätzlich sind gerichtliche Massnahmeverfügungen nach Artikel 44 StGB auch kein den Substitutionsbehandlungen und anderen nicht direkt abstinenzorientierten Hilfsangeboten fremdes Phänomen. Bei der untersuchten Po-

pulation dieser Studie beträgt der Anteil an Klienten mit Massnahmeverfügungen 15 Prozent (siehe auch unten, Kapitel 6.2.1.7).

Somit sind die Substitutionsbehandlungen, die gewissermassen auch schadenmindernde Komponenten beinhalten, mit dem Phänomen des durch äussere Instanzen aufgesetzten Drucks konfrontiert.

Andere Fremdbestimmungen betreffen die Rahmenbedingungen und die gesetzlichen Vorgaben der heroingestützten Behandlung und der Substitutionsbehandlungen. Diesen sind nicht nur die Klienten sondern auch das Behandlungs- und Betreuungspersonal unterworfen. Die Klienten selbst sind während der Therapie gewissen Regeln unterworfen, die teils für den reibungslosen Ablauf der Behandlung nötig sind, teils zum therapeutischen Konzept gehören.

So ist das Postulat der uneingeschränkten Selbstbestimmung in der Drogenhilfe nicht nur eine nicht einlösbare Utopie. Auch innerhalb des therapeutischen Prozesses kann es schnell zum Trugbild werden. Therapeutische Fachkräfte haben unter anderem die Aufgabe, den therapeutischen Prozess zu planen, vorzuzeichnen und zu verfolgen. Selbstverständlich erfolgt dies im Einvernehmen mit dem Klienten. Wo aber Therapie und Betreuung auch Konfrontation und Motivation zur Verhaltensänderung beinhalten, dort tritt zur Selbstbestimmung die Anleitung durch eine Expertenkraft hinzu (vgl. unten Kap. 5.), was nicht notwendigerweise immer zum Schaden der Betreuten geschieht.

3.5. DIE SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG

In der Schweiz sind Methadonbehandlungen seit 1978 dokumentiert (Falcato et al. 1999, S. 333). Im Jahre 1987 betrug die Zahl der Methadonpatienten hierzulande 1804. Im Jahre 1994 waren es 14'000, im Jahre 1999 16'000 Patienten/innen (BAG 2000b). Diese Zunahme ist eine direkte Folge der sich in der zweiten Hälfte der achtziger Jahre innerhalb der Population der Drogenabhängigen sprunghaft ausbreitenden HIV/AIDS-Epidemie. Als Reaktion darauf wurde der Grundwert des Schutzes des Lebens (Überlebenshilfe) zum Primat der Drogenhilfestrategien erklärt, was eine Abkehr von der alleinigen Orientierung am Abstinenzparadigma mit sich brachte (vgl. oben Kap. 3.3.). Die Zunahme der Patientenzahlen ist auch ein Beleg für die in den letzten fünfzehn Jahren tatsächlich erfolgte Medizinalisierung (siehe unten) der Drogenproblematik (vgl. Falcato 1999, S. 337).

Absicht und Zielsetzung dieses Unterkapitels ist es, die Entwicklung dieser Therapieform für Drogenabhängige aufzuzeigen. Besonderes Augenmerk wird dabei der die Opiatabgabe begleitenden psychosozialen Betreuung sowie der Frage der Therapiedauer gewidmet werden. Dabei wird aufgezeigt, inwiefern die traditionelle medizinische Betrachtungsweise dieses Themas in der Literatur nach und nach um die psychosoziale Komponente erweitert wurde. Insofern sind die nachfolgend referierten Arbeiten Spiegel einer Entwicklung, die in vielen Bereichen des Gesundheitssystems sichtbar wird.

Es ist die Entwicklung von einem ausschliesslich durch medizinische Paradigmen bestimmten Diskurs hin zu einer pluridisziplinären Auseinandersetzung, bei der die Sozial- und Verhaltenswissenschaften einen immer wichtigeren Platz einnehmen. Dies gilt um so mehr, wenn von lange dauernden Krankheiten wie der schweren Heroinabhängigkeit, die in den wenigsten Fällen durch kurzfristige medizinische Interventionen zu heilen sind, die Rede ist.

Die meisten wissenschaftlichen Publikationen zu diesem Thema sind unter medizinischem Blickwinkel geschrieben und in medizinischen Organen veröffentlicht worden. Dies gilt insbesondere für die frühen Arbeiten zur Substitutionstherapie zwischen ca. 1965 und 1985. Studien mit einem sozialwissenschaftlichen Ansatz sind seit Anfang der 90er Jahre hinzugekommen, stellen aber bis heute den umfangmässig kleineren Anteil dar. Weitaus die meisten Patienten in Substitutionsbehandlung werden mit Methadon behandelt. Entsprechend beziehen sich die meisten Untersuchungen auf dieses Segment, so dass Ward, Hall und Mattick (vgl. 1998, S. 221) festhalten, die Langzeitbehandlung mit Methadon sei die am umfassendsten erforschte Behandlungsform für Drogenabhängige.

In den letzten Jahren wurde immer wieder von der „Medizinalisierung“ des Umgangs mit Drogen gesprochen. Gemeint war die ärztliche Verschreibung von Substituten, meist vom Opiattypus (Methadon, Codein, Polamidon, pharmazeutisches Heroin, Buprenorphin). Eine Folge eben dieser Medizinalisierung war, dass sich mehr Drogenabhängige in Behandlung begaben. Nicht selten wurde festgestellt, dass die Verschreibung und Abgabe des Substituts nicht genügt. Defizite bei der sozialen Integration, psychische Erkrankungen, administrative Probleme, Beziehungsprobleme verschiedenster Art machten die Intervention von Fachleuten aus den jeweils zuständigen Bereichen nötig. Nur Wenige waren so kurzfristig anzunehmen, mit der Verschreibung eines Substituts allein verschwänden die Probleme aller Abhängigen.

Neben der Frage der Medizinalisierung versus interdisziplinäre Vernetzung ist eine andere Determinante für die Substitutionsbehandlung bestimmend. Es ist die Bewegung entlang der Achse hochschwierig – niedrighschwierig. Substitutionsbehandlungen werden in beiden Bereichen angeboten und durchgeführt (vgl. Abb. 3, Kapitel 3.3.).

Von Gegnern der Substitutionsbehandlung wird immer wieder ins Feld geführt, sie widerspräche jeder Logik. Sie verfare, als würde man einen Alkoholiker mit Alkohol therapieren. Von dieser Seite wird den Vertretern der Substitutionsbehandlung ein schwerer therapeutischer Fehler vorgeworfen.

Diese Verfechter einer ausschliesslich abstinenzorientierten Drogenhilfe übersehen zum Einen, dass es sehr wohl Situationen gibt, bei denen Alkohol auf ärztliche Verordnung an Alkoholiker abgegeben wird, wie beispielsweise vor Operationen oder auch längerfristig im Rahmen einer Krankenhausbehandlung (vgl. Uchtenhagen 2000, 397f.). Eine ambulante Substitutionstherapie wäre hier in keinem Falle nötig, weil für dieses Genussmittel ein kommerzieller Markt existiert.

Im Übrigen präsentiert sich die Situation für den Alkohol und für das Heroin in ganz unterschiedlicher Art und Weise. Die Tatsache, dass die körperliche Abhängigkeit vom Alkohol in der Regel viel leichter zu überwinden ist als diejenige von Heroin, wird bei einer solchen Argumentation ausser Acht gelassen. Der Entzug von Alkohol ist dementsprechend in den meisten Fällen mit weniger Komplikationen verbunden als der Heroinentzug, was dazu führt, dass diese Intervention bei Alkoholabhängigkeit öfter die Therapie der Wahl ist.

Heroin hat nicht nur die Eigenschaft, den körperlichen Entzug durch seine besondere Beschaffenheit schmerzhaft und mühsam zu gestalten. Die mit der Beschaffung und dem Konsum des Heroins zusammen hängenden Umstände verschlimmern bereits die Situation des Drogenabhängigen. Der Drogenabhängige muss sich in aller Regel ver-

schulden oder er begeht Eigentumsdelikte, um den Konsum zu finanzieren. Diese Beschaffungskriminalität erschwert eine spätere Rehabilitation. Durch die Streckmittel im Heroin entstehen weitere Gesundheitsrisiken, was auch für unsterile Injektionstechniken gilt. Diese betreffen die Gefahr von tödlichen Überdosierungen, von Herzklappenfehlern, von Entzündungen, Abszessen und Blutvergiftungen. Durch das Ausüben einer illegalen Tätigkeit fällt der Heroinsüchtige auch schneller aus dem sozialen Gefüge heraus und wird auffällig. Unterbruch der Ausbildung und Verlust des Arbeitsplatzes, das Zerbrechen familiärer Bande und von Partnerschaften sind die Folgen.

Drogenabhängige können in vielen Belangen schneller und konsequenter Gefahren ausgesetzt sein als Alkoholranke. Ein Gesundheitssystem, das seine Verantwortung für diese besonders gefährdete Gruppe wahrnimmt, muss deshalb auch Hilfen anbieten, um das Überleben sicher zu stellen und Gesundheit und Lebensqualität noch während der Suchtphase zu verbessern.

Dies geschieht auch mittels der Substitutionsbehandlung, die in verschiedenen Strukturierungsgraden angeboten wird.

Hochschwellig: Die Behandlungsdienstleistung ist mit Auflagen verbunden: Erfüllen von Teilnahmevoraussetzungen, Abklärungen, Wartefristen, Bereitschaft zur regelmäßigen Teilnahme an Programmelementen. Das Substitut ist hier „Pfand“, eine Erleichterung für den Patienten, die im Tausch gegen Kooperation und Veränderungsbereitschaft abgegeben wird. Die Behandlung ist durchstrukturierter, facetten- aber auch anforderungsreicher als bei der niedrigschwelligen Methadon-Erhaltungstherapie. Die gesamten HeGeBe-Therapien in der Schweiz können als hochschwellig bezeichnet werden.

Niedrigschwellig: Ausser der Tatsache, heroinsüchtig zu sein, werden wenig Auflagen gemacht. Beschaffungskriminalität und –stress werden vermieden. Dem Patienten wird es ermöglicht, der Sucht in einer medizinalisierten Art und Weise nachzugehen. Der Arzt hat die Verantwortung über die Dosierung, aber nicht den Anspruch, den Patienten zu weiteren therapeutischen Schritten zu bewegen. Einige Vertreter des niedrigschwelligen Ansatzes sehen diesen auch als Eintrittspforte in ein besser strukturiertes Behandlungsprogramm, das abstinenzenorientiert sein kann, aber nicht muss.

Die ärztliche Verschreibung von Heroin an Süchtige ist – historisch gesehen – älter als die heute in Sachen Substitutionsbehandlung als „gold standard“ geltende Methadonbehandlung. Im Folgenden soll zuerst über eine medizinhistorische Arbeit (Musto / Ramos 1981) und über den ersten dokumentierten klinischen Versuch mit Methadon (Dole / Nyswander 1965) an das Thema herangeführt werden.

In den 80er und 90er Jahren des 20. Jahrhunderts sind verschiedene Arbeiten zur Bedeutung der Methadonbehandlung innerhalb der Drogentherapien verfasst worden. Ihnen wird im entsprechenden Unterabschnitt Rechnung getragen werden. Auch die aktuellsten Übersichtsarbeiten werden hier berücksichtigt.

3.5.1. Die Anfänge

Substitution von Opiatsüchtigen mit Morphin und Heroin wurde in den USA in der Zeit zwischen 1915 und 1920 in einzelnen Bundesstaaten praktiziert.

Dies wurde möglich vor dem gesellschaftspolitischen Hintergrund der sogenannten „Progressive Era“. Mit diesem Begriff wird in der US-amerikanischen Geschichtsschreibung die Zeit zwischen 1901 und 1921 (Amtszeiten der Präsidenten Theodore Roosevelt, William Howard Tafts und Woodrow Wilson) umschrieben. Diese Epoche war von zahlreichen Reformen zu Gunsten der ärmeren Bevölkerungsschichten und vom Bestreben, die natürlichen Ressourcen zu schützen und zu erhalten, gekennzeichnet (vgl. Adams 1977, S. 267-275).

Im Rahmen einer medizinhistorischen Arbeit, die auf den Akten von 91 Patienten⁸ einer Substitutionsklinik mit Morphinverschreibung in New Haven, Connecticut, beruht, machen die Autoren (Musto / Ramos 1981) Angaben zur Soziodemographie und zum sozioökonomischen Status und analysieren 40 Todesscheine der erwähnten Population. Die Lebensdauer dieser Patienten lag 13 Jahre unter der durchschnittlich zu erwartenden Spanne, was die Autoren aber nicht der Drogenabhängigkeit, sondern dem niedrigen sozioökonomischen Status der Untersuchten attribuieren. Aufgrund der Tatsache, dass lediglich auf drei Todesurkunden die Verstorbenen als Drogenabhängige bezeichnet wurden, schliessen die Autoren, dass die meisten von ihnen nach Schliessung der Morphinverschreibungsklinik geheilt wurden oder dass Autoremissionen stattfanden. Keiner der untersuchten Todesfälle trat aufgrund einer Überdosis auf, woraus die Autoren die mehr als gewagte Schlussfolgerung ziehen, dass die Schliessung der besagten Klinik zusammen mit einem gleichzeitigen entschlossenen staatlichen Vorgehen gegen Ärzte, die Opiate an Süchtige verschrieben, manche Drogenabhängigkeit auf effiziente Art und Weise beendet haben könnten⁹.

⁸ Die Autoren nennen die Hilfesuchenden bezeichnenderweise „patrons“, was im Englischen so viel wie (Stamm-)Kunden bedeutet.

⁹ Zur Untermauerung dieser These führen die Autoren das Beispiel der in den sechziger und siebziger Jahren aus Vietnam zurückkehrenden amerikanischen Soldaten an. Viele von ihnen wurden in Vietnam heroinabhängig, wovon die überwiegende Mehrheit den Heroinkonsum nach ihrer Rückkehr aufgab. Dieses Argument, das mehr assoziativer Natur ist, als dass es einen Analogieschluss begründen würde,

Die Schlussfolgerungen können aufgrund der untersuchten Daten unmöglich als gesichert gelten. Genauere Angaben über die Art und Weise der Beschaffung der Todesurkunden und über die gängige Praxis bei der Ausstellung derselben fehlen. Diese Angaben hätten allenfalls eine bessere Beurteilung der Verlässlichkeit des Datenmaterials ermöglicht.

Eine eventuelle medizinische oder rehabilitative Begleitbehandlung wird nirgends erwähnt und war offensichtlich auch nicht vorgesehen. Die Klinik in New Haven wurde im Mai 1920 im Zuge der Zunahme von zentralstaatlichen prohibitiven Einflüssen geschlossen. In anderen Teilen der USA gab es ähnliche Kliniken. Die letzte wurde 1925 geschlossen.

Dank eines kleinen Exkurses der Autoren über andere Substitutionskliniken erfahren wir, dass in New York zwischen April 1919 und März 1920 in der dortigen Klinik an insgesamt 6579 Personen Heroin verschrieben und verabreicht wurde. Da in der dortigen Szene ab 1912 das Heroin das Morphin zu verdrängen begonnen habe (vgl. S. 1075), hätten die städtischen Behörden es als „Köder“ („bait“, S. 1075) benutzt, um die Abhängigen in eine Behandlung zu bringen. Allerdings werden auch hier keine Angaben dazu gemacht, worin die Behandlung über die Heroinverschreibung hinaus bestand. Daraus muss geschlossen werden, dass die Substitutionsprogramme in den USA zu Beginn des 20. Jahrhunderts lediglich darauf abzielten, das Surrogat für das Suchtmittel zu liefern, um Kriminalität und Kleinhandel zu eliminieren. Die Entstehungszusammenhänge der Sucht waren damals noch weitgehend unerforscht, und Ansätze der psychosozialen Betreuung unbekannt. Therapie hiess zu jener Zeit Entzug, der in Krankenhäusern durchgeführt werden konnte.

Danach wurde es über lange Zeit still um die Substitution von Opiatabhängigen, bis Dole und Nyswander (1965) über ihre Erfahrungen mit der Behandlung von 22 Patienten¹⁰ mit dem synthetischen Opiat Methadon¹¹ berichteten. Dole und Nyswander heben hervor, dass es sich zur Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger aus zwei Gründen viel besser eigne als die zu Beginn des Jahrhunderts verwendeten Substanzen Morphin und Heroin. Einerseits ist Methadon eine oral zu verabreichende Substanz, deren Konsum mit weniger Risiken als der des parenteral applizierten Morphins oder Heroins ver-

kann so nicht aufrechterhalten werden. Das entscheidende Moment für die Aufgabe des Heroinkonsums durch die ehemaligen Vietnam-Soldaten war der geänderte soziale und kulturelle Kontext, der im Gegensatz dazu für die Morphinabhängigen in New Haven nach Schliessung ihrer Klinik derselbe blieb.

¹⁰ Bei Dole und Nyswander werden die Nutzniesser der Methadonbehandlung nun tatsächlich als Patienten bezeichnet, was implizit auch die Annahme, dass es sich bei Opiatabhängigkeit um eine Krankheit handle, voraussetzt.

bunden ist. Andererseits macht die Tatsache, dass es sich bei Methadon um ein lang wirkendes Opiat (Halbwertszeit im Blut ca. 24 Stunden) handelt, lediglich eine einzige tägliche Applikation, die unter ärztlicher Aufsicht erfolgen kann, notwendig. Das Problematische an den Morphin- und Heroinabgabestellen zu Beginn des 20. Jahrhunderts war für Dole und Nyswander das Dilemma zwischen der Gefahr des Missbrauchs (Weiterverkaufs) bei der Mitgabe von Tagesdosen einerseits und – falls man dies verhindern wollte - dem riesigen Personalaufwand, verbunden mit einer fast vollständigen Determinierung des Tagesablaufs der Patienten/innen bei Applikation aller täglichen Dosen in der Abgabestelle:

„Projected into large-scale treatment, a medical use of short acting narcotic drugs would require dispensaries staffed to give thousands of injections per day, with rooms or park benches in the neighbourhood for addicts to wait between shots. Alternatively, physicians would have to yield control of drug administration to the addicts themselves. Neither alternative is acceptable. With methadone, however, the situation is much different since patients can be stabilized with a single daily dose, taken orally, under medical control.” (S. 84)

Ausgehend von der Feststellung, dass bloße Abgabe von injizierbaren Opiaten zur Selbstapplikation, wie sie während des erwähnten Zeitraums praktiziert wurde, nur von wenigen Ärzten als adäquate klinische Praxis anerkannt würde, zeigen die beiden Autoren in ihrer Analyse von 22 während ein bis fünfzehn Monaten behandelten Patienten auf, inwiefern die ärztliche Verschreibung von Methadon, eingebettet in eine begleitende Behandlung aller relevanten somatischen und sozialen Aspekte, ermutigende Ergebnisse zeitigt.

Zur Einstellung auf das Methadon wurden die Patienten/innen während der *ersten Behandlungsphase*, die sechs Wochen dauerte, auf einer offenen Abteilung des Krankenhauses stationär untergebracht. Während dieser Zeit fand eine vollständige somatische, psychiatrische, soziale und berufliche Abklärung statt. Eventuell notwendige berufsintegrierende Aktivitäten konnten bereits aufgenommen werden.

Während der *zweiten Phase* wurden die Patienten entlassen und kamen täglich zur Einnahme des Methadons und zur Abgabe einer Urinprobe in die Klinik. Die Mitgabe von Wochenend- oder Ferienrationen wurde nach einigen Monaten möglich. Die von den Patienten während dieser Phase am meisten in Anspruch genommenen Dienstleistungen bestanden aus Hilfestellungen in den Bereichen Arbeit, Wohnen und Aus-/Weiterbildung.

¹¹ Methadon war gegen Ende des 2. Weltkrieges von deutschen Chemikern entwickelt worden, um den

Die *dritte Phase* war erreicht, wenn der Patient sozial so weit integriert war, dass er selbständig für seinen Lebensunterhalt aufkommen konnte. Zwei Patienten von Dole/Nyswanders Kohorte befanden sich in dieser Phase, und zwar nach einer Therapiedauer von 10 respektive 11 Monaten. Die Autoren haben bewusst darauf verzichtet, eine Höchstdauer für ihre Therapie festzulegen. Im Gegenteil postulieren sie eine Medikation, die im Extremfall – analog zur künstlichen Insulinzufuhr für Diabetiker – lebenslang fortgeführt werden könne.

Als signifikantestes Resultat ihrer Untersuchung sahen die Autoren das Verschwinden des „Drogenhungers“ („...narcotic hunger...“ S. 82) unter Methadon. Die Fälle illegalen Heroinkonsums während der Behandlung waren rar, und die Patienten stellten fest, dass die euphorisierende Wirkung des Heroins unter Methadon ausblieb, was sie davon abhielt, den Heroinbeikonsum zu wiederholen. Sie rieten im Gegenteil ihren Mitpatienten von solchen unerfreulichen Erfahrungen ab (vgl. op. cit., S. 83).

Dole und Nyswander haben manifest psychotische Patienten/innen und Polytoxikomane bewusst von ihrer Methadonbehandlung ausgeschlossen. Heute ist aufgrund neuerer Studien bekannt (vgl. z.B. Sciaca / Thompson 1996; Frei / Rehm 2002), dass ein nicht unerheblicher Teil der Heroinabhängigen zusätzlich an einer psychischen Erkrankung leidet. Viele missbrauchen auch andere Substanzen wie Alkohol, Kokain und Medikamente. Gerade diese Patienten/innen neigen innerhalb von Substitutionsbehandlungen ganz besonders zur Instabilität. Insofern weist die von Dole und Nyswander untersuchte Population einen Selektionsbias auf. Ausserdem ist das Patientenkollektiv zu klein, um auf seiner Grundlage statistisch relevante oder gar verallgemeinernde Aussagen machen zu können.

Als Gesamtschau von 22 kasuistischen Studien behält diese frühe Arbeit aber auch heute durchaus ihren Wert. Dole und Nyswander haben als Pioniere der Methadonsubstitution einen Weg für weitere Studien, die differenzierter auf einzelne Teilaspekte der Behandlung eingingen, geebnet. Im Gegensatz zu späteren Arbeiten wurde hier auch nicht in arbiträrer Art und Weise eine Tageshöchstdosis festgesetzt.¹² Die tägliche Methadondosis wurde den individuellen Patientenbedürfnissen angepasst und bewegte sich zwischen 10 und 180 mg. Damit, und mit der Betonung der Bedeutung von sozialer Unterstützung für die Patienten/innen, wurden Dole und Nyswander zu den Wegbereitern der modernen Langzeitsubstitution von Heroinabhängigen. Die Entwicklung von ambulan-

wegen zahlreichen Kriegsverletzten enorm gestiegenen Bedarf an Analgetika besser decken zu können.

¹² Zahlreiche Methadon- und Heroinsubstitutionsstudien kranken daran, dass es sich bei den verabreichten Behandlungen höchstens um Opiatteilsubstitutionen handelt (vgl. z.B. Hartnoll et. al. 1980; Cacciola et.

ten Behandlungsansätzen mit Substitution für nicht nur sozial benachteiligte, sondern im besonderen Masse auch psychiatrisch komorbide und polytoxikomane Patienten/innen blieb späteren Klinikern vorbehalten.

3.5.2. Neuere Untersuchungen

Die Studien von Dole und Nyswander werden in späteren Untersuchungen immer wieder als Grundlage der modernen Substitutionsforschung zitiert. Mitte der 90er Jahre erschien im British Medical Journal (Farrell et al. 1994) eine Literaturanalyse, die einen Überblick über die Forschung im Bereich Methadonbehandlung seit der Zeit von Dole und Nyswander lieferte. Unter anderem wird referiert, dass in der Literatur die Frage nach dem wichtigsten aktiven Bestandteil der Methadonsubstitution aufgeworfen wird. Ist es die kontrollierte Verabreichung eines starken Opiates, oder sind es Beratung und Programmstruktur, die die Wirksamkeit dieser Behandlung ausmachen? Farrell et. al. kommen zum Schluss, dass es in der Literatur Belege dafür gebe, dass das Ausmass an Beratung und sozialen Diensten positiv mit dem Behandlungsergebnis korreliere. Dasselbe gelte für ärztliche Dienste.

Eine andere Übersicht über die bisherigen Erkenntnisse zum Thema und über die Praxis der Methadonverschreibung weltweit bietet der Methadonbericht des Bundesamtes für Gesundheitswesen (BAG 1995).

Daraus wird ersichtlich, dass in der Schweiz – wie in anderen Ländern – die Methadonsubstitution entweder als Langzeitbehandlung oder als Entzugsunterstützung für eine kurze Zeitdauer angeboten wird. Die referierten Evaluationen werden dahingehend kommentiert, dass Kurzzeitbehandlungen häufig in Langzeitbehandlungen übergangen. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung ist die (Langzeit-) Substitution mit verschiedenen Substanzen das Thema und nicht die Entzugsunterstützung bei direkt angestrebter Abstinenz.

Im genannten Bericht werden auch die **Ziele der Behandlung mit Methadon** zusammengefasst (vgl. S. 96). Angestrebt werde die Wiederherstellung der körperlichen und psychischen Gesundheit sowie die soziale Wiedereingliederung einschliesslich Erlangen der Arbeitsfähigkeit. Dazu brauche es eine längerfristige Betreuung, welche die kontrollierte Einnahme des Heroinersatzes zu begleiten habe. Eine weitere Zielsetzung bestehe in der HIV-Prävention. Ausserdem eigne sich Methadon ebenfalls als sicherstes Mittel für den Opiatentzug.

al. 2001). Dies verfälscht die Ergebnisse insbesondere im Hinblick auf den Beikonsum und die soziale

Für diesen Bericht wurde neben einer Literaturanalyse auch eine Umfrage bei den schweizerischen Suchtberatungsstellen durchgeführt. Von den 41 Beratungsstellen, die angaben, Methadonprogramme zu begleiten, wurden zum Erhebungszeitpunkt insgesamt 2077 Methadon-Klienten/innen betreut. Psychosoziale Betreuungsgespräche wurden von 1016 Klienten/innen (48.9%) frequentiert, Paar-/Familientherapiegespräche von 154 Klienten/innen (7.4%) und Gruppentherapiesitzungen von 49 Personen (2.4%). In aller Regel finden die PSB-Gespräche im wöchentlichen bis monatlichen Rhythmus statt. Im Rahmen des Berichts wurde nicht diskutiert, inwiefern diese Zahlen Angebot- oder Nachfrage-bedingt sind. Psychosoziale Betreuungsgespräche wurden von 95% der Beratungsstellen angeboten, Paar-/Familientherapie von 66% und Gruppentherapie von 20% (vgl. op. cit., S.49).

Im Weiteren fasst der Bericht die bisherigen Evaluationen zu Methadonbehandlungen zusammen:

Die wichtigsten Veränderungen erzielten die Patienten im ersten Behandlungsjahr. Während der darauf folgenden ein bis zwei Jahre finde eine Stabilisierung statt. Bei einer Behandlungsdauer ab vier Jahren erhöhe sich das Risiko für eine sekundäre Chronifizierung und Invalidisierung (vgl. op. cit., S. 72). Dem muss entgegengehalten werden, dass durch ein zu frühes und schlecht vorbereitetes Beenden der Therapie die erlangte Stabilisierung wiederum gefährdet werden könnte. Dies gilt insbesondere bei schwer abhängigen Patienten mit nur geringen persönlichen und sozialen Ressourcen.

Die am häufigsten genannten positiven Ergebnisse der Therapie sind der Rückgang der Kriminalität und des Konsums von Heroin und (in geringerem Masse) von anderen psychotropen Substanzen sowie Zunahme des Anteils an Erwerbstätigen. Unterschiede im Behandlungsergebnis werden mit den Patientencharakteristika und der Qualität des therapeutischen Angebots in Zusammenhang gebracht (vgl. op.cit., S. 97)

Als Nebenwirkungen, die auf den Konsum des Methadons zurückzuführen sind, werden bei Minderheiten der Patienten Verstopfung, Schlafstörungen und Schwitzen ausgemacht. Fast ausnahmslos seien diese Nebenwirkungen aber milder Natur, bei Dosisanpassung reversibel und sie führten praktisch nie zum Abbruch der Behandlung. (vgl. ibid.)

Der Bericht des Bundesamtes geht insgesamt recht sparsam mit normativen Aussagen um. Auf diesem Gebiet wird in der Schweiz die Reglementierung zum grössten Teil den

einzelnen Kantonen überlassen. Um so mehr fällt die folgende Formulierung auf, die den bei der vorliegenden Arbeit interessierenden Aspekt miteinbezieht:

„Im Verlaufe der Behandlung soll eine psycho-soziale Stabilisierung erreicht werden, die eine wesentliche Voraussetzung für einen Ausstieg aus der Opiatabhängigkeit darstellt.“ (op. cit., S. 97)

Diese Aussage legt nahe, dass auch die Langzeitsubstitution mit Methadon eine zeitlich befristete Therapie sei. Über die vorzusehende Therapielänge werden allerdings keine verbindlichen Aussagen gemacht. Auch nach mehrjährigem Verlauf würden noch Verbesserungen erzielt, wobei nach drei bis vier Jahren die Chancen für eine Verbesserung deutlich abnehmen (vgl. op. cit., S. 104 sowie oben).

Die zeitliche Befristung der Therapie wird auch von einer Expertengruppe zur Erstellung von Methadon-Standards in Deutschland unterstützt (vgl. Bühringer et al. 1995). Die Idee, dass Drogenabhängige einen Lebensweg bewusst wählen können, der über unbegrenzte Zeit den Erhalt von Methadon ohne therapeutische Zielsetzung sichergestellt, lehnen die Autoren ab. Vielmehr sei die Substitution integrierter Bestandteil eines umfassenden Konzepts für die Behandlung von Drogenabhängigen, das medizinische, psychotherapeutische und soziale Massnahmen einschliesse (vgl. op. cit., S. 4).

Im Methadonbericht des BAG wird des weiteren festgestellt, dass ein Quervergleich der Methadonbehandlung mit anderen (abstinenzorientierten) therapeutischen Angeboten schwierig sei, da sich die entsprechenden Patientengruppen in Bezug auf soziodemographische Charakteristika und Suchtverlauf unterschieden, woraus geschlossen werden müsse, dass diese Behandlungsform zum Teil andere Heroinabhängige als abstinenzorientierte Programme anzusprechen vermöge (vgl. BAG 1995, S.97).

In ihrer Übersichtsarbeit stellen Ward et al. (1999) fest, dass seit den sechziger Jahren, als die Methadonbehandlung von Dole und Nyswander erstmals dokumentiert und als Langzeittherapie mit genügend hoher Dosis an Methadon und mit intensiven rehabilitativen Dienstleistungen positioniert wurde, sich die Zielsetzungen, im besonderen in den USA und in Australien, in Richtung Abstinenz von allen Opiaten, inklusive Methadon, verändert hätten (vgl. op. cit., S. 221). Heute gilt die Opiatfreiheit auch in Europa und im besonderen in der Schweiz als das letztlich zu erreichende Ziel der Methadonlangzeitbehandlung (MLB) (siehe oben)¹³.

¹³ Die Tatsache, dass mit der MLB nicht auf direktem Weg vollständige Drogenfreiheit angestrebt wird, hat in der Vergangenheit zu zahlreichen ethisch und ideologisch motivierten Debatten geführt. Gegner und Kritiker haben den Befürwortern dieser Behandlungsform Suchtverlängerung vorgeworfen. Ausserdem setze diese Art von Behandlung das falsche Signal, indem insinuiert werde, Opiatabhängigkeit sei

Im Rahmen der MLB sollen laut Krausz et al. (1999, S. 646) im einzelnen folgende Ziele erreicht werden:

- 1) Stabilisierung des körperlichen Gesundheitszustandes und Vermeidung von somatischen Komplikationen bei vorbestehenden chronischen Erkrankungen wie Aids, Hepatitis, o. ä.
- 2) Vermeidung von Entzugssyndromen
- 3) Stabilisierung des psychischen Gesundheitszustandes
- 4) Vermeidung von Komplikationen im Rahmen von Schwangerschaften
- 5) Stabilisierung der sozialen Situation

Die Autoren binden diese Ziele direkt an die Verabreichung des Drogensatzstoffes (Methadon). Es darf aber angenommen werden, dass zur Erreichung mehr nötig ist als die Verschreibung eines Opiates (mit Ausnahme von Punkt 2). Hier kommen wir zur Frage zurück, welche Elemente der Behandlung (Pharmakotherapie, medizinische und soziale Begleitbehandlung) welche Wirkungen zur Folge haben.

In ihrer neuen Übersichtsarbeit über die internationale Literatur zur Methadonsubstitution gehen Van Beusekom und Iguchi (2001) auch auf die Bedeutung der psychosozialen Begleitbetreuung ein. Sie referieren unter anderem eine Forschungsarbeit, welche die AIDS-präventive Wirkung der Methadonbehandlung untersucht hatte:

„They state that methadone maintenance treatment in itself is not sufficient to prevent addicts from getting HIV, even though methadone is supposed to keep people from injecting heroin, but when it is given in a sufficiently high dose and is accompanied by psychosocial care, it does prevent people from getting HIV-infection. They remark that the psychosocial element of treatment seems to be more important than the methadone itself.“ (op. cit., S. 16) [Referenz: Loo et al. 1995]

Parallel dazu verfassten Rehm und Uchtenhagen (2001) eine Übersichtsarbeit zur schweizerischen Methadontherapie-Literatur seit 1995. Zwar bemängeln sie, dass aufgrund der bisherigen Studiendesigns die differentiellen Beiträge von PSB und Methadonmedikation zum Behandlungsergebnis nicht quantifiziert oder getrennt werden

derart harmlos, dass sie kontrolliert mit staatlicher Verschreibung betrieben werden könne. Dem halten die Befürworter entgegen, dass mit der MLB einige wichtige Zwischenziele auf dem Weg zur Abstinenz erreicht werden könnten. So werde der Abhängige überhaupt erst in die Lage versetzt, eine eventuelle spätere Abstinenz ins Auge zu fassen. Andere argumentieren demgegenüber, dass Opiatsucht eine Stoffwechselerkrankung sei, die die Notwendigkeit lebenslanger Opiatzufuhr zur Folge habe.

könnten. Doch auch sie sind der Auffassung, dass die Wirkungen von MLB keineswegs nur als Ergebnis der Methadonabgabe verstanden werden können:

„Die positiven Ergebnisse der Methadonsubstitution in der Schweiz (psychosoziale Stabilisierung, Prävention von Infektionskrankheiten, Verbesserung medizinischer Werte) sind somit das Ergebnis von Substitution **plus** psychosoziale Mindestbetreuung, wobei die differentiellen Beiträge der Einzelfaktoren aufgrund der vorzufindenden Therapie- und Beratungsgewohnheiten und der daraus abgeleiteten Studiendesigns nicht quantifiziert oder getrennt werden können. Dabei wird im allgemeinen davon ausgegangen, dass die Vergabe von Methadon bei einigen PatientInnen erst den Zugang und damit eine nachfolgende psychosoziale Betreuung ermöglicht (z.B. Galliker 2000), mithin also der volle Therapieerfolg sich erst bei einer Kombination beider Massnahmen einstellt.“ (op. cit., S. 29; Hervorhebung im Original)

Die MLB hat sich in zahlreichen entwickelten Ländern durchgesetzt, da sie zu einer beeindruckenden Reduktion von HIV-Infektionen und von anderen gesundheitsschädigenden Folgen der Heroinabhängigkeit beiträgt. Dies hat dazu geführt, dass seit Mitte der neunziger Jahre Fachkräfte und Wissenschaftler der meisten europäischen Länder diese Behandlungsform zumindest teilweise anerkennen (vgl. Krausz 2000, S. 1).

Unter den Prämissen, dass es sich bei der Heroinabhängigkeit um eine chronische Erkrankung handeln kann (vgl. Kapitel 2.4.4.) und dass unter Drogenabhängigen sehr viele psychisch komorbide und zu einem gewissen Teil auch durch sexuelle Missbrauchserfahrungen traumatisierte Menschen anzutreffen sind (vgl. Hošek 1995), stellt sich die Frage, wie eine Begleitbehandlung zur Substitutionstherapie beschaffen sein muss, um diesen Sachverhalten gebührend Rechnung zu tragen. Auch der häufig berichtete Beikonsum von anderen psychotropen Substanzen stellt die MLB vor grosse Herausforderungen.

Diese Thematik wird im Rahmen des 5. Kapitels detailliert behandelt werden. Zuvor jedoch soll im nächsten Kapitel die HeGeBe einer genauen Analyse unterzogen und ihre Verortung innerhalb der Substitutionstherapien geklärt werden.

4. DIE HEROINGESTÜTZTE BEHANDLUNG

„Ich verdanke dieser Behandlung viel, fast das Leben, möchte ich sagen.“ Jürg K., HeGeBe-Patient, 30 Jahre

In der Schweiz, wo der Begriff heroingestützte Behandlung (HeGeBe) geprägt wurde, wird diese Interventionsform innerhalb der Drogenpolitik des Bundes zur Säule Therapie gezählt. Dabei könnte man HeGeBe durchaus auch als Teil der akzeptierenden Drogenarbeit bezeichnen, insofern als das direkte Anstreben von Abstinenz keine Voraussetzung für die Aufnahme dieser Behandlung ist.

Sie ist aber nicht niedrigschwellig. Die Zugangsschwelle ist im Gegenteil durch die zahlreichen Abklärungen, Anamnesen und durch das Einholen der Bewilligung recht hoch. Das gesamte Aufnahmeverfahren kann für die künftigen Patienten bis zu vier Wochen dauern. Und auch nach der Aufnahme ist die Teilnahme an der HeGeBe mitnichten verpflichtungsfrei. Neben dem Einhalten von Öffnungszeiten und Hausregeln, die für einen reibungslosen Betrieb notwendig sind, hat sich jeder Patient einer minimalen ärztlichen und psychosozialen Behandlung und Betreuung zu unterziehen.

HeGeBe betreibt zwar Risikominderung (teilweise palliative Behandlung), geht aber in ihren Zielen, Methoden und Verbindlichkeiten weit darüber hinaus (vgl. Abb. 3, Seite 40): Der mit dem Patienten erstellte Behandlungsplan mit individuellen Zielen muss laut gesetzlicher Vorgabe mindestens vierteljährlich überprüft werden, die Bewilligung für die HeGeBe ist zwei Jahre gültig, und ein Gesuch um Verlängerung muss unter Bilanzierung des bisherigen Therapieverlaufs dokumentiert werden.

In der Schweizer Presse wurde die HeGeBe vereinzelt für den massiven Rückgang der Todesfälle durch Überdosierungen ab 1995 verantwortlich gemacht. Obschon die HeGeBe sicherlich einen Beitrag dazu geleistet hat, ist es fast unmöglich, diesen Rückgang als Folge einer einzigen Massnahme zu sehen. Innerhalb eines Jahres nach Beginn der Versuche zur Verschreibung von Betäubungsmitteln im Jahre 1994 wurden die offenen Drogenszenen in den Schweizer Städten geschlossen. Zahlreiche Einrichtungen der Überlebenshilfe und die Ausweitung der Methadonprogramme trugen ihrerseits zu einer Entschärfung der Situation bei.

Eine Besonderheit an HeGeBe scheint zu sein, dass sie zwar Risiken minimiert und Überleben sichert, aber gleichzeitig auch (wie beispielsweise therapeutische Wohngemeinschaften) Verhaltensänderungen vom Patienten einfordert: Das Substitutionsmedi-

kament muss meist mehrmals täglich im Behandlungszentrum appliziert werden, was einen erheblichen Einfluss auf die Strukturierung des Alltags hat, und der Behandlungsplan zwingt den Patienten, über seine Situation und mögliche Veränderungen zumindest aktiv und professionell begleitet nachzudenken.

Nur wenige Länder verfügen über Erfahrung in der Behandlung von Drogenabhängigen mit Heroin. Pharmazeutisch reines Heroin als Substitut für Strassenheroin wird aktuell weltweit nur in Grossbritannien, in den Niederlanden, Deutschland und in der Schweiz an Heroinabhängige verschrieben. Während aus Grossbritannien, den Niederlanden und der Schweiz publizierte Forschungsergebnisse vorliegen, sind von den im Jahre 2002 angelaufenen deutschen Versuchen noch keine Resultate veröffentlicht worden.

Die vorliegenden Studien aus Grossbritannien (vgl. Hartnoll 1980; McCusker / Davies 1996) und den Niederlanden (vgl. CCBH 2002) sind mit den Schweizer Erfahrungen nur bedingt zu vergleichen, weil dort zwar auch – wie in der Schweiz - zusätzlich zur Substitution mit Heroin verschiedene Begleitmassnahmen angeboten wurden, die Teilnahme daran aber nicht verpflichtend zur Erhaltungstherapie gehörte und weil deren Erfassung beziehungsweise Interpretation nicht Teil der jeweiligen Forschungsvorhaben war.

Die schweizerische HeGeBe ihrerseits wurde bereits in zahlreichen Studien (Uchtenhagen et al. 1997; Pernegger et al. 1998; Westermann 1999; Kaufmann et al. 1999; Rehm et al. 2001) Gegenstand wissenschaftlicher Reflexion. Einzelne Autoren (Kaufmann et al. 1999) haben sich auch bereits mit einer Inventarisierung der Begleitbehandlung zu HeGeBe beschäftigt, ohne jedoch Aussagen zu Wirkungszusammenhängen zwischen Behandlungsdienstleistungen und Ergebnis gemacht zu haben.

4.1. GROSSBRITANNIEN

In Grossbritannien steht Heroin zur medizinischen Verschreibung an Abhängige seit 1926 zur Verfügung. In jenem Jahr wurde diese Möglichkeit vom „Rolleston-Committee“ explizit geschaffen, um den Heroinabhängigen eine normale und nützliche Lebensführung zu ermöglichen (vgl. Hartnoll et al. 1980, S. 877). Ausserdem ist in Grossbritannien Diacetylmorphin von jeher als legal erhältliche Alternative zum Morphin in der Schmerzbekämpfung bekannt und zugelassen.

Seit 1968 ist die Verschreibung von Heroin an Abhängige auf Ärzte beschränkt, die über eine vom „Home Secretary“ ausgestellte Bewilligung verfügen und innerhalb einer Klinik arbeiten (op. cit., S. 877). Im Jahre 2000 waren 125 britische Ärzte im Besitz einer solchen Bewilligung. Die Zahl der mit Heroin substituierten Patienten/innen wird nicht zentral erfasst. Schätzungen gehen von ca. 300 Personen aus (Nicky Metrebian, persönliche Mitteilung).

Die erste Studie zur britischen Heroinverschreibung ist diejenige von Hartnoll et al. aus dem Jahre 1980. Es handelt sich um eine randomisierte Versuchsanordnung (injizierbares Heroin versus orales Methadon) mit 12 Monats-Follow-up bei 96 Patienten der Drug Dependency Clinic at University College Hospital in London. Zweiundvierzig Patienten aus der Fallgruppe (Heroin) und sechsundvierzig aus der Kontrollgruppe (Methadon) konnten für die Follow-Up Befragung nach 12 Monaten erreicht werden. Beide Gruppen hatten die Möglichkeit, das Beratungs- und Psychotherapieangebot der Klinik zu nutzen. Die Opiate wurden nicht vor Ort verabreicht. Vielmehr wurden die entsprechenden Rezepte einer Apotheke geschickt, wo die Patienten ihr Substitutionsmedikament täglich abholen konnten.

Gemessen wurde die Entwicklung in Bezug auf illegalen Opiatkonsum und anderen Drogenbeikonsum, Frequentieren der Drogenszene, Beschäftigung, Gesundheit und Kriminalität. Die Resultate geben ein eher ernüchterndes Bild der Heroinverschreibung ab. Die Autoren legen dar, dass Heroin den status quo untermauere. Die Mehrheit der Heroinpatienten konsumiere neben dem verschriebenen zusätzlich weiterhin illegal erworbenes Heroin. Nach wie vor bleibe eine gewisse Nähe zur Drogenszene bei dieser Gruppe bestehen. Allerdings weise die Fallgruppe weniger Gefängnisaufenthalte und weniger Drop-Outs als die Kontrollgruppe auf. Bei der Gruppe der Methadonbezügler sei eine höhere Abstinenzrate nach 12 Monaten, aber andererseits auch eine grössere Abhängigkeit von illegalen Drogenquellen festzustellen (op. cit., S. 877).

Die Resultate dieser Studie erstaunen nicht. Einerseits wurde die gesamte Tagesdosis in Apotheken zur unkontrollierten Selbstinjektion abgegeben. Gerade polytoxikomane

Probanden könnten versucht sein, das pharmazeutisch reine Heroin in der Drogenszene als Tauschmittel für den Erwerb anderer Drogen einzusetzen, was eine mögliche Erklärung für das Fortbestehen der Nähe zur Drogenszene darstellt. Ausserdem stellt die verabreichte Heroindosis von lediglich 30-120 mg pro Tag mit grösster Wahrscheinlichkeit eine Unterdosierung dar. Bei der weiter unten besprochenen Schweizer Kohortenstudie lag die mittlere Tagesdosis bei 471 mg¹⁴ (Uchtenhagen et. al. 1997, S.24). In diesem Lichte wird es einsichtig, weshalb bei den Heroinpatienten weiterhin eine hohe Heroinkonsumrate und relative Nähe zur Drogenszene festgestellt wird. Die verabreichte Dosis deckte nur einen Teil des effektiven Tagesbedarfs der Abhängigen ab.

Diese Kritik an der Hartnoll-Studie wird auch von McCusker und Davies (1996, S.522) vorgebracht. Letztere haben eine eigene Untersuchung zur Heroinverschreibung an Drogenabhängige publiziert. Eingedenk der Möglichkeit, dass das relativ gute Abschneiden der Methadongruppe in der Hartnoll-Studie auf einen Selbstselektionseffekt (drop-out der „schwierigen“ Methadonpatienten) zurückgeführt werden könne (op. cit., S. 522), wendeten McCusker und Davies bei der Auswahl ihrer Probanden das Prinzip der „matched pairs“ an. Rekrutiert wurden 27 Personen, die in einer kommunalen Drogenklinik Heroin bezogen, und 39 Personen, die in zwei anderen Kliniken Methadon bekamen. Die beiden Gruppen wurden gemäss den Kriterien Alter, Geschlecht, Dauer des Opiatgebrauchs und Dauer der laufenden Opiatverschreibung angeglichen.

Gemessen wurde der Zustand der Probanden zu Beginn der Studie und nach sechs Monaten bezüglich Drogengebrauch, körperlichem Gesundheitszustand, HIV-Risikoverhalten, psychologischem und sozialem Status (op.cit., S. 523f.). Die Heroingruppe wies eine höhere Haltequote und ein geringeres Ausmass an psychopathologischen Auffälligkeiten auf, wobei letzteres bereits in der Baseline einen der Unterschiede zwischen beiden Gruppen ausmachte. Ebenfalls verwendet wurden Fragebogen zur Messung des Grads an Hoffnungslosigkeit der Probanden, wobei die Heroingruppe wiederum besser abschnitt.

Obschon die mittlere Heroindosis hier beim ersten Interview bei 253mg und beim zweiten bei 295mg lag, wird festgestellt, dass in Bezug auf den Beigebrauch von illegalem Heroin und von anderen Betäubungsmitteln bei der Heroingruppe keine Verbesserungen festgestellt wurden. Anscheinend wurde auch hier keine vollständige Substitution erreicht. Auch beschrieben bereits beim ersten Interview nur 37% aus der Heroingruppe und 74% der Methadongruppe Drogenfreiheit als ihr Ziel. Dieser Wert fiel nach sechs Monaten auf 20% der Heroin- und 60% der Methadongruppe, woraus die Autoren

¹⁴ Ausschliesslich Heroin ohne eine eventuelle zusätzliche Methadongabe

schliessen, dass die Motivation zur Abstinenz durch Substitutionsprogramme nicht eben gefördert werde.

Der Vergleich zwischen der Methadon- und der Heroingruppe scheint allerdings auch hier trotz der Anwendung des Prinzips der „matched pairs“ problematisch. Die Untersuchungsgruppen wurden aus drei Kliniken rekrutiert. Bei der Heroingruppe handelt es sich um Patienten der ersten, bei der Methadongruppe um solche der beiden anderen Kliniken. Untersuchungen zur Wirksamkeit von Substitutionsbehandlungen belegen, dass die in den jeweiligen Kliniken angebotenen und in Anspruch genommenen Dienstleistungen das Behandlungsergebnis entscheidend mitbestimmen (vgl. Ball / Ross 1991). Die Variablen der Behandlungsdienstleistungen und der Angebote der drei Kliniken wurden in der Studie aber weder kontrolliert noch diskutiert. Das Ziel war es lediglich, aufzuzeigen, inwiefern verschiedene Verschreibungspraktiken zu verschiedenen Resultaten führen können (McCusker / Davies 1996, S. 530).

Einen Hinweis auf den möglichen Grund der insgesamt bescheidenen Verbesserungen geben die Autoren, indem sie ein Zitat anfügen, dass die Reduktion der Substitutionsbehandlung auf die Abgabe des Opiats moniert:

„[There is a] disturbing tendency for community drug team workers to see their role as little more than putting the drug user in contact with the prescribing source of the drug user's choice ...“ (Strang et al.: The community drug team. In: British Journal of Addiction, 87 (1992), S. 69-178, S. 176, zit. Nach.: McCusker / Davies 1996, S. 530)

Dies ist als Hinweis darauf zu werten, dass bei einer intensiveren Betreuung unter Umständen bessere Resultate erzielt worden wären.

Eine andere Erklärung für die relative Abwesenheit positiver Entwicklungen bei den Patienten ist der Umstand, dass die Heroingruppe zum Zeitpunkt der ersten Befragung im Durchschnitt bereits seit 11,4 Monaten, die Patienten der Methadongruppe seit 9,2 Monaten in Behandlung waren. Üblicherweise werden die signifikantesten Veränderungen in den gemessenen Bereichen zu Beginn einer Behandlung erzielt. Die Auswahl des Erhebungszeitpunktes hat die Resultate somit vermutlich wesentlich mitbestimmt.

4.2. SCHWEIZ

In der Schweiz beschloss der Bundesrat am 21. Oktober 1992, die Heroinverschreibung an Abhängige im Rahmen einer auf drei Jahre angelegten Studie zu erforschen. Dies geschah im Hinblick auf das unübersehbare und weiter wachsende Drogenelend, besonders in den so genannten „offenen Drogenszenen“ der grösseren Städte und vor dem Hintergrund einer steigenden Anzahl von Drogentoten.

Mit den Versuchen (offizielle Bezeichnung: PROVE, PROjekt zur VErschreibung von Betäubungsmitteln) sollte ein bisher vom Hilfesystem noch nicht oder schlecht erreichter Teil der schwer Heroinabhängigen in eine Behandlung eingebunden werden. Die Zulassungskriterien sahen ein Mindestalter von 20 Jahren, mindestens zweijährige Heroinabhängigkeit, mindestens zwei gescheiterte Therapieversuche sowie Defizite im medizinischen, psychologischen oder sozialen Bereich vor.

Durchgeführt wurde der Grossversuch dann im Rahmen einer über drei Jahre angelegten Kohortenstudie (Januar 1994 bis Dezember 1996). Ursprünglich war geplant, je 250 Probanden mit Heroin, Morphin und injizierbarem Methadon zu behandeln. Aufgrund von Rekrutierungsschwierigkeiten bei den Methadonprobanden und aufgrund von Komplikationen bei den Morphin- und Methadonprobanden (hohe Abbrecherquote, hohe Beikonsumrate, histaminische Reaktionen) wurde diesen Probanden die Möglichkeit gegeben, auf Heroin umzusteigen. Austritte und Abbrüche während des Versuchszeitraums konnten durch neue Patientenzugänge ersetzt werden, so dass zur Auswertung die vollständig erhobenen Eintrittsdaten von 1035 Personen zur Verfügung standen (zur Zusammensetzung der einzelnen Teilstichproben vgl. Uchtenhagen et al. 1997, S.47).

Die Versuche wurden in der Schweiz in insgesamt 18 eigens zu diesem Zweck geschaffenen Behandlungsstellen durchgeführt. Untersucht werden sollte:

- „... die Wirkungsweise der verschiedenen Betäubungsmittel
- die Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der behandelten Personen
- die Auswirkungen auf die soziale Integration der behandelten Personen (Arbeitsfähigkeit, Distanzierung von der Drogenszene, Abbau deliktischen Verhaltens und Verantwortungsbewusstsein bezüglich HIV-Risiko)
- Erreichung der Drogenabstinenz
- Eignung dieser Behandlung für bislang mit ungenügendem Erfolg therapierte Drogenabhängige
- Wirksamkeit dieser Behandlung im Vergleich mit bisher praktizierten Therapien ...“ (op. cit., S. 11f.)

Zur Behandlung gehörten neben der Verschreibung auch ein reguläres Angebot an psychosozialer Betreuung und medizinischer Behandlung. Die injizierbaren Substanzen mussten (bei Heroin und Morphin im Mittel dreimal pro Tag (op.cit., S. 24)) vor Ort appliziert werden, was einerseits die Gefahr des Missbrauchs oder Wiederverkaufs der Substanzen praktisch ausschloss, andererseits aber die Möglichkeiten der sozialen Integration einschränkte. Diese Auflage, zusammen mit einer flexiblen Dosisanpassung (mittlere Heroindosis bei Heroin i.v. 471 mg pro Tag, Obergrenze der Heroin-Tagesdosis bei 1800mg) erlaubt es, die schweizerische Versuchsanordnung tatsächlich als volles Opiatsubstitutionsprogramm zu betrachten.

In ihren Schlussfolgerungen halten die Forschenden besonders den markanten Rückgang der Delinquenz fest. Dieser Rückgang wird von einer neuen 4-Jahres-Follow-Up-Studie bestätigt (vgl. Ribeaud / Aebi 2001). Die heroingestützte Behandlung sei für die anvisierte Zielgruppe sinnvoll und mit ausreichender Sicherheit durchführbar. Dank einer überdurchschnittlich guten Haltequote lassen sich im gesundheitlichen Bereich sowie bei der Lebensführung signifikante Verbesserungen erzielen und teilweise auch über den Behandlungsabschluss hinaus halten. Auch hier werden die entsprechenden Ergebnisse von einer weiteren Follow-Up-Studie bestätigt (vgl. Rehm et al. 2001). Diese Verbesserungen würden unter der Bedingung erreicht, dass die Heroinverschreibung in eine umfassende Abklärung und Betreuung der Patienten/innen eingebettet sei (vgl. Uchtenhagen et al. 1997, S. 8f.).

Der Beikonsum von anderen psychotropen Substanzen nimmt im Laufe der Behandlung signifikant ab (vgl. op. cit., S. 69ff.; Rehm et al. 2001, S. 1419; Blättler et al. 2002). Eine nicht zu übersehende Minderheit der Probanden konsumiert aber weiterhin in einem Besorgnis erregenden Ausmass andere Betäubungsmittel, was die zuständige Stelle im BAG veranlasst hat, dieses Problem im Rahmen ihres Vorhabens „Qualitätsentwicklung HeGeBe“ anzugehen (vgl. BAG 2002, S. 14).

Zur Kosteneffektivität der HeGeBe in der Schweiz wurde eine eigene Untersuchung durchgeführt (vgl. Gutzwiller / Steffen 2000). Dabei wurde ermittelt, dass jeder in HeGeBe behandelte schwer Drogenabhängige im Vergleich mit einem unbehandelten tägliche Kosteneinsparungen von sFR. 44.85 bewirkt (vgl. op. cit., S. 127f.). Es handelt sich vor allem um Einsparungen im Bereich der Rechtsdurchsetzung und des Gesundheitswesens (vgl. *ibid.*).

Drogenabstinenz wurde zwar nur bei einem kleinen Teil der Probanden erreicht, nämlich bei 20 der Kohorte A (N=385) und 46 Probanden der Kohorte B (N=650) (vgl. op. cit., S.87). Dieses Ergebnis muss aber unbedingt vor dem Hintergrund einer Zielgruppe betrachtet werden, die bereits bei Behandlungsantritt eine durchschnittliche Heroinkon-

sumdauer von 10.5 Jahren und mehrere gescheiterte Therapieversuche aufweist. Ausserdem muss hier auch die hohe Prävalenz psychischer Komorbidität, die gemäss Frei und Rehm (2002, S. 259) für diese Population bei 86% liegt, in Rechnung gestellt werden.

Zur Wirksamkeit der heroingestützten Behandlung im Vergleich mit anderen Therapien vermag der Synthesebericht keine schlüssigen Aussagen zu liefern, da es sich herausgestellt hat, dass die Probanden der Heroinverschreibungsversuche bei Eintritt stärker belastet sind als die Patienten von Methadon- und stationären Behandlungen (vgl. Uchtenhagen et al. 1997, S. 131). Aufgrund dieser unterschiedlichen Ausgangslage können Verlaufs- und Austrittsdaten nicht direkt verglichen werden, bzw. sie erlauben keine Aussagen über die Wirksamkeit der einzelnen Therapien im Vergleich.

Als Schlussempfehlung formulieren die Forscher im Grundsatz Folgendes:

„Aus den vorstehenden Schlussfolgerungen geht hervor, dass eine restriktiv gehandhabte, auf die beschriebene Zielgruppe ausgerichtete Weiterführung der heroingestützten Behandlung empfohlen werden kann, und zwar in entsprechend ausgerüsteten und kontrollierten Polikliniken, die den genannten Rahmenbedingungen genügen.“ (S. 141)

Die Ergebnisse dieser Studie fielen insgesamt positiv aus. Sie erregten auch international grosses Aufsehen und führten dazu, dass die heroingestützte Behandlung vom Bundesrat per dringlichem Bundesbeschluss vom 9. Oktober 1998 im Betäubungsmittelgesetz verankert wurde. Am 1. Juli 2002 wurde das verwendete pharmazeutische Heroin unter dem Handelsnamen „Diaphin“ in die Spezialitätenliste des Bundesamtes für Sozialversicherung aufgenommen. Damit wurde die HeGeBe zu einer Pflichtleistung der Krankenkassen. Die Krankenkassen sind hierbei nicht nur zur Vergütung der Arzneikosten verpflichtet. Es gelten Tagespauschalen, die einen Teil der Kosten für die somatische und psychiatrische Behandlung sowie für die PSB abdecken.

Eine der achtzehn am Versuch beteiligten Behandlungsstellen war das Zentrum „Peps“ in Genf. Genfer Wissenschaftler unternahmen neben der Teilnahme an der nationalen Studie eine eigene Versuchsanordnung (vgl. Pernegger et al. 1998). Sie verglichen 27 ihrer Patienten, die während sechs Monaten intravenös zu applizierendes Heroin nebst medizinischen und psychosozialen Dienstleistungen erhielten, mit einer Kontrollgruppe von 24 Patienten, die während den genannten sechs Monaten auf der Warteliste für die Heroinverschreibung waren und in der Zwischenzeit eine andere Drogenbehandlung (meist Methadon) erhielten.

Die Auswertung nach der sechsmonatigen follow-up-Phase zeigte, dass lediglich ein Heroinbezügler (10 in der Kontrollgruppe) noch täglich Strassenheroin konsumierte. Die psychische Gesundheit, das Rollenverhalten und das Sozialverhalten verbesserten sich bei den Heroinpatienten gegenüber der Kontrollgruppe signifikant. Auch hier zeigte sich – analog zur Gesamtstudie – dass die Kriminalität bei der Fallgruppe rapide zurückging. Keine Verbesserungen wurden in den Bereichen Arbeit, Wohnen, körperliche Gesundheit und Gebrauch anderer Drogen festgestellt. Für die Forscher unerwartet kam das Ergebnis, dass sich nach Ablauf der Untersuchung nur noch 9 Personen (38%) aus der Kontrollgruppe für einen Platz in der heroingestützten Behandlung interessierten. Die Untersucher schliessen aus ihrer Arbeit - auch hier im Einklang mit der nationalen Studie -, dass Heroinverschreibungsprogramme eine durchführbare und klinisch effektive Behandlungsform für Heroingebrauchende, die in konventionellen Therapieprogrammen gescheitert sind, darstellten. Aber:

„Even in this population, however, another attempt at methadone maintenance may be successful and help the patient stop using injectable opioids.“ (op.cit., S. 13)

Die Genfer Teilstudie hat der nationalen Studie die Kontrollgruppe und die Randomisierung voraus und unterliegt somit nicht den Kritiken, die gegen letztere vorgebracht wurden (vgl. Satel / Aeschbach 1999; Weltgesundheitsorganisation 1999b). Das andere wichtige, von beiden erwähnten PROVE-kritischen Dokumenten vorgebrachte Argument, ist die bei den Schweizer Versuchen nicht geklärte Frage, ob die positiven Resultate kausal mit der Heroinverschreibung oder mit den sozialen und medizinischen Dienstleistungen, welche die Verschreibung begleiten, zusammenhängen (vgl. Satel / Aeschbach 1999, S. 333; WHO 1999b, S. 1)¹⁵.

Nach unserer Ansicht deuten die Unterschiede im Behandlungserfolg zwischen den beiden britischen und den schweizerischen Studien bereits darauf hin, dass die medizinische und soziale Begleitbehandlung einen grossen Anteil an diesem Erfolg hat. Zwar ist bei beiden britischen Studien von der Möglichkeit zur Begleitbehandlung die Rede. Erfasst wurde sie aber in keinem Fall und sie gehört auch nicht als fester Bestandteil zum Studienprotokoll. Dies war bei PROVE ganz anders. Dort war das Angebot an medizinischer Versorgung und psychosozialer Betreuung Voraussetzung für die Durchführung des Versuchs. Auch heute müssen im Rahmen der heroingestützten Behandlung diese

¹⁵ Diese Frage ist allerdings nicht neu. Sie wurde bereits früher im Zusammenhang mit der Methadonbehandlung gestellt (vgl. Farrell et al., 1994, S.310) und fand im Rahmen einer kürzlich erschienen Übersichtsarbeit (Rehm et. al., 2001) eine vorläufige Antwort: Die positiven Ergebnisse der Methadonsubstitution seien das Ergebnis von Substitution PLUS psychosozialer Mindestbetreuung (vgl. op. cit., S.29 und Kap. 3).

Angebote vorhanden sein (Schweizerischer Bundesrat 1999, Art. 11) und von den Patienten auch (zumindest zu einem Minimum) genutzt werden (op. cit., Art.7).

Letztlich scheint die Frage nach dem wirksamen Bestandteil der heroingestützten Behandlung in ihrer binären Anlage etwas wirklichkeitsfremd. Ohne die Verschreibung des Heroins konnten die Schweizer PROVE-Probanden in (mindestens zwei) Vorbehandlungen nicht erfolgreich gehalten werden. Die Unterschiede zwischen den britischen und der schweizerischen Studie sind im wesentlichen:

1. Heroindosis
2. Grad der Reglementierung und Überwachung der Abgabe und Applikation
3. Grad des Miteinbezugs der medizinischen und psychosozialen Begleitbehandlung

Es ist anzunehmen, dass die höhere Heroindosis bei den Schweizer Versuchen für den signifikanten Rückgang von Kriminalität und Heroinbeikonsum sowie für die hohe Haltequote verantwortlich ist. Die Reglementierung und Überwachung von Abgabe und Applikation könnte dafür verantwortlich sein, dass eine signifikante Abnahme der Szenenkontakte im Verlauf der Behandlung eines der neuen Resultate der Schweizer Studie ist (Uchtenhagen et al., 1997, S.78). Auch mit Blick auf die Genfer Teilstudie kann heute ein Zusammenhang zwischen der medizinischen und psychosozialen Begleitbehandlung und den erfreulichen Entwicklungen puncto psychischer Gesundheit, Rollen- und Sozialverhalten angenommen werden.

4.3. NIEDERLANDE

In den Niederlanden läuft seit 1998 eine Studie zur Behandlung von Heroinabhängigen unter Substitution mit der Originalsubstanz. Anders als bei den Schweizer Versuchen werden hier ausschliesslich solche Heroinabhängige angesprochen, die sich bereits in einem Methadonprogramm befinden aber nebenher weiterhin fast täglich Heroin konsumieren (vgl. Van den Brink et al. 2002, S. 30). Ausserdem will die niederländische Studie inhaliertes und injiziertes Heroin in Kombination mit Methadon mit einer reinen Methadon-Erhaltungstherapie vergleichen, was auch heisst, dass alle holländischen Probanden zusätzlich zum Heroin Methadon bekamen.

Gemessen werden sollten eventuelle Verbesserungen in den Bereichen körperliche und psychische Gesundheit, soziale Integration und Sozialverhalten sowie Konsum illegaler Drogen (vgl. op. cit., S. 25). Eine weitere Forschungsfrage war, ob die Behandlungsdauer eine deutliche Auswirkung auf den Therapieerfolg hat (vgl. Van den Brink 2000, S. 196). Bei einigen Einschlusskriterien sind die holländischen Auflagen strenger als in der Schweiz (Mindestalter 25 Jahre, Heroinabhängigkeit während mindestens 5 Jahren).

Am niederländischen Versuch nahmen insgesamt 549 Patienten in 8 Behandlungszentren in 6 Städten teil (op. cit., S. 33). Da 75 bis 90 Prozent der holländischen Heroin konsumierenden Population (ca. 25'000 Heroinabhängige) die Substanz inhalieren, wurde diese Konsumform schwergewichtig im Versuch berücksichtigt. So wurden 375 Patienten in einer randomisierten Studie mit inhalierbarem Heroin und 174 bei einer zweiten mit injizierbarem Heroin berücksichtigt. Die Kontrollgruppe erhielt jeweils eine reine Methadonbehandlung.

Die Ergebnisse der niederländischen Studie sind ähnlich positiv wie die schweizerischen. Allerdings ist das Ausmass der erzielten Verbesserungen nicht derart spektakulär, da die holländischen Aufnahmebedingungen ja –wie bereits erwähnt – im Gegensatz zu den schweizerischen eine bestehende Methadonbehandlung vorsehen. Die Aussagen zur letztendlichen Therapiedauer sind nicht besonders aussagekräftig, da der Beobachtungszeitraum lediglich 12 , respektive 14 Monate betrug. Einmal mehr sind in dieser Studie die ärztliche und psychosoziale Begleitbehandlung und –betreuung nicht kontrolliert worden.

Zwar wurde beim Abriss der noch offenen Forschungsfragen am Anfang der Arbeit herausgestellt, dass die Eruiierung der relativen Anteile von Heroinverschreibung respektive PSB am Behandlungsergebnis noch zu erbringen sei (vgl. op. cit., S. 24). In der Studie selber wird dann aber lediglich vermerkt, dass den Probanden ein nicht näher beschriebenes Standardangebot an psychosozialen Interventionen (vgl. op. cit., S. 34)

auf Wunsch (vgl. op. cit., S. 44) zur Verfügung stand. Darüber hinaus wurde der Behandlungsbedarf zu Studienbeginn (vgl. op. cit., S. 75f. und 105f.) erhoben.

Es wäre aufschlussreich gewesen, etwas über die tatsächlich beanspruchten psychosozialen Dienstleistungen zu erfahren, dies um so mehr, als alle Interventionen einschliesslich der psychosozialen Beratung und Therapie erfasst wurden (vgl. op. cit., S. 45). Leider findet sich eine Darstellung dieser Auswertungen innerhalb der Studie nicht. Bei den Schlussfolgerungen wird lediglich darauf hingewiesen, dass beim Angebot an psychosozialen Interventionen keine Unterschiede (zwischen den beteiligten Behandlungszentren?) zugelassen wurden. Da sich aber eine unterschiedliche Inanspruchnahme dieses Angebots sehr wohl auf das Behandlungsergebnis ausgewirkt haben könnte, hätte eine Auswertung der tatsächlich beanspruchten Behandlungs- und Betreuungsdienstleistungen wichtige Aufschlüsse darüber geliefert, welche Anteile die Substitution respektive die Begleitbehandlung am Behandlungsergebnis haben. In der vorliegenden Form kann aber auch diese Studie keine derartigen Aussagen machen.

4.4. DEUTSCHES STUDIENDESIGN

Im März 2002 ist in Deutschland eine breit angelegte Multizenter-Heroinstudie mit über 1000 Probanden angelaufen. Problemhintergrund und Ausgangsbedingungen präsentieren sich ähnlich wie in der Schweiz. Die Zugangsbedingungen sehen ein Mindestalter von 23 Jahren und Opiatabhängigkeit seit mindestens 5 Jahren vor. Gemäss Studiendesign ist geplant, je zur Hälfte Patienten in Methadonprogrammen mit negativem Verlauf und vom Versorgungssystem nicht erreichte Heroinabhängige zu rekrutieren.

Während der ersten Studienphase (12 Monate) werden die Hälften in je vier Untergruppen unterteilt. Ein Viertel bekommt Heroinsubstitution bis maximal 1000 mg pro Tag und eine aus Psychoedukation und Drogenberatung bestehende PSB. Ein weiteres Viertel erhält dieselbe standardisierte PSB mit Methadonsubstitution (Dosis nach Bedarf). Viertel drei und vier erhalten beide eine standardisierte, aus Case-Management und motivierender Gesprächsführung bestehende PSB und jeweils Heroin oder Methadon. Diese insgesamt achtarmige Studie wird nach Abschluss des zwölften Behandlungsmonats in eine vierarmige überführt, indem die Methadonarme aufgelöst und die entsprechenden Patienten in die Regelversorgung überführt werden. Einige von ihnen können frei werdende Plätze in den vier verbleibenden Heroinarmen übernehmen. Dieser Teil der Studie wird weitere 12 Monate fortgesetzt. Die Forschungsteams rechnen mit einer Gesamtstudiendauer von ca. 3 Jahren (vgl. Online-Dokument: http://www.heroinstudie.de/forschungsdesign_kurzfassung.pdf).

Bei der Konzeptualisierung dieser Studie wurde der Untersuchung des differentiellen Anteils der Behandlungselemente am Behandlungsergebnis besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Die Ergebnisse dürfen deshalb mit Spannung erwartet werden.

4.5. VORLÄUFIGES FAZIT

Die Substitutionsbehandlung mit Heroin hat sich im Laufe ihrer Entwicklung von einer blossen (oder vorwiegenden) Opiatabgabe zu einer Therapie mit einem pharmakologischen und verschiedenen weiteren Bestandteilen entwickelt. Sie eignet sich vornehmlich für langjährig schwer Heroinabhängige, die zuvor andere Therapien bereits erfolglos versucht hatten. Die referierten Arbeiten geben einen ersten Hinweis darauf, dass die (psychosoziale) Begleitbehandlung eine wichtige aktive Ingredienz des Gesamtpakets darstellt und neben der adäquaten Dosierung des Substitutionsmedikaments zum Behandlungserfolg beiträgt.

Allerdings bleibt die Frage, welchen Stellenwert die Begleitbehandlung und hier insbesondere die PSB hat, weiterhin offen. Dies ist um so erstaunlicher, als keine der Studien die Bedeutung der nicht pharmakologischen Therapieanteile in Frage stellt.

Eine mögliche Erklärung für diesen Umstand könnte darin bestehen, dass die Begleitbehandlung ungleich schwerer zu quantifizieren und zu messen ist als beispielsweise die Dosierung von Medikamenten, die Therapiedauer oder die aufgrund von Urinproben verhältnismässig leicht zu eruiierende Häufigkeit von Beikonsum.

5. PSYCHOSOZIALE BETREUUNG UND SOZIALE ARBEIT IN HEGEBE

„Mir geht es besser, man hilft mir in Hinsicht auf meine Ziele in den Gesprächen. Die psychologische Betreuung ist fast etwas vom Wichtigsten am Ganzen. Dass jemand immer da ist, für mich sogar 24 Stunden, in denen ich anrufen kann, wenn ich Hilfe brauche. Das hilft mir am meisten. [Claire, 32 Jahre alt, HeGeBe-Patientin]“ (Jakobshagen 2002, S.464)

5.1. PSYCHOSOZIALE BETREUUNG (PSB)

Der Begriff setzt sich aus drei Teilen zusammen. Das Wort „Betreuung“ ist eine Substantivbildung des Verbs betreiben, das etymologisch vom mittelhochdeutschen „betriuwēn“ (in Treue erhalten, schützen) hergeleitet wird. Es kommt darin also eine spezifische Art der Treue zu anderen Menschen zum Ausdruck. Hierzu muss eine Definition in Abgrenzung zu verwandten Begriffen wie Behandlung, Beratung und Begleitung gefunden werden, was weiter unten in diesem Kapitel Gegenstand sein wird. Das vorangestellte Adjektiv „psychosozial“ ist ein Zusammenschluss aus den beiden Wörtern psychisch und sozial. Es steht zuweilen auch vor anderen Begriffen, wie Medizin, Konflikt, Beratung oder eben Betreuung.

Die Zusammenschreibung der beiden Adjektive ist die Folge eines Paradigmawechsels innerhalb der Gesundheits- und Wohlfahrtspflege. Interprofessionelle Zusammenarbeit und Annäherung der Disziplinen kommen darin zum Ausdruck.

Seit 1978 erscheint im deutschen Sprachraum die Fachzeitschrift „Psychosozial“. Im Editorial zum ersten Heft hielten die Herausgeber fest, die programmatische Ausrichtung der Zeitschrift sei Ausdruck des „... Bewusstsein[s] sehr enger Verflechtung von sozialen Faktoren und psychischer Verfassung.“ (Friedrich / Overbeck 1978, S.2) Man erkenne, dass man in der Diagnostik und bei der Entwicklung präventiver und therapeutischer Strategien die soziale Dimension verstärkt mitzudenken hätte. Daher müssten sich z.B. die Psychiatrie notwendigerweise in eine soziale Psychiatrie und die psychologischen Beratungsdienste notwendigerweise in psychosoziale Beratungsdienste weiterentwickeln (vgl. *ibid.*).

Der Hintergrund dieses Postulats ist die Forderung nach menschengerechteren und gesünderen Lebensbedingungen, was in einem eindeutig gesellschaftsreformerischen Impetus der Herausgeber zum Ausdruck kommt:

„Psychische Entwicklung ist die Voraussetzung für bewusste, verantwortbare Regulierung des eigenen Handelns, also für Ethik; soziale Entwicklung ist die Voraussetzung für bewusste, verantwortete Regelung der gemeinsamen Angelegenheiten – also für die Politik. Dabei ist das eine mit dem anderen unmittelbar verbunden, das Politische gehört bereits notwendigerweise in die Verantwortung persönlichen Handelns.

Die Zusammenschreibung von psychosozial im Titel dieser Zeitschrift ist insofern kritisch programmatisch zu verstehen, als damit die Notwendigkeit vermehrter Anstrengungen angesprochen ist, das Auseinanderklaffen von sozialen Lebensbedingungen und ursprünglichen psychischen Bedürfnissen zu überwinden.“ (op. cit., S. 4)

Das Psychosoziale ist allgemein auch Ausdruck der Überwindung einer einseitigen Fixierung auf das monokausale Denken im Bereich der Gesundheitsversorgung. Statt dessen wird vermehrt von ökosystemischen Krankheitskonzepten gesprochen:

„Danach erscheint Krankheit in einem komplexen ökologischen System zugleich als Folge und als Ursache einer Störung von Regulationsvorgängen, welche sich im Laufe der Evolution als lebens- und gesundheitserhaltend herausgebildet haben. Ökosystemische Konzepte verknüpfen und verbinden die verschiedenen z.B. biologischen, psychologischen und sozialen Dimensionen des Individuums und seiner Umgebung.“ (Buddeberg / Willi 1998, S. 5)

Bei der Annäherung von Buddeberg und Willi an das Thema tritt der gesellschaftsreformerische Anspruch zu Gunsten einer interdisziplinären Öffnung der Medizin gegenüber den psychologischen und sozialen Nachbardisziplinen in den Hintergrund. Es geht bei der psychosozialen Medizin darum, die Rolle psychologischer und soziologischer Faktoren für die Entstehung, den Verlauf und die Bewältigung von Krankheiten sowie für die Förderung und Erhaltung von Gesundheit zu klären und diese Aspekte in der Aus- und Weiterbildung von Medizinern zu vertreten (vgl. op. cit., S. 1).

Nun ist das Psychosoziale mitnichten ein exklusives Betätigungsfeld der Medizin. Es verweist im Gegenteil auf ein interdisziplinäres Aufgabengebiet, zu dessen grundlegenden Charaktereigenschaften es gehört, nicht einer Berufsgruppe allein zugeordnet werden zu können. Es umschreibt auch die Anerkennung der Bedeutung klassischer Wir-

kungsbereiche der sozialen Arbeit – nämlich eben des Psychischen und des Sozialen - für eine ganzheitliche Gesundheitsfürsorge.

Mit der Erkenntnis der Vielschichtigkeit von gesundheitlichen Problemen stellt sich die Frage adäquater Interventionsstrategien. PSB ist eine Interventionsform für Menschen in psychosozialen Notsituationen. Solche Situationen sind durch eine Doppelbelastung aus psychischen Störungen und sozialen Problemen charakterisiert. Um Menschen in solchen Notsituationen eine adäquate Hilfestellung anbieten zu können, sind also sowohl psychotherapeutische Fähigkeiten als auch Sachhilfe und konkrete Unterstützung im sozialen Feld gefragt. Rauchfleisch (vgl. 2001, S. 90f.) schlägt in diesen Fällen ein therapeutisches Vorgehen vor, das er bifokales Behandlungsmodell nennt. Diese Methode trägt der Tatsache Rechnung, dass sich die Interventionen gleichermaßen auf die psychische Störung wie auf die sozialen Probleme richten müssen.

Voraussetzung für dieses bifokale Behandlungsmodell ist die Bereitschaft der Professionellen, sich über den eigenen Fachbereich hinaus in den Bereich benachbarter Disziplinen zu bewegen. Dies bedeutet aber nicht die Aufgabe der eigenen beruflichen Identität, sondern eine durchlässige Gestaltung der Grenzen zwischen den verschiedenen Fächern und die Bereitschaft, sich auf einen dauernden Dialog mit den anderen involvierten Hilfeberufungen einzulassen (vgl. op. cit., S. 91). Dies impliziert einerseits die Verwendung verschiedener Methoden in der individuellen Betreuung der Hilfesuchenden und andererseits beispielsweise den Beizug von Angehörigen anderer Professionen im Sinne eines Liaisondienstes. Folgerichtig muss dieser Ansatz auch die Koordination zwischen den Fachleuten beinhalten. Dies kann beispielsweise in Form eines Case Management geschehen (vgl. Wendt 1997).

PSB soll Menschen in psychosozialen Notsituationen helfen, indem Antworten auf die psychischen und die sozialen Anteile der Notlage gefunden werden. Doch was ist Betreuung eigentlich? Diese Interventionsform ist in der Nähe von Beratung, Begleitung, Psychotherapie und beratender Seelsorge angesiedelt und kann Anteile von allen Vieren enthalten.

Während sich die Beratung auf wenige Gespräche zu einem inhaltlich klar abgegrenzten Thema beschränkt (vgl. Rauchfleisch op. cit., S. 40), beinhaltet die Betreuung darüber hinaus das „verlässliche Schützen“ und „die Treue halten“ (siehe oben) über ein definiertes Problem und einen klar abgesteckten Zeithorizont hinaus.

Dabei können die methodischen Elemente einer Beratung wie Katharsis (Lockern aufgeregter Affekte), Ratgeben in engerem Sinne, Klarifikation, Reflexion und Konfrontation (vgl. Ertle 1980, S. 761f.) durchaus zur Anwendung kommen.

Was zur Beratung wie zur Betreuung noch zusätzlich dazu gehört, ist bei Bedarf und entsprechenden Kenntnissen des Betreuenden eine zeitweilige Verwendung psychotherapeutischer Methoden, vornehmlich nach gesprächstherapeutischen Ansätzen. Die Grenze zur traditionellen Psychotherapie (Analyse) ist durch den Verzicht auf aufdeckendes Arbeiten gegeben, das heisst, dass auf die Verwendung von Traumdeutung oder freier Assoziation zur Nutzbarmachung von Material aus dem Unbewussten verzichtet wird (vgl. op. cit., S. 762).

Die Unterscheidung zwischen Betreuung und Begleitung ist etwas weniger eindeutig. Begleitung wird teilweise synonym zu Betreuung verwendet (vgl. Michels 1999, S. 187). Darüber hinaus wird aber deutlich, dass es sich bei der Begleitung eventuell um eine weniger verbindliche Interventionsform handelt. Westermann (vgl. 1999, S. 223) stellt beispielsweise fest, dass Betreuung im Vergleich mit Therapie, Beratung oder auch Begleitung ein deutliches Mehr an (sachlich und zeitlich klar einzugrenzender) Verantwortungsübernahme beinhaltet. Dieses Argument wird auch durch die Tatsache verdeutlicht, dass durch das in Deutschland seit 1992 gültige Betreuungsrecht, welches das alte Vormundschaftsrecht ersetzte, das Wort Betreuung in diesem Zusammenhang die Bedeutung einer vormundschaftlichen Massnahme erhält, was für den schweizerischen Kontext allerdings so nicht zutrifft.

PSB ist also eine Interventionsform für Menschen in psychosozialen Notlagen, worin Elemente aus der Psychotherapie (v.a. der Gesprächspsychotherapie) und aus der sozialen Arbeit (Beratung, Sachhilfe, Casework) zur Anwendung kommen. PSB ist der Interdisziplinarität verpflichtet, meist längerfristig angelegt und impliziert die Übernahme einer gewissen Verantwortung für die Belange des Klienten oder Patienten.

Die Adressaten der PSB sind sehr oft Patienten oder Klienten mit langzeitlichen Problematiken und Tendenzen zur Chronifizierung: psychisch Kranke, Krebspatienten, HIV-Positive und an AIDS Erkrankte, alte und gebrechliche Menschen, an Diabetes Leidende oder eben Suchtkranke.

Eine Gemeinsamkeit bei all diesen unterschiedlichen, lange andauernden Leiden sind die sich aus der Krankheit oder Behinderung ergebenden Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen Bereich und bei der Aufrechterhaltung von sozialen Beziehungen (vgl. Bury 1997, S. 122f.). Entsprechend muss sich PSB, wie alle Hilfestellungen für Menschen in solchen Situationen, mit drei thematischen Aspekten auseinandersetzen:

1. den *biographischen Bruch*, den eine solche Erkrankung mit sich bringt, sowie die Unsicherheiten im Umgang damit,
2. die *Auswirkungen der Behandlung auf den Alltag* (wo dies relevant ist) und
3. die *Anpassung an und dem Umgang* mit der Krankheit oder Behinderung im Bestreben, ein normales Leben wiederherzustellen (vgl. op. cit.).

Neben diesen allgemeinen Aspekten ist anzumerken, dass die PSB die Motivation ihrer Adressaten nicht immer als bereits gegeben annehmen kann. Bei vielen Menschen in psychosozialer Not ist die Hoffnung auf dauerhafte positive Veränderungen durch wiederkehrende Enttäuschungen verschüttet worden. „Die *Behandlungsmotivation* ist bei ihnen *keine Voraussetzung*, sondern ein *erstes Teilziel der Therapie*.“ (Rauchfleisch 2001, S. 93; Hervorhebungen im Original) Dies ist besonders bedeutungsvoll, weil viele dieser Menschen ein resignatives Lebensgrundgefühl entwickelt haben, das ihr ganzes Erleben und Handeln bestimmt und zum Eindruck geführt hat, es lohne sich überhaupt nicht, irgend etwas zu unternehmen.

„Viele Menschen in psychosozialer Not erleben sich als Spielball mächtiger Instanzen, die sie selbst auf keine Art zu beeinflussen vermöchten.“ (op. cit., S. 100)

Das Selbstbewusstsein und das Gefühl für die Handhabbarkeit (vgl. Antonovsky 1997, S. 37) des eigenen Schicksals zu stärken gehören deshalb mit zu den Aufgaben der PSB.

Mit der Beleuchtung dieser anthropologisch-philosophischen Aspekte wird auch der mögliche Übergang von der PSB zu einer beratenden Seelsorge deutlicher. Obschon bei letzterer auch psychotherapeutische Verfahren Anwendung finden können, kommen hier Themen wie Sinn im Alltag und Sinnhaftigkeit des Lebens, ethische Entscheidungen, Auflehnung gegen und Akzeptieren des je eigenen So-Seins und Schicksals unter dem religiösen Aspekt zur Sprache. Dabei geht es um das Wiedererinnern an die Tatsache, dass der gläubige Mensch seiner „Geworfenheit“ (nach Kierkegaard; vgl. Störig 1979, S. 193) in die Welt nicht nur das Aufgehoben-Sein in sozialen Bezugsräumen entgegenstellen kann, sondern auch die Geborgenheit in einem Weltgefüge, in dem die religiös-methaphysische Komponente mit eingeschlossen ist. Eingebettet in einen christlich-theologischen Bezugsrahmen kann die beratende Seelsorge ihren gläubigen Klientinnen und Klienten zusätzlich zu den säkularen Betreuungs- und Therapiemethoden den Zuspruch von Gnade und Vergebung spenden (vgl. Rauchfleisch 2001, S. 59). Diese Interventionsform ist jedoch strikte von religiöser Indoktrination von nicht gläubigen Menschen in Notsituationen, die eine Verletzung der persönlichen Freiheit darstellt, zu unterscheiden.

PSB wird je nach Kontext von Psychologen, Angehörigen der sozialen Berufe (SA/SP), von Pflegenden oder von Angestellten im seelsorgerischen Dienst durchgeführt. Auch Ärzte leisten hier u.U. einen Beitrag, sind aber nicht als primäre Akteure in die PSB involviert. Im nächsten Unterkapitel wird diskutiert, welche Auswirkungen die besonderen Voraussetzungen und Erfordernisse der Substitutionsbehandlungen auf Bedeutung und Durchführung der PSB in diesem Handlungsfeld haben.

5.2. PSB IN DER SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG

Auch im Kontext der Substitutionsbehandlungen von Opiatabhängigen wird PSB nicht grundsätzlich abweichend von anderen Segmenten des Gesundheits- und Sozialwesens definiert. Es handelt sich auch hier zunächst um eine spezifische Art professioneller Zuwendung (vgl. Westermann 1999, S. 218), die auf die Bedürfnisse und Problemlagen des Zielpublikums ausgerichtet ist.

Die Probleme von Patienten in einer methadon- oder heroingestützten Behandlung sind vielfältig. Die folgenden drei gehören als Grundkonstanten zu den meisten Substitutionsbehandlungen:

- Die lange Dauer der Drogenabhängigkeit (vor Eintritt in die Substitutionsbehandlung) und in vielen Fällen auch der Behandlung selbst sowie die im vorherigen Unterkapitel genannten Faktoren führen zu einer Notwendigkeit, *Motivation als Voraussetzung zu Veränderung zu fördern und zu erhalten*.
- Zu den spezifischen Problemen der Patienten in der Substitutionsbehandlung gehört oft der Beikonsum von legalen und illegalen psychotropen Substanzen. Geeignete Strategien zum *Umgang mit und zur Reduktion von diesem Beikonsum* sind wichtiger Bestandteil der PSB von Substituierten.
- Der hohe Anteil an *Patienten mit psychischer Komorbidität* weist auf die Bedeutung von (sozial-)psychiatrischen Interventionsstrategien hin, die über die Verordnung und Abgabe von Psychopharmaka hinaus gehen. Um diesen Herausforderungen begegnen zu können, müssen bei den Durchführenden der PSB entsprechende Kompetenzen vorhanden sein.

Von Seiten der Patienten und Adressaten der PSB ist eine minimale Kommunikations- und Memorierfähigkeit (also kein vollständiges „Verladensein“) eine unmittelbare Prämisse für die Durchführung.

Motivation zur Therapie und zur PSB, Motivation zu Verhaltensänderungen hin zu einem gesünderen Lebensstil, Motivation aber auch – in einem übergeordneten Sinn – als Aufrechterhaltung der Hoffnung auf eine Änderung hin zum Besseren kann als eine der Hauptaufgaben der PSB bezeichnet werden. Eine Voraussetzung auf dem Weg dorthin ist die Hilfe bei der Ordnung der Gedanken (vgl. Klingemann et al. 2001, S.119). So wird der Weg für fundierte Entscheidungen über Prioritäten bezüglich der Änderung von Konsumgewohnheiten von Opiaten und anderen Substanzen geebnet.

Doch dieses Ordnen ist erst dann wirkungsvoll, wenn es auf ein als erstrebenswert und erreichbar angesehenes Ziel hin ausgerichtet ist. Die Förderung von Motivation kann das subjektive Spektrum des Erreichbaren erweitern. Eine auch für Betreuung und Therapie relevante Konsequenz aus der bisherigen Selbstheiler-Forschung lautet, dass die ausschlaggebende Komponente bei der Entscheidung zu wesentlichen Veränderungen des Substanzkonsums, die Bereitschaft (d.h. Motivation) zur dieser Veränderung darstellt (vgl. op. cit., S. 112).

In diesem Zusammenhang ist die Methode der motivierenden Gesprächsführung (vgl. Miller / Rollnick 1999) zu erwähnen. Es handelt sich um ein Beratungskonzept zur Förderung von Veränderungsbereitschaft bei Menschen mit problematischem Suchtmittelkonsum. Die motivierende Gesprächsführung kann Grundsätze und Erkenntnisse der Gesprächspsychotherapie, der Verhaltenstherapie, humanistischer Therapieschulen sowie der Kommunikationspsychologie integrieren.

Zur Aufrechterhaltung der Motivation ist es des Weiteren von Bedeutung, dass das vorhandene Entwicklungspotential der Drogenabhängigen möglichst voll ausgeschöpft wird.

„Es ist zu vermeiden, dass Drogenabhängige allzulange in niedrigschwelligen und niedrigstrukturierten Betreuungsverhältnissen bleiben, ohne dass sie zielgerichtet motiviert werden, mehr Eigenverantwortung, Unabhängigkeit und Selbstständigkeit zu entwickeln.“ (Olgiati 2000, S.345)

Olgiati unterscheidet bezüglich der Langzeitbetreuung von Drogenabhängigen die Interventionsstrategien der psychosozialen Begleitung, die sich in ihrer Definition im Wesentlichen mit dem weiter oben für die PSB Festgehaltenen deckt, die sozialpsychiatrische Betreuung, womit psychiatrische Diagnostik und Medikation gemeint ist und die Psychotherapie. Letzere setze allerdings eine gute Stabilisierung der psychosozialen Situation, hohe Motivation und absolute Freiwilligkeit voraus (vgl. op. cit., S. 347).

Unter der psychosozialen Begleitung versteht Olgiati „... in erster Linie eine rehabilitative bzw. integrative Unterstützung Sie beinhaltet den Aufbau einer vertrauensvollen und verlässlichen Beziehung zwischen Therapeut und Klient als unabdingbare Voraussetzung für eine gute Zusammenarbeit.“(op. cit., S. 345). Das Ziel sei Rehabilitation und Integration und nicht unbedingt in erster Linie die Drogenfreiheit (vgl. op. cit., S. 346) Folgende Merkmale kennzeichnen nach diesem Autor die PSB (oder – wie er sie nennt - die psychosoziale Begleitung):

- Sie beinhaltet aktives, transparentes Vorgehen.
- Sie setzt regelmässige Kontakte voraus.
- Sie ist problemorientiert.
- In ihrem Rahmen sollen Diskrepanzen zwischen der subjektiven Einschätzung des Abhängigen und der Realität angesprochen werden.
- Handlungsvarianten und Wahlmöglichkeiten für das eigene Verhalten sollen offeriert werden.
- Manchmal ist auch Krisenintervention nötig. In diesem Falle übernimmt der Therapeut „Hilfs-Ich-Funktionen“.

Im Rahmen der PSB soll dem Patienten ein potentielles Handlungsfeld im Sinne eines „Denkens als Probehandeln“ eröffnet werden. So kann er lernen, seine Angst zu bewältigen und Situationen gedanklich so durchzuspielen, dass die Umsetzung realistischer und weniger angstbesetzt ins Auge gefasst werden kann (vgl. *ibid.*). Bestätigend und ergänzend kann hier Busch (vgl. 1988) erwähnt werden, der die Unfähigkeit zur Perspektivenbildung als eines der Hauptprobleme von drogenabhängigen Menschen identifiziert hat. Therapie und Betreuung sollen deshalb zu einem Wechsel der subjektiven Deutungsmuster (Erweiterung der ‚Einbahnstrasse der Phantasie‘) und somit zur Entwicklung einer sinnvollen Lebensperspektive beitragen (vgl. auch Kap. 2).

In der Substitutionsbehandlung geht es vorerst nicht darum, die Opiatabhängigkeit so schnell als möglich zu beenden, sondern den Patienten in psychischer, somatischer und sozialer Hinsicht zu stabilisieren. Hierzu gehört auch - und zwar an prominenter Stelle - ein Hinwirken auf die Reduktion und die Aufgabe des Beikonsums weiterer psychotroper Substanzen. PSB ist in der Lage, hier einen entscheidenden Beitrag zu leisten. Dadurch dass der Patient vorerst auf die Hauptproblemsubstanz, das Opiat, nicht zu verzichten braucht, wird es den Durchführenden der PSB ermöglicht, mit Hilfe von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen oder mit dem Ansatz der motivierenden Gesprächsführung auf die Aufgabe des schädigenden Beikonsums von beispielsweise Schlaf- und Beruhigungsmitteln, Alkohol oder Kokain hinzuwirken.

Bei der Behandlung von psychischen Begleiterkrankungen (Komorbidität) ist nicht nur eine exakte Diagnose und eine anschliessende Einstellung auf Psychopharmaka wichtig. PSB hat hier klärende und stützende Aufgaben zu erfüllen. So ist es beispielsweise jeweils entscheidend, die Funktion des Drogengebrauchs im Hinblick auf das psychische Leiden zu eruieren und dem Patienten bewusst zu machen. Dies geht über eine reine Fragebogendiagnostik weit hinaus und ist nur in einfühlsamen Gesprächen, die in eine tragfähige therapeutische Beziehung eingebettet sind, möglich. Die therapeutische Beziehung ist auch dort wichtig, wo aufgrund der Komorbidität phasenweise Kriseninterventionen nötig werden.

Ob die PSB auch direkt zur Linderung und Heilung von Komorbidität beitragen kann, ist eine Forschungsfrage innerhalb der deutschen Heroinstudie. Ein Teil der daran teilnehmenden Probanden soll an einer „Psychoedukation“ genannten Interventionsreihe teilnehmen. Dieses gut standardisierbare Verfahren habe zu positiven Erfahrungen insbesondere bei der Behandlung von Psychosen geführt (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, Online-Dokument). Bei zahlreichen anderen psychischen Erkrankungen ist die Gesprächspsychotherapie, die – wie oben erwähnt - ebenfalls zur Methodenpalette der PSB gehört, die Behandlung der Wahl, was die Relevanz der PSB für den Umgang mit der Komorbiditätsproblematik unterstreicht.

Aufgrund der besonderen Bedeutung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung für die PSB können als Basisqualifikationen zu ihrer Durchführung die auch für die Gesprächspsychotherapie massgeblichen Qualitäten genannt werden: Akzeptanz, Empathie und Kongruenz (vgl. Vogt 1999, S. 31). Michels und Stöver bringen die Anforderungen an die Qualifikation der Durchführenden von PSB innerhalb der Substitutionsbehandlung zum Ausdruck und betonen dabei neben dem beruflichen Können besonders eine interdisziplinäre Offenheit und Flexibilität im Umgang mit den Adressaten:

„In der Regel sind sozialarbeiterische Fertigkeiten gefragt, gepaart mit einem psychiatrisch-psychotherapeutischen Grundverständnis, der Fähigkeit, mit Ärzten und anderen sozialen Diensten zu kooperieren, eine professionelle Beziehung zu den Klienten/-innen einzuhalten (partnerschaftlich, aber dennoch Grenzen aufzeigend), und der Bereitschaft, Zielsetzungen kontinuierlich zu evaluieren und jeweils aktuell neu abzustecken oder die Klienten/-innen an andere Hilfsangebote (z.B. ambulante oder stationäre Psychotherapie oder Psychiatrie) weiterzuvermitteln.“(Michels / Stöver 1999, S. 185)

Da die PSB als Mischform aus psycho- und sozialtherapeutischen Elementen bezeichnet wird (vgl. Verthein 1995, S. 459), sind auch Psychologen und entsprechend zusätzlich ausgebildete Angehörige der Pflegeberufe für die Durchführung dieser Betreuungsform geeignet.

Insbesondere sozial Arbeitende sind wohl am ehesten dazu prädestiniert, die Patienten während des Therapieantritts und der Phasen der sozialen Stabilisierung zu betreuen. Denn psychotherapeutisch kann nach übereinstimmender Auffassung zahlreicher Autoren (vgl. Olgiati 2000, S. 347) erst gearbeitet werden, wenn die sozialen Fragen geklärt und die Lebenssituation insgesamt beruhigt ist:

„Eine zumindest im Ansatz stabile soziale Situation – vor allem eine befriedigende Wohnform und abgesicherte finanzielle Verhältnisse – dürfte dabei eine

Voraussetzung für die Durchführung von Psychotherapie sein. Psycho- und Sozialtherapie können somit nicht parallel sondern eher abwechselnd zur Anwendung kommen, je nachdem, welche Problematik bei dem Klienten aktuell im Vordergrund steht. Die Verschränkung von psycho- und soziotherapeutischen Elementen macht den Charakter der psychosozialen Betreuung Substituierter im Wesentlichen aus.“ (Verthein 1995, S. 347)

Zur Wahrung professioneller Standards ist es ausserdem notwendig, dass im Rahmen der PSB ein Hilfe- und Behandlungsplan, der in regelmässigen zeitlichen Abständen zu aktualisieren ist, erstellt wird (vgl. Vogt 1999, S. 37).

5.3. DIE INTERDISZIPLINÄRE BEHANDLUNG IN HEGeBE

Zur Erreichung der Ziele in der HeGeBe (vgl. Schweizerischer Bundesrat 1999, S. 1) wird im Rahmen dieser Behandlung auf Interdisziplinarität gesetzt. In der Verordnung über die ärztliche Verschreibung von Heroin ist festgehalten, dass HeGeBe eine somatische, psychiatrische und soziale Betreuung umfasst. Die Institutionsleitung hat für Kooperation und Koordination mit und unter den beteiligten Fachpersonen zu sorgen (vgl. op. cit., S. 2). Zum Behandlungspersonal gehören mindestens ein Arzt oder eine Ärztin, eine für die PSB verantwortliche Fachperson sowie zwei für die Pflege und die Abgabe der verschriebenen Betäubungs- und Arzneimittel zuständige Personen. „In allen Behandlungs- und Betreuungsbereichen muss ausreichend fachlich qualifiziertes Personal zur Verfügung stehen.“ (op. cit., S. 4) Im Gegensatz zur ärztlichen und pflegerischen Versorgung wird bei der PSB auf die Zuordnung dieses Tätigkeitsgebiets zu einer Berufsgruppe verzichtet. Es wird hier also offen gelassen, ob es sich bei den Durchführenden der PSB um sozial Arbeitende oder Sozialpädagogen/-innen, Pflegende oder Psychologen zu handeln hat. Um die Behandlung durchführen zu können müssen die Behandlungszentren dem Bundesamt für Gesundheit nachweisen, dass in ihrem Zentrum pro Patient mindestens je 1.7% psychosoziales Betreuungs- und ärztliches Behandlungspersonal zur Verfügung stehen.

Die Mehrheit dieser Fachpersonen hat eine ausreichende Berufserfahrung mit der Behandlung und Betreuung Drogenabhängiger nachzuweisen. Das Personal hat sich regelmässig weiterzubilden und wird vom BAG über die einschlägigen Forschungsergebnisse und Behandlungsempfehlungen informiert (vgl. op. cit., S. 5). Hierzu gehört, dass vom BAG seit 1999 jedes Jahr mehrere Kurse in motivierender Gesprächsführung für das HeGeBe-Behandlungspersonal angeboten werden. Die Kurse sind sehr beliebt und aufgrund der Tatsache, dass sich jedes Jahr ungefähr 40 Fachleute mit diesem Ansatz neu vertraut machen und ihn im Behandlungszentrum anwenden, kann geschlossen werden, dass die motivierende Gesprächsführung mittlerweile zu den anerkannten und breit angewandten Methoden im Rahmen der PSB in den HeGeBe-Zentren gehört.

Die Fachleute haben ausserdem für jeden Patienten einen interdisziplinär erarbeiteten Behandlungsplan, der die individuellen Ziele in den verschiedenen Betreuungsbereichen festlegt, zu führen (vgl. op. cit., S. 3).

Diese für eine Drogenbehandlung recht strikte Reglementierung ist durch den Umgang mit einem hoch potenten psychoaktiven und ansonsten illegalen Stoff mitbestimmt. Die geforderte Professionalität und klare Strukturierung sollen die HeGeBe zu einem sicheren und handhabbaren Teil des Hilfesystems für Drogenabhängige machen. Als Konsequenz können aufgrund dieser Forderungen hohe professionelle Standards vorausgesetzt

werden. Das BAG hat zur HeGeBe ein Handbuch mit Richtlinien, Empfehlungen und Informationen (vgl. BAG 2000c) herausgegeben, worin die gesetzlichen Anforderungen erläutert werden und die Konzeptualisierung der Behandlung, aufbauend auf den Erkenntnissen der Experimentalphase von 1994 bis 1996, in einer verbindlichen Form festgehalten ist.

So werden etwa die medizinischen, die sozialen und die bereichsübergreifenden Therapieziele und Aufgaben nach den Unterkategorien kurz-, mittel-, und langfristig unterteilt und kommentiert. Zu den kurzfristigen sozialen Zielen gehört die umfassende soziale Anamnese nach sozialarbeiterischen Standards, die Sicherung der primären Lebensbedürfnisse durch stützende Interventionen in den Bereichen Gesundheit, Übernachten/Wohnen, Finanzen, Arbeit und Freizeit, die Distanzierung zur Drogenszene und die Unterstützung und Begleitung im Umgang mit Behörden (vgl. op. cit., Kap. 1, S. 11).

Mittelfristig soll bei den sozialen Zielsetzungen der Aufbau einer Tagesstruktur, die Hilfe bei der Wiederherstellung sozialer Beziehungen, die Regelung der finanziellen Situation, die Verbesserung der sozialen Integration und die weitere Bearbeitung von Sachthemen wie Wohnen, Arbeit, Finanzen etc. im Vordergrund stehen.

Langfristig gilt es, das Erreichte zu erhalten, die Unterstützung auf Autonomieförderung auszurichten, die Vernetzung des Patienten auszubauen und die Kontinuität auch bei Übertritten in andere Behandlungsangebote wenn immer möglich zu gewährleisten.

Im Rahmen der interdisziplinären Behandlungsplanung sind die für die PSB zuständigen Fachpersonen für folgende Problembereiche zuständig:

- Wohnsituation
- Berufliche Situation unter Berücksichtigung der Ausbildungsgrundlage
- Finanzielle Situation mit Art und Weise der Bestreitung des Lebensunterhalts, allfällige Schuldensanierungen, Sozialversicherungen usw.
- Juristische Situation
- Soziale Kontakte und persönliche Beziehungen und allfällige Partnerschaften; Freundschaften und Sexualität
- Allfällige Konflikte im persönlichen und sozialen Umfeld
- Freizeitgestaltung
- Zukunftsperspektiven
- Umgang mit Beikonsum (vgl. op. cit., Kap. 1, S. 16)

Der Kontakt mit mehrfach belasteten Adressaten macht die PSB im Rahmen der HeGeBe zu einer anspruchsvollen und anforderungsreichen Tätigkeit. Ein grosser Teil der

dazu erforderlichen beruflichen Qualifikationen ist bei Angehörigen sozialer Berufe (Bearbeitung der Wohn- und Berufssituation, der Finanzen, der juristischen Situation), aber auch bei Psychologen/-innen (Beziehungen, Konflikte, Zukunftsperspektiven) und teilweise bei Pflegenden (u.a. Umgang mit Beikonsum) anzutreffen. Letztere sind mit entsprechenden Zusatzausbildungen auch in der Lage, sozialarbeiterische und gesprächspsychotherapeutische Betreuungsanteile zu übernehmen. Da aber methadon- und heroingestützte Behandlungen an der Schnittstelle zwischen Medizin und sozialer Arbeit angesiedelt sind, ist die Bereitschaft und die Fähigkeit zur interdisziplinären Behandlungsplanung und -durchführung wohl die massgebliche Voraussetzung und als wichtiger zu bewerten, als die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Berufsgruppe innerhalb des Systems der Gesundheitsversorgung. Aufgrund von Geschichte und Methodologie der Sozialarbeit, der die Verwendung von Fertigkeiten unterschiedlicher Disziplinen nicht fremd ist, wäre aber trotzdem anzunehmen, dass sozial Arbeitende für die Gewährleistung der für die PSB essentiellen Vernetzungs- und Verbindungsaufgaben in besonderem Masse befähigt sind.

Damit ist der Zuständigkeitsbereich der PSB sehr weit gefasst und gleichzeitig detailliert abgesteckt, besonders wenn man sich vergegenwärtigt, wofür die anderen Berufsgruppen gemäss HeGeBe-Handbuch zuständig sind. Für die ärztlichen Fachpersonen sind dies folgende Aufgabenbereiche:

- Medikamente (Verschreibung, Dosierung und Einnahmemodus)
- Verschiedene Behandlungen
- Regelmässige Laboruntersuchungen
- Triage (Kontrolle und Dokumentation) bei externen somatischen oder psychiatrischen Behandlungen

Die Aufgaben des Abgabepersonals sind ebenfalls klar umrissen:

- Training eines adäquaten sozialen und zwischenmenschlichen Verhaltens in der Abgabe
- Sichere, hygienisch einwandfreie Injektionstechnik
- Gesteigertes Gesundheitsbewusstsein
- Förderung des Gesundheitsverhaltens
- Beurteilung des Beikonsums (vgl. *ibid.*)

Damit wird deutlich, dass ein grosser, oft überwiegender Teil der Behandlungs- und Betreuungsverantwortung auf den Durchführenden der PSB lastet. In den meisten Fällen kommen zu den patientenspezifischen Aufgaben die Organisation der Vernetzung zu anderen Institutionen im nicht-ärztlichen Bereich hinzu.

Wie bereits weiter oben festgestellt wurde, ist ein Hauptunterschied zwischen früheren Heroinsubstitutionsprogrammen und HeGeBe in der konsequenten Anwendung und der Verbindlichkeit der psychosozialen Betreuung und der interdisziplinären Behandlung zu sehen. Die gesetzlichen Vorgaben verankern dieses Prinzip – wie bereits erwähnt - über die Experimentalphase (1994-1996) hinaus. In der Tat ist das soziale Arbeiten, das in der HeGeBe unter dem Titel PSB geführt wird, ein unverzichtbarer Bestandteil dieser Therapieform. Um so erstaunlicher ist es, dass dieser Aspekt der Heroinsubstitution noch nicht umfassender erforscht und evaluiert wurde. Die vorhandenen wissenschaftlichen Erkenntnisse beziehen sich ausschliesslich auf die verbreiteteren und seit längerem angewandte methadongestützte Behandlung.

5.5. FORSCHUNG ZUR BEGLEITENDEN BEHANDLUNG UND BETREUUNG IM RAHMEN DER SUBSTITUTIONSTHERAPIE

Die wissenschaftliche Literatur zum eigentlichen Gegenstand dieser Arbeit, nämlich zur psychosozialen Begleitbehandlung, ist – wie bereits erwähnt – nur sehr spärlich. Dies liegt zum einen daran, dass das Bewusstsein für die potentielle Bedeutung der die Substitution begleitenden Behandlung erst vor etwas mehr als zehn Jahren von den Klinikern zu den Forschern vorgedrungen zu sein scheint. Zum anderen bildet die PSB nicht gerade das „Kerngeschäft“ medizinischer Kliniker und Forscher. Die vermehrte Publikation von sozialwissenschaftlichen Arbeiten auf diesem Gebiet in den letzten Jahren ist auch ein Indikator für die Zunahme der Bedeutung nicht ärztlicher Dienstleistungen innerhalb der Substitutionsbehandlung. Ursache hierfür ist einerseits die Erkenntnis, dass mit der Abgabe des Substituts allein nur in sehr beschränktem Umfang positive Veränderungen initiiert werden können. Andererseits spielen staatliche Reglementierungen in Deutschland (vgl. Bühringer G. et al. 1995) und in gewissen englischsprachigen Ländern (für Methadonbehandlung) und in der Schweiz (für HeGeBe), die PSB vorschreiben, eine nicht unwesentliche Rolle.

Zur Bewertung der Bedeutung der im ersten Behandlungsjahr erzielten Fortschritte, wie dies innerhalb der Studie im nächsten Kapitel vorgesehen ist, gehört auch ein Blick auf die Behandlungsverläufe bei Substitutionstherapien. Analysen der Therapiedauer wie auch Verlaufsuntersuchungen bei Substitutionsbehandlungen (Raschke 1994; Ward et al. 1998) können Hinweise darauf geben, inwiefern typische Therapieverläufe existieren.

Die Wirksamkeit einzelner Bestandteile der Substitutionsbehandlung ist bisher erst rudimentär und ausschliesslich für die Methadonsubstitution untersucht worden (Ball / Ross 1991; MacLellan et al. 1993). Die Arbeit von MacLellan et al. wurde von Kraft et al. (1997) im Hinblick auf einen eventuellen Zusammenhang zwischen Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Behandlungsintensität reanalysiert. Für den Bereich HeGeBe existiert zur Zeit lediglich eine Wirtschaftlichkeitsstudie (vgl. Gutzwiller / Steffen 2000), die dieser Behandlung als Gesamtpaket ein günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis im Vergleich zu den Kosten, die unbehandelte Drogenabhängige verursachen, attestiert.

Bereits Dole und Nyswander (1965) hoben die Bedeutung der die Methadonsubstitution begleitenden rehabilitativen Massnahmen hervor. Diese frühen Praktiker der Methadonbehandlung verwarfen die Ansicht, dass Drogenabhängige unter – wie auch immer ausgeprägten – präexistenten psychologischen Beeinträchtigungen litten. Die Probleme ihrer Patienten waren für sie das Ergebnis der durch die Sucht bedingten Notwendigkeit, den Konsum von Heroin fortzusetzen sowie die Konsequenz der sozioökonomischen

Bedingungen, unter denen sie aufzuwachsen gezwungen waren. Entsprechend konzentrierte sich die Begleitbehandlung damals auf lebenspraktische Aspekte wie Wohn- und Arbeitssituation, rechtliche Probleme und familiäre Beziehungen (vgl. Ward et al. 1998, S. 266).

Heute zeigt sich ein anderes Bild. Einige ätiologische Modelle interpretieren Drogenabhängigkeit als Antwort auf eine präexistente psychische Erkrankung und den Drogenkonsum selbst als Versuch der Selbstmedikation. Verschiedene Studien beschäftigen sich mit dem hohen Anteil an psychiatrischer Komorbidität in der drogenabhängigen Population (vgl. hierzu op.cit., S. 419ff.). PSB innerhalb der Methadonbehandlung wird auch und insbesondere vor dem Hintergrund der hohen Prävalenz von psychiatrischer Komorbidität als dringend notwendig postuliert (vgl. Krausz et al. 1999, S. 648).

Dieser Befund wird für die HeGeBe durch die Studie von Frei und Rehm (2002) in vollem Umfang gestützt. Vor dem Hintergrund der hohen Prävalenz komorbider psychischer Störungen von insgesamt 86% des untersuchten Kollektivs, erkennen die Autoren eine dringliche Notwendigkeit der Verbesserung und Anpassung des Behandlungsangebotes. Speziell auf die Komorbiditätsproblematik zugeschnittene Therapiemodule seien bei der Weiterentwicklung des Behandlungsangebots für Opiatabhängige besonders zu berücksichtigen (vgl. op. cit., S. 256).

Ball und Ross (1991) sowie noch präziser MacLellan et al. (1993) wiesen nach, dass die Methadonbehandlung wirksamer ist, je intensiver und umfassender die Begleitbehandlung gestaltet wird. Das diesbezügliche Referenzwerk ist nach wie vor die Arbeit von Ball und Ross (1991) aus den USA. Diese Grossstudie umfasste ein dreijähriges Follow-Up von 633 Patienten und Patientinnen aus sechs ambulanten Methadonkliniken in New York, Philadelphia und Baltimore. Ziel war es, herauszufinden, ob eher die Programmstruktur oder die medizinischen und sozialen Dienstleistungen den Patienten-Outcome beeinflussen. In ihrer Schlussfolgerung halten die Autoren fest, dass Kliniken mit mehr Personal, besseren Räumen und besserem Management in Bezug auf den Patienten-Outcome weniger erfolgreich waren als solche mit weniger Personal, weniger angepassten Räumlichkeiten, dafür mit mehr Behandlungsdienstleistungen.

Einen direkten Hinweis zur Fragestellung der vorliegenden Untersuchung, nämlich zur Wirkung der die Substitution begleitenden Behandlung und Betreuung, lieferten auch MacLellan et al. in ihrem im Jahre 1993 im „Journal of the American Medical Association“ publizierten Artikel. Es handelt sich um eine randomisierte Studie über 6 Monate bei 92 Patienten einer ambulanten Methadonklinik in Philadelphia. Die Patienten wurden in drei Gruppen (nur Methadon versus Methadon plus einfache Beratung versus Methadon plus umfassende Beratung, medizinisch/psychiatrische Behandlung, Famili-

entherapie und Beschäftigung) aufgeteilt. Methadon allein war nur bei wenigen wirksam, wohingegen sich bereits einfache Beratung als effizienter erwies. Die besten Behandlungsergebnisse wies die Gruppe mit der vollständigsten Therapie auf.

Rosenblum et al. (1995) haben eine Untersuchung an 77 Kokain konsumierenden Methadonpatienten veröffentlicht. Die Patienten wurden während sechs Monaten intensiv (fünf Sitzungen pro Woche) mittels einer strikt manualisierten kognitiv-verhaltenstherapeutischen nicht pharmakologischen Methode behandelt. Die Abnahme des selbst berichteten Kokainkonsums während der letzten dreissig Tage (anhand von Urinproben überprüft) war bei demjenigen Quartil, welches die meisten Therapiesitzungen absolviert hatte, am höchsten. Mit Ausnahme des ersten Quartils (am wenigsten Therapiesitzungen) wurde eine positive Korrelation zwischen der Anzahl besuchter Therapiesitzungen und der Abnahme des Kokainkonsums festgestellt (vgl. op. cit., S. 158).

Die Begleitbehandlung setzt sich im Wesentlichen aus ärztlichen und psychosozialen Dienstleistungen zusammen. Letztere wurden, als Hauptgegenstand der vorliegenden Arbeit, weiter oben in diesem Kapitel definiert. Untersuchungen zur Wirksamkeit der psychosozialen Betreuung im engeren Sinne sind rar. Bekannt und greifbar ist lediglich ein ausführliches Kapitel in der umfassenden Studie von Raschke (1994) über Substitutionsbehandlungen in Hamburg. Darin weist er nach, dass intensivere und besser strukturierte psychosoziale Betreuung das Behandlungsergebnis nachhaltig positiv beeinflusst. Zwar seien schon allein durch die Verabreichung des Polamidons¹⁶ Verbesserungen in Bezug auf die gesundheitliche, psychische und soziale Situation der Behandelten auszumachen. Aber:

„Eine auf längere Sicht stabile Konstellation des bereits Erreichten lässt sich jedoch für viele Substituierte nur mit Hilfe einer beratend betreuenden oder psychotherapeutischen Unterstützung erreichen.“ (op. cit., S. 242).

Der Autor stellt fest, dass es in dem von ihm untersuchten Feld eine konzeptionell einheitliche Vorgehensweise in der ambulanten Betreuung nicht gebe (vgl. op.cit., S. 245). Er unterteilt die angewandte Begleitbehandlung in vier Interventionstypen, die leider nicht näher erläutert werden:

¹⁶ Dieses synthetische Opiat, dessen Wirkung dem des Methadons ähnlich ist, wurde im Raum Hamburg zum Zeitpunkt der Untersuchung häufiger als Methadon verwendet.

- Psychotherapie
- Therapie aus psycho- und sozialtherapeutischen Elementen
- Soziotherapie
- Begleitende Betreuung / lose Begleitung

Aufgrund seiner statistischen Auswertungen kommt er zum Schluss, dass sich die Klienten unter den ersteren beiden Interventionsformen besser entwickeln als unter den letzteren (vgl. S. 307).

Somit hat Raschke auch darauf hingewiesen, dass der Betreuungsmodus bzw. die Konzeption von PSB durchaus einen Einfluss auf die Resultate der Substitutionsbehandlung hat. Auch Crowley (1999) und Woody et al. (1998), die Sekundäranalysen von Untersuchungen zur Wirksamkeit von die Substitutionsbehandlung begleitenden ambulanten Therapiesettings vornahmen, orten von der Therapiemethode abhängige Unterschiede bei den Behandlungsergebnissen. Weitere, den Erfolg der PSB begünstigende Faktoren sind:

- Die Betreuungsintensität (Regelmässigkeit)
- Die Qualität der Klienten-Betreuer-Beziehung und
- Das Engagement des Klienten (vgl. Raschke 1994, S. 315)

Die Wirkung der PSB hemmende Faktoren sind v.a. psychische Beeinträchtigungen und eine insgesamt negative soziale Situation (vgl. Vertheim 1995, S. 467). Van Beusekom und Iguchi (2001, S. 64) weisen im Rahmen einer Literaturübersicht darauf hin, dass Methadonpatienten mit hohem Beikonsum an Kokain diesen tendenziell eher aufgeben, wenn sie einer intensiven kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierten Begleitbehandlung ausgesetzt werden. Das Ausmass des Behandlungserfolgs verlaufe jedoch nicht genau linear zur Intensität der Behandlung.

Die positiven Wirkungen der PSB beim Klienten zeigen sich zuallererst in einer Verbesserung des Wohlbefindens. Dann verhilft sie zu mehr Selbstsicherheit, zur Stabilisierung der sozialen Situation und zur (Wieder-) Entwicklung der Kontaktfähigkeit und zuletzt – in etwas geringerer Masse - auch zu psychischer Stabilität und Durchsetzungsfähigkeit (vgl. Raschke 1994, S. 294).

Die Substitutionsdauer übt ihren Einfluss auf die Intensität der PSB aus. Anfangs wird sie häufig (mindestens 1x/Woche), nach erfolgter sozialer Stabilisierung seltener beansprucht (bei Bedarf, bzw. 1x/Monat) (vgl. op.cit., S. 266f.). Die Klienten beurteilen die PSB eher als hilfreich, wenn sie regelmässig angeboten wird (vgl. op.cit., S.268). In-

samt 59% der Klienten (N=194) empfinden die BSP als verpflichtendes Programmelement als hilfreich (vgl. op. cit., S. 336).

Die Studie weist ausserdem nach, dass die bedeutenden positiven Veränderungen während der ersten beiden Therapiejahre erzielt werden und dass eine positive Weiterentwicklung über zwei Jahre hinaus kaum erkennbar sei („Sättigungseffekt“) (vgl. op.cit., S.316). Psychische Probleme schränken die Chancen auf eine positive Entwicklung trotz PSB stark ein. Ein überraschendes Resultat der Studie war, dass Akzeptanz der Betreuung eher mit einer negativen persönlichen Entwicklung korreliert. Dies erklärt der Autor damit, dass Klienten mit einer weniger erfolgreich verlaufenden Begleittherapie und mit einer entsprechend grösseren Problembelastung ein stärkeres Bedürfnis nach helfender Unterstützung hätten (vgl. op. cit., S.317f.).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Art und Intensität der Begleitbehandlung in der Substitutionstherapie (neben der Verschreibung von ausreichenden Dosen des Substitutionsmittels) in der Regel einen entscheidenden Einfluss auf das Behandlungsergebnis hat. Beruflich und sozial gut integrierte Drogenabhängige mit hohem Motivationsgrad und geringer Problembelastung können sich unter Umständen auch ohne PSB während der Substitution positiv entwickeln.

Für die anderen ist zu bemerken, dass die Therapieforschung künftig bemüht sein sollte, erfolgreiche Interventionsstrategien zu identifizieren, um die Professionalisierung in diesem Bereich im Interesse der Patienten voranzutreiben. Behandlungs- und Beratungsprotokolle sowie Weiterbildungsprogramme müssen anschliessend zur Implementierung dieser als erfolgreich identifizierten Interventionsformen beitragen.

Gewisse Arbeiten deuten ausserdem darauf hin, dass nicht nur die Therapiemethoden entscheidend sind, sondern dass nicht alle Beratende und Betreuende (trotz gleicher methodischer Ausrichtung) mit derselben Effizienz positive Veränderungen bei ihren Patienten oder Klienten auslösen können. Es ist deshalb ein grosses künftiges Forschungsanliegen, mehr über die Charakteristika effizienter Berater herauszufinden. Danach wird man erkennen können, inwiefern es sich bei diesen Charakteristika um lernbare Techniken oder um Persönlichkeitsanteile der beratenden Person handelt (vgl. Ward et al. 1998, S. 296).

Insgesamt wird deutlich, dass die Rolle der PSB von Drogenabhängigen im Rahmen von Substitutionsbehandlungen noch wenig erforscht ist. Die wenigen vorliegenden Ergebnisse legen nahe, dass die PSB an der Generierung von Therapieerfolg aktiv beteiligt ist. Welche Art und welche Intensität dieser Begleitbehandlung zu welchem Zeit-

punkt im Therapieverlauf bei welchen Patienten die besten Resultate bringt, ist eine zur Zeit noch nicht eindeutig beantwortbare Frage. Die Fragestellung der vorliegenden Untersuchung, nämlich die Überprüfung der vermuteten positiven Zusammenhänge zwischen Betreuungsintensität und Therapieerfolg ist für die Erhellung dieser Thematik deshalb von grosser Bedeutung und stellt in Bezug auf die heroingestützte Behandlung und auf den gesamten Substitutionsbereich eine Novität dar. Auf welche Art und Weise diese Überprüfung in der vorliegenden Studie vorgenommen wurde, soll zu Beginn des nächsten Kapitels erläutert werden.

6. WIRKUNGSANALYSE

6.1. METHODEN UND INSTRUMENTE

6.1.1. Empirische Datenanalyse und problemzentrierte Intensivinterviews

Zur Erhellung der Forschungsfrage, inwiefern die Begleitbehandlung das Resultat der HeGeBe bei den Patienten beeinflusst, wurde ein Vorgehen nach zwei verschiedenen Methoden gewählt (methodologische Triangulation).

Mittels einer Panel-Studie¹⁷ wird das Behandlungsergebnis in Abhängigkeit von Art und Menge der PSB und der medizinischen Behandlung erfasst. Die hier angewandten Untersuchungsmethoden sind quantitativ-statistischer Natur. Mit Hilfe der Kovarianzanalyse wird die Entwicklung der Patienten während des ersten Behandlungsjahres erfasst, beurteilt und zur beanspruchten HeGeBe-internen Behandlung und Betreuung in Beziehung gesetzt. Darauf folgt eine qualitative Vertiefung anhand von Intensivinterviews mit zwei Patienten, die vom Trend abweichende bzw. unerwartete Ergebnisse aufweisen.

Woran und wie soll der Behandlungserfolg gemessen werden? Wie sind die Behandlungsziele zu definieren? Welche Parameter geben Auskunft über die Erreichung der Behandlungsziele? Wegen des Umgangs mit einem laut Betäubungsmittelgesetz „verbotenen Stoff“ und den Vorsichtsmaßnahmen, die sich demzufolge aufdrängen, hat der Gesetzgeber diese Behandlung nur unter den Bedingungen einer strengen Reglementierung und klaren Strukturierung zugelassen. Dazu gehört, dass die Behandlungsziele auf Verordnungsebene umschrieben werden¹⁸. Vier Ziele wurden festgehalten:

- a. eine anhaltende therapeutische Einbindung;
- b. die Verbesserung des physischen und psychischen Gesundheitszustandes;
- c. die Verbesserung der sozialen Integration (Arbeitsfähigkeit, Distanzierung von der Drogenszene, Abbau deliktischen Verhaltens);
- d. der dauerhafte Verzicht auf Opiatkonsum.

¹⁷ Dieser Begriff wird im Rahmen der vorliegenden Arbeit analog zur Literatur für eine Längsschnitt-Untersuchung, bei welcher dieselben Personen mit denselben Instrumenten zu zwei verschiedenen Zeitpunkten untersucht werden, verwendet (vgl. Friedrichs 1980, S. 157).

¹⁸ Schweizerischer Bundesrat: Verordnung über die ärztliche Verschreibung von Heroin vom 8. März 1999. Bern 1999, Art. 1

Der Behandlungserfolg kann also an der Erreichung dieser vier Ziele gemessen werden. Zur Operationalisierung derselben werden Indikatoren benötigt. Diese wurden von den Verantwortlichen der Behandlungszentren HeGeBe im Rahmen eines vom BAG im Frühling 2000 durchgeführten Workshops definiert. Die Indikatoren wurden - soweit möglich - in die vom Institut für Suchtforschung (ISF) in Zusammenarbeit mit den Behandlungszentren und dem BAG entwickelte und ab Januar 2001 zur Verwendung gelangte Patientenstatistik HeGeBe (Behandlungsmonitor) integriert (vgl. Gschwend et al. 2002a). Erhoben werden zur Überprüfung der Erreichung der Therapieziele:

- ad a.:
 - Haltequote nach einem Monat und nach einem Jahr
 - Anzahl therapeutischer Kontakte
 - Zufriedenheit mit der Behandlung

- ad b.:
 - Psychische Gesundheit (Erfassung nach den ICD-10-Vorgaben der WHO)
 - Body-Mass-Index (Über-/Untergewicht)
 - Dermatologischer Status
 - HIV/Hepatitis-Status

- ad c.:
 - Arbeitssituation
 - Wohnsituation
 - Finanzen
 - Beikonsum
 - Partnerschaft / Soziale Kontakte

- ad d.: Die Überprüfung der Erreichung dieses Ziels kann erst eine gewisse Zeit nach Therapieende (katamnestisch) erfolgen, weil die Einnahme des Heroin ja Bestandteil der Behandlung ist. Zwar ist im Rahmen des Patientenerfassungssystems eine katamnestische Befragung sechs Monate nach Therapieende vorgesehen. Der für diese Studie zur Verfügung stehende Beobachtungszeitraum macht es jedoch unmöglich, diese Daten auszuwerten.

Die Beiträge von PSB und ärztlicher Behandlung zum Behandlungserfolg werden quantitativ an der Beantwortung der Frage festgemacht werden, inwiefern die Intensität der psychosozialen Betreuungskontakte und der Arzttermine mit den Werten der übrigen Indikatoren für das Erreichen der Therapieziele a., b., und c. in Beziehung stehen.

Im Rahmen der Intensivinterviews, die prototypischen Charakter haben, wird anschließend ausgelotet, welchen Platz HeGeBe und die darin enthaltenen Behandlungselemente

im Leben der Patienten einnehmen. Die Interviews geben ausserdem Aufschluss darüber, welche anderen Lebensumstände und Ereignisse einen Einfluss auf Gesundheit und soziale Integration der HeGeBe-Patienten ausüben.

6.1.2. Untersuchte Population

Die anvisierte Population setzt sich aus allen Neueintritten in die ambulanten HeGeBe-Zentren während des ersten Semesters des Jahres 2001 zusammen. Da es sich bei der Erhebung der Behandlungsdienstleistungen um einen zusätzlichen Aufwand für die Behandlungszentren handelte, der zusammen mit allen anderen therapeutischen und administrativen Anforderungen der HeGeBe zu bewältigen war, konnte nicht von einer Teilnahme aller Zentren an der Studie ausgegangen werden. Schliesslich erklärten sich zwölf von 19 ambulanten Zentren zu einer Teilnahme bereit. Das französischsprachige Zentrum wurde wegen des Übersetzungsaufwands ausgeschlossen, sechs weitere nahmen aus eigenem Entschluss nicht teil. Von den 60 während des Eintritts-Zeitfensters in die teilnehmenden Zentren aufgenommenen Patienten verblieben deren 41 während einem Jahr in Behandlung (Haltequote 69.8%). Bei diesen konnte die Kovarianzanalyse durchgeführt werden (vgl. Abb. 3, S. 98).

Um abschätzen zu können, inwiefern diese Teilmenge für die Gesamtsituation der ambulanten HeGeBe Schweiz im Jahre 2001 repräsentativ ist und um die Generalisierbarkeit für alle Behandlungszentren fundiert diskutieren zu können, wurden die Eintritts- und Verlaufsdaten auch für diejenigen Zentren, die an der Studie nicht teilnahmen, ausgewertet und mit der Population aus den teilnehmenden Zentren verglichen.

Die beiden im Rahmen von Intensivinterviews befragten Patienten wurden aus den sich nach einem Jahr noch in Behandlung Befindenden in den teilnehmenden Behandlungszentren rekrutiert. Es wurden Personen mit vom statistisch ermittelten Trend abweichenden Behandlungsergebnissen gewählt.

6.1.3. Erhebungsinstrumente

Die Indikatoren für den Behandlungserfolg werden zusammen mit weiteren Patientendaten im Rahmen des so genannten Patientenmonitorings erfasst. Die heroingestützte Behandlung wurde seit ihrer zunächst experimentellen Einführung im Jahre 1994 wissenschaftlich eng begleitet. Die Bedürfnisse und Gegebenheiten der Datenerfassung für die Begleitforschung traten mit dem Inkrafttreten der aktuellen gesetzlichen Grundlage für diese Behandlung (ab 1999) etwas in den Hintergrund.

Im Rahmen des Vorhabens „Qualitätsentwicklung HeGeBe“ wurde als erste Massnahme im Jahre 2000 ein neues Patienten-Monitorisierungssystem entworfen, das auf den Erfahrungen der intensiven Forschungsphase von 1994 bis 1999 aufbaute, und das den Bedürfnissen der Behandlungszentren nach regelmässigen Patientendaten zur Weiterentwicklung und Steuerung der Arbeit in den Polikliniken gerecht werden sollte (vgl. Gschwend et al. 2002a). Die Erfassung der zuvor definierten Indikatoren für das Erreichen der Behandlungsziele wurde in diesen Arbeiten integriert. Das Patientenmonitoring wurde im Januar 2001 eingeführt und umfasst folgende Instrumente:

Bei Eintritt:

- Eintrittsmeldung
- HeGeBe-Eintritt: Soziale Daten
- HeGeBe-Medizinische Eintrittsuntersuchung
- Gesundheitsfragebogen (Symptom-Check-List SCL-90-R)

Im Verlauf (erstmal nach einem Jahr in Behandlung und dann nach jedem absolvierten Behandlungsjahr):

- HeGeBe-Verlaufsgespräch: Soziale Daten
- Behandlungsaspekte (Patientenzufriedenheit)
- HeGeBe-Medizinische Verlaufsuntersuchung
- Gesundheitsfragebogen (Symptom-Check-List SCL-90-R)

Bei Austritt:

- Austrittsbogen

Die Daten aus der Erfassung mit diesen Instrumenten standen für diese Studie vollumfänglich zur Verfügung. Sehr wichtig bei diesem Unterfangen ist der Einbezug der Patientensicht. Diese wird nach einem Jahr in Behandlung durch einen entsprechenden, durch den Patienten auszufüllenden Zufriedenheits-Fragebogen erhoben.

In den an der Studie teilnehmenden Zentren ist zudem mittels eines vom Verfasser hierfür entworfenen Fragebogens (siehe Appendix I) eine Erhebung der erbrachten HeGeBe-internen sozialen und medizinischen Dienstleistungen während des ersten Behandlungsjahres für alle im ersten Semester des Jahres 2001 neu eingetretenen Patienten durchgeführt worden. Die genannten Fragebogen werden vom Behandlungspersonal ausgefüllt.

Zur Erfassung der Behandlung gehört selbstverständlich auch der pharmakologische Teil und hier insbesondere die Dosisdaten der Substitutionsopiate. Diese werden routinemässig im Rahmen des klinischen Monitorings erhoben und stehen für alle 41 teilnehmenden Patienten zur Verfügung. Die gesamte Datenanalyse wurde mit dem statistischen Softwarepaket SPSS 10.1 für Windows vorgenommen.

Ausserdem wird im Rahmen von zwei Fallanalysen die Situation der HeGeBe-Patienten eingehend exploriert. Hier bietet sich zur Verbesserung der Grundlage für die Interpretation des quantitativen Datenmaterials eine qualitative Vertiefung in Form von problemzentrierten Intensivinterviews an. Es wäre durchaus plausibel, dass trotz intensiver PSB und ärztlicher Behandlung das Behandlungsergebnis im einen Fall positiv und in einem anderen eher negativ ausfällt. Ebenso ist es denkbar, dass das Behandlungsergebnis bei spärlicher PSB oder ärztlicher Behandlung ebenso divergiert. Deshalb werden im Anschluss an die Analyse der quantitativen Daten zwei Fälle, die solche auffallende Abweichungen zum Trend aufweisen, anhand von Intensivinterviews untersucht (Interviewleitfaden und Transkription der Gespräche im Anhang).

6.1.4. Diskussion der Untersuchungsanlage

Die statistische Untersuchung im Panel-Design eröffnet die Möglichkeit, erstmals im Rahmen einer Heroinsubstitution den Einfluss der Begleitbehandlung und und –betreuung auf das Behandlungsergebnis zu messen. Wie weiter unten demonstriert wird, werden hierzu ausschliesslich Variablen verwendet, welche die Kriterien für ein solches Vorgehen erfüllen.

Aufgrund der selektierten Stichprobe stellt sich die Frage der Repräsentativität. Inwiefern diese tatsächlich gegeben ist, wird anhand eines Vergleichs der Eintritts- und Verlaufsdaten der teilnehmenden und der nicht teilnehmenden Patienten eruiert. Somit lässt sich abschätzen, ob die Resultate als verallgemeinbar betrachtet werden können.

Im Übrigen repräsentieren diejenigen Behandlungszentren, die an der Erfassung der Behandlungs- und Betreuungsdienstleistungen beteiligt waren, über die Hälfte (52%) der verfügbaren HeGeBe-Behandlungsplätze in der Schweiz. Vertreten sind grosse (über 100 Plätze), mittlere (50-100 Plätze) und kleine (bis 50 Plätze) Zentren. Die strukturellen Vorschriften zum Behandlungspersonal und die prozessualen Vorgaben zur Behandlungsplanung machen die HeGeBe zu einer im Vergleich zu anderen Behandlungssettings homogen organisierten Therapieform. Es kann deshalb davon ausgegangen werden, dass die Unterschiede in Bezug auf Quantität und Art der Behandlungsdienstleistungen zwischen den teilnehmenden und nicht teilnehmenden Zentren eher gering sind, was die Repräsentativität der untersuchten Teilmenge für das Gesamtkollektiv befestigt.

Die Fallzahl ist mit 41 Patienten der teilnehmenden Zentren für die Wirkungsanalyse nicht ausgesprochen gross. Hierzu ist zu vermerken, dass Forschungsdesigns mit Fallzahlen unter 100 Personen im klinischen Bereich wegen des grossen Aufwands bei grösseren Fallzahlen nicht unüblich sind. Frühere Forschungsvorhaben zur Substitutionsbehandlung kamen mit vergleichbaren Fallzahlen zu gültigen und anerkannten Ergebnissen (vgl. z.B. Pernegger et al. 1998; MacLellan et al. 1993). Um die statistische Validität und Reliabilität in höchstmöglichem Umfang sicherzustellen, wurden die Variablen erst nach sorgfältiger Überprüfung auf ihre statistische Eignung hin ausgewählt. Mit der Kovarianzanalyse wurde zudem eine Methode gewählt, die gegenüber den bei den vorliegenden Fallzahlen nicht unüblichen Varianzschwankungen unempfindlich ist. Nicht zuletzt erlaubt die Triangulation von quantitativen und qualitativen Erhebungsverfahren eine nachträgliche Verifizierung der statistischen Ergebnisse, was die Verlässlichkeit der Befunde weiter erhöht.

Eintritte 1. Semester 2001, untersuchte Population und Erhebungsinstrumente

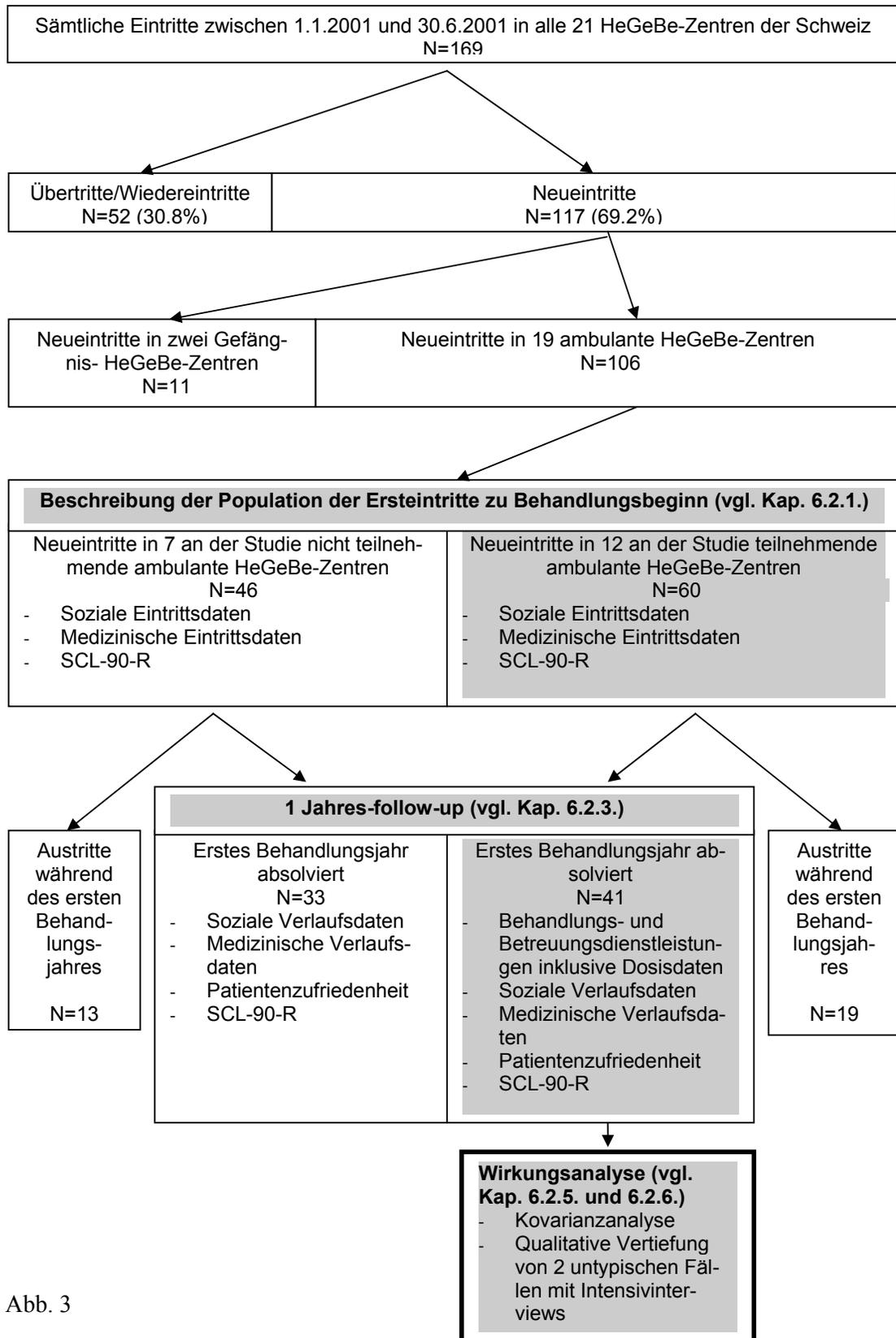


Abb. 3

6.2. VERLAUFSUNTERSUCHUNG

6.2.1. Patientencharakteristika bei Ersteintritt

Zwischen dem 1. Januar und dem 30. Juni 2001 waren in allen HeGeBe-Zentren in der Schweiz insgesamt 169 Eintritte zu verzeichnen (vgl. Abbildung 3). Zweiundfünfzig (30.8%) davon betrafen Personen, die aus einem anderen Behandlungszentrum übertragen oder nach einer Behandlungspause wieder eintraten. Bei den restlichen 117 Personen (69.2%) handelt es sich um Neueintritte.

Um die Auswirkungen der heroingestützten Behandlung auf die Entwicklung der Gesundheit und der sozialen Integration verlässlich beurteilen zu können, wird sich diese Untersuchung auf Neueintritte (HeGeBe-naive Patienten) beschränken. Dadurch soll sicher gestellt werden, dass die Patienten diesbezüglich über möglichst ähnliche Ausgangsbedingungen verfügen. Es liegt mithin auf der Hand, dass Patienten, die zum ersten Mal in die HeGeBe eintreten, auf diese Behandlung anders reagieren als solche, die sie lediglich (mit oder ohne Unterbrechung) fortsetzen.

Raschke (1994, S. 315) weist darauf hin, dass die wichtigsten Veränderungen und Entwicklungen in Substitutionsprogrammen während den ersten 12-24 Behandlungsmonaten stattfinden. Würden sowohl Neueintritte als auch Über- und Wiedereintritte in die Untersuchung mit einbezogen, ergäben sich dadurch unterschiedliche Voraussetzungen der Patienten im Hinblick auf die Behandlungsdauer. Es könnte dann nicht mehr von den „ersten zwölf Behandlungsmonaten“ gesprochen werden und es müsste statt dessen davon ausgegangen werden, dass teilweise lediglich eine aktuelle Behandlungsepisode bei unberücksichtigter eventueller HeGeBe-Vorgeschichte erfasst würde.

Von den 21 zu Beginn des Jahres 2001 existierenden Schweizer HeGeBe-Zentren befanden sich zwei innerhalb von Gefängnisbetrieben. Letzere wurden aus methodischen Gründen von der Untersuchung ausgeschlossen, da sich die Betreuungsarbeit und die Tagesstrukturen innerhalb von Gefängnissen grundsätzlich vom ambulanten Behandlungssetting unterscheiden. Ausserdem ist die Aufenthaltsdauer in den beiden HeGeBe-Gefängniszentren üblicherweise wesentlich kürzer als in den ambulanten Zentren.

Im weiteren wurde das einzige Behandlungszentrum im französischen Sprachraum aus organisatorischen Gründen von der Erfassung der Behandlungs- und Betreuungsdienstleistungen ausgeschlossen. Der Übersetzungsaufwand, der für eine Teilnahme an der Studie nötig gewesen wäre, hätte die zur Verfügung stehenden zeitlichen Ressourcen überschritten. Ausserdem stand das HeGeBe-Handbuch, das beim Fragebogen zur Er-

fassung der internen Behandlungs- und Betreuungsleistungen als definatorische Grundlage diente, erst ab Ende Dezember 2001 in französischer Sprache zur Verfügung.

Von den verbleibenden 18 Behandlungszentren erklärten sich deren 12 dazu bereit, an der Erfassung der internen Behandlungs- und Betreuungsleistungen für die Eintritte zwischen dem 1. Januar und dem 30. Juni 2001 mitzuwirken. Von diesen 12 Behandlungszentren hatte eines während des genannten Zeitraums keine Neueintritte zu verzeichnen. In die übrigen 11 Zentren traten insgesamt 60 Patienten neu ein, was 56.6% aller Neueintritte (N=106) für den erwähnten Zeitraum in ambulanten HeGeBe-Zentren entspricht (vgl. Tabelle 1). Diese verteilen sich wie folgt auf die Behandlungszentren:

Anzahl Ersteintritte teilnehmende Zentren im ersten Halbjahr 2001

Zentrum A	11
Zentrum B	9
Zentrum C	9
Zentrum D	8
Zentrum E	7
Zentrum F	5
Zentrum G	3
Zentrum H	3
Zentrum I	2
Zentrum J	2
Zentrum K	1
Total	60

Tabelle 1

Aufgrund der sehr engen Vorgaben durch das Bundesamt für Gesundheit können die Strukturen der ambulanten Schweizer HeGeBe-Zentren in Bezug auf viele entscheidende Faktoren als recht homogen bezeichnet werden. Die Vorgaben beziehen sich beispielsweise auf Mindestanforderungen bezüglich Behandlungspersonal, auf die Verpflichtung zum interdisziplinären Arbeiten, auf Mindeststandards puncto Behandlungsintensität und Betreuungsqualität (vgl. BAG 2000c). Deshalb ist es zum Einen durchaus sinnvoll und vertretbar, dass Patienten mehrerer Zentren eine zu untersuchende Kohorte bilden. Zum Anderen kann vor diesem Hintergrund auch mit Fug und Recht davon ausgegangen werden, dass die Behandlungs- und Betreuungsdienstleistungen in den nicht teilnehmenden Zentren in etwa denjenigen in den teilnehmenden entsprechen und dass die vorliegende Studie somit diesbezüglich repräsentativ ist.

Im Folgenden geht es nun darum aufzuzeigen, welche Merkmale die HeGeBe-Patienten bei Ersteintritt aufweisen, inwiefern sie sich diesbezüglich von früher untersuchten HeGeBe-Kohorten unterscheiden und ob die Charakteristika der Patienten, deren Behandlungs- und Betreuungsdienstleistungen erfasst wurden, von denjenigen, die an dieser Erfassung nicht teilnahmen, zu differenzieren sind. Dort wo entsprechende Vergleichswerte zur Verfügung stehen und wo ein solches Vorgehen aussagekräftige Vergleiche verspricht, wird eine Gegenüberstellung zur schweizerischen Durchschnittsbevölkerung vorgenommen. Angesichts der Fallzahlen wird beim Vergleich von relativen Häufigkeiten die unterste Grenze für als signifikant zu betrachtende Unterschiede zwischen den Teilnehmenden (N=60) und den nicht Teilnehmenden (N=46) auf 15 Prozent festgesetzt.

6.2.1.1. Alter

Das Durchschnittsalter aller Neueintritte in die ambulanten HeGeBe-Zentren im ersten Halbjahr 2001 betrug 33.8 Jahre (Median 32.5 Jahre) (vgl. Tabelle 2). Die an der Studie Teilnehmenden sind im Durchschnitt mit 33 Jahren (Median 32 Jahre) etwas jünger als die nicht teilnehmenden ambulanten Neueintritte im ersten Halbjahr 2001 (Mittelwert 36.4 Jahre / Median 38 Jahre).

Durchschnittliches Alter bei Eintritt	Neueintritte 1.-6.01 in ambulante HeGeBe-Zentren insgesamt N=106 md=1	Teilnehmende N=60 md=0	Nicht Teilnehmende N=46 md=1
Mittelwert in Jahren	33.8	33	36.4

Tabelle 2

6.2.1.2. Geschlechterverteilung

Der Anteil Männer ist bei den Teilnehmenden mit 93.3 Prozent deutlich höher als bei den nicht Teilnehmenden (80%) (vgl. Tabelle 3). Der Unterschied bewegt sich aber mit 13.3% noch unterhalb der Signifikanzschwelle. Sowohl bei der Gruppe der nicht Teilnehmenden als auch – etwas ausgeprägter – bei den Teilnehmenden liegt der Anteil an Männern über den bisher erfassten Werten. Der Anteil an Männern in den Kohorten A und B der PROVE-Studie betrug 70% (Uchtenhagen et al. 1997, S. 49) bei den Eintritt-

ten im Jahre 2000 77.7% (BAG 2001, S.7). Verschiedene Studien haben innerhalb der heroinabhängigen Population übereinstimmend eine ungleiche Geschlechterverteilung zu Gunsten der Männer, die etwa 75 Prozent dieser Bevölkerungsgruppe ausmachen, festgestellt (vgl. Müller et al. 1997, S.42).

Ein Teil der Zunahme des Männeranteils in der HeGeBe im Laufe der letzten Jahre kann dadurch erklärt werden, dass ein HeGeBe-Zentrum während den ersten Jahren ausschliesslich Frauen und später zusätzlich lediglich Partner von Patientinnen aufnahm. Im Jahre 1999 beschloss die Leitung dieses Zentrums, auch „alleinstehende“ Männer aufzunehmen.

Geschlechterverteilung	Neueintritte 1.-6.01 in ambulante HeGeBe-Zentren insgesamt N=106 md=1	Teilnehmende N=60 md=0	Nicht Teilnehmende N=46 md=1
Anteil Männer	86.8%	93.3%	80%

Tabelle 3

6.2.1.3. Zivilstand und Kinder

Drei Viertel der Patienten sind bei Eintritt ledig (vgl. Tabelle 4). In den beiden Teilgruppen sind keine zur Gesamtmenge gegenläufigen Trends auszumachen. Nehmen wir die Verheirateten (ob getrennt oder zusammen lebend) unter allen Neueintritten zusammen, kommen wir auf 13 Prozent. In der schweizerischen Bevölkerung betrug der Anteil der Verheirateten unter den 20 bis 40-jährigen Männern per 31.12.2001 42 Prozent. Bei den Frauen lag der entsprechende Wert bei 50 Prozent (Bundesamt für Statistik Neuenburg, persönliche Mitteilung). Da 86.8 Prozent der Patienten Männer sind, kann der Anschaulichkeit halber der Anteil verheirateter junger Männer in der Gesamtbevölkerung zum Vergleich herangezogen werden. Demnach ist die Quote der Verheirateten bei den neuen HeGeBe-Patienten über dreimal tiefer als in der Gesamtbevölkerung im gleichen Zeitraum. Eine Untersuchung der zwischen Januar 1994 und März 1995 in die damaligen PROVE-Versuche eingetretenen Patienten kommt auf eine Verheirateten-Quote von nur 6.1% (Güttinger et al. 2002, S.373). Sowohl dieses Ergebnis als auch der im Rahmen der vorliegenden Studie eruierte Befund zeigen auf, dass sich PROVE- und HeGeBe-Patienten bezüglich des Zivilstands deutlich von der Gesamtbevölkerung unterscheiden. Der Zivilstand „verheiratet“ darf durchaus als ein Indikator für die soziale Integration betrachtet werden. Der Befund

Integration betrachtet werden. Der Befund bestätigt hier den geringeren Integrationsgrad langjährig Heroinabhängiger.

Zivilstand	Neueintritte 1.-6.01 in ambulante HeGeBe-Zentren insgesamt N=106 md=6		Teilnehmende N=60 md=4		Nicht Teilnehmende N=46 md=2	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Ledig	74	74.0	41	73.2	33	75.0
Verheiratet, zusammen lebend	8	8.0	4	7.1	4	9.1
Verheiratet, getrennt lebend	5	5.0	2	3.6	3	6.8
Geschieden	10	10.0	7	12.5	3	6.8
Verwitwet	1	1.0	1	1.8	0	0
Keine Antwort	2	2.0	1	1.8	1	2.3
Total	100	100.0	56	100.0	44	100.0

Tabelle 4

Die nachfolgende Tabelle 5 veranschaulicht die Anzahl der Kinder der Patienten, unabhängig davon, ob sie sich in deren Obhut befinden oder nicht. Daraus wird ersichtlich, dass 67 Prozent aller neueingetretenen Patienten keine eigenen Kinder haben. Zwischen den beiden Teilgruppen bestehen diesbezüglich keine nennenswerten Unterschiede. Neunundzwanzig Prozent aller neueingetretenen Patienten haben eigene Kinder. Bei einer anderen Frage geben insgesamt sieben Patienten (entspricht hier 7 Prozent) an, mit ihren Kindern zusammen zu wohnen, vier aus der Gruppe der Teilnehmenden und deren drei aus der Gruppe der nicht Teilnehmenden. Der Umstand, dass nur ein Viertel der Patienten mit den eigenen Kindern zusammen wohnt, erklärt sich teilweise aus dem Umstand, dass es sich überwiegend um Männer handelt, von denen nicht alle mit den Müttern ihrer Kinder zusammen wohnen, worauf auch die tiefe Verheirateten-Quote hinweist. Ausserdem ist die Diskrepanz zwischen den beiden Werten ein weiterer Indikator für geringe soziale Integration der Patienten (teilweise Fremdbetreuung der Kinder).

Anzahl Kinder	Neueintritte 1.-6. 01 in ambulante HeGeBe-Zentren insgesamt N=106 md=6		Teilnehmende N=60 md=4		Nicht Teilnehmende N=46 md=2	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Keine Kinder	67	67	36	64.3	31	70.5
Ein Kind	22	22	15	26.8	7	15.9
Zwei Kinder	6	6	4	7.1	2	4.5
Drei Kinder	1	1	1	1	0	0
Keine Angaben	4	4	0	0	4	9.1
Total	100	100	56	100	44	100

Tabelle 5

6.2.1.4. Nationalität

52 Personen oder 92.9 % der Teilnehmenden sind Schweizer Nationalität gegenüber 77.3 % bei den nicht Teilnehmenden (vgl. Tabelle 6). Der Unterschied beträgt 15.6%. Es darf also angenommen werden, dass diesbezüglich zwischen den beiden Gruppen tatsächlich ein relevanter Unterschied besteht, auch wenn er nur knapp über der festgelegten Mindestmarke liegt und somit einen Grenzfall darstellt. Bei den Eintritten im ersten Jahr PROVE 1994 betrug der Anteil Schweizer 86%, gleichviel wie bei den Ersteintritten des 1. Semesters 2001 insgesamt (vgl. Falcato et al. 1999, S. 346). In der schweizerischen Gesamtbevölkerung betrug der entsprechende Wert im Jahre 2001 79.9% (Online-Dokument Bundesamt für Statistik: http://www.statistik.admin.ch/stat_ch/ber01/dufr01.htm).

Schweizer/Ausländer	Neueintritte 1.-6. 01 in ambulante HeGeBe-Zentren insgesamt N=106 md=6	Teilnehmende N=60 md=4	Nicht Teilnehmende N=46 md=2
Anteil Schweizer	86%	92.9%	77.3%

Tabelle 6

6.2.1.5. Ausbildung und Arbeit

Die Unterschiede zwischen den beiden Teilgruppen erreichen hier nirgends ein signifikantes Ausmass (vgl. Tabelle 7). Im Weiteren fällt auf, dass gegenüber der schweizerischen Gesamtbevölkerung sowohl bei den Teilnehmenden wie nicht Teilnehmenden ein lediglich kleiner Anteil an Absolventen mit tertiärer Ausbildung vorhanden ist. Insgesamt beträgt dieser Anteil bei den HeGeBe-Neueintritten 3 Prozent (Technikum, Hochschule und Kunstgewerbeschule zusammengerechnet). Bei den 25 bis 64-jährigen in der deutschen Schweiz Lebenden betrug der entsprechende Anteil per 2000 24 Prozent (vgl. Online-Dokument Bundesamt für Statistik: http://www.statistik.admin.ch/stat_ber15/dufr15.htm). Dies bestätigt ex negativo den verschiedentlich festgestellten Sachverhalt, dass der Zugang zu Information und Bildung einen protektiven Faktor gegen Drogenabhängigkeit darstelle (vgl. z. B. Uchtenhagen / Zieglgänsberger 2000, S. 198).

Letzte abgeschlossene Ausbildung	Neueintritte 1.-6.01 in ambulante HeGeBe-Zentren insgesamt N=106 md=6		Teilnehmende N=60 md=4		Nicht Teilnehmende N=46 md=2	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Anlehre	12	12	8	14.3	4	9.1
Lehre/Handelsschule	54	54	30	53.6	24	54.5
Seminar o.Ä.	4	4	0	0	4	9.1
Technikum o.Ä.	1	1	0	0	1	2.3
Uni, Hochschule	1	1	1	1.8	0	0
Kunstgewerbeschule o.Ä.	1	1	1	1.8	0	0
Berufsbegleitende Ausbildung			0	0	0	0
Andere Ausbildung	2	2	1	1.8	1	2.3
Nur obligatorische Schule, abgeschlossen	22	22	13	23.2	9	20.5
Nur obligatorische Schule, nicht abgeschlossen	1	1	0	0	1	2.3
Keine Antwort	2	2	2	3.6	0	0
Total	100	100	56	100	44	100

Tabelle 7

Die Unterschiede zwischen den Teilgruppen bezüglich aktueller Arbeit, bzw. Dauer der Beschäftigungslosigkeit sind unterhalb der interpretierbaren Schwelle angesiedelt (vgl. Tabelle 8). Sechssundsiebzig Prozent der Neueintretenden sind ohne Arbeit, 46 Prozent

seit mehr als einem Jahr. Rehm et al. (2001, S. 1419) haben für die von ihnen untersuchte Eintrittskohorte von Januar 1994 bis März 1995 eine Arbeits- und Beschäftigungslosenquote von 73 Prozent bei Eintritt eruiert. Die beiden konkordanten Werte verdeutlichen das Ausmass der Arbeitslosigkeit bei neuen HeGeBe-Patienten. Nur neunzehn Prozent verfügen bei Behandlungsantritt über eine Arbeitsstelle.

Wie lange ist es her, seit der Patient in einer Voll- oder Teilzeitanstellung gearbeitet hat?	Neueintritte 1.-6. 01 in ambulante HeGeBe-Zentren insgesamt N=106 md=6		Teilnehmende N=60 md=4		Nicht Teilnehmende N=46 md=2	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Arbeit aktuell	19	19.0	12	21.4	7	15.9
1-6 Monate	16	16.0	11	19.6	5	11.4
7-12 Monate	14	14.0	6	10.7	8	18.2
Mehr als 12 Monate	46	46.0	25	44.6	21	47.7
Nie gearbeitet	1	1.0	0	0	1	2.3
keine Antwort	4	4.0	2	3.6	2	4.5
Total	100	100.0	56	100.0	44	100.0

Tabelle 8

6.2.1.6. Dauer Heroinkonsum

Eine mindestens zwei Jahre andauernde Heroinabhängigkeit stellt ein Aufnahmekriterium der HeGeBe dar. Wie aus der unten stehenden Tabelle 9 ersichtlich wird, liegt die tatsächliche Heroinkonsumdauer für alle Patienten bei durchschnittlich 12,2 Jahren. Nicht Teilnehmende haben im Durchschnitt eine um 0.9 Jahre längere Heroinkonsumkarriere als Teilnehmende hinter sich. Die Abweichungen vom entsprechenden Wert für die gesamte Eintrittskohorte des 1. Semesters 2001 betragen jeweils 0.4 respektive 0.5 Jahre, womit der mögliche Einfluss dieses Unterschieds auf die Ausgangsbedingungen als niedrig eingestuft werden kann. Die kürzeste Heroinkonsumdauer bei Eintritt in HeGeBe betrug 3 die längste 29 Jahre. Beim Kollektiv aller je in HeGeBe eingetretenen Patienten zwischen Januar 1994 und Dezember 2000 (N=2166) betrug die mittlere Dauer des Heroinkonsums 10 Jahre (vgl. Rehm et al. 2001, S. 1418). Die steigende Heroinkonsumdauer bei Eintritt ist zusammen mit dem ständig steigenden Eintrittsalter (vgl. BAG 2002, S. 8) ein Indiz dafür, dass die gesamte Zielgruppe der schwer Heroinabhängigen einem Alterungsprozess unterworfen ist, was wiederum bedeuten könnte, dass weniger junge Menschen neu heroinabhängig werden. Allerdings fehlen heute zur Un-

termauerung dieser optimistischen These noch die entsprechenden epidemiologischen Befunde.

Dauer Heroinkonsum in Jahren	Neueintritte 1.-6.01 in ambulante HeGeBe-Zentren insgesamt N=106 md=25	Teilnehmende N=60 md=15	Nicht Teilnehmende N=46 md=10
Mittelwert in Jahren (Standardabweichung)	12.2 (5.1)	11.8 (5.3)	12.7 (5)

Tabelle 9

6.2.1.7. Vorbehandlungen, aktuelle parallele Behandlungen und Massnahmeverfügungen

Mindestens zwei Vorbehandlungen sind Bedingung für die Aufnahme in HeGeBe. Die am häufigsten genannte Vorbehandlung ist die Substitution mit Methadon. Fünfundneunzig Prozent aller Neuaufnahmen haben im Durchschnitt 2.7 Methadonbehandlungen, die durchschnittlich 4 Jahre und fast 8 Monate dauerten, hinter sich (vgl. Tabelle 10). Stationäre Therapien haben 70 Prozent aller Neueintritte absolviert. Sie haben im Mittel zweimal diese Therapieform versucht und durchschnittlich ein Jahr und 4,3 Monate in stationärer Behandlung verbracht. Bei den stationären Entzugsbehandlungen ist die Verweildauer mit durchschnittlich 3 Monaten naturgemäss kürzer. Bei durchschnittlich 3.7 Versuchen ergibt sich eine mittlere Entzugsdauer von etwas weniger als einem Monat, was einer üblichen stationären Entzugsbehandlung entspricht. Vierundachtzig Prozent der Patienten geben an, mindestens einen stationären Entzugsversuch absolviert zu haben.

Bei den stationären Therapien verfügen die Teilnehmenden über etwas mehr Erfahrung, was aus der Anzahl Patienten (15.4% mehr Teilnehmende als nicht Teilnehmende), der Anzahl Versuche und der mittleren gesamten Therapiedauer ersichtlich wird.

Bisherige Suchtbehandlungen	Neueintritte 1.-6. 01 in ambulante HeGeBe-Zentren insgesamt N=106 md=6			Teilnehmende N=60 md=4			Nicht Teilnehmende N=46 md=2		
	Anzahl mit dieser Vorbehandlung	Mittelwert Anzahl Versuche	Mittelwert Dauer in Monaten insgesamt	Anzahl mit dieser Vorbehandlung	Mittelwert Anzahl Versuche	Mittelwert Dauer in Monaten insgesamt	Anzahl mit dieser Vorbehandlung	Mittelwert Anzahl Versuche	Mittelwert Dauer in Monaten insgesamt
Methadonbehandlung	95 (95%)	2.7	55.9 N=93 SD=47.1	53 (94.6%)	2.4	54.4 N=52 SD=44.6	42 (95.5%)	3.1	57.8 N=41 SD=50.6
Stationäre Therapie	70 (70%)	2	16.3 N=67 SD=15.5	43 (76.8%)	2.6	18.2 N=41 SD=15.1	27 (61.4%)	1.1	13.2 N=26 SD=16
Stationäre Entzugsbehandlung	84 (84%)	3.7	3 N=78 SD=4.8	48 (85.7%)	4	3 N=46 SD=5	36 (81.8%)	3.4	2.9 N=32 SD=4.5
Andere Behandlung	26 (26%)	2.1		15 (26.8%)	3.4		11 (25%)	.4	

Tabelle 10

Die am häufigsten erwähnte aktuelle Behandlungsform vor Eintritt in die HeGeBe sind Konsultationen beim Hausarzt (vgl. Tabelle 11). Unterschiede zwischen den beiden Untergruppen zeigen sich bei der Frequentation von Drogenberatungsstellen, wo die Teilnehmenden zweimal häufiger eingebunden sind als die nicht Teilnehmenden. Insgesamt ist aber die Anzahl der Nennungen derart niedrig, dass ein statistisch signifikanter Unterschied des Einflusses von parallelen Behandlungen auf den HeGeBe-Verlauf zwischen beiden Untergruppen wohl nicht postuliert werden kann. Hingegen könnten dieselben, nach einem Jahr in Behandlung erhobenen Werte Aufschluss darüber geben, inwiefern die HeGeBe die Behandlungshäufigkeit bei anderen Stellen beeinflusst und ob eventuell diese parallelen Behandlungen einen Einfluss auf den Behandlungserfolg haben (vgl. unten, Kap. 6.2.2.6.).

Ambulante Behandlung und Betreuung während den letzten sechs Monaten (Mehrfachantworten möglich)	Neueintritte 1.-6.01 in ambulante HeGeBe-Zentren insgesamt N=106 md=6		Teilnehmende N=60 md=4		Nicht Teilnehmende N=46 md=2	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Hausarzt	60	60.0%	36	64.3%	24	54.5%
Sozialdienst, Sozialamt	58	58.0%	33	58.9%	25	56.8%
Methadonpoliklinik	30	30.0%	15	26.8%	15	34.1%
Kontakt- und Anlaufstelle	25	25.0%	13	23.2%	12	27.3%
Drogenberatungsstelle	24	24.0%	17	30.4%	7	15.9%
Sozialdienst der Justiz	19	19.0%	8	14.3%	11	25.0%
Psychiatrische Klinik	11	11.0%	8	14.3%	3	6.8%
Psychiatrische Praxis	10	10.0%	6	10.7%	4	9.1%
Vormundschaft	9	9.0%	8	14.3%	1	2.3%
Psychologische Praxis	5	5.0%	4	7.1%	1	2.3%
Anderer Poliklinik	3	3.0%	0	0%	3	6.8%
HIV-Sprechstunde	3	3.0%	1	1.8%	2	4.5%
Selbsthilfegruppe	0	0%	0	0%	0	0%
Anderer Stelle	18	18.0%	9	16.1%	9	20.5%
Keine Stelle	3	3.0%	3	5.4%	0	0%

Tabelle 11

Falls eine begangene Straftat direkt mit einer Abhängigkeitserkrankung (Artikel 44 StGB) oder mit einer psychischen Erkrankung (Artikel 43 StGB) in Zusammenhang steht, kann der Richter dem Verurteilten bei Vorliegen einer entsprechenden Motivation die Möglichkeit anbieten, die verhängte Strafe zu Gunsten einer stationären oder ambulanten Therapie auszusetzen. Neben der Motivation sind die Eignung dieser Massnahme zur Rückfallprophylaxe und die Wahrscheinlichkeit eines Therapieerfolgs weitere Voraussetzungen. HeGeBe-Patienten mit Massnahmenverfügungen sind natürlich auch durch die Abwendung einer Gefängnisstrafe zur Therapie motiviert. Ob sich diese Motivation auch in Richtung Veränderungsbereitschaft weiterentwickeln kann, ist empirisch noch nicht ausreichend belegt worden. Andererseits wäre es falsch anzunehmen, dass lediglich bei den 15 Prozent HeGeBe-Patienten mit Massnahmeverfügung (siehe unten Tabelle 12) ein gewisser Druck von aussen zum Eintritt in die HeGeBe beigetragen hat. Oftmals sind Fürsorge- und Vormundschaftsbehörden, Einrichtungen des Gesundheitswesens oder Verwandte daran beteiligt, dass sich der Betroffene zu einer Therapie entschliesst. Der Anteil an Patienten mit Massnahmeverfügung entspricht bei beiden Untergruppen in etwa dem Wert für die Gesamtpopulation.

HeGeBe im Rahmen einer Massnahmeverfügung (Artikel 43 oder 44 StGB)	Neueintritte 1.-6. 01 in ambulante HeGeBe-Zentren insgesamt N=106 md=6		Teilnehmende N=60 md=4		Nicht Teilneh- mende N=46 md=2	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Massnahmeverfügung vorliegend	15	15	8	14.3	7	15.9

Tabelle 12

6.2.1.8. Zusammenfassung

Die neu eintretenden Patienten der an der Studie teilnehmenden Zentren sind aufgrund von lediglich unbedeutenden Unterschieden zu den nicht teilnehmenden Patienten bezüglich der folgenden Merkmale für die gesamte Ersteintrittskohorte HeGeBe des ersten Semesters 2001 repräsentativ: Geschlecht, Zivilstand und Anzahl Kinder, Ausbildung und Arbeit, Dauer des Heroinkonsums, Vorbehandlungen mit Methadon und Entzugsbehandlungen, aktuelle parallele Behandlungen und Anteil Patienten mit Massnahmeverfügungen.

Die Patienten der teilnehmenden Zentren sind mit einem Durchschnittsalter von 33. Jahren um 3.4 Jahre jünger als die Neueintritte der nicht teilnehmenden Zentren. Der Anteil der Schweizer Patienten ist um 15.6% höher als bei den nicht teilnehmenden Patienten. Bei den Teilnehmenden haben 15.4% mehr Patienten Vorerfahrungen mit stationären Therapien.

Aufgrund der bei den vorliegenden Fallzahlen möglichen Schlussfolgerungen, kann insgesamt eine gute Repräsentativität der untersuchten Population für das Gesamtkollektiv der HeGeBe-Patienten festgestellt werden.

Im Vergleich mit der Gesamtbevölkerung treten die sozialen Integrationsdefizite der HeGeBe-Patienten sehr deutlich zu Tage.

6.2.2. Behandlung und Betreuung

6.2.2.1. Rücklauf der Fragebogen und Datengrundlage

Die ausgefüllten Fragebogen zur Erfassung der internen Behandlungs- und Betreuungsdienstleistungen (siehe Appendix I) sind für alle 41 Patienten der teilnehmenden Zentren, welche das erste Behandlungsjahr abgeschlossen haben, vorhanden. Auch von allen 19 während des ersten Behandlungsjahres Ausgetretenen ist der Fragebogen da. Ein statistisch sauberes Vorgehen bei der Beantwortung der hier interessierenden Forschungsfrage verlangt es allerdings, dass sich die Aussagen stets auf ein- und dasselbe Patientenkollektiv mit demselben Erhebungszeitraum beziehen, weshalb auf den Einbezug der innerhalb des ersten Jahres Ausgetretenen in der Verlaufsuntersuchung verzichtet wurde.

Zur Behandlung gehören auch die Abgabekontakte und die Dosierung der Opiate. Erste- re wurden ebenfalls mit dem genannten Instrument erfasst, letzteres ist aufgrund des bei allen HeGeBe-Patienten durchgeführten klinischen Monitorings vorhanden.

6.2.2.2. Ärztliche Behandlung und psychosoziale Betreuung

Alle 41 Patienten (39 Männer, 2 Frauen) wurden im Rahmen der HeGeBe sowohl psychosozial betreut als auch ärztlich behandelt (vgl. Tabelle 13). Die unten stehende Tabelle gibt einen Überblick über das zeitliche Ausmass der beanspruchten Interventionen.

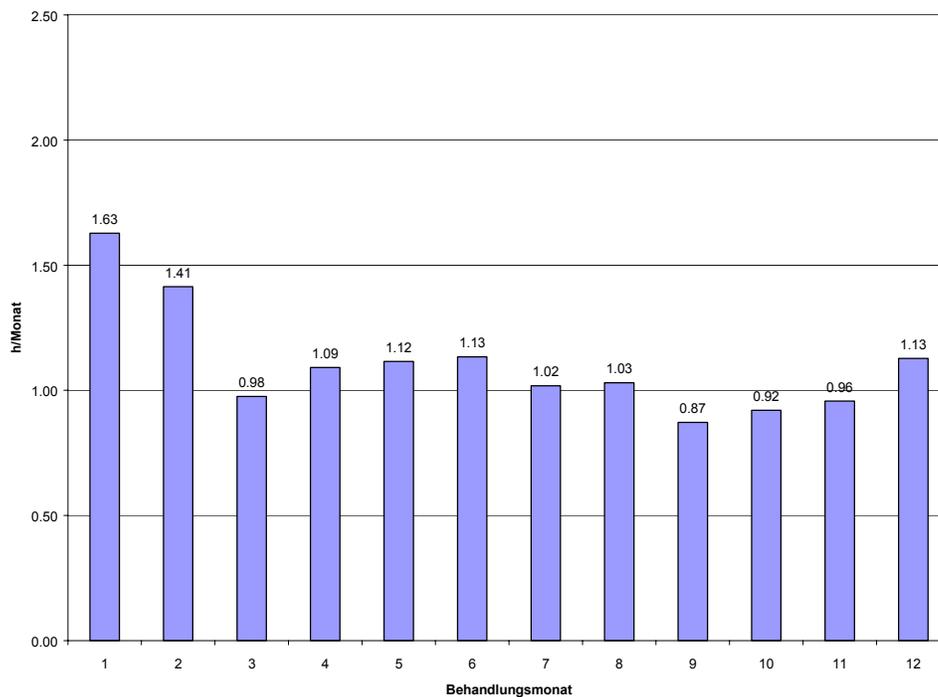
Übersicht PSB und ärztliche Behandlung während des ersten Behandlungsjahres

	N	Mini- mum	Maxi- mum	Mittel- wert	Median	25- Perzen- til	75- Perzen- til	SD
PSB in h p.a.	41	5.75	30.00	13.29	12.5	8.44	16.19	5.87
Somatische Konsultatio- nen in h p.a.	41	0	12.5	3.04	1.75	0.69	4.56	3.07
psychiatrische Konsultatio- nen in p.a.	41	0	16.25	4.23	2.75	1	5.38	4.4

Tabelle 13

Die mittlere Dauer eines psychosozialen Betreuungstermins beträgt 57 Minuten (Median, basierend auf Angaben zur Anzahl Termine bei 12 Patienten), die mittlere Dauer eines Arzttermins (somatische und psychiatrische Konsultationen) 41 Minuten (Median, basierend auf Angaben bei 13 Patienten).

Durchschnittliche Anzahl Stunden PSB pro Behandlungsmonat (N=41)
mean=1.13 h



Gra-

phik 4

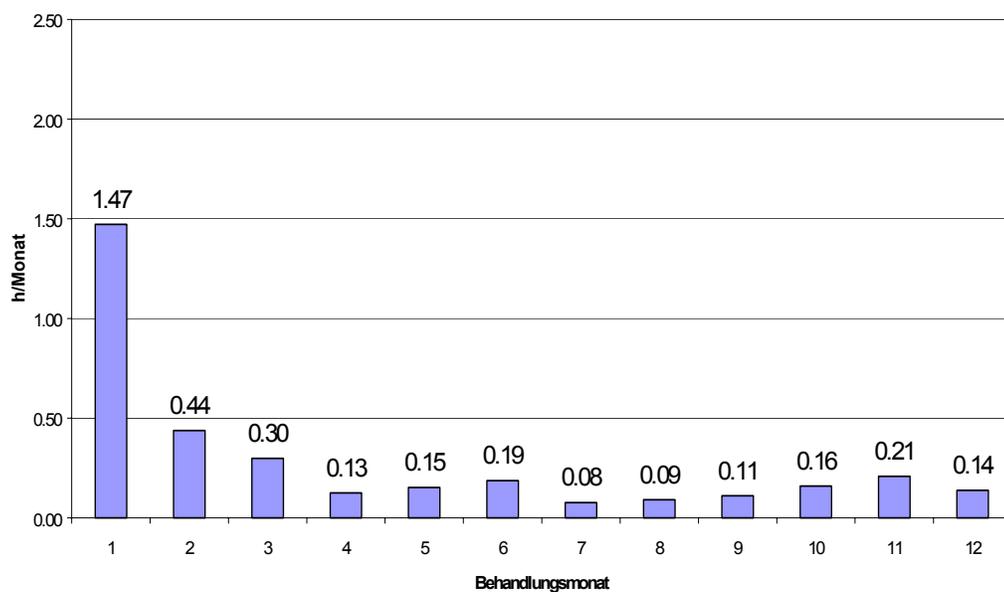
Die individuellen Unterschiede bei der Inanspruchnahme der HeGeBe-internen PSB bewegen sich zwischen 0.47 bis 2.5 Stunden im Monatsdurchschnitt. Total haben die Patienten zwischen 5.75 und 30 Stunden PSB im ersten Behandlungsjahr erhalten.

Während der ersten beiden Monate ist die PSB intensiver als im weiteren Verlauf (vgl. Graphik 4). Die Behandlungspläne werden erstellt und das Ordnen der persönlichen Situation sowie das Aushandeln von Zielen und Prioritäten erfordern Zeit. Ab dem dritten Monat schwankt die mittlere PSB-Zeit pro Patient zwischen 0.98 und 1.13 Stunden.

PSB wird in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle in Form von Einzelgesprächen in Anspruch genommen. Lediglich bei 4 Patienten wurden vereinzelt Paargespräche durchgeführt, bei Zweien wurde je ein Familiengespräch abgehalten.

Bei der ärztlichen Behandlung wird zwischen somatisch-medizinischen und psychiatrischen Konsultationen unterschieden. 31 Patienten besuchten während des ersten Behandlungsjahres sowohl somatische wie psychiatrische Konsultationen, je 5 ausschliesslich somatische bzw. ausschliesslich psychiatrische. Dosierungsfragen in Bezug auf das Substitutionsmittel können – abhängig von der Zentrumsstruktur – grundsätzlich sowohl bei psychiatrischen wie bei somatischen Arztterminen angesprochen werden.

**Durchschnittliche Anzahl Stunden somatische Konsultationen pro
Behandlungsmonat (N=36)**
mean=0.28 h

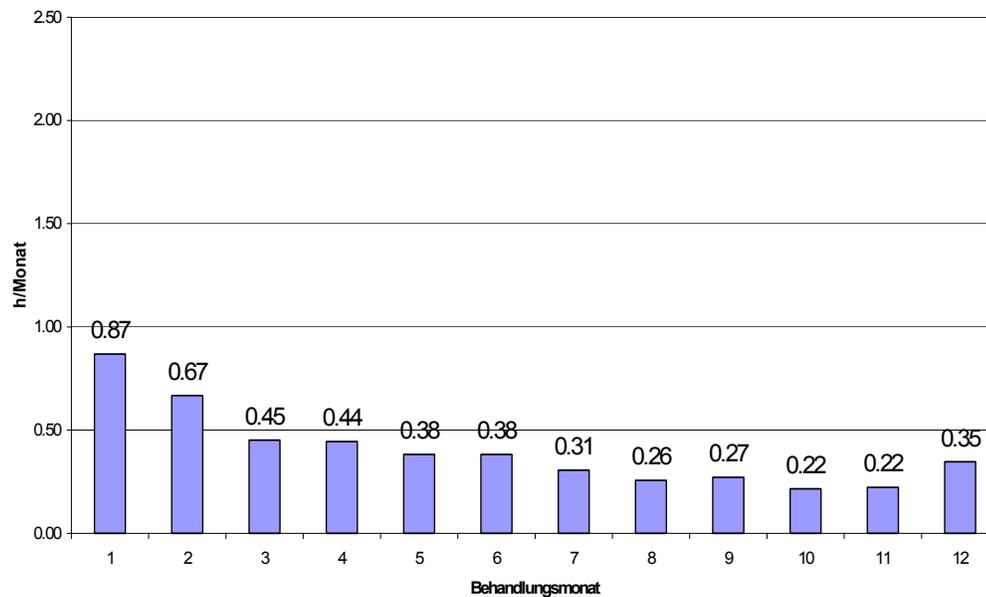


Graphik 5

Somatische Konsultationen im HeGeBe-Zentrum hatten insgesamt 36 der 41 Patienten, bei denen die Behandlungintensität gemessen wurde und die das erste Behandlungsjahr beendet haben. Auch hier ist ersichtlich, dass die somatische Medizin besonders im ersten Behandlungsmonat einen wichtigen Platz einnimmt (vgl. Graphik 5). Die richtige Dosierung der Substitutionsmittel und anderer Medikamente, sowie die Abklärung von somatischen Krankheiten, das Anfordern von Laboranalysen und das Einleiten von ent-

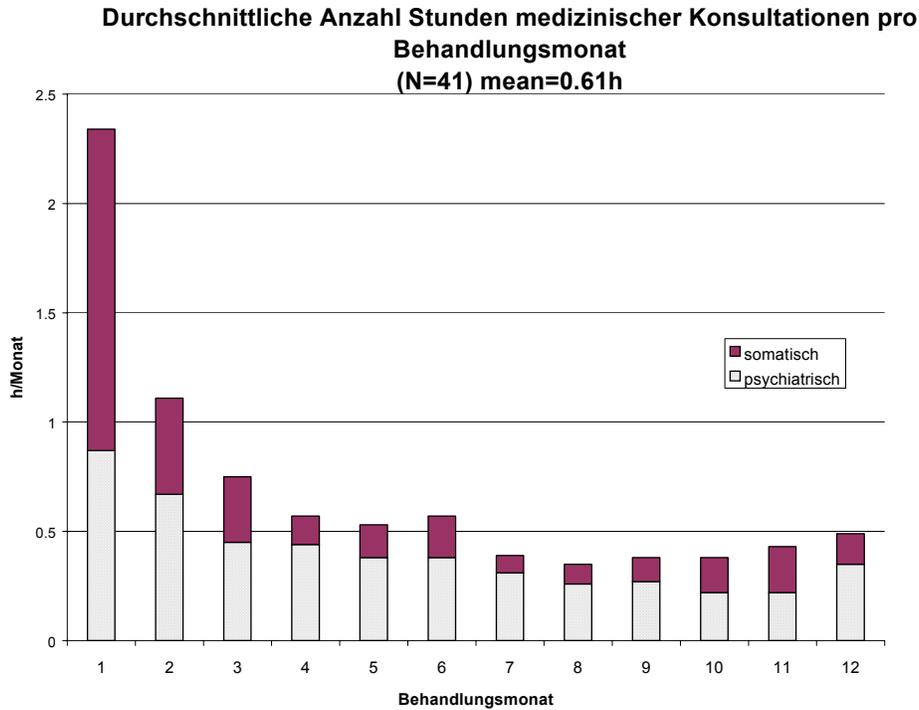
sprechenden therapeutischen Interventionen stehen am Anfang einer körperlichen Stabilisierungsphase, während in den Folgemonaten die somatische Medizin nur noch sporadisch nachgefragt, respektive beansprucht wird.

Durchschnittliche Anzahl Stunden psychiatrischer Konsultationen pro Behandlungsmonat (N=36)
Mean=0.4 h



Graphik 6

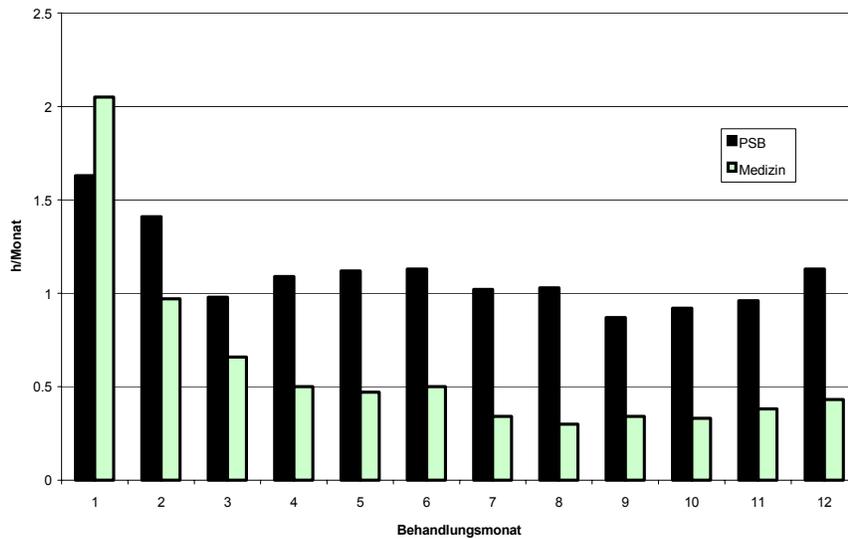
Bei den psychiatrischen Konsultationen ist ein eher gleichmässiger Verlauf über die Monate hinweg zu verzeichnen (vgl. Graphik 6). Aber auch hier sind die Behandlungsmonate eins und zwei von intensiveren Kontakten zu den Patienten geprägt. Am Anfang der Behandlung steht eine vollständige Anamnese und Abklärung, die sich über den Zeitraum der ersten zwei Monate hinzieht. Danach sinkt die Frequenz um im Monat zwölf wiederum leicht anzusteigen.



Graphik 7

Betrachtet man die somatischen und die psychiatrischen Konsultationen zusammen, ist zu erkennen, dass die Psychiatrie – mit Ausnahme des ersten Behandlungsmonats – den Hauptanteil der ärztlichen Betreuung in den HeGeBe-Zentren ausmacht (vgl. Graphik 7). Dies ist nicht weiter verwunderlich, gehören doch die Abhängigkeiten (Störungen durch Substanzkonsum) zu den psychischen Störungen. Die in die HeGeBe eintretenden Patienten sind heute insgesamt auch körperlich gesünder als zur Zeit der offenen Drogenszenen bis 1995. Ausserdem geht ein grosser Teil von ihnen für körperliche Probleme zum Hausarzt (siehe unten Kapitel 6.2.2.6).

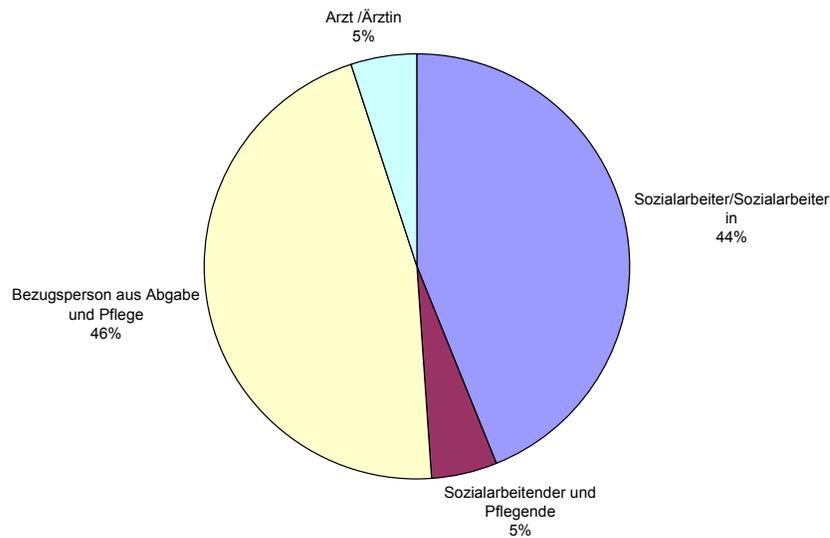
Psychosoziale Betreuung und medizinische Behandlung in durchschnittlicher Anzahl Stunden pro Monat (N=41)



Graphik 8

Die Graphik 8 veranschaulicht, wie sich die Anteile der individuellen Betreuung und Behandlung in HeGeBe zwischen PSB und ärztlichen Konsultationen (somatische und psychiatrische zusammen genommen) aufteilen. Wie schon aus Tabelle 13 zu Beginn dieses Kapitels ersichtlich wird, bestreitet die PSB den Hauptanteil der Begleitbehandlung und -betreuung. Dies gilt für das ganze erste Behandlungsjahr mit Ausnahme des ersten Monats, wo die medizinische Behandlung dominiert.

Durchführende Psychosoziale Betreuung (N=41)



Graphik 9

Während die medizinischen Konsultationen allesamt von Ärzten (Psychiater, Somatiker, Assistenzärzte), angeboten werden, wird die PSB etwa je zur Hälfte von Sozialarbeitenden und Pflegepersonen durchgeführt (vgl. Graphik 9). In zwei Fällen wurde die PSB von einer ärztlichen Fachperson ausgeführt, in zwei anderen von je einer Fachkraft aus Sozialarbeit und Pflege in zeitlicher Abfolge (Wechsel der Bezugsperson).

6.2.2.3. Psychotherapie und Gruppenaktivitäten

Eine HeGeBe-interne Einzel-Gesprächspsychotherapie wurde von insgesamt 3 Patienten (von 41) genutzt, eine Einzel-Verhaltenstherapie von Zweien (über einen Zeitraum von jeweils 6 Monaten). Mit keinem Patienten wurde eine HeGeBe-interne analytische Psychotherapie unternommen. Gruppen-Psychotherapiesitzungen wurden mit 12 Patienten durchgeführt. Bei 11 Patienten wird die Teilnahme an Gruppenaktivitäten angegeben. Sowohl die Fallzahlen als auch die Frequenz sind bei diesen Betreuungsangeboten derart niedrig, dass es hier nicht sinnvoll ist, nach Zusammenhängen mit den Outcome-Indikatoren zu suchen.

6.2.2.4. Zusammenhang zwischen PSB und ärztlicher Behandlung

Patienten, die viele PSB-Termine beanspruchen, neigen in höchst signifikantem Ausmass ($p < 0.001$) dazu, somatische Konsultationen weniger zu beanspruchen (negativer Korrelationskoeffizient) (vgl. Tabelle 14). Hingegen ist eine positive Korrelation zwischen den beanspruchten psychiatrischen Konsultationen und der Intensität der PSB-Termine in einem statistisch ebenfalls höchst signifikanten Ausmass auszumachen. Dies bedeutet, dass Patienten, die viele PSB-Termine beanspruchen die Tendenz haben, auch psychiatrisch intensiv betreut zu werden. Höchst signifikant ist auch der umgekehrt proportionale Zusammenhang zwischen somatischen und psychiatrischen Konsultationen.

Korrelation nach Pearson		Psychosoziale Betreuungsge- spräche	Somatisch- medizinische Konsultationen	Psychiatrisch- medizinische Konsultationen
Psychosoziale Betreuungsge- spräche	Korrelationsko- effizient	1	-0.491**	0.441**
	Sig. (2-seitig)	0	0.001	0.004
Somatisch- medizinische Konsultationen	Korrelationsko- effizient	-0.491**	1	-0.310*
	Sig. (2-seitig)	0.001	0	0.048
Psychiatrisch- medizinische Konsultationen	Korrelationsko- effizient	0.441**	-0.310*	1
	Sig. (2-seitig)	0.004	0.048	0
	N	41	41	41

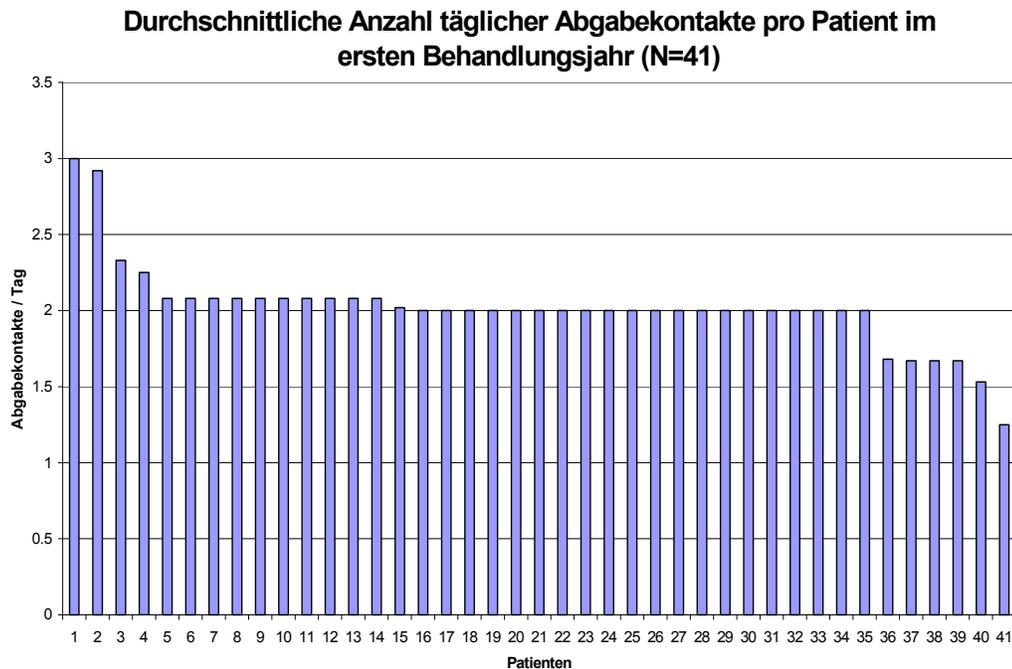
** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant.

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant.

Tabelle 14

6.2.2.5. Abgabekontakte und Dosierung des Substituts

Die durchschnittliche Anzahl der täglichen Abgabekontakte liegt im ersten Monat bei 2.31 und sinkt im 2. Monat auf 2.06 um in der Folge für die Monate 3 bis 12 um 2 herum zu verharren. Die interindividuellen Unterschiede bewegen sich zwischen durchschnittlich 1.25 und 3 Abgabekontakten pro Tag über das ganze Behandlungsjahr gesehen (vgl. Graphik 10).

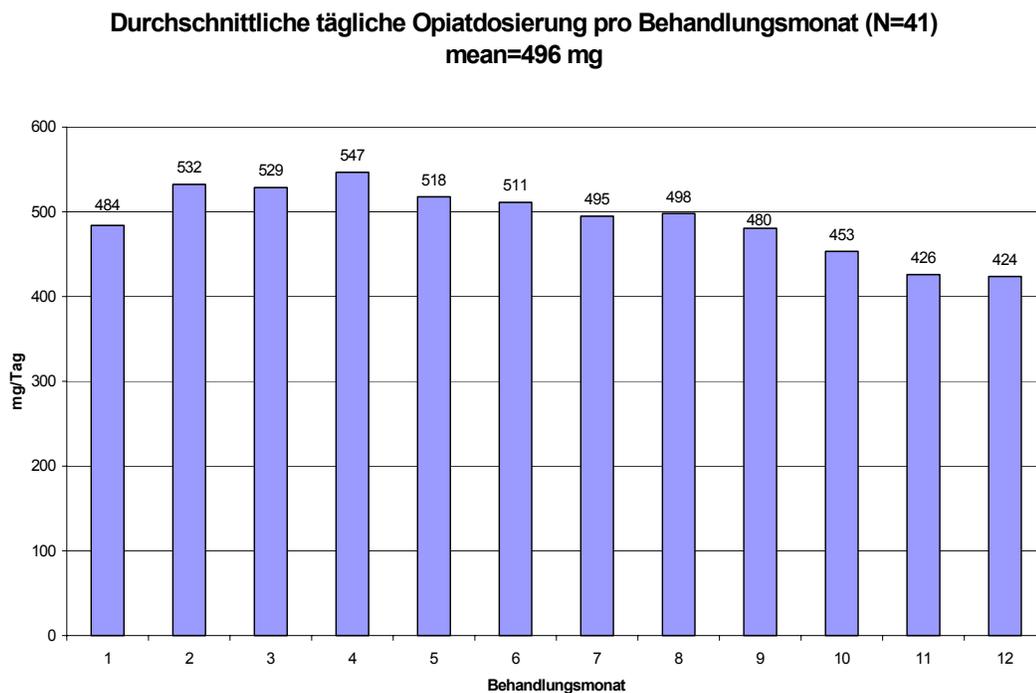


Graphik 10

Grundsätzlich erhalten die Patienten das Diaphin (Heroin) in der benötigten Dosierung. Es besteht eine theoretische Obergrenze von 1800 mg pro Tag, die aber bei keinem der hier untersuchten Patienten erreicht wird. Diaphin i.v. erhielten insgesamt 37 der 41 Teilnehmenden. Mit Diaphintabletten wurden zehn substituiert, vier von ihnen ohne zusätzlich Diaphin i.v. zu erhalten. Achtzehn Teilnehmende schliesslich bekamen zusätzlich zum Diaphin Methadon. Dieses traditionelle Heroinsubstitut erlaubt den Patienten dank längerer Wirkzeit eine grössere Autonomie. In den holländischen Heroerversuchen wurde eine Grunddosis Methadon allen Probanden abgegeben. Dasselbe gilt für die angelaufene deutsche Studie (vgl. Van den Brink et al. 2002 sowie Online-Dokument: http://www.heroinstudie.de/forschungsdesign_kurzfassung.pdf).

Um ein klares Gesamtbild über die Dosierung des Substituts bei den Teilnehmenden zu erhalten, wurden die Diaphintabletten und das oral verabreichte Methadon in Diaphin-

i.v.-Äquivalenzen umgerechnet. Gemäss gängiger pharmazeutischer Praxis sind Oraldosierungen für die Berechnung der i.v.-Äquivalenzdosis durch drei zu teilen. Bei der Umrechnung des Methadons wurde nach dem Schema im HeGeBe-Handbuch (vgl. BAG 2000c, Kap. I, S. 44) verfahren. Nach diesen Berechnungen beträgt die mittlere Opiat-Tagesdosis der Teilnehmenden während ihres ersten Behandlungsjahres 496 mg Diaphin i.v.-Äquivalent. Die tiefste individuelle mittlere Opiat-Tagesdosis beträgt 20 mg für den zwölften Behandlungsmonat. Hierbei handelt es sich mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit um einen Patienten in der fortgeschrittenen Abbauphase und kurz vor dem vollständigen Entzug. Die höchste individuelle mittlere Monatsdosis beträgt 1442 mg und ist im vierten Behandlungsmonat eines Teilnehmenden zu verzeichnen. Wie die Entwicklung der mittleren Tagesdosierungen pro Behandlungsmonat zeigt, ist vom ersten bis zum vierten Behandlungsmonat ein Anstieg der täglichen Opiatdosis von 484 mg auf 547 mg zu verzeichnen. Nach dieser Aufdosierung beginnt eine Stabilisierungsphase, während der die Opiatdosen wiederum kontinuierlich abnehmen. So ist bereits im zwölften Behandlungsmonat mit 424 mg eine um 60 mg tiefere Dosis als im ersten Behandlungsmonat zu verzeichnen (vgl. Graphik 11).



Graphik 11

Die interindividuellen Unterschiede der durchschnittlichen täglichen Dosierungen im ersten Behandlungsjahr sind innerhalb der untersuchten Population mit Werten zwischen 201 mg und 828 mg recht ausgeprägt, wobei zu vermerken ist, dass die Opiatwir-

kung sehr stark von der Körpermasse und von weiteren individuellen Faktoren abhängt. Im Allgemeinen wird die Dosierung so angepasst, dass einerseits Entzugerscheinungen ausbleiben und andererseits der Tagesablauf durch die Opiatwirkung nicht übermässig beeinträchtigt wird.

6.2.2.6. Externe Behandlung und Betreuung

Im Rahmen der sozialen Eintritts- und der Verlaufserhebung werden unter anderem die therapeutischen Stellen, bei denen der Patient in den letzten sechs Monaten in Behandlung oder Betreuung war, erfragt (vgl. Tabelle 15).

Ambulante Behandlung und Betreuung während den letzten sechs Monaten (Mehrfachantworten möglich)	Neueintritte 1.-6. 01 mit absolviertem 1. Beh.jahr N=74 md=18				Teilnehmende N=41 md=8				Nicht Teilnehmende N=33 md=10			
	T0		T365		T0		T365		T0		T365	
	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%
Hausarzt	33	58.9	27	48.2	19	57.6	16	48.5	14	60.9	11	47.8
Sozialdienst, Sozialamt	36	64.3	34	60.7	21	63.6	17	51.5	15	65.2	17	73.9
Methadonpoliklinik	14	25	1	1.8	6	18.2	1	3	8	34.8	0	0
Kontakt- und Anlaufstelle	16	28.6	4	7.1	10	30.3	2	6.1	6	26.1	2	8.7
Drogenberatungsstelle	14	25	8	14.3	10	30.3	8	24.2	4	17.4	0	0
Sozialdienst der Justiz	11	19.6	11	19.6	4	12.1	6	18.2	7	30.4	5	21.7
Psychiatrische Klinik	6	10.7	4	7.1	5	15.2	4	12.1	1	4.3	0	0
Psychiatrische Praxis	5	8.9	2	3.6	2	6.1	2	6.1	3	13	0	0
Vormundschaft	6	10.7	3	5.4	5	15.2	2	6.1	1	4.3	1	4.3
Psychologische Praxis	2	3.6	1	1.8	2	6.1	0	0	0	0	1	4.3
Andere Poliklinik	1	1.8	6	10.6	0	0	3	9.1	1	4.3	0	0
HIV-Sprechstunde	3	5.4	5	8.9	1	3	3	9.1	2	8.7	2	8.7
Selbsthilfegruppe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Andere Stelle	8	1.3	8	14.3	5	15.2	1	3	3	13	7	30.4
Keine Stelle	2	3.6	3	5.9	2	6.1	3	9.1	0	0	0	0

Tabelle 15

Die Frequentation von spezifischen Angeboten für Drogenabhängige ausserhalb der HeGeBe (Methadonpoliklinik, Kontakt- und Anlaufstelle, Drogenberatungsstelle) geht im ersten Jahr der Behandlung markant zurück. Auch die Behandlung beim Hausarzt nimmt ab, was damit zusammenhängen könnte, dass gewisse Patienten die bei Hausärz-

ten durchgeführten Methadonbehandlungen vor Beginn der HeGeBe zu beenden hatten. Beim Besuch der anderen Betreuungseinrichtungen ist keine eindeutige Tendenz im Behandlungsverlauf auszumachen.

6.2.2.7. Zusammenfassung

Die PSB ist das intensivste nicht pharmakologische HeGeBe-Behandlungselement. Es wird in den allermeisten Fällen in Form von Einzelgesprächen angeboten und wahrgenommen. Selbst somatische und psychiatrische Konsultationen zusammen machen einen kleineren zeitlichen Anteil an der nicht pharmakologischen Behandlung aus. PSB wird je zur Hälfte von Sozialarbeitenden und Pflegepersonen durchgeführt. Es besteht eine positive Korrelation zwischen den Intensitäten von PSB und psychiatrischen Konsultationen. Zwischen diesen beiden Interventionstypen und den somatischen Konsultationen ist die Korrelation hingegen negativ.

HeGeBe-Patienten kommen durchschnittlich etwa zweimal täglich in die Behandlungsstelle, um ihr Substitut zu applizieren. Die durchschnittliche Opiatdosierung beträgt 496 mg Diaphin i.v.-Äquivalent. Die Opiatdosis wird den Bedürfnissen der Patienten individuell angepasst.

Die meisten Patienten bleiben auch während der HeGeBe noch andernorts in das soziale und medizinische Versorgungssystem eingebunden. Die Inanspruchnahme von externen Dienstleistungen, die direkt mit der Drogenproblematik zu tun haben, geht allerdings deutlich zurück.

6.2.3. Behandlungsergebnisse nach einem Jahr

In diesem Unterkapitel werden die Resultate der Behandlung nach einem Jahr und die Entwicklung vom Behandlungsbeginn (T0) bis zum Ende des Beobachtungszeitraums nach einem Jahr (T365) für alle Neueintritte im ersten Halbjahr 2001 ausgewertet. Ausserdem werden die Resultate separat für die an der Effektivitätsstudie Teilnehmenden und für die nicht Teilnehmenden ausgewiesen. Mit diesem Vorgehen werden drei Ziele verfolgt:

1. Es soll ein Gesamteindruck über die Entwicklung dieser Patientenpopulation vermittelt werden. Diese Entwicklung soll im Lichte der Ergebnisse früherer Studien bewertet werden.
2. Die Repräsentativität der *teilnehmenden* Population für alle ein Jahr in der HeGeBe verbleibenden Neueintritte und damit für das Patientengut der aktuellen Neueintritte in die ambulanten Zentren der HeGeBe Schweiz soll ermittelt werden. Auf diese Weise werden Aussagen über die Verallgemeinerbarkeit der Wirkungsanalyse ermöglicht. Auch hier werden – wie für den Status bei Eintritt – relevante Unterschiede zwischen den beiden Teilmengen bei einem Unterschied der relativen Häufigkeit ab 15% angenommen. Unterschiede bei absoluten Häufigkeiten respektive bei unterschiedlichen Mittelwerten werden kritisch diskutiert.
3. Die hier untersuchten Variablen, die von den Verantwortlichen der HeGeBe-Behandlungszentren im Mai 2000 als Indikatoren für das Erreichen der Behandlungsziele nach Artikel 1 VO (vgl. Schweizerischer Bundesrat 2000) definiert wurden (vgl. auch oben Kap. 6.1.1.), sollen anhand der gesamten Eintrittskohorte des ersten Halbjahres 2001 auf ihre Eignung als Outcome-Indikatoren im Rahmen der weiter unten vorgestellten Wirkungsanalyse überprüft werden. Als solche sind sie nur dann geeignet, wenn Angaben zu Behandlungsbeginn (T0) und nach einem Jahr (T365) vorhanden sind und wenn während des Behandlungszeitraums von T0 bis T365 bedeutende Veränderungen bei einer grossen Patientenzahl festgestellt werden können. Ausserdem müssen die entsprechenden Variablen intervallskaliert sein. Die Eignung als Indikatoren für diese Studie wird im Kapitel 6.2.4. diskutiert werden.

6.2.3.1. Haltequote und Austrittsgründe

Die Haltequote nach einem Jahr (vgl. Tabelle 16) entspricht annähernd denjenigen 70 Prozent, die Rehm et al. (2001, S. 1417) für alle Eintritte in HeGeBe seit 1994 ermittelt haben. Aus der unten abgebildeten Graphik 12 wird ersichtlich, dass die Therapielängen der Austritte innerhalb des ersten Behandlungsjahres nahezu normalverteilt sind. Dies kontrastiert mit den Erkenntnissen von Rehm et al. (op. cit., S. 1418), die herausgefunden haben, dass es während den ersten drei Behandlungsmonaten zu einer signifikanten Häufung der Austritte kommt. Die Datengrundlage von Rehm et al. bestand aus sämtlichen Eintritten zwischen Januar 1994 und Dezember 2000. Ein Grund für diesen Unterschied könnte darin gesehen werden, dass die Zentren auf diesen Umstand im Februar 2000 von der verantwortlichen Stelle des BAG hingewiesen wurden und in der Folge aktiver bestrebt waren, die Therapiemotivation vor Eintritt noch exakter abzuklären und während den ersten Behandlungsmonaten den Verbleib in der Behandlung zu begünstigen. Somit hätte der Anteil der Austritte im ersten Behandlungsquartal infolge einer auf empirischen Erkenntnissen basierenden administrativen Intervention abgenommen.

Die Entstehung eines Teils der Differenz durch einen Artefakt (kurze Aufenthaltszeiten im Gefängniszentrum Kost), der sowohl bei den Zahlen des BAG als auch bei der Untersuchung von Rehm et al. (2001) eine Rolle gespielt haben könnte, konnte durch eine statistische Überprüfung anhand der Patientendatenbank des BAG ausgeschlossen werden. Bei einer Normalverteilung wäre zu erwarten, dass 25% der während der ersten zwölf Behandlungsmonate erfolgten Austritte innerhalb der ersten drei Monate stattfinden. Die entsprechenden Werte lagen aber für die Eintrittskohorten 1994 bis 2000 (ohne Gefängnis-HeGeBe) zwischen 32.8% und 56.7% (unter Einschluss der Über- und Wiedereintritte)¹⁹, womit das von Rehm et al. konstatierte Phänomen bestätigt werden kann. Der entsprechende Wert für die Neueintritte während des Erhebungszeitraums vom 1.1. bis 30.6.2001 liegt bei 18.8% und für alle Eintritte des Jahres 2001 beinahe bei der zu erwartenden Grösse, nämlich bei 27%. Dies deutet auf die Bestätigung der These hin, dass die Behandlungszentren ihre Praxis tatsächlich angepasst haben und dass eine Häufung vorzeitiger Austritte nicht mehr vorkommt .

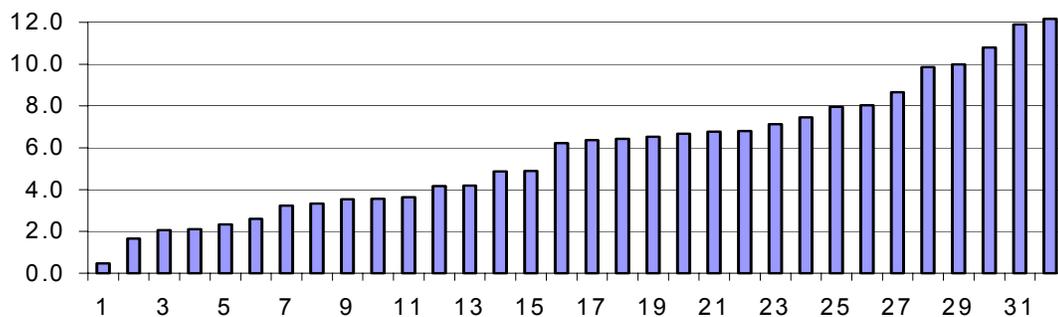
¹⁹

Austritte amb. HeGeBe innerhalb der ersten 3 Behandlungsmonate von allen Austritten während der ersten 12 Behandlungsmonate nach Eintrittsjahr (1997 aus administrativen Gründen keine Eintritte)	1994	1995	1996	1998	1999	2000	2001
Anzahl Austritte innerhalb 12 Monate	74	132	67	70	75	54	63
Anzahl Austritte innerhalb 3 Monate	33	57	29	23	31	19	17
Anteil Austritte innerhalb von 3 Monaten	44.5%	43.1%	43.2%	32.8%	41.3%	35.2%	27%

Haltequote nach einem Jahr	Alle Neueintritte 1.-6. 01 mit ab- solviertem 1. Beh.jahr	Teilnehmende	Nicht Teilneh- mende
Anzahl Ersteintritte	106	60	46
Anzahl in Behandlung bei T365	74	41	33
Haltequote	69.8%	68.3%	71.7%

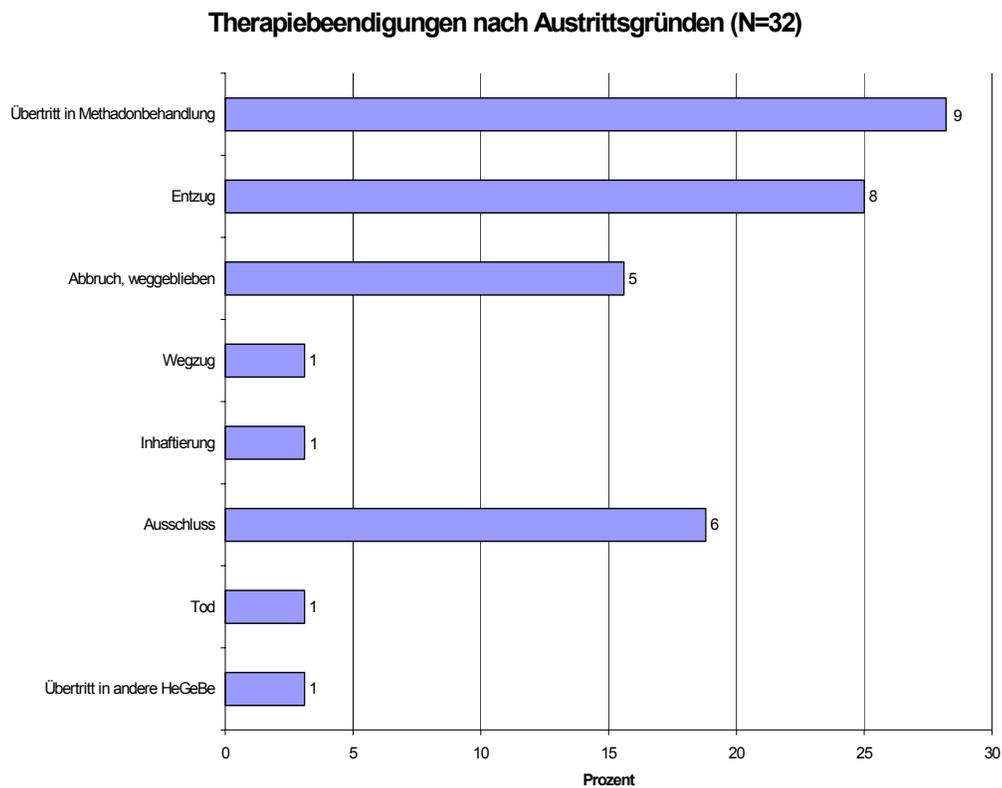
Tabelle 16

**Therapiedauer in Monaten - alle Austritte
(N=32; mean=5.8)**



Graphik 12

Der Anteil der Austritte in einen Entzug entspricht mit 25 Prozent (8 Personen) (vgl. Graphik 13) in etwa demjenigen früherer Studien, während die Übertritte in Methadonbehandlungen mit 28.8 Prozent (9 Personen) hier etwas tiefer liegen (vgl. Uchtenhagen et al. 1997; Rehm et al. 2001). In den genannten Studien wurden allerdings auch Austritte über mehr als ein Jahr mit einbezogen. Rehm et al. (Rehm et al. 2001, S. 1419) haben festgestellt, dass die Wahrscheinlichkeit, in einen Entzug auszutreten mit der Therapiedauer zunimmt. Bei einer Therapiedauer über mehr als drei Jahre treten 29% der Patienten, die HeGeBe beenden, in eine abstinentorientierte Behandlung über, bei einer Therapiedauer bis vier Monate sind dies lediglich neun Prozent und bei einer Behandlungsdauer zwischen 4 Monaten und einem Jahr 22 Prozent (vgl. *ibid.*).

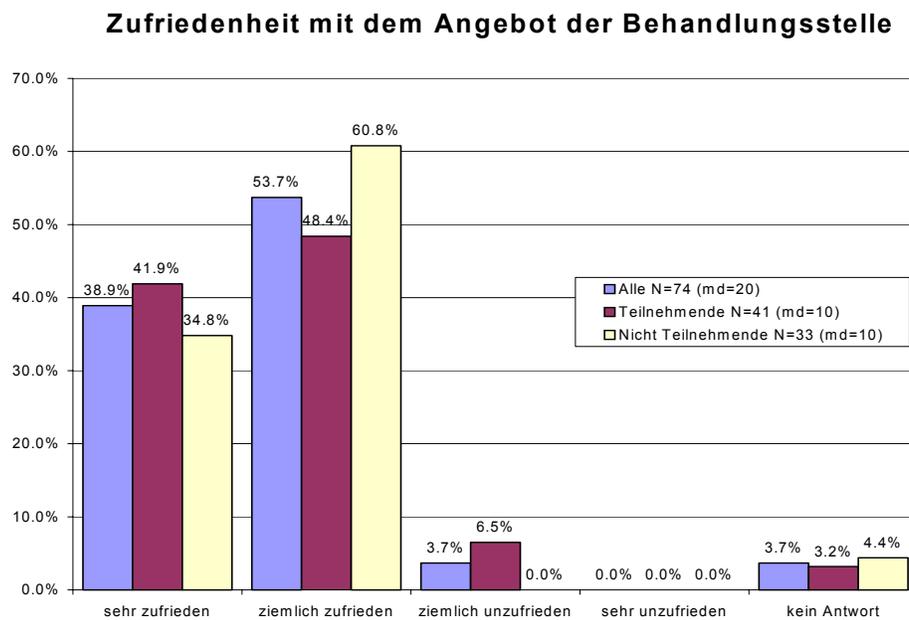


Graphik 13

6.2.3.2. Zufriedenheit mit der Behandlungsstelle und mit dem Erreichten

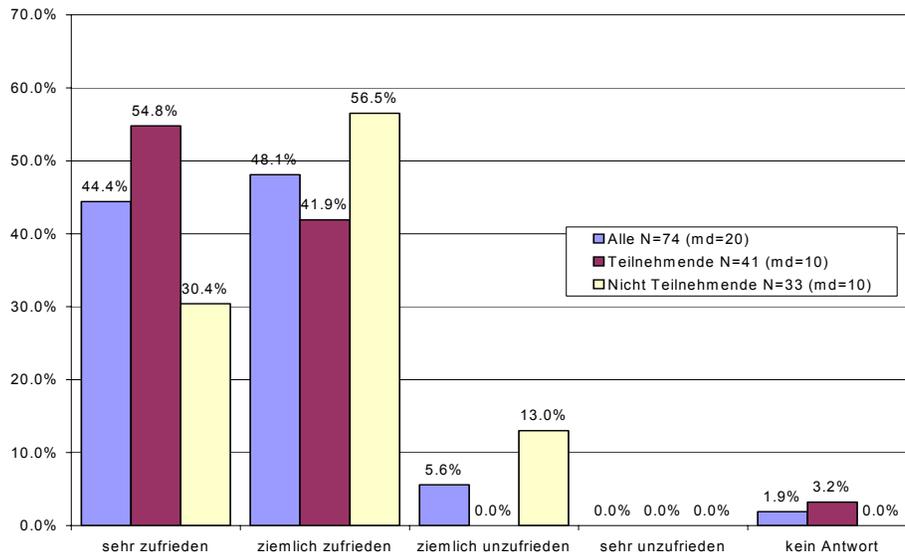
Die Zufriedenheit der Patienten wird mit dem Fragebogen „Behandlungsaspekte“ im Rahmen der Verlaufsuntersuchung erstmals nach einem Jahr in Behandlung erhoben. Die Zufriedenheit mit der Behandlung wird mit 18 Einzelvariablen, die Beurteilung des Erreichten mit 21 Einzelvariablen erfasst. Die Ergebnisse dieser Variablen sind vor allem für die interne Steuerung der Behandlungszentren (bessere Anpassung an die Bedürfnisse der Patienten) und für das beurteilende Vergleichen zwischen einzelnen Zentren (benchmarking) von Bedeutung. Innerhalb des genannten Erhebungsbogens werden auch zwei Globalfragen gestellt. Die erste betrifft die Beurteilung der Behandlung („Sind Sie mit dem Angebot der Behandlungsstelle zufrieden?“) (vgl. unten Graphik 14), die zweite die Zufriedenheit mit dem Erreichten („Sind Sie zufrieden mit dem, was Sie durch die Behandlung bisher erreicht haben?“) (vgl. Graphik 15). Sie eignen sich bei den vorliegenden Fallzahlen am ehesten, um eventuelle Unterschiede zwischen an der Studie teilnehmenden und nicht teilnehmenden Patienten zu eruieren.

Insgesamt wird deutlich, dass die überwiegende Mehrheit der Patienten sowohl mit der Behandlung als auch mit dem im ersten Behandlungsjahr Erreichten sehr oder ziemlich zufrieden ist. Die Unterschiede zwischen Teilnehmenden und Nicht-Teilnehmenden liegen bezüglich der Zufriedenheit mit dem Angebot der Behandlungsstelle unter 15 Prozent und sind somit bei den vorliegenden Fallzahlen nicht zu interpretieren. Mit 24.4% mehr Nennungen bei der Merkmalsausprägung „sehr zufrieden“ sind die Patienten der teilnehmenden Zentren mit dem innerhalb des ersten Jahres Erreichten etwas zufriedener als die Patienten der nicht teilnehmenden Zentren.



Graphik 14

Zufriedenheit mit Erreichtem



Graphik 15

6.2.3.3. Psychische Gesundheit

Wie aus Tabelle 16 ersichtlich wird, nimmt die Anzahl psychiatrischer Diagnosen im ersten Behandlungsjahr zu. Der Anteil Patienten ohne psychiatrische Diagnosen sinkt von 66.7 auf 40 Prozent. Bei den Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen ist die Zunahme besonders deutlich. Die Gründe dafür können eher in den Möglichkeiten für die Diagnosenstellung im Verlauf als in einer realen Zunahme der Prävalenz vermutet werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass zu Behandlungsbeginn - insbesondere unter dem Titel „Gesicherte psychiatrische Diagnosen“ - die entsprechenden Fragen eher konservativ beantwortet wurden. Da der Patient bei der Zwischenbefragung nach einem Jahr besser bekannt ist und mit grosser Wahrscheinlichkeit inzwischen psychiatrische Abklärungen stattgefunden haben, kann nun eine gesicherte Diagnose auf solider Grundlage gestellt werden. Die Prävalenzen sind hier entsprechend höher als zu Behandlungsbeginn. Auf keinen Fall kann aus diesen Zahlen geschlossen werden, die Patienten würden während der HeGeBe psychisch „krank“.

Die Prävalenz psychischer Störungen scheint auch im Verlauf nach einem Jahr mit 60 Prozent für alle Neueintritte im Vergleich mit der Komorbiditätsstudie von Frei und Rehm (2002), die eine Prävalenz von insgesamt 85 Prozent psychischer Störungen bei

Behandlungseintritt ermittelte, recht niedrig. Bei der erwähnten Studie fand vorgängig eine Schulung in psychiatrischer Diagnostik statt, was die daran teilnehmenden Ärzte unabhängig von ihrem Facharzttitel in die Lage versetzte, die entsprechenden Diagnosen sicher zu stellen und sie bei der genannten Studie anzugeben. Nichtpsychiater oder HeGeBe-Ärzte/-innen, die an der erwähnten Studie nicht teilgenommen haben, könnten hingegen dazu neigen, bei der psychiatrischen Diagnostizierung eher konservativ vorzugehen. Ende 2001 waren in den 21 HeGeBe-Zentren insgesamt 35 Ärzte angestellt (vgl. BAG 2002, S. 13). Nicht alle verfügten über eine psychiatrische Ausbildung.

Gesicherte psychiatrische Diagnosen exklusive Suchtdiagnose (Mehrfachantworten möglich)	Neueintritte 1.-6.01 mit absolviertem 1. Beh.jahr N=74 md=14				Teilnehmende N=41 md=6				Nicht Teilnehmende N=33 md=8			
	T0		T365		T0		T365		T0		T365	
	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%
Keine Diagnosen	40	66.7	24	40	22	62.9	16	45.7	18	72	8	32
Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen	1	1.7	1	1.7	1	2.9	1	2.9	0	0	0	0
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	0	0	1	1.7	0	0	1	2.9	0	0	0	0
Affektive Störungen	6	10	6	10	3	8.6	5	14.3	3	12	5	20
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	5	8.3	6	10	3	8.6	4	11.4	2	8	2	8
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	8	13.3	20	33.3	5	14.3	9	25.7	3	12	11	44
Intelligenzminderung	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Entwicklungsstörungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	0	0	1	1.7	0	0	1	2.9	0	0	0	0
Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabelle 16

Ein anderes Erhebungsinstrument zur Messung der psychischen Gesundheit, das bei der HeGeBe-Population seit Januar 2001 angewandt wird, ist der SCL-90-R-Fragebogen. Diese aus 90 Fragen bestehende Befragungsbatterie ermittelt die psychische Belastung in den neun Bereichen: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt,

Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, phobische Angst, paranoides Denken und Psychotizismus (vgl. Franke 1995).

Bei den vorliegenden Fallzahlen ist eine Auswertung nach einzelnen Belastungsbereichen nicht angezeigt. Validierungstests haben zudem ergeben, dass die Reliabilität und Validität der einzelnen Bereiche nicht immer gegeben ist, wohingegen der GSI (Global Severity Index), der die psychische Gesamtbelastung misst, sich als Indikator bewährt zu haben scheint (vgl. Hessel et al. 2001).

Der GSI- Mittelwert beträgt in einer gesunden Normalpopulation 0.33 (SD 0.25), in einer Population von HIV-infizierten Patienten 0.76 (SD 0.56) und bei Psychatriepatienten in ambulanter Behandlung 1.26 (SD 0.68) (vgl. Franke 1995, S. 84ff.). Bei der HeGeBe-Ersteintrittskohorte des ersten Semesters 2001 ist er mit 0.67 ungefähr doppelt so hoch wie in der Normalbevölkerung. Nach Ablauf eines Jahres wird eine Abnahme von 0.15 auf 0.52 festgestellt (vgl. Tabelle 17). Der SCL-90-R-Fragebogen wird von den Patienten selbständig ausgefüllt. Die Beurteilung durch das Behandlungs- und Betreuungspersonal fällt hier also weg.

SCL-90-R Global Severity Index (GSI)	Neueintritte 1.-6. 01 mit absolviertem 1. Behandlungsjahr N=74 md=26		
	T0	T365	Veränderung (T0/T365)
Mittelwerte (SD)	0.67 (0.49)	0.52 (0.43)	-0.15

Tabelle 17

SCL-90-R Global Severity Index (GSI)	Teilnehmende N=41 md=12			Nicht Teilnehmende N=33 md=14		
	T0	T365	Veränderung (T0/T365)	T0	T365	Veränderung (T0/T365)
Mittelwerte (SD)	0.60 (0.45)	0.45 (0.32)	-0.15	0.78 (0.55)	0.64 (0.56)	-0.14

Tabelle 18

Wie aus Tabelle 18 deutlich wird, ist die Abnahme der psychischen Belastung bei den Teilnehmenden und bei den nicht Teilnehmenden fast identisch (um 0.15 respektive um

0.14). Allerdings ist die Ausgangsbelastung bei den nicht Teilnehmenden mit einem GSI von 0.78 höher als bei den Teilnehmenden (0.60).

6.2.3.4. Körperliche Gesundheit

Einer der für die Messung der körperlichen Gesundheit festgelegten Indikatoren ist der *Body-Mass-Index (BMI)*, der aus Körpergewicht und Grösse berechnet wird. Ein BMI zwischen 20 und 25 gilt als normal. Die Mittelwerte des BMI liegen bei allen drei Gruppen sowohl zu Behandlungsbeginn als auch nach einem Jahr im Normalbereich, so dass diesbezüglich bei keiner Gruppe Anomalien festzustellen sind (vgl. Tabellen 19 und 20). Die kleinen Veränderungen in Richtung Gewichtszunahme im Verlauf überraschen nicht und gehen einher mit einem Lebensstil, der dank der HeGeBe von weniger Stress und Hektik geprägt ist, so dass der Ernährung mehr Beachtung geschenkt werden kann.

Body-Mass-Index (BMI)	Neueintritte 1.-6. 01 mit absolviertem 1. Behandlungsjahr N=74 md=14		
	T0	T365	Veränderung (T0/T365)
Mittelwerte (SD)	22.30 (4.04)	23.57 (3.84)	1.27

Tabelle 19

Body-Mass-Index (BMI)	Teilnehmende N=41 md=6			Nicht Teilnehmende N=33 md=8		
	T0	T365	Veränderung (T0/T365)	T0	T365	Veränderung (T0/T365)
Mittelwerte (SD)	22.73 (4.74)	24.13 (4.34)	1.4	21.70 (2.81)	22.80 (2.95)	1.1

Tabelle 20

Ein weiterer Indikator für die Messung der körperlichen Gesundheit ist der *HIV-Status*. Wie aus der unten stehenden Tabelle 21 allerdings ersichtlich wird, schwankt der Anteil der Patienten ohne diesbezügliche Angaben je nach Gruppe und Erhebungszeitpunkt

zwischen 37.1 und 44 Prozent. Eine Auswertung der Entwicklung des HIV-Status während des ersten Behandlungsjahres wäre mit einer grossen Unsicherheit behaftet. Deshalb wird auf das Ausweisen der Veränderung zwischen T0 und T365 verzichtet. Eine Anomalie bei der Entwicklung des HIV-Status ist allerdings erklärungsbedürftig. Insgesamt neun Patienten bezeichnen sich zu Behandlungsbeginn als HIV-positiv. Da sich die follow-up-Untersuchung nach einem Jahr auf dasselbe Patientenkollektiv bezieht, könnte fälschlicherweise angenommen werden, dass vier Patienten HIV-negativ geworden seien. In Tat und Wahrheit waren zwei der neun Patienten, die sich zu Behandlungsbeginn als HIV-positiv bezeichnet hatten, nach einer Testung während des ersten Behandlungsjahres HIV-negativ. Für drei der zu Anfang HIV-positiven ist in der Follow-Up-Befragung keine Angabe zum HIV-Status vorhanden. Eine Person, die bei T365 HIV-positiv ist, machte zu Behandlungsbeginn keine diesbezüglichen Angaben. Sowohl die hohe Rate fehlender Antworten als auch die festgestellte Ungenauigkeit der Angaben sind dafür verantwortlich, dass die HIV-Rate mit den zur Verfügung stehenden Angaben nicht genügend sicher bestimmt werden kann. Im Rahmen einer früheren Untersuchung wurde an einem grösseren HeGeBe-Patientenkollektiv (N=368) zu Behandlungsbeginn eine HIV-Rate von 17 Prozent festgestellt (vgl. Rehm et al. 2001, S. 1418), was sich zu den von Uchtenhagen et al. (1997, S. 57) an einem Gesamtkollektiv von 1035 Eintritten festgestellten 16 Prozent kongruent verhält.

Letzter HIV-Status	Neueintritte 1.-6. 01 mit absolviertem 1. Beh.jahr N=74 md=14				Teilnehmende N=41 md=6				Nicht Teilnehmende N=33 md=8			
	T0		T365		T0		T365		T0		T365	
	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%
HIV-negativ	25	41.7	31	51.7	14	40	20	57.1	11	44	11	44
HIV-positiv	9	15	5*	8.3	6	17.1	2	5.7	3	12	3	12
Keine Angaben	26	43.3	24	40	15	42.9	13	37.1	11	44	11	44
Total	60	100	60	100	35	100	35	100	25	100	25	100

Tabelle 21

Wie beim HIV-Status ist auch beim *Hepatitis-Status (A, B und C)*, einem weiteren Indikator für die körperliche Gesundheit, der Prozentsatz der Patienten ohne Angaben zu Behandlungsbeginn mit 46.7 bis 56.7 Prozent sehr hoch. Die Fallzahlen mit Angaben fallen dementsprechend gering aus und repräsentieren so kaum noch das Gesamtkollektiv. Veränderungen von T0 zu T365 können nicht gesichert nachgewiesen werden, weshalb hier auf eine Auswertung des Hepatitis-Status verzichtet werden musste. Die Auto-

ren der PROVE-Studie (op. cit., S. 57) ermittelten Hepatitis- Anteile von 70 Prozent für Hepatitis A, 74 Prozent für Hepatitis B und 83 Prozent für Hepatitis C bei Eintritt beim Kollektiv von 1035 Eintritten.

Als letzter Indikator für physische Gesundheit wird der Anteil Patienten mit *Abszessen und Hautinfektionen* untersucht. Diese kommen insgesamt bereits zu Behandlungsbeginn nur selten, nämlich lediglich bei 6.7 Prozent oder insgesamt je vier Patienten, vor (Tabelle 22). Im Verlaufe des ersten Behandlungsjahres verschwinden beide dermatologischen Befunde beinahe gänzlich. Bei den Patienten, die zwischen Januar 1994 und März 1995 in die damaligen PROVE-Versuche eintraten, lag der Anteil von Patienten mit Abszessen noch bei 17 Prozent, derjenige von Patienten mit oberflächlichen Hautinfektionen gar bei 31 Prozent. Der verbesserte Hautzustand könnte mit sterileren und optimierten Injektionstechniken der im Jahre 2001 eingetretenen Patienten zusammenhängen. Im Jahre 1994 rekrutierten sich viele PROVE-Probanden aus den offenen Drogenszenen der grossen Städte, wo Heroin und andere Drogen unter in höchstem Masse unhygienischen Bedingungen und in einem hektischen, von Angst und Nervosität geprägten Umfeld konsumiert wurden. Alle offenen Drogenszenen wurden zu Beginn des Jahres 1995 polizeilich geschlossen (vgl. Kap. 4).

Vorhandensein von Abszessen und Hautinfektionen	Neueintritte 1.-6. 01 mit absolviertem 1. Beh.jahr N=74 md=14				Teilnehmende N=41 md=6				Nicht Teilnehmende N=33 md=8			
	T0		T365		T0		T365		T0		T365	
	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%
Abszess	4	6.7	1	1.7	2	5.7	0	0	2	8	1	4
Oberflächliche Infektion der Haut	4	6.7	0	0	1	2.9	0	0	3	12	0	0

Tabelle 22

6.2.3.5. Arbeit und Wohnen

Arbeit und Wohnen sind zentrale Bezugspunkte sozialer Organisation. Soziale Randständigkeit wird häufig an der Abwesenheit von Arbeit und ausreichend gesicherten Wohnverhältnissen festgemacht. Puncto Arbeit ist zwischen den Aspekten der ökonomischen Existenzsicherung und der sozialen Integrationsfunktion zu unterscheiden.

Arbeitstätigkeit zur Sicherung der wirtschaftlichen Selbständigkeit ist nur bei einem kleinen Teil der Patienten möglich. Zu Behandlungsbeginn geben 14.3% (8 Personen) Arbeitslohn oder Jobben als Haupteinnahmequelle an. Dieser Wert steigt nach einem Jahr nur minim auf 16.1% (9 Personen) (vgl. weiter unten Tabelle 28). Während Uchtenhagen et al. (1997, S. 74) für die Eintritte zwischen Januar 1994 und März 1995 (N=237) nach Ablauf des ersten Behandlungsjahres noch eine Zunahme der arbeitenden Patienten von 14 auf 31 Prozent feststellte, konstatierten Güttinger et al. (2002, S. 373) im Rahmen eines 6-Jahres-Follow-up bei den in HeGeBe Verbliebenen derselben Stichprobe (N=132) eine Zunahme der Arbeitslosenquote von 31.1. Prozent zu Behandlungsbeginn auf 34.1% nach sechs Jahren in Behandlung. Der höhere Ausgangswert gegenüber der Untersuchung von Uchtenhagen et al. weist darauf hin, dass es tendenziell die höher belasteten und sozial schlechter integrierten Patienten sind, die in HeGeBe verbleiben, was die leichte Zunahme der Arbeitslosenquote erklärt. Zur weiteren Illustration sei nochmals auf die vorbestehende soziale Randständigkeit durch langjährige Drogenabhängigkeit (vgl. oben Kap. 6.2.1.6.) und durch die hohe Prävalenz psychischer Komorbidität (vgl. oben Kap. 6.2.3.3.) hingewiesen.

Bei 46 Prozent der in der ersten Jahreshälfte 2001 eingetretenen Patienten handelt es sich um Langzeitarbeitslose, die seit mehr als einem Jahr nicht mehr beschäftigt waren (vgl. oben Tabelle 8 in Kap.6.2.1.5.). Die unten stehende Tabelle 23 gibt über den Anteil der Patienten mit Erwerbsarbeit und in Beschäftigungsprogrammen Auskunft. Ob schon bei letzteren der Aspekt der ökonomischen Existenzsicherung wegfällt, sind an Beschäftigungsprogrammen und geschützten Jobangeboten teilnehmende Patienten sozial besser integriert. Sie verfügen über eine Tagesstruktur und über ein Reservoir von sozialen Kontakten am Arbeitsplatz. Deshalb werden die Beschäftigungsangebote und niedrighwelligen Arbeitsprojekte bei der Messung der Arbeits- und Beschäftigungssituation mitgezählt. Es zeigt sich, dass sich diese innerhalb des ersten Behandlungsjahres verbessert. Waren zu Behandlungsbeginn insgesamt 41.1 Prozent in Arbeits- oder Beschäftigungsverhältnissen vorzufinden, so sind es nach Ablauf eines Jahres 66.1 Prozent. Die Zunahmen sind bei den Teilzeit- und Temporärarbeiten und bei den Beschäftigungsprogrammen zu verzeichnen. Bei den Teilnehmenden steigt die Anzahl Nennungen markanter (um 100%) als bei den nicht Teilnehmenden (36%), wo sie aber bereits zu Behandlungsbeginn auf einem überdurchschnittlich hohen Niveau war.

Aktuelle Arbeitssituation (Mehrfachantworten möglich)	Neueintritte 1.-6. 01 mit absolvier- tem 1. Beh.jahr N=74 md=18				Teilnehmende N=41 md=8				Nicht Teilneh- mende N=33 md=10			
	T0		T365		T0		T365		T0		T365	
	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%
Vollzeitarbeit	7	12.5	7	12.5	5	15.2	6	18.2	2	8.7	1	4.3
Teilzeitarbeit	1	1.8	6	10.7	1	3	2	6.1	0	0	4	17.4
Temporärarbeit, Gelegenheits- jobs	3	5.4	8	14.3	0	0	5	15.2	3	13	3	13
Beschäftigungsprogramme, niederschwellige Arbeitsprojekte	12	21.4	16	28.6	3	9.1	5	15.2	9	39.1	11	47.8
Total Nennungen (Teil-) Integ- ration bezüglich Arbeit und Beschäftigung	23	41.1	37	66.1	9	27.3	18	54.7	14	60.8	19	82.5
Arbeitslos, mit ALV-Geld	3	5.4	1	1.8	2	6.1	0	0	1	4.3	1	4.3
Arbeitslos, ohne ALV-Geld	13	23.2	7	12.5	11	33.3	6	18.2	2	8.7	1	4.3
Ohne Arbeit, nicht Arbeit su- chend	13	23.2	3	5.4	7	21.2	3	9.1	6	26.1	0	0
Kinderbetreuung, Haushalt	1	1.8	0	0	0	0	0	0	1	4.3	0	0
Krank, arbeitsunfähig	4	7.1	2	3.6	2	6.1	1	3	2	8.7	1	4.3
Rentner	12	21.4	14	25	6	18.2	8	24.2	6	26.1	6	26.1
In Institution, stationär	1	1.8	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0
Anderes	2	3.6	4	7.1	2	6.1	3	9.1	0	0	0	0

Tabelle 23

Einen anderen Parameter für die Erfassung der Erwerbstätigkeit (ohne Beschäftigungsprogramme) stellt die Anzahl Tage, an denen der Patient während den letzten dreissig Tagen gearbeitet hat, dar. Es wird ersichtlich, dass die Anzahl Patienten mit Werten grösser als Null im Laufe des Behandlungsjahres abnimmt. Diejenigen Patienten aber, die nach einem Jahr in Behandlung arbeiten, tun dies etwa dreimal intensiver als diejenigen, die zu Behandlungsbeginn Voll-, Teilzeit- oder Temporärarbeit angegeben hatten (vgl. unten Tabelle 24)

Wieviele Tage hat der Patient während den letzten 30 Tagen gearbeitet? (falls Voll-, Teilzeit- oder Temporärarbeit angegeben)	Neueintritte 1.-6. 01 mit absolviertem 1. Beh.jahr N=74 md=18		Teilnehmende N=41 md=8		Nicht Teilnehmende N=33 md=10	
	T0	T365	T0	T365	T0	T365
Anzahl Patienten mit Angaben	36	19	19	11	17	8
Mittelwert Tage (SD)	5.66 (9.25)	14.63 (7.83)	5.84 (10.1)	15.63 (7.4)	5.47 (8.51)	13.25 (8.69)

Tabelle 24

Zur Beleuchtung der *Wohnsituation* wurde zunächst festgestellt, wie sich die Art der Unterkunft im Laufe des ersten Behandlungsjahres entwickelt (vgl. Tabelle 25). Der Anteil der Patienten, die selbständig wohnen („Zimmer gemietet“, „Wohnung/Haus gemietet“ und „Eigentumswohnung/eigenes Haus“) beträgt bei T365 für die Teilnehmenden 69.7% und für die Nicht-Teilnehmenden 60.8%. Der Unterschied ist bei den vorliegenden Fallzahlen nicht interpretierbar. Insgesamt sind die Veränderungen im Verlauf der Behandlung hier minim. Zu früheren Untersuchungen an der HeGeBe-Population sind keine nennenswerten Unterschiede festzustellen (vgl. Uchtenhagen et al. 1997, S. 73).

Wie hat der Patient/die Patientin während den letzten sechs Monaten gewohnt? (Mehrfachantworten möglich)	Neueintritte 1.-6. 01 mit absolviertem 1. Beh.jahr N=74 md=18				Teilnehmende N=41 md=8				Nicht Teilnehmende N=33 md=10			
	T0		T365		T0		T365		T0		T365	
	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%
Elterliche Wohnung/Haus	9	16.1	11	19.6	6	18.2	6	18.2	3	13	5	21.7
Zimmer gemietet (Untermiete)	4	7.1	5	8.9	2	6.1	2	6.1	2	8.7	3	13
Wohnung/Haus gemietet	33	58.9	32	57.1	22	66.7	20	60.6	11	47.8	11	47.8
Eigentumswohnung/eigenes Haus	1	1.8	1	1.8	1	3	1	3	0	0	0	0
Ohne festen Wohnsitz (Not- schlafstelle, Gasse, Bekannte)	6	10.7	2	3.6	3	9.1	1	3	3	13	1	4.3
Drogentherapeutische Institution	1	1.8	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0
Strafrechtliche Institution	4	7.1	0	0	3	9.1	0	0	1	4.3	0	0
Andere Institution (z.B. Wohn- heim, Spital, Psychiatrie)	4	7.1	3	5.4	1	3	2	6.1	3	13	1	4.3
Begleitetes Wohnen	4	7.1	6	10.7	1	3	0	0	3	13	6	26.1
Anderes	2	3.6	1	1.8	1	3	1	3	1	4.3	1	4.3

Tabelle 25

Auch bei der sozialen Wohnsituation gibt es wenig Veränderungen über das erste Behandlungsjahr hinweg. Die Unterschiede zwischen den Untergruppen sind minim (Tabelle 26).

Mit wem lebt er/sie zusammen? (Mehrfachnennungen möglich)	Neueintritte 1.-6.01 mit absolviertem 1. Beh.jahr N=74 md=18				Teilnehmende N=41 md=8				Nicht Teilnehmende N=33 md=10			
	T0		T365		T0		T365		T0		T365	
	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%
Alleine	23	41.1	23	41.1	14	42.4	14	42.4	9	39.1	9	39.1
Mit Eltern(-teil)	9	16.1	10	17.9	6	18.2	5	15.2	3	13	5	21.7
Mit Partner	16	28.6	16	28.6	9	27.3	9	27.3	7	30.4	7	30.4
Mit eigenen Kindern	4	7.1	3	5.4	2	6.1	1	3	2	8.7	2	8.7
Mit anderen Verwandten	1	1.8	2	3.6	1	3	1	3	0	0	1	4.3
Mit Freunden, WG	4	7.1	2	3.6	3	9.1	2	6.1	1	4.3	0	0
Anderes	5	8.9	4	7.1	1	3	2	6.1	4	17.4	2	8.7
Keine Antwort	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabelle 26

Bei der Beurteilung der Wohnsituation durch den Interviewer unterscheiden sich die Gruppen kaum. Der Anteil Patienten mit unzulänglicher Wohnsituation sinkt im Laufe der Behandlung von einem Viertel auf unter zehn Prozent (vgl. Tabelle 27). Bei den Eintritten zwischen Januar 1994 und März 1995 war zu Behandlungsbeginn die Wohnsituation noch bei 43 Prozent der Patienten gefährdet oder unzulänglich. Nach einem Jahr in Behandlung war dies damals noch bei 24 Prozent der Fall (vgl. op. cit., S. 73). Dies erklärt sich einerseits aus der damaligen Not auf dem Wohnungsmarkt grosser Städte, von der Heroinabhängige besonders betroffen waren, und andererseits aus der bereits erwähnten Tatsache, dass zu jener Zeit viele Patienten vor Behandlungsbeginn die offene Drogenszene frequentierten und nicht selten dort oder im unmittelbaren Umfeld übernachteten.

Wie wird die bestehende Wohnsituation eingestuft? (Durch Interviewer/in zu beurteilen)	Neueintritte 1.-6.01 mit absolviertem 1. Beh.jahr N=74 md=18				Teilnehmende N=41 md=8				Nicht Teilnehmende N=33 md=10			
	T0		T365		T0		T365		T0		T365	
	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%
Hinreichend (stabil)	41	73.2	50	89.3	24	72.3	29	87.9	17	73.9	21	91.3
Gefährdet oder unzulänglich	13	23.2	5	8.9	8	24.2	3	9.1	5	21.7	2	8.7
Keine Antwort	2	3.6	1	1.8	1	3	1	3	1	4.3	0	0
Total	56	100	56	100	33	100	33	100	23	100	23	100

Tabelle 27

6.2.3.6. Finanzen

Die beschäftigungsmässige (Teil-) Integration (siehe oben) geht - wie aufgezeigt wurde - nicht unbedingt mit grösserer finanzieller Unabhängigkeit einher. Bei den Haupteinkommensquellen ist eine Zunahme der IV-Renten und der Sozialhilfe festzustellen (vgl. Tabelle 28). Dieser Befund ist eine Bestätigung der diesbezüglichen Erkenntnisse von Uchtenhagen et al. (vgl. op. cit., S. 75f.). Soziale Unterstützung ist zu Behandlungsbeginn wie nach dem ersten Behandlungsjahr die häufigste Haupteinkommensquelle. Deren Anteil konvergiert mit früheren Befunden (vgl. op. cit., S. 76; Rehm et al. 2001, S. 1419). Beachtung verdient der tiefe Anteil an Patienten mit illegalem Einkommen als Haupteinkommensquelle (Rubriken „Illegale Einkünfte im Zusammenhang mit Drogen (Dealen)“ und „Mischeln, Vermitteln“). Beide Variablen zusammen ergeben einen Anteil von lediglich 5.4 Prozent mit illegalem Haupteinkommen bei Eintritt. Bei den Eintritten zwischen Januar 1994 und März 1995 waren dies noch 53 Prozent (N=132) (vgl. Güttinger et al. 2002, S. 273). Als erste Erklärung für diese Differenz könnte man versucht sein, die Verlässlichkeit der Selbstangaben auf diesem sensiblen Gebiet in Zweifel zu ziehen. Untersuchungen zur Reliabilität und Validität von Angaben der Befragten zum delinquenten Verhalten bei Drogenabhängigen haben indessen eine Übereinstimmung von 80 Prozent und mehr zwischen offiziellen Daten (polizeiliche Verzeigungsdaten) und der selbst berichteten Delinquenz gebracht (vgl. Kiliyas 2002, S. 423). Gibt dieser Unterschied also eine reale Abnahme wieder, kann davon ausgegangen werden, dass die (Beschaffungs-)Kriminalität bei Heroinabhängigen zwar nicht verschwunden ist, aber doch eine marginalere Rolle bei der Beschaffung der finanziellen Mittel als früher spielt.

Haupteinnahmequelle	Neueintritte 1.-6.01 mit absolviertem 1. Beh.jahr N=74 md=18				Teilnehmende N=41 md=8				Nicht Teilnehmende N=33 md=10			
	T0		T365		T0		T365		T0		T365	
	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%
Arbeitslohn aus Hauptberuf	7	12.5	8	14.3	5	15.2	6	18.2	2	8.7	2	8.7
Jobben	1	1.8	1	1.8	0	0	0	0	1	4.3	1	4.3
Eltern, Verwandte	1	1.8	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0
Partner/in	0	0	2	3.6	0	0	1	3	0	0	1	4.3
Ersparnisse, Vermögen	2	3.6	1	1.8	0	0	0	0	2	8.7	1	4.3
IV-Rente	9	16.1	12	21.4	5	15.2	8	24.2	4	17.4	4	17.4
Soziale Unterstützung (Hilfswerke, Fürsorge)	23	41.1	29	51.8	13	39.4	16	48.5	10	43.5	13	56.5
Illegale Einkünfte im Zusammenhang mit Drogen (Dealen)	2	3.6	1	1.8	2	6.1	0	0	0	0	1	4.3
Mischeln, Vermitteln	1	1.8	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0
Andere Quellen	3	5.4	2	3.6	2	6.1	2	6.1	1	4.3	0	0
Keine Angaben	7	12.5	0	0	4	12.1	0	0	3	13	0	0
Total	56	100	56	100	33	100	33	100	23	100	23	100

Tabelle 28

6.2.3.7. Beikonsum

Der Beikonsum von Alkohol, Benzodiazepinen und Kokain stellt ein ernsthaftes Problem bei einer Mehrheit der HeGeBe Patienten dar. Die hohe Prävalenz des Beikonsums dieser Substanzen wurde bereits früher festgestellt (vgl. Uchtenhagen et al. 1997, S. 70f.). Anhaltender Beikonsum ist ein Prädiktor für einen ungünstigen Therapieverlauf bei Substitutionsbehandlungen (vgl. Ward et al. 1998, S. 75ff.). Die in diesem Unterkapitel analysierten Daten beziehen sich auf die drei genannten Hauptproblemsubstanzen und auf den für den illegalen Drogenkonsum ausgegebenen Geldbetrag. Bei Letzterem ist zu berücksichtigen, dass sich die zu Beginn der Behandlung angegebenen Beträge auch auf die Beschaffung von illegalem Heroin vor Eintritt in die HeGeBe beziehen. Der illegale Konsum von Heroin von HeGeBe-Patienten spielt insgesamt eine marginale Rolle (vgl. Uchtenhagen et al. 1997, S. 69f.; Rehm et al. 2001, S. 1419) und ist allenfalls im Zusammenhang mit dem Konsum sogenannter „Cocktails“, einer Mischung aus Heroin und Kokain, erwähnenswert. In den Befragungsbogen, die vor Januar 2001 in

den HeGeBe zur Anwendung kamen, wurde die Frage nach dem Beikonsum auf einen anderen Zeitraum bezogen (sechs Monate statt dreissig Tage vor dem Interview). Deshalb sind die Befunde mit den hier vorliegenden Ergebnissen nicht direkt vergleichbar. Die Ausgaben für den Drogenkonsum wurden bisher noch in keiner anderen Publikation ausgewertet, weshalb hier eine Gegenüberstellung nicht sinnvoll wäre.

6.2.3.7.1. Alkohol

Alkohol und Heroin können zusammen potenziert atemdepressiv wirken (vgl. BAG 2000c, Kap. 1, S. 54) weshalb die Reduktion der Alkoholprobleme von HeGeBe-Patienten nicht nur deren langfristige Prognose verbessert, sondern unmittelbare Lebensgefährdungen abzuwenden hilft. Die Anzahl Patienten ohne Alkoholkonsum nimmt während des ersten Behandlungsjahres sowohl beim Gesamtkollektiv (vgl. Tabelle 29) wie bei den beiden Teilgruppen (vgl. Tabelle 30) zu. Auch der Anteil an Patienten mit täglichem oder fast täglichem Konsum (21-30 Tage) nimmt leicht zu, was aber nicht die Teilgruppe der Teilnehmenden gilt. Der Unterschied zwischen Teilnehmenden und nicht Teilnehmenden ist nirgends signifikant. Bei den übrigen Merkmalsausprägungen ist wenig Bewegung festzustellen.

Tage mit Alkoholkonsum innerhalb der letzten 30 Tage nach Anzahl Patienten	Neueintritte 1.-6. 01 mit absolviertem 1. Beh.jahr N=74 md=14				
	T0		T365		Veränderung T0/T365
	Zahl	%	Zahl	%	%
Kein Konsum	15	25	23	38.3	13.3
1-10 Tage	15	25	13	21.7	-3.3
11-20 Tage	7	11.7	7	11.7	0
21-30 Tage	9	15	12	20	5
Keine Angaben	14	23.3	5	8.3	-15
Total	60	100	60	100	-

Tabelle 29

Tage mit Alkoholkonsum innerhalb der letzten 30 Tage nach Anzahl Patienten	Teilnehmende N=41 md=6					Nicht Teilnehmende N=33 Md=8				
	T0		T365		Veränderung T0/T365	T0		T365		Veränderung T0/T365
	Zahl	%	Zahl	%		%	Zahl	%	Zahl	
Kein Konsum	11	31.4	14	40	8.6	4	16	9	36	20
1-10 Tage	7	20	7	20	0	8	32	6	24	-6
11-20 Tage	5	14.3	5	14.3	0	2	8	2	8	0
21-30 Tage	5	14.3	5	14.3	0	4	16	7	28	12
Keine Angaben	7	20	4	11.4	-8.6	7	28	1	4	-24
Total	35	100	35	100	-	25	100	25	100	-

Tabelle 30

6.2.3.7.2. Alkohol bis zur Trunkenheit

Eine Frage im medizinischen Eintritts- und Verlaufsbogen ermittelt die Anzahl Tage mit Alkoholkonsum bis zur Trunkenheit innerhalb der letzten dreissig Tage. Während die Frage nach dem Alkoholkonsum im Allgemeinen dazu geeignet ist, den Anteil des Gelegenheits- und Gewohnheitstrinkens zu eruieren, wird hier die Prävalenz des Rauschtrinkens eruiert. Die Anzahl Patienten, die angeben, während des vergangenen Monats nie Alkohol bis zur Trunkenheit konsumiert zu haben, nimmt von T0-T365 allgemein zu (vgl. Tabelle 31). Die Zunahme ist bei den nicht Teilnehmenden mit 32% markanter als bei den Teilnehmenden mit 11.5% (vgl. Tabelle 32). Der Unterschied zwischen den Untergruppen beträgt 19.5% und ist somit von Bedeutung. Ausserdem ist eine leichte Zunahme der Rauschtrinker von 1-10 Tagen zu verzeichnen, was bei den vorliegenden Patientenzahlen mit dieser Merkmalsausprägung allerdings nicht überinterpretiert werden sollte.

Tage mit Alkoholkonsum bis zur Trunkenheit innerhalb der letzten 30 Tage nach Anzahl Patienten	Neueintritte 1.-6. 01 mit absolviertem 1. Behandlungsjahr N=74 md=14				
	T0		T365		Veränderung T0/T365
	Zahl	%	Zahl	%	%
0	29	48.3	41	68.3	20
1-10 Tage	3	5	8	13.3	8.3
11-20 Tage	1	1.7	0	0	-1.7
21-30 Tage	0	0	0	0	0
Keine Angaben	27	45	11	18.3	-26.7
Total	60	100	60	100	-

Tabelle 31

Tage mit Alkoholkonsum bis zur Trunkenheit innerhalb der letzten 30 Tage nach Anzahl Patienten	Teilnehmende N=41 md=6					Nicht Teilnehmende N=33 Md=8				
	T0		T365		Veränderung T0/T365	T0		T365		Veränderung T0/T365
	Zahl	%	Zahl	%	%	Zahl	%	Zahl	%	%
0	18	51.4	22	62.9	11.5	11	44	19	76	32
1-10 Tage	2	5.7	5	14.3	8.6	1	4	3	12	8
11-20 Tage	1	2.9	0	0	-2.9	0	0	0	0	0
21-30 Tage	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Keine Angaben	14	40	8	22.9	-17.1	13	52	3	12	-40
Total	35	100	35	100	-	25	100	25	100	-

Tabelle 32

6.2.3.7.3. Benzodiazepine

Auch Benzodiazepine können – wie Alkohol – zusammen mit Heroin potenziert atemdepressiv wirken (vgl. op. cit., Kap. 1, S. 54). Patienten, die Benzodiazepine missbrauchen, neigen teilweise zu gewalttätigen oder selbstschädigenden Affekthandlungen. Die Prognose wird bei diesen Patienten – auch wegen der Beeinträchtigung der Kommunikationsfähigkeit durch Benzodiazepine – insgesamt verschlechtert.

Unter der unten ausgewerteten Rubrik wurden die Patienten lediglich nach ihrem illegalen Konsum befragt. Verschriebene Benzodiazepine wurden unter den Fragen zur Medikation erfasst. Die Anzahl Patienten ohne illegalen Benzodiazepinkonsum nimmt bei den Teilnehmenden um 11.8 % und bei den nicht Teilnehmenden um 20% zu (vgl. Tabelle 34). Bei den Konsumhäufigkeiten sind nur leichte Veränderungen festzustellen.

Tage mit Benzodiazepinkonsum innerhalb der letzten 30 Tage nach Anzahl Patienten	Neueintritte 1.-6. 01 mit absolviertem 1. Behandlungsjahr N=74 md=14				
	T0		T365		Veränderung T0/T365
	Zahl	%	Zahl	%	
0	23	38.3	32	53.3	15
1-10 Tage	10	16.7	7	11.7	-5
11-20 Tage	3	5	0	0	-5
21-30 Tage	11	18.3	13	21.7	3.4
Keine Angaben	13	21.7	8	13.3	-8.4
Total	60	100	60	100	-

Tabelle 33

Tage mit Benzodiazepinkonsum innerhalb der letzten 30 Tage nach Anzahl Patienten	Teilnehmende N=41 md=6					Nicht Teilnehmende N=33 Md=8				
	T0		T365		Veränderung T0/T365	T0		T365		Veränderung T0/T365
	Zahl	%	Zahl	%	%	Zahl	%	Zahl	%	%
0	13	37.1	17	48.9	11.8	10	40	15	60	20
1-10 Tage	6	17.1	4	11.4	-5.7	4	16	3	12	-4
11-20 Tage	2	5.7	0	0	-5.7	1	4	0	0	-4
21-30 Tage	7	20	6	17.1	-2.9	4	16	7	28	12
Keine Angaben	7	20	8	22.9	2.9	6	24	0	0	-24
Total	35	100	35	100	-	25	100	25	100	-

Tabelle 34

6.2.3.7.4. Kokain

Beim Kokainkonsum während den letzten 30 Tagen sind vom Behandlungsbeginn bis zum Zeitpunkt der Vollendung des ersten Behandlungsjahres bedeutende Veränderungen festzustellen. Die Häufigkeit des Konsums nimmt deutlich ab. Der Anteil an Patienten mit täglichem oder fast täglichem Konsum nimmt beim Gesamtkollektiv um 13.3 von 15 auf 1.7 Prozent ab (Tabelle 35). Auch der Anteil von gelegentlich Konsumierenden geht zurück. Der Anteil an Personen ohne Konsum steigt beim Gesamtkollektiv um 18.3 Prozent von 31.7 auf 50 Prozent, bei den Teilnehmenden um 17.2 Prozent von 31.4 auf 48.6 Prozent, bei den nicht Teilnehmenden um 20 Prozent von 32 auf 52 Prozent (vgl. Tabelle 36). Die Unterschiede zwischen den beiden Teilgruppen liegen allesamt unter der 15-Prozentmarke.

Heroin hat eine vollkommen andere Wirkung als Kokain. Wohl nur ein kleiner Teil dieser Abnahme kann deshalb dadurch erklärt werden, dass eine vollständige Heroinsubstitution das Verlangen nach Kokain dämpfen würde. Der Hauptgrund für diesen Befund ist demzufolge anderswo zu suchen. Im weiteren Verlauf dieser Studie wird sich zeigen, ob nicht-pharmakologische Behandlungsteile von HeGeBe einen Einfluss auf den Kokainkonsum auszuüben im Stande sind.

Tage mit Kokainkonsum innerhalb der letzten 30 Tage nach Anzahl Patienten	Neueintritte 1.-6. 01 mit absolviertem 1. Behandlungsjahr N=74 md=14				
	T0		T365		Veränderung T0/T365
	Zahl	%	Zahl	%	%
0	19	31.7	30	50	18.3
1-10 Tage	17	28.3	17	28.3	0
11-20 Tage	5	8.3	1	1.7	-6.6
21-30 Tage	9	15	1	1.7	-13.3
Keine Angaben	10	16.7	11	18.3	1.6
Total	60	100	60	100	-

Tabelle 35

Tage mit Kokainkonsum innerhalb der letzten 30 Tage nach Anzahl Patienten	Teilnehmende N=41 md=6					Nicht Teilnehmende N=33 Md=8				
	T0		T365		Veränderung T0/T365	T0		T365		Veränderung T0/T365
	Zahl	%	Zahl	%	%	Zahl	%	Zahl	%	%
0	11	31.4	17	48.6	17.2	8	32	13	52	20
1-10 Tage	9	25.7	8	22.9	-2.8	8	32	9	36	4
11-20 Tage	3	8.6	0	0	-8.6	2	8	1	4	-4
21-30 Tage	4	11.4	0	0	-11.4	5	20	1	4	-16
Keine Angaben	8	22.9	10	28.6	5.7	2	8	1	4	-4
Total	35	100	35	100	-	25	100	25	100	-

Tabelle 36

6.2.3.7.5. Ausgaben für Drogenkonsum

Die Abnahme zwischen T0 und T365 ist hier markant, sowohl in Bezug auf die Anzahl Personen, die angeben, Geld für Drogen ausgegeben zu haben als auch in Bezug auf den Geldbetrag pro Patient (vgl. Tabelle 37). Der grosse Unterschied zwischen Teilnehmenden und nicht Teilnehmenden rührt hier übrigens vor allem von einem einzigen statistischen Ausreisser her: Ein Patient eines nicht teilnehmenden Behandlungszentrums gab bei Behandlungsbeginn an, im letzten Monat Fr. 6'000.—für den Drogenkonsum ausgegeben zu haben und bei T365 Fr. 20'000.--, was als absoluter Ausnahmefall bezeichnet werden muss. Dieser Patient gibt sowohl bei der Eintrittsbefragung als auch im Verlauf einen sehr hohen Kokainbeikonsum an (zwischen 25 und 30 Tagen pro Monat). Wiederholt man die Rechnung für die nicht Teilnehmenden ohne diesen statistischen Ausreisser ergeben sich für T0 1598.—(SD=1'501.--) und für T365 407.—(SD=545.--). Die Veränderung von T0 zu T365 entspricht dann mit Fr. -1094.—annähernd derjenigen der Teilnehmenden.

Ausgaben für Drogenkonsum in den letzten 30 Tagen in sFR.	Neueintritte 1.-6. 01 mit absolviertem 1. Beh.jahr N=74 md=18	Teilnehmende N=41 md=8	Nicht Teilnehmende N=33 md=10
Anzahl Patienten mit Werten < 0	49	30	19
Mittelwert T0 (SD)	1'498.— (1'491.--)	1'287.— (1'268.--)	1'831.— (1'774.--)
Anzahl Patienten mit Werten < 0	32	19	13
Mittelwert T365 (SD)	863.— (3511.--)	143.— (109.--)	1'913.— (5'459.--)
Veränderung T0-T365	-635.--	-1'144.--	82.--

Tabelle 37

6.2.3.8. Partnerschaft und soziale Kontakte

Im Kapitel 6.2.1.3. wurde dargelegt, dass HeGeBe-Patienten im Vergleich zur Gesamtbevölkerung dreimal häufiger unverheiratet sind. Zwar fehlen Vergleichswerte für die partnerschaftliche Situation in der schweizerischen Normalbevölkerung. Der hohe Anteil von über 57 Prozent Alleinstehenden bei Eintritt muss aber als bemerkenswert gelten (vgl. Tabelle 38). Dieser Anteil nimmt im Laufe der Behandlung noch leicht auf 64.3. Prozent zu. Insgesamt sind zwischen den beiden Teilgruppen keine bedeutenden Unterschiede auszumachen. Bezüglich dieses Merkmals scheint die HeGeBe-Population

seit den Anfängen von PROVE konsistent zu sein. Der Anteil an Patienten mit fester Partnerschaft (getrennt oder zusammenlebend) betrug bei den Eintritten zwischen Januar 1994 und März 1995 47 Prozent (N=132) (vgl. Güttinger et al. 2002, S. 374). Bei der vorliegenden Studie beträgt er 42.9 Prozent. Nach 6 Jahren in Behandlung war der entsprechende Anteil auf 37.1 Prozent gesunken (vgl. *ibid.*). Gemäss der unten aufgeführten Tabelle lag er nach einem Jahr in Behandlung bei 35.7 Prozent. Güttinger et al. (*ibid.*) haben parallel zu den während sechs Jahren in HeGeBe verbliebenen Patienten ein Kollektiv von 112 ausgetretenen ehemaligen HeGeBe-Patienten katamnestisch untersucht. Bei diesen betrug der Anteil mit fester Partnerschaft bei Eintritt 42.3 Prozent. Nach 6 Jahren (ausserhalb von HeGeBe) war er auf 50.5 Prozent leicht gestiegen. Es kann also festgestellt werden, dass sich während der HeGeBe die partnerschaftliche Situation tendenziell eher in die Richtung von mehr Einzelgängertum verändert. Dies ist nicht weiter verwunderlich. Partnerschaften zwischen Drogenabhängigen sind häufig eng an den Alltag von Drogenbeschaffung und -konsum gebunden. Mit einer Neuausrichtung, wie sie eine ernsthafte Teilnahme an HeGeBe mit sich bringt, werden die Prioritäten im Lebensgefüge verschoben, was zum Zerbrechen bestehender Partnerschaften führen kann.

Feste Partnerschaft	Neueintritte 1.-6. 01 mit absolviertem 1. Beh.jahr N=74 md=18				Teilnehmende N=41 md=8				Nicht Teilnehmende N=33 md=10			
	T0		T365		T0		T365		T0		T365	
	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%
Ja, zusammenlebend	16	28.6	15	26.8	10	30.3	9	27.3	6	26.1	6	26.1
Ja, nicht zusammenlebend	8	14.3	5	8.9	2	6.1	2	6.1	6	26.1	3	13
Nein	32	57.1	36	64.3	21	63.6	22	66.7	11	47.8	14	60.9
Keine Angaben	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	56	100	56	100	33	100	33	100	23	100	23	100

Tabelle 38

Auch die Anzahl Freunde verringert sich leicht im Laufe der Behandlung (vgl. Tabelle 39). Dies könnte mit der von Uchtenhagen et al. (1997, S. 77) festgestellten Abnahme von Kontakten zu Drogenabhängigen im Verlauf der Behandlung zusammenhängen. Vollständige Abwesenheit von Freunden/-innen wird aber im Verlauf vom Gesamtkollektiv nicht häufiger angegeben als zu Behandlungsbeginn. Auch hier sind - wie bei der Frage nach der Partnerschaft - die Bewegungen zwischen T0 und T365 minim. Die Unterschiede zwischen den Teilgruppen liegen unterhalb der interpretierbaren Marke.

Anzahl guter, sehr nahestehender Freunde/innen, mit denen der Patient gegenseitig persönliche Dinge austauschen kann.	Neueintritte 1.-6. 01 mit absolviertem 1. Beh.jahr N=74 md=18				Teilnehmende N=41 md=8				Nicht Teilnehmende N=33 md=10			
	T0		T365		T0		T365		T0		T365	
	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%
Keine	11	19.6	10	17.9	6	18.2	7	21.2	5	21.7	3	13
1	9	16.1	9	16.1	5	15.2	6	18.2	4	17.4	3	13
2-3	23	41.1	30	53.6	14	42.4	15	45.5	9	39.1	15	65.2
4-5	9	16.1	5	8.9	5	15.2	3	9.1	4	17.4	2	8.7
6-9	3	5.4	1	8.9	2	6.1	1	3	1	4.3	0	0
Mehr als 10	1	1.8	1	1.8	1	3	1	3	0	0	0	0
Keine Angaben	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	56	100	56	100	33	100	33	100	23	100	23	100

Tabelle 39

6.2.3.9. Zusammenfassung

Die Haltequote nach einem Jahr entspricht derjenigen von früheren Untersuchungen an der HeGeBe-Population. Die Verteilung der Austrittsgründe nach einem Jahr weist keinerlei nennenswerte Besonderheiten auf. Der in früheren Untersuchungen gemessene überproportional hohe Anteil an Austritten während den ersten drei Behandlungsmonaten kann für die vorliegende Population nicht mehr bestätigt werden, was als Indikator dafür zu werten ist, dass das Ziel der dauerhaften therapeutischen Einbindung zur Zeit in grösserem Umfang erreicht wird.

Der überwiegende Teil der Patienten ist mit dem Angebot der Behandlungsstelle und dem Erreichten sehr zufrieden oder ziemlich zufrieden.

Die Diagnostizierung psychischer Krankheiten nach ICD-10 kann aus diagnostischen Gründen nicht ausgewertet werden. Die Entwicklung der psychischen Belastung nach SCL-90-R weist auf einen belastungsmindernden Effekt der HeGeBe hin. Die Belastung der HeGeBe-Population zu Behandlungsbeginn liegt aber auch nach der Verbesserung im ersten Behandlungsjahr deutlich über dem Wert der Normalbevölkerung.

Die Veränderungen beim Body-Mass-Index sind minim. Weder Über- noch Untergewicht sind bei der HeGeBe-Population überproportional vertreten, was darauf hindeutet, dass der Typus des unter den Bedingungen der Drogenbeschaffung auf dem Schwarzmarkt ausgemergelten Drogenabhängigen auf die Eintrittspopulation 2001 in HeGeBe nicht mehr zutrifft.

Der HIV- und der Hepatitis-Status kann für diese Population aufgrund des hohen Anteils an fehlenden Werten nicht gesichert ermittelt und interpretiert werden.

Der Anteil von Patienten mit Hautinfektionen zu Behandlungsbeginn ist minim und er geht im Laufe der Behandlung praktisch auf Null zurück.

Bei der Arbeits- und Beschäftigungssituation sind wesentliche Verbesserungen für einen bedeutenden Anteil der Patienten auszumachen, was sich allerdings nicht in einer grösseren finanziellen Selbständigkeit niederschlägt. Bei den Finanzen ist viel mehr eine Zunahme von Personen mit IV-Renten und Sozialhilfe als Haupteinnahmequellen festzustellen.

Bei einem Viertel der Patienten wird die Wohnsituation zu Behandlungsbeginn als instabil bezeichnet. Dieser Anteil sinkt nach Beendigung des ersten Behandlungsjahres auf unter 10 Prozent.

Die Ausgaben für den Drogenkonsum nehmen von T0 zu T365 markant ab. Der Anteil derjenigen Patienten, die nach einem Jahr in Behandlung keinen Beikonsum angeben, ist für Alkohol 13 Prozent, für Benzodiazepine 15 Prozent und für Kokain 20 Prozent höher als zu Behandlungsbeginn. Bezüglich der anderen Konsumhäufigkeiten ist beim Kokain ein Rückgang derjenigen Patienten, die im letzten Monat an täglich oder fast täglich Kokain konsumiert haben, zu verzeichnen.

Bei den Angaben zur Partnerschaft und zu den sozialen Kontakten ist wenig Veränderung im Laufe des untersuchten Behandlungszeitraums festzustellen.

Die obigen Feststellungen gelten gleichermassen für die an der Wirkungsanalyse Teilnehmenden wie für die nicht Teilnehmenden. Erwähnenswerte Unterschiede sind lediglich bezüglich der psychischen Belastung, die bei den nicht Teilnehmenden etwas höher ist, sowie bezüglich dreier weiterer Parameter festzustellen. 24.4% mehr Teilnehmende sind mit dem während des ersten Behandlungsjahres Erreichten „sehr zufrieden“. Die Beschäftigungssituation verbessert sich bei den Teilnehmenden markanter. Demgegenüber nimmt bei den nicht Teilnehmenden der Anteil der Patienten, die nach einem Jahr

in Behandlung auf Alkoholkonsum bis zur Trunkenheit gänzlich verzichten, um 17.7% mehr zu als bei den Teilnehmenden.

Obschon sich diese Unterschiede über der festgelegten 15 Prozentmarke befinden, ist bei einer Interpretation derselben äusserste Vorsicht geboten. Die allgemeine Tendenz zeigt ein Bild, dass bei den beiden Teilmengen keine gegenläufigen Trends aufweist. Die genannten Sachverhalte können in diesem Zusammenhang eher als Ausnahme vom allgemeinen Trend denn als Hinweis auf grundsätzliche Unterschiede gesehen werden.

6.2.4. Eignung der Variablen als Wirkungsindikatoren

Das Behandlungsergebnis wird verstanden als der Grad, zu dem die Behandlungsziele erreicht worden sind. Im vorangegangenen Unterkapitel wurden die Resultate für diejenigen Variablen, die die Erreichung der Behandlungsziele messen, dargestellt. Sichere Messgrößen für die Wirkung der Behandlung sind Variablen, bei denen

- Angaben sowohl für T0 als auch für T365 vorhanden sind
- Intervallskalierung gegeben ist
- zwischen T0 und T365 insgesamt eine bedeutende Veränderung festzustellen ist.

Um unter den gegebenen Fallzahlen möglichst gesicherte Ergebnisse in der Wirkungsanalyse zu erhalten, sollen nur Variablen untersucht werden, bei denen alle drei Kriterien zutreffen. Im Folgenden wird die Eignung der Variablen als Indikatoren für die Wirkungsanalyse eruiert und diskutiert.

6.2.4.1. Haltequote

Es ist bei dieser punktuellen Größe keine Angabe für T0 und T365 möglich, weshalb die Verwendung im Rahmen dieser Untersuchung nicht möglich ist.

6.2.4.2. Zufriedenheit mit der Behandlung

Hier sind keine Angaben zu T0 vorhanden. Die Patienten werden zur Zufriedenheit das erste Mal nach Ablauf des ersten Behandlungsjahres befragt. Daraus folgt, dass diese Variable im Rahmen einer Panel-Studie nicht zu verwenden ist.

6.2.4.3. Psychische Gesundheit

Der Parameter „Gesicherte Psychiatrische Diagnosen“ ist nicht intervallskaliert. Es handelt sich um Nominaldaten. Ausserdem widerspiegelt der Unterschied zwischen den Werten bei T0 und T365 eher Um- und Vorsicht bei der Diagnosenstellung zu Behandlungsbeginn als die reale Entwicklung der psychischen Gesundheit.

Demzufolge ist dieser Parameter als Indikator für das Erreichen des Behandlungsziels „Verbesserung des Gesundheitszustandes“ nicht geeignet.

Statt dessen können die Daten aus dem SCL-90-R Fragebogen zu Rate gezogen werden. Der GSI (Global Severity Index) erfüllt alle drei der oben erwähnten Kriterien.

6.2.4.4. Körperliche Gesundheit

Obschon der *Body-Mass Index* intervallskaliert ist, muss seine Eignung angesichts der Verteilung der Daten im untersuchten Patientenkollektiv in Frage gestellt werden. Veränderungen innerhalb der Bandbreite zwischen BMI 20 und 25 können und sollen nicht interpretiert werden, weil sie ja in dieser Bandbreite allesamt im gewünschten Bereich liegen. Die Fallzahlen, bei denen eine Veränderung ausserhalb dieses Normalgewichtsbereichs zu konstatieren ist, sind derart gering, dass von einer statistischen Interpretation in Zusammenhang mit den Behandlungsdienstleistungen abzusehen ist.

Die Anzahl Patienten ohne Angaben zum *HIV-Status* ist recht hoch. Ausserdem ist diese Variable nominal und es gibt puncto HIV-Status wenig Veränderung nach Ablauf des ersten Behandlungsjahres. Aus diesen Gründen kann die HIV-Rate zur Beurteilung des Behandlungsergebnisses nicht berücksichtigt werden kann.

Dasselbe gilt auch für den *Hepatitis-Status (A, B und C)*. Auf eine statistische Auswertung dieses Parameters als Indikator für das Erreichen von Behandlungsziel zwei muss also ebenfalls verzichtet werden.

Abszesse und oberflächliche Infektionen der Haut: Auch diese Angaben sind nominal. Die Fallzahlen mit diesen Merkmalsausprägungen sind ausserdem derart klein, dass eine statistische Auswertung der Entwicklung nicht möglich ist. Beides bewirkt, dass eine Verwendung als Outcome-Indikator ausgeschlossen werden muss.

6.2.4.5. Arbeit und Wohnen

Die *Arbeitssituation* wird mit nominalen Nennungen erfasst, weshalb die Verwendung hier ausgeschlossen werden muss.

Bei der *Wohnsituation*, die ebenfalls nominal erfasst wird, gibt es zusätzlich wenig Veränderung im Verlauf. Laut der Beurteilung der Betreuungspersonen ist die Zahl Patienten mit gefährdeter oder unzulänglicher Wohnsituation im ersten Behandlungsjahr von 8 auf 3 zurückgegangen. Diese Fallzahlen sind derart klein, dass sich eine statistische Analyse in Zusammenhang mit den Behandlungsdienstleistungen schon deshalb verbietet.

6.2.4.6. Finanzen

Zur Messung der Veränderung bei der finanziellen Situation stehen bei der vorliegenden Datenlage keine intervallskalierten Variablen zur Verfügung (mit Ausnahme der Ausgaben für den Drogenkonsum, vgl., unten: 6.3.4.7. Beikonsum). Ausserdem ist bei den Haupteinnahmequellen im Laufe des ersten Behandlungsjahres wenig Veränderung festzustellen: Eine Person zusätzlich (aus 33) gibt nach einem Jahr den Arbeitslohn als Haupteinnahmequelle an, das Haupteinkommen aus illegalen Einkünften ist gänzlich verschwunden (-3 Personen), dafür leben nach einem Jahr je drei Personen mehr hauptsächlich von der Sozialhilfe und von einer Invalidenrente (vgl. Tabelle Nr. 28 , Kap. 2.3.6.). Bei der vorliegenden Datenlage erscheint es unmöglich, eventuelle Zusammenhänge zwischen der Veränderung der finanziellen Situation und der Intensität der Behandlung und Betreuung zu ermitteln.

6.2.4.7. Beikonsum

Obschon die Angaben zum Beikonsum intervallskaliert sind (Anzahl Tag während den letzten 30 Tagen oder ausgegebene Franken während den letzten 30 Tagen), gibt es bei einigen dieser Parameter andere, für die Wirkungsanalyse entscheidende, Auswertungsprobleme.

Bei der Anzahl Tage, an denen während den letzten 30 Tagen *Alkohol* konsumiert wurde, ist zwischen T0 und T365 wenig Bewegung festzustellen, weshalb auch hier die Eignung als Wirkungsindikator nicht gegeben ist.

Der hohe Anteil an fehlenden Angaben in der Baseline, die kleine Anzahl von Patienten mit einer Merkmalsausprägung grösser als null sowie die geringe Veränderung zwischen T0 und T365 machen den Parameter „*Alkohol bis zur Trunkenheit*“ ebenfalls zu einem ungeeigneten Outcome-Indikator.

Auch bei der Anzahl Tage, an denen während den letzten 30 Tagen *Benzodiazepine* konsumiert wurden, sind die Veränderungen zwischen T0 und T365 sowohl bei der Anzahl Patienten als auch bei der Anzahl Tagen mit Konsum derart gering, dass sich eine Verwendung als Outcome-Indikator verbietet. Zusätzlich ist puncto *Benzodiazepine* anzumerken, dass gewisse Behandlungszentren diese ebenfalls zu Substitutionszwecken verschreiben. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass diese verschriebenen Medikamente hier vereinzelt fälschlicherweise auch angegeben wurden.

Beim *Kokainkonsum* während den letzten 30 Tagen sind von T0 zu T365 bedeutende Veränderungen festzustellen. Die Abstinenzrate nimmt zu und die Anzahl Tage mit Konsum nimmt stark ab. Die Intervallskalierung ist gegeben. All diese Eigenschaften machen den *Kokainkonsum* (genauer seine Veränderung zwischen T0 und T365) zu einem geeigneten Indikator im Rahmen dieser Studie.

Insgesamt ist beim Parameter „*Ausgaben für den Drogenkonsum*“ viel Bewegung festzustellen und es gibt unterschiedliche Merkmalsausprägungen bei einem grossen Teil der Patienten, was ihn zu einem geeigneten Outcome-Indikator macht.

Die Daten zum *Beikonsum* beruhen allesamt auf Selbstangaben der Patienten, was in diesem sensiblen Bereich die Frage der Validität aufwirft. Eine neue Untersuchung zu diesem Thema kommt zum Schluss, dass die Angaben von Drogenabhängigen in He-GeBe bezüglich ihres Konsums bei Alkohol und *Benzodiazepinen* zu 80% und bei *Kokain* zu 90% mit den Befunden von Urinproben übereinstimmen. (vgl. Rey-Riek et al. in press). Die Autoren folgern, dass die Validität der Selbstangaben deshalb durchaus für die Benutzung als Indikatoren für den *Beikonsum* ausreicht.

6.2.4.8. Partnerschaft und soziale Kontakte

Bei allen drei Variablen, die die Entwicklung im Bereich Partnerschaft und soziale Kontakte messen, ist zu wenig Veränderung im Behandlungsverlauf auszumachen, als dass die Verwendung als Wirkungsindikator möglich wäre.

6.2.4.9. Zusammenfassung

Aufgrund der obigen Ausführungen wird festgehalten, dass im Rahmen dieser Studie die Verwendung von drei Variablen zur Messung der Wirkung und ihres eventuellen Zusammenhangs mit der Intensität der Behandlungsdienstleistungen möglich ist.

Es handelt sich um die

- Veränderung des Global Severity Indexes (GSI) nach der Symptom Check List (SCL-90-R) zur Erfassung der allgemeinen psychischen Belastung
- Die Veränderung der Anzahl Tage mit Kokainkonsum während letzten 30 Tagen sowie die
- Veränderung der Ausgaben für Drogen innerhalb der letzten 30 Tage.

Im nachfolgenden Kapitel werden die statistischen Zusammenhänge zwischen diesen drei Indikatoren und der Intensität der HeGeBe-internen Behandlungsdienstleistungen im psychosozialen und ärztlichen Bereich untersucht.

6.2.5. Ergebnisse Kovarianzanalyse

Wie unter 6.2.4. ausgeführt, sind aufgrund von Fallzahlen und Verteilung der Werte sowie unter Berücksichtigung der Veränderungen zwischen T0 und T365 die drei Variablen *Global Severity Index (GSI)*, *Kokainkonsum während den letzten dreissig Tagen* und *Ausgaben für den Drogenkonsum während den letzten 30 Tagen* für Indikatoren für eine Wirkungsanalyse im Rahmen dieser Studie geeignet. Statistisch soll untersucht werden, ob ein eventueller Zusammenhang zwischen diesen und der Intensität der erbrachten HeGeBe-internen Behandlungs- und Betreuungsdienstleistungen auszumachen ist. Zu diesem Zweck wurden die Werte für die PSB und für die somatischen sowie die psychiatrischen Konsultationen in Tertile unterteilt.

Um möglichst verlässliche Resultate zu erhalten, sollte ausgeschlossen werden, dass ein eventuell konfundierender Einfluss der Opiatdosierung unentdeckt bliebe. Zu diesem Zweck wurden auch die mittleren Opiatdosierungen in Tertile unterteilt und derselben Analyse wie die drei genannten Outcome-Variablen unterzogen.

Die statistische Auswertung besteht in einer Kovarianzanalyse. Die Wirkungsindikatoren sind dabei die abhängigen Variablen. Die in Tertile angegebenen Intensitäten der Behandlungs- und Betreuungsdienstleistungen sind als feste Faktoren gesetzt. Der Ausgangswert der Kontrollvariablen bei T0 wurde als Kontrollvariable (Kovariate) berücksichtigt.

Diese Anlage ergibt eine Matrix, in der die drei häufigsten Behandlungs- und Betreuungsdienstleistungen in HeGeBe auf ihren Zusammenhang mit der Entwicklung des Global Severity Index GSI, der Veränderung des Kokainkonsums sowie der Veränderung der Ausgaben für Drogen hin untersucht werden.

Die Anzahl Patienten pro Tertil ist in der nachfolgenden Beschreibung der Ergebnisse nicht immer konstant. Dies hängt damit zusammen, dass die Werte für die Wirkungsindikatoren nicht für alle Patienten, für die Behandlungs- und Betreuungsintensitäten vorhanden sind, angegeben wurden.

Als Grenzwert für ein noch signifikantes Resultat wurde ein p-Wert von 0.05 angenommen. Der vollständige Ausdruck der Resultate der Kovarianzanalyse befindet sich im Appendix II.

6.2.5.1. Psychosoziale Betreuung

Während zwischen der Intensität von PSB einerseits und der Veränderung des GSI und der Veränderung der Ausgaben für den Drogenkonsums andererseits kein signifikanter Zusammenhang festzustellen ist, ist eine eindeutige Beziehung zwischen der Intensität der PSB und der Veränderung des Kokainkonsums auszumachen (vgl. Tabelle 40).

Einfluss Intensität PSB auf Veränderung Kokainkonsum

Dreiteilung PSB in h	Veränderung Anzahl Tage mit Kokainkonsum (Mittelwert)	SD	N
5.75-10	-.3333	.57735	3
10.75-15.25	-2.2500	5.41822	8
15.5-30	-11.1000	13.70685	10
Total	-6.1905	10.87483	21

Tabelle 40

Die Anzahl Tage, während denen die Patienten innerhalb der letzten dreissig Tage Kokain konsumiert haben, hat für diejenigen, die innerhalb des ersten Behandlungsjahres zwischen 5.75 und 10 Stunden PSB beansprucht haben, um durchschnittlich 0.33 Tage abgenommen. Beim mittleren Tertil, das zwischen 10.75 und 15.25 Stunden PSB beansprucht hatte, betrug die Abnahme durchschnittlich 2.2 Tage und bei der am intensivsten psychosozial betreuten Gruppe (15.5 bis 30 Stunden) betrug dieser Wert 11.1 Tage. Das Ergebnis ist signifikant bei $p=0.024$.

Der ebenfalls durchgeführte Levene-Test zeigt mit $p=0.016$ zwar an, dass Varianzhomogenität zwischen den Gruppen nicht gegeben ist, was das signifikante Ergebnis auf den ersten Blick zu relativieren scheint. Andererseits ist hier zu berücksichtigen, dass die Varianz bei den gegebenen Fallzahlen ohnehin schwankt und dass die Kovarianzanalyse insgesamt gegenüber Varianzschwankungen recht robust ist.

6.2.5.2. Psychiatrische Konsultationen

Zwischen der Intensität der psychiatrischen Konsultationen und der Entwicklung von GSI bzw. Ausgaben für Drogen besteht kein signifikanter Zusammenhang. Hingegen ist

der Zusammenhang zwischen psychiatrischen Arztterminen und der Veränderung des Kokainkonsums signifikant (vgl. Tabelle 41).

Einfluss Intensität psychiatrische Konsultationen auf Veränderung Kokainkonsum

Dreiteilung psychiatrische Konsultationen in h	Veränderung Anzahl Tage mit Kokain- konsum (Mittelwert)	SD	N
1-2.25	-9.0000	16.39105	4
2.25-5	-1.4286	1.61835	7
5-16.25	-8.8750	13.57979	8
Total	-6.1579	11.45165	19

Tabelle 41

Auf den ersten Blick erscheint es paradox, dass diejenige Gruppe, die am wenigsten psychiatrische Konsultationen beanspruchte, den höchsten Rückgang puncto Kokainkonsum zu verzeichnen hat. Allerdings ergibt eine genauere Betrachtung der Patienten, die zu dieser Gruppe gehören, dass sie puncto Intensität der PSB zum oberen Teil des mittleren Tertils gehören (vgl. Tabelle 42).

Intensität PSB des unteren Tertils aus Tabelle 42

	Minimum	Maximum	Mittelwert	SD	N
PSB in h	10.75	15.5	12.75	2.11148	4

Tabelle 42

Sie wurden im Durchschnitt während insgesamt 12.75 Stunden psychosozial betreut. Unter der Berücksichtigung des unter Kapitel 6.2.5.1. eruierten Zusammenhangs zwischen der Intensität der PSB und dem Rückgang des Kokainkonsums kann hier ein Teil dieses Phänomens dem konfundierenden Effekt der PSB-Intensität zugeschrieben werden. Die Signifikanz ist mit $p=0.015$ gegeben.

6.2.5.3. Somatische Konsultationen

Einzig die Kovarianzanalyse des Zusammenhangs mit der Veränderung des Global Severity Index ergibt hier ein signifikantes Resultat ($p=0.048$) (vgl. Tabelle 43).

Einfluss Intensität somatische Konsultationen auf Veränderung GSI

Dreiteilung somatische Konsultationen in h	Veränderung GSI (Mittelwert)	SD	N
0.5-1.5	-.22982919	.588387112	8
1.5-4.25	-.32782564	.331687453	11
4.5-12.5	.21877689	.426556332	8
Total	-.13683335	.491439296	27

Tabelle 43

Das Resultat ist auch hier auf den ersten Blick paradox. Die grösste Abnahme des GSI verzeichnet das mittlere Tertil, eine immer noch überdurchschnittliche Abnahme weist das untere Tertil auf. Den Patienten im oberen Tertil geht es nach einem Behandlungsjahr mit einer Zunahme des GSI um 0.219 psychisch am schlechtesten!

Dieses Ergebnis aus sich selbst interpretieren zu wollen erscheint wenig sinnvoll, da die somatischen Konsultationen ja lediglich indirekt auf die psychische Verfassung einwirken. Die Annahme eines direkten kausalen Zusammenhangs zwischen der Gesamtzeit für die somatischen Konsultationen und der Zunahme des GSI ist nicht einsehbar.

Um dem Phänomen auf die Spur zu kommen kann man sich nochmals die Korrelation zwischen den Behandlungsdienstleistungen (vgl. Kapitel 6.2.2.4.) vor Augen halten. Es besteht eine ausgeprägte negative Korrelation zwischen somatischen Konsultationen einerseits, sowie PSB und psychiatrischen Konsultationen andererseits. Es handelt sich also bei den somatisch am intensivsten behandelten um die psychiatrisch und psychosozial tendenziell am wenigsten betreuten Patienten. Tatsächlich geben auch die Ergebnisse der Kovarianzanalyse für die Zusammenhänge zwischen dem GSI und den psychiatrischen Konsultationen die Tendenz wieder, dass eine höhere Intensität dieser Dienstleistung eine grössere Abnahme des GSI mit sich bringt. Zwar weist das Resultat nicht das geforderte Signifikanzniveau auf. Es liefert aber dennoch einen Hinweis auf einen möglichen konfundierenden Effekt.

6.2.5.4. Opiatdosierung

Die Analyse eines eventuellen Wirkungszusammenhangs zwischen den Outcome-Variablen und der Opiatdosierung erbrachte keine signifikanten Resultate. Dies bedeutet, dass die Opiatdosis als wirkungsrelevanter Parameter für die untersuchte HeGeBe-Population ausgeschlossen werden kann. Frühere Studien mit Methadonpatienten kamen zum Ergebnis, dass die Opiatdosis nur dann den Outcome (negativ) beeinflusst, wenn zu tief dosiert wird (vgl. Ward et al. 1998, S. 217ff.). Da bei HeGeBe keine therapeutisch ins Gewicht fallenden Beschränkungen der Opiatdosis bestehen, kann davon ausgegangen werden, dass die Patienten das Opiat in der jeweils individuell angepassten korrekten Dosierung und Darreichungsform erhalten.

6.2.5.5. Zusammenfassung

Die Kovarianzanalyse ergibt, dass ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Intensität der PSB und der Abnahme des Kokainkonsums besteht. Die übrigen Resultate befinden sich entweder unterhalb der Signifikanzgrenze oder weisen paradoxe, aus sich selbst nur schwer zu interpretierende Ergebnisse auf. Sowohl beim paradoxen Zusammenhang zwischen der Abnahme des Kokainkonsums und der Intensität der psychiatrischen Konsultationen wie bei der Entwicklung des GSI im Verhältnis zu den somatischen Konsultationen kann eine konfundierende Wirkung der PSB, welche die Paradoxie auflösen würde, nicht ausgeschlossen werden. Das Behandlungsergebnis wird durch die unterschiedlichen Opiatdosierungen im vorgefundenen Rahmen nicht beeinflusst.

6.2.6. Qualitative Vertiefung: Fallanalysen

6.2.6.1. Methodologische Triangulation

Durch die Kombination mit anderen Methoden, kann die Geltung statistisch gewonnener Resultate überprüft werden. Dieses Triangulation genannte Verfahren wurde zunächst als Strategie der Validierung der Ergebnisse, die mit einer bestimmten Methode gewonnen wurden, verwendet. In der Folge hat sich aber der Fokus zunehmend in Richtung der Anreicherung und Vervollständigung der Erkenntnisse im Sinne einer Überschreitung der jeweils immer begrenzten Erkenntnismöglichkeiten der Einzelmethoden verlagert (vgl. Flick 2002, S. 331).

Während bei den statistisch-quantitativen Verfahren die Geltung der Erkenntnisse mit statistischen Häufungen und Zusammenhängen begründet wird, geht es bei der qualitativen Sozialforschung um die Erfassung idealtypischer Verhaltensweisen oder Ansichten bei einzelnen Subjekten. Mit beiden Vorgehensweisen wird notgedrungen jeweils nur ein Teil der untersuchten Realität abgebildet. Während bei den statistischen Verfahren immer wieder und zu Recht auf die Problematik des Schlusses von der Korrelation zur Kausalität hingewiesen wird, muss sich die qualitative Sozialforschung den Vorwurf des Partikularismus und des Subjektivismus gefallen lassen. Allerdings können diese unterschiedlichen Annäherungsweisen an das Desiderat wissenschaftlich fundierter Wahrheit nicht nur Material für den – oftmals unfruchtbaren – Disput zwischen verschiedenen erkenntnistheoretischen Schulen liefern, sondern sie können, in einer synthetisierenden Art und Weise verwendet, zu einer Festigung der Resultate und zur Ausweitung der Erkenntnis beitragen.

In diesem Geiste wurden die im vorherigen Unterkapitel präsentierten statistischen Resultate im Zuge einer methodologischen Triangulation einer Prüfung unterzogen. Dazu wurden zwei problemzentrierte Intensivinterviews mit Patienten, die abweichende Werte aufwiesen, geführt. Dadurch konnte die Hypothese einer zweiten Verifizierung unterzogen und weiter gehende Erkenntnisse zu Prädiktoren für einen positiven Therapieverlauf gewonnen werden. Ausserdem wurden zusätzliche wirkungsaktive Elemente der HeGeBe identifiziert.

6.2.6.2. Vorgehen bei der Datengewinnung

Zur Vertiefung der Erkenntnisse und zur Überprüfung der Hypothese wurden zwei statistisch abweichende Fälle aus der Gruppe der 41 Teilnehmenden untersucht, und zwar

je ein Fall mit unterdurchschnittlichen Behandlungsergebnissen nach einem Jahr trotz überdurchschnittlich intensiver PSB (Fall 1) und mit unterdurchschnittlich häufiger PSB bei überdurchschnittlichem Behandlungserfolg (Fall 2).

Als Kriterien für die Auswahl der Fälle wurden definiert:

Fall 1

- Intensität der PSB im oberen Tertil (zwischen 15.5 und 30 Stunden im ersten Behandlungsjahr)
- Unterdurchschnittliche Werte bei mindestens zwei von drei Wirkungsindikatoren
- Keine überdurchschnittlichen Werte beim dritten Indikator

Fall 2

- Intensität der PSB im unteren Tertil (zwischen 5.75 und 10 Stunden im ersten Behandlungsjahr)
- Überdurchschnittliche Werte bei mindestens zwei von drei Wirkungsindikatoren
- Keine unterdurchschnittlichen Werte beim dritten Indikator

Diese Kriterien trafen auf je zwei Patienten zu. Bei Fall 1 war einer der beiden in Frage kommenden Patienten französischer Muttersprache, was die Datenerfassung und Auswertung zu erschweren drohte. Deshalb wurde hier der andere Patient ausgewählt. Einer der beiden Patienten, auf den Fall 2 zutrifft, hat die Behandlung in der Zwischenzeit abgebrochen und wäre für ein follow-up-Interview wohl nur unter zusätzlichen Komplikationen zu gewinnen gewesen, weshalb der sich noch in Behandlung befindliche Fall 2 für ein Interview angefragt wurde.

Mit beiden Patienten wurde ein leitfadengestütztes Intensivinterview geführt. Intensivinterviews finden im Rahmen ganz unterschiedlicher Forschungsdesigns Verwendung. Eine mögliche Anwendung ist die Interpretation und Verfeinerung statistischer Beziehungen, vor allem durch die Analyse seltener oder abweichender Fälle (vgl. Friedrichs 1980, S. 226). Die Interviews wurden problemzentriert geführt, d.h. die Fragen und angesprochene Themen orientierten sich am Gegenstand der statistischen Untersuchung (vgl. Flick 2002, S. 135). Veränderungen in Lebensgestaltung und Alltag in Zusammenhang mit HeGeBe und die persönliche Einschätzung der Situation vor und während der Behandlung wurden erfasst und interpretiert. Dieses Vorgehen hat gegenüber eher explorativ geführten leitfadengestützten Interviews den Nachteil, dass hier assoziative Ketten nicht in demselben Masse zu Ende geführt werden können. Der Vorteil besteht darin, dass durch Perseveranz bezüglich der Fragestellung unter Umständen präzisere Auskünfte zu bekommen sind.

Die Interviews wurden in den Räumlichkeiten des jeweiligen Behandlungszentrums geführt. Die Verantwortlichen des Zentrums holten das Einverständnis der Patienten ein, stellten für die Zeit des Interviews ein Besprechungszimmer zur Verfügung. Die Patienten erhielten für ihre Teilnahme eine Vergütung von Fr. 50.--. Die Gespräche wurden auf Tondbandkassette aufgezeichnet und unter Wahrung der für die Fragestellung erforderlichen Genauigkeit transkribiert. Nonverbale Äusserungen wurden in runde Klammern gesetzt, gleichzeitiges Sprechen von Interviewtem und Interviewer mit eckigen Klammern verdeutlicht. Bei Sprechpausen stehen je drei Punkte für drei Sekunden Schweigen (vgl. Appendix IV).

6.2.6.3. Kurzbeschreibung der Fälle

6.2.6.3.1. Fall 1: Patient Eugen S.²⁰

Das Bedeutungsvolle an HeGeBe: „... und dann das mit meinem Sozialarbeiter, also die Betreuung. Letztlich auch soziale Kontakte schon über längere Jahre“

Der dreiunddreissig Jahre alte Patient lebt von der Fürsorge und von sporadischer finanzieller Unterstützung durch die Eltern. Er wohnt allein und ist seit 9 Jahren HIV-positiv. Er hat in Zusammenhang mit dem Drogenkonsum und –weiterverkauf zur Finanzierung des Konsums eine kriminelle Vergangenheit und sass deshalb insgesamt fünf Jahre im Gefängnis. Seine Situation begann sich zu stabilisieren, als er vor einigen Jahren in eine betreute Wohngemeinschaft eintreten konnte. Er war damals in einem Methadonprogramm, hatte aber Beikonsum von Kokain und zuweilen auch Heroin. Auf Anraten der Mutter und als Folge einer Verschlechterung des Stoffs auf der Gasse entschloss er sich nach längerem Zögern zu einer Behandlung in HeGeBe, in die er nach einem kurzen AufnahmeprozEDURE ohne Wartezeit eintreten konnte. Er bezieht das Heroin in seiner intravenös verabreichten Form am Morgen und am Abend. Fernsehen ist ein viel Raum einnehmendes Element in der Gestaltung seines Tagesablaufs. Auch schläft er tagsüber oft und schaut nachts fern, was er auf Komplikationen mit den HIV-Medikamenten zurückführt. Dank der HeGeBe geht es ihm gesundheitlich - sowohl körperlich als auch psychisch - besser. Seinen Kokainbeikonsum hat er aufgegeben. Er raucht weiterhin regelmässig Cannabis. Er hat wieder einen regelmässigeren und vertrauensvolleren Kontakt zu den Eltern, seit er im Programm ist. Diese hatten ihn auch vorher aktiv unterstützt. Zur Zeit helfen ihm die Betreuenden in der HeGeBe bei einem erneuten Ge-

²⁰ Alle Namen geändert

such um eine Invalidenrente. Medizinisch wird ein grosser Teil der Behandlung weiterhin durch diejenige Stelle, die sich bereits vor der HeGeBe um seine HIV-Infektion gekümmert hat, gewährleistet. Er schätzt die ihm durch die HeGeBe ermöglichten sozialen Kontakte und vor allem das jährlich durchgeführte Lager, obschon er diesbezüglich ambivalent ist, weil ihm bewusst ist, dass dies in gewisser Weise auch „Gassenkontakte“ sind. Auf jeden Fall wünscht er sich mehr Freizeitaktivitäten in HeGeBe. Die PSB empfindet er als sehr hilfreich, besonders auch, weil er deren Intensität selbst beeinflussen kann.

Die Veränderungen in Bezug auf die drei in Kapitel 6.3.4. eruierten Wirkungsindikatoren präsentieren sich bei ihm folgendermassen: Der Global Severity Index (GSI) nahm um 0.05 von 0.14 bei T0 auf 0.19 bei T365 ab, liegt aber damit weiterhin unter dem Wert von 0.33 für Normalpopulationen. Der Mittelwert für die Abnahme des GSI bei allen Teilnehmenden liegt bei 0.15 (von 0.60 bei T0 auf 0.45 bei T365). Die monatlichen Ausgaben für den Drogenkonsum nahmen um 800 Franken von 800 bei T0 auf 0 Franken bei T365 ab (Mittelwert von allen Teilnehmenden: Abnahme um 1144 Franken von 1287 bei T0 auf 143 bei T365). Der Patient gab zu Therapiebeginn einen Kokainbeikonsum an 5 Tagen im letzten Monat an. Bei T365 war der Kokainbeikonsum verschwunden (Mittelwert für alle Teilnehmende: Abnahme um 6.3 Tage von 7.4 bei T0 auf 1.1 Tage bei T365).

Während des ersten Behandlungsjahres erhielt der Patient während 15.75 Stunden PSB (Mittelwert 13.29 Stunden), keine psychiatrischen (Mittelwert 4.23 Stunden) und während 4 Stunden somatische Konsultationen (Mittelwert 3.04 Stunden).

6.2.6.3.2. Fall 2: Patient Jürg K.

Zu den Gesprächen beim Sozialarbeiter: „Man macht es halt. Aber es ist sicher nichts Schlechtes.“

Dieser dreissigjährige Mann ist Invalidenrentner und wohnt bei seiner Schwester, ihrem Freund und deren beiden Kindern. Er leidet an Depressionen, in Bezug auf welche er sich früher mit Heroin vom Schwarzmarkt Linderung verschaffte. Trotz Teilnahme an einem Methadonprogramm konsumierte er damals täglich Heroin. Im Rahmen einer Hospitalisierung in einer psychiatrischen Klinik wurde ihm vorgeschlagen, sich für die HeGeBe anzumelden. Aufgrund einer langen Warteliste musste er ein Jahr auf den Therapieplatz warten und konnte dann nicht, wie gehofft, intramuskulär spritzen, sondern musste Herointabletten nehmen. Während des ersten halben Jahres konsumierte er in

der Folge häufig zusätzlich Gassenheroin. Eine Stoffverknappung führte dazu, dass er notgedrungen auf den Beikonsum verzichtete. Fortan liess er das Gassenheroin ganz sein. Seit er in der HeGeBe ist, fühlt er sich psychisch besser, ist finanziell besser gestellt und er konnte beispielsweise auch wieder in die Ferien. Das Antidepressivum, das er bereits seit längerer Zeit nimmt, schlägt seit Beginn der HeGeBe besser an. Ausserdem ist sein Tag-Nacht-Rhythmus, der vor der HeGeBe invertiert war, wieder hergestellt. Er trinkt auch weniger Alkohol. Der Patient hat ausser zu seinen Eltern, zu denen sich das Verhältnis dank HeGeBe entspannt hat, und ausser zu seiner Schwester wenig soziale Kontakte, was ihn aber nicht stört. Die PSB und die ärztliche Behandlung macht er ohne grosse Begeisterung mit. Er ist sich bewusst, wie wichtig das Programm für ihn ist, und spielt so bei der begleitenden Therapie mit, um weiterhin das Heroin zu bekommen.

Die Veränderungen in Bezug auf die drei Wirkungsindikatoren präsentieren sich hier folgendermassen: Der Global Severity Index (GSI) nahm um 0.94 von 1.14 bei T0 auf 0.2 bei T365 markant ab (Mittelwert Abnahme von allen Teilnehmenden bei 0.15; von 0.6 bei T0 auf 0.45 bei T365). Die monatlichen Ausgaben für den Drogenkonsum nahmen um 1450 Franken von 1500 bei T0 auf 50 Franken bei T365 ab (Mittelwert von allen Teilnehmenden: Abnahme um 1144 Franken von 1287 bei T0 auf 143 bei T365). Der Patient hatte bereits zu Therapiebeginn keinen Kokainbeikonsum, so dass die Werte für diesen Indikator konstant bei Null verharren.

Während des ersten Behandlungsjahres erhielt der Patient während 7.75 Stunden PSB (Mittelwert 13.29 Stunden), während 2.25 Stunden psychiatrische (Mittelwert 4.23 Stunden) und während 1.5 Stunden somatische Konsultationen (Mittelwert 3.04 Stunden).

6.2.6.4. Thematische Gliederung der Aussagen zu relevanten Bereichen

Bei der Auswertung des Interviewmaterials kam die zusammenfassende Inhaltsanalyse zur Anwendung. Mit Hilfe einer Zusammenfassung und Reduktion der Aussagen im Hinblick auf die Fragestellung wird grössere Generalisierbarkeit durch Überführung auf ein höheres Abstraktionsniveau erreicht (vgl. Flick 2002, S. 280ff.). Auf diese Weise wird das Material übersichtlicher und eindeutiger, mithin also besser handhabbar als dies mit anderen Auswertungsverfahren möglich wäre (z.B. offenes Kodieren, Globalauswertung, etc.). Die Anzahl der Nennungen zu den einzelnen Punkten in Tabelle 44 (siehe unten) sagt hier nichts über die Zeit aus, die der Patient für die Erklärung des

Sachverhalts verwendet hat noch sind viele Nennungen zwingend ein Indikator für subjektiv grosse Bedeutung des Themas für den Patienten.

Thema	Fall 1: Patient Eugen S.	Fall 2: Patient Jürg K.
<i>Veränderungen im Zusammenhang mit HeGeBe</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Aufgabe des Konsums von harten Drogen - Bessere körperliche und psychische Gesundheit - Besseres und ehrlicheres Verhältnis zu den Eltern 	<ul style="list-style-type: none"> - Fast kein Nebenkonsum (von Heroin) mehr - Reduktion des Alkoholkonsums - Entspanntes Verhältnis zur Familie - Normalisierung des Tag-Nacht-Rhythmus - Finanzielle Besserstellung - Bessere psychische Gesundheit - Ferienreise möglich
<i>Einflussfaktoren ausserhalb der HeGeBe</i>	<ul style="list-style-type: none"> - HIV-Positivität als lebensprägendes Motiv - Betreute Wohngemeinschaft und anschliessend betreutes Wohnen - Mitarbeit an Schulprojekten zu HIV 	<ul style="list-style-type: none"> - Umzug von den Eltern zur Schwester nach Austritt aus psychiatrischer Klinik
<i>Das Wichtigste an HeGeBe</i>	<ul style="list-style-type: none"> - soziale Kontakte - abgegebenes Heroin 	<ul style="list-style-type: none"> - abgegebenes Heroin
<i>Beurteilung der PSB</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Unterstützung bei administrativen Angelegenheiten - Selbstbestätigung (Rolle im Lager) - sozialer Kontakt 	<ul style="list-style-type: none"> - Pflichtübung
<i>Beurteilung der ärztlichen Behandlung</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Zu unerfahrene Ärztin 	<ul style="list-style-type: none"> - Teilweise nützliche Pflichtübung
<i>Beurteilung von HeGeBe insgesamt</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Echte und ehrliche Hilfestellung 	<ul style="list-style-type: none"> - Sehr wichtig, verdankt ihr fast sein Leben
<i>Gewünschte Veränderungen an HeGeBe</i>	<ul style="list-style-type: none"> - keine Einmischung der Sozialarbeiter in die HIV-Behandlung - Keine Hunde im Behandlungszentrum - Mehr Freizeitaktivitäten 	<ul style="list-style-type: none"> - Arzt- und PSB-Termine halbjährlich - Intramuskulär spritzen - Mehr Geduld und Disziplin der Patienten am Schalter

Tabelle 44

6.2.6.5. Erkenntnisse im Hinblick auf die Fragestellung

Wie bereits in Unterkapitel 6.2.6.1. erwähnt wurde, dient diese qualitative Vertiefung mittels problemzentrierter Tiefeninterviews insbesondere und in erster Linie zur Überprüfung der statistischen Resultate. Durch die eingehende qualitative Untersuchung einzelner abweichender Fälle soll ermittelt werden, ob die Hypothese, die sich im Lichte des quantitativ-statistischen Materials zu bestätigen scheint, tatsächlich aufrecht erhalten werden kann. Ausserdem bietet diese Vorgehensweise Gelegenheit, die Erkenntnismöglichkeiten systematisch zu erweitern und zu vervollständigen (vgl. Flick 2002, S. 332).

Obschon Eugen S. als abweichender Fall im Sinne der Kriterien mit überdurchschnittlich intensiver PSB und unterdurchschnittlichen Verbesserungen ausgewählt wurde, zeigt eine genauere Betrachtung der statistischen Werte, dass bei ihm die heroingestützte Behandlung im Hinblick auf die beiden Wirkungsindikatoren Kokainkonsum und Ausgaben für Drogen ein voller Erfolg war. Sowohl bei den Ausgaben für Drogen als auch bei den Tagen mit Kokainkonsum lag der Wert nach einem Jahr bei Null, so dass dieser Patient das Problem des Beikonsums von harten Drogen (Cannabis konsumiert er nach eigenen Angaben weiterhin regelmässig) gelöst zu haben scheint:

„Da (beim Kokain und illegalen Heroin) habe ich einen Bruch gemacht [ja,] seit dem Programm, das wurde für mich auch damals klar als ich gesehen habe, wie das hier abgeht und vor allem auch, dass mir das Heroin hier reicht und dass der Stoff auf der Gasse gar nichts mehr bringt, also, dass es hinausgeworfenes Geld ist. Damals habe ich mir klar gesagt: das brauche ich nicht mehr, es reicht, und ich will das auch nicht mehr.“

Seine Werte sind deshalb unterdurchschnittlich, weil er für den Drogenkonsum zu Therapiebeginn 800.—Franken ausgab, was unterhalb des Mittelwertes für die Abnahme von 1144.—Franken liegt. Dasselbe gilt für den Kokainkonsum im letzten Monat, wo er zu Behandlungsbeginn 5 Tage angab, während die durchschnittliche Abnahme für alle teilnehmenden Patienten bei 6.3 Tagen liegt. Der GSI schliesslich liegt bei ihm sowohl zum Zeitpunkt der Baseline wie beim Follow-up tief und im unauffälligen Bereich, so dass die minimale Zunahme um 0.05 für die Beurteilung nicht ins Gewicht fällt. Die Werte zeigen für beide Beobachtungszeitpunkte einen psychisch weitgehend symptomfreien Patienten.

Die Aufgabe des Konsums von harten Drogen ist nicht die einzige Verbesserung, die dieser Patient während der HeGeBe festgestellt hat. Das Verhältnis zu seinen Eltern ist ehrlicher und es geht ihm gesundheitlich insgesamt besser. Er betont die Bedeutung der

sozialen Kontakte dank HeGeBe und der psychosozialen Betreuung. Diese seien für ihn entscheidend wichtig. Eine erste Wende in seinem Leben sieht er im Eintritt in eine betreute Wohngemeinschaft einige Zeit vor der Aufnahme in die HeGeBe. Bereits dort sei der Grundstein für einen geregelteren Lebenswandel und eine bessere Lebensperspektive gelegt worden. Diese Lebensperspektive wird aber durch die seit Jahren bestehende HIV-Positivität stark in Frage gestellt. Wenn der Patient über die Familie seiner Mutter in Ex-Jugoslawien spricht, tönt so etwas wie die Antizipation eines eventuell in absehbarer Zeit eintretenden eigenen Lebensendes an. Gerade auch unter diesem Gesichtspunkt sind die erreichten Verbesserungen als äusserst bedeutungsvoll zu sehen. Insgesamt bestätigt dieser Patient die Hypothese, dass eine intensive PSB in verschiedenen Formen (Einzelgespräche, Lager, betreutes Wohnen durch externe Institution) zu Verbesserungen und zur Stabilisierung beitragen kann, selbst beim Vorhandensein dämpfender Faktoren, wie der lebensverkürzenden Perspektive einer HIV-Positivität.

Beim zweiten, in umgekehrter Weise abweichenden Fall, sind tatsächlich in zwei Bereichen überdurchschnittliche Verbesserungen zu verzeichnen. Jürg K. tritt mit einer sehr hohen psychischen Belastung in die HeGeBe ein und die entsprechenden Symptome sinken weit unter den Wert in einer gesunden Normalbevölkerung ab. Ausserdem ist die Abnahme der Ausgaben für Drogenkonsum mit 1450.—Franken überdurchschnittlich hoch. Das Problem eines Kokainbeikonsums kennt dieser Patient nicht. Baseline- und Follow-Up-Wert sind bei Null.

PSB und ärztliche Betreuung macht dieser Patient zwar mit. Aber sie sind für ihn nicht viel mehr als eine (teilweise nützliche) Pflichtübung. Allerdings scheinen für ihn andere Programmelemente von entscheidender Bedeutung zu sein. Er ist sich schliesslich bewusst, dass er dieser Behandlung viel zu verdanken hat. Den Heroinbeikonsum konnte er fast auf Null senken und den Alkoholkonsum stark reduzieren. Letzteres ist wohl auf die Strategie des Behandlungszentrums im Umgang mit übermässigem Alkoholkonsum zurückzuführen. Gefährdete Patienten sind vor dem Heroinbezug verpflichtet, eine Alkoholmessung mittels Blaserät durchzuführen. Wird ein bestimmter, vorher festgelegter Wert überschritten, wird das Heroin durch Methadon ersetzt, um Atemdepressionen vorzubeugen. Durch das Wegfallen der Mittelbeschaffung für den illegalen Heroinkonsum hat sich auch das Verhältnis zu den Eltern entspannt:

„ ... wenn ich den Stoff brauchte, fing ich an zu stressen und Puff zu machen, damit ich Geld bekam. Ja und es hat ihnen jedesmal weh getan, wenn sie gesehen haben, dass ich wieder verladen bin, das ... ja. Das hat auch immer Spannungen gegeben. Und das ist eigentlich x-mal besser jetzt.“

Bei der Beurteilung der Gründe für die Stabilisierung dieses Patienten ist auch die Normalisierung des Tag-Nacht-Rhythmus, nicht zu unterschätzen. Diese wurde durch die Notwendigkeit, am Morgen und am Abend im Behandlungszentrum zur Abgabe zu erscheinen, herbeigeführt. Schliesslich führt der Patient die Tatsache, dass es ihm nun psychisch besser gehe, auch darauf zurück, dass das Antidepressivum zusammen mit dem in HeGeBe bezogenen Heroin besser anschlage als früher, als er in einer Methadonbehandlung war und gleichzeitig illegales Heroin konsumierte.

Die Entwicklung dieses Patienten ist möglicherweise auch mit einer positiven Wirkung der Unterstützung durch die Familie in Zusammenhang zu bringen (vgl. Marsden 2001, S. 205). Bei seinem Austritt aus der psychiatrischen Klinik konnte er von den Eltern zur Schwester und ihrer Familie umziehen. Dort verbrachte er die Wartezeit bis zum Eintritt in die HeGeBe. Er wohnt noch heute dort und verfügt damit über soziale Kontakte in seinem Nahraum, was beim insgesamt zurückgezogenen und zurückhaltenden Eindruck, den dieser Patient hinterlässt, bestimmt von grosser Bedeutung ist.

Aussagen und Haltung dieses Patienten belegen, dass die HeGeBe in einzelnen Fällen (es handelt sich ja um einen abweichenden Fall) auch bereits durch ihr „Regime“ und durch das Grundangebot der Substitution von Strassenheroin durch pharmazeutisches Heroin nachhaltige positive Veränderungen herbeiführen kann. Durch Massnahmen wie Alkoholatempluftkontrolle, gezieltes Heranführen zu weniger risikoreichen Konsumformen (von i.v. und intramuskulär zu oral) und eine geeignete Medikation mit Psychopharmaka können im Verbund mit günstigen Voraussetzungen im sozialen Nahraum (Unterstützung durch und Unterbringung bei der Familie bei grundsätzlich unbelastetem Verhältnis) bereits markante Verbesserungen erreicht werden.

Auch die PSB, zu der Jürg K. eine gleichgültige Einstellung hat, ist hier insofern bedeutungsvoll, als sie Teil eines pluridisziplinären Behandlungssettings ist, das auch bei diesem Patienten über die Anbindung an gewisse Regeln Stabilisierung und Rehabilitation gefördert hat. Ausserdem ist das Behandlungssetting im entsprechenden Behandlungszentrum so beschaffen, dass die für die PSB zuständige Fachkraft jeweils auch regelmässig in der Abgabe arbeitet und so ein regelmässiger Kontakt mit den Patienten sichergestellt ist. Zudem finden sich in der Literatur keinerlei empirische Belege dafür, dass eine Akzeptanz der PSB zwingende Voraussetzung für eine positive Gesamtentwicklung sei (vgl. Raschke 1994, S. 317f.). Diese auch im geschilderten Einzelfall indirekt bestätigte Erkenntnis gibt dem Postulat der sogenannten akzeptierenden Drogenarbeit, wonach das vom Klienten oder Patienten artikulierte Bedürfnis die alleinige Leitlinie in der Drogenarbeit darzustellen habe (vgl. Loviscach 1996, S. 184), klar Unrecht.

Zusammenfassend hat die qualitative Vertiefung anhand dieser beiden Fälle einerseits die Hypothese bestätigt und andererseits den Einfluss anderer Programmfaktoren aufgezeigt. Ausserdem wurde demonstriert, inwiefern externe Faktoren wie direkte und intensive Unterstützung durch die Herkunftsfamilie positiv und gesundheitliche Beeinträchtigungen wie HIV-Positivität unter Umständen dämpfend auf das Behandlungsergebnis Einfluss nehmen können.

7. SCHLUSSFOLGERUNGEN

7.1. RÉSUMÉ

Die PSB von schwer Drogenabhängigen wurde bisher im Rahmen von Forschungsvorhaben zur Drogentherapie eher vernachlässigt. Dies liegt teilweise daran, dass die Untersuchungen zu Behandlungsformen für schwer Drogenabhängige bislang überwiegend einen medizinisch-naturwissenschaftlichen Ansatz verfolgten, innerhalb dessen das Interesse an nicht-medizinischen (respektive paramedizinischen) Behandlungsanteilen dementsprechend gering war. Akzentuiert wurde diese Entwicklung noch durch die markante Zunahme der Substitutionsprogramme in den achtziger und beginnenden neunziger Jahren des zwanzigsten Jahrhunderts. Diese per definitionem ärztliche Behandlungsform verstärkte den Einfluss der medizinischen Sichtweise in Drogenarbeit und Suchtforschung. Gerade die Substitutionsprogramme aber führten die Grenzen einer ausschliesslich medizinischen Herangehensweise an das Problem der Drogenabhängigkeit deutlich vor Augen. Der sozialen Desintegration und Verelendung zahlreicher Drogenabhängiger war mit medizinischen Mitteln allein nicht beizukommen. Eine psychosoziale oder sozialarbeiterische Betreuung (zuweilen auch kombiniert mit einer psychiatrischen Behandlung) sollte die Substitutionsbehandlung in die Lage versetzen, besser auf die Notsituation der Adressaten einzugehen. Das Postulat einer solchen Betreuung tauchte im Laufe der Neunzigerjahre in verschiedenen deskriptiven Publikationen (vgl. BAG 1995) und solchen mit normsetzenden Intentionen (vgl. Bühringer et al. 1995) auf. Zu Beginn der neunziger Jahre erwachte das Interesse der Sozialforschung an der die Substitutionstherapie begleitenden PSB von Drogenabhängigen (vgl. Ball / Ross 1991 und McLellan et al. 1993 im englischen sowie Raschke 1994 und Vertheim 1995 im deutschen Sprachraum). Es wurde herausgefunden, dass mehr und regelmässiger Betreuungsdienstleistungen das Behandlungsergebnis positiv beeinflussen. Unklar blieb hingegen, inwiefern sich die Betreuungsdienstleistungen quantifizieren lassen und wie sich die Quantität zu den Parametern für den Outcome verhält. Es wurde ausserdem deutlich, dass unter dem Begriff PSB eine Anzahl verschiedener Beratungs- und Betreuungselemente ohne einheitliche Konzeption subsumiert wird.

Die PSB ist integraler Bestandteil der HeGeBe in der Schweiz, deren Einführung im Jahre 1994 im historisch-gesellschaftlichen Kontext der Entwicklung einer diversifizierten Drogenhilfe steht. Dies geschah als Antwort auf drei Phänomene: die Zunahme des Heroinkonsums und der Heroinabhängigen, die Bedrohung der Gesamtbevölkerung durch HIV/AIDS und die öffentliche Sichtbarkeit des Drogenproblems. Die HeGeBe gehört innerhalb der Systematik der Schweizer Drogenpolitik zur Säule Therapie und

stellt eine Unterform der Substitutionsbehandlungen dar. Letztere haben dazu beigetragen, dass sich heute über zwei Drittel der Drogenabhängigen in der Schweiz in Behandlung (zumeist in Methadonsubstitutionsprogrammen) befinden. Die HeGeBe lindert und vermindert die negativen Begleiterscheinungen der Sucht bei schwer Drogenabhängigen entscheidend. Sie verhilft den Patienten zu gesundheitlichen Verbesserungen und Fortschritten auf dem Gebiet der sozialen Integration. Die markantesten Veränderungen werden – analog zur Methadonsubstitution – während des ersten Behandlungsjahres (BAG 1995, S. 72), beziehungsweise innerhalb der ersten zwei Therapiejahre (Raschke 1994, S. 316) erzielt. Äusserst hilfreich bei der vorliegenden Untersuchung der Frage, inwiefern die PSB an der Generierung dieses Therapieerfolgs innerhalb des ersten Behandlungsjahres beteiligt ist, war die Tatsache, dass die Aufgaben und Inhalte der PSB im HeGeBe-Handbuch (vgl. BAG 2000c) klar umrissen sind. Das Handbuch liefert – zusammen mit den verordnungs- und bewilligungsrechtlichen Vorgaben – eine konzeptionelle Klammer für die zur Zeit (März 2003) 21 ambulanten HeGeBe-Zentren und für zwei HeGeBe-Programme in Gefängnissen.

Die HeGeBe richtet sich an schwer Heroinabhängige, bei denen mindestens zwei vorherige Therapieversuche keine Abstinenz und keine entscheidende Verbesserung ihrer gesundheitlichen und sozialen Situation bewirken konnten. Es ist eine streng reglementierte Therapieform, bei der die PSB (neben ärztlichen Konsultationen) verpflichtend zum Behandlungsprogramm gehört. Patienten der HeGeBe erhalten als Substitution eine genügend hohe Dosis an injizierbarem oder oral verabreichtem pharmazeutischen Heroin, das in gewissen Fällen durch eine Methadongabe ergänzt wird.

Die neu in die HeGeBe eintretenden Patienten der ersten Jahreshälfte 2001, welche die untersuchte Population darstellen, sind älter, therapieerfahrener und länger drogenabhängig, als dies in den Jahren 1994 und 1995 für die ersten Probanden der PROVE-Versuche der Fall war. Zwar leben sie äusserlich in weniger prekären Wohnverhältnissen, injizieren Heroin mit weniger hautschädigenden Injektionstechniken, weisen aber weiterhin hohe Belastungen in Form von Neigung zur Polytoxikomanie, hoher Prävalenz psychischer Störungen und einer Tendenz zur sozialen Vereinsamung auf.

Dies sind die Ausgangsbedingungen für die neu eintretenden Patienten der HeGeBe, und die entsprechenden Befunde und Defizite bilden gleichzeitig die Arbeitsgrundlage für die Behandlungs- und Betreuungsangebote im Rahmen der Behandlung. Bei mehr als der Hälfte der Neueintritte im erwähnten Zeitraum konnten die Behandlungs- und Betreuungsdienstleistungen während des ersten Therapiejahres erfasst werden. Es stellte sich heraus, dass PSB die intensivste Begleitbehandlung zur Opiatverschreibung darstellt. Durchschnittlich stellt die PSB bezüglich des zeitlichen Umfangs das Dreifache der psychiatrischen und mehr als das Vierfache der somatischen Konsultationen dar.

Alle drei Behandlungs- und Betreuungsformen werden während den ersten Therapie-monaten intensiver genutzt als danach, wobei der Verlauf bei der PSB deutlich ausgeglichener ist als bei den ärztlichen Konsultationen. Die PSB wird nur in knapp der Hälfte der Fälle von Sozialarbeiterinnen beziehungsweise Sozialarbeitern durchgeführt. Ebenso oft sind es Bezugspersonen aus Abgabe und Pflege und in wenigen Fällen Arzt-personen, die diese Betreuungsform anbieten.

Bei den Patienten, die mindestens ein Jahr in Behandlung blieben und deren Behand-lungs- und Betreuungsdienstleistungen erfasst werden konnten, also bei 55.4 Prozent der mindestens ein Jahr in HeGeBe verweilenden Neueintritte in ambulante HeGeBe-Zentren während des Eintrittsfensters, konnte die Analyse des Behandlungserfolgs in Beziehung zu diesen Behandlungs- und Betreuungsdienstleistungen vorgenommen wer-den. Die medizinischen und sozialen Befunde bei Eintritt und im Verlauf nach einem Jahr in Behandlung liegen aber für alle ambulanten HeGeBe-Zentren vor. Infolgedessen konnte mit Hilfe einer differenziellen Analyse bestimmt werden, ob die untersuchte Teilmenge für das Gesamtkollektiv repräsentativ ist. Dies ist global der Fall. Unter-schiedliche, dem Trend nicht gegenläufige Ausprägungen finden sich bei der psychi-schen Belastung, der Patientenzufriedenheit, der Beschäftigungssituation sowie einer Variable für den Alkoholabusus.

Bei der vorliegenden Studie war es möglich, sich neben der klaren Umschreibung der PSB im Handbuch auf die bereits verordnungsrechtlich festgehaltenen Therapieziele und die zu den Therapiezielen festgelegten Indikatoren zu stützen. Allerdings war vor einer Verwendung deren Validierung vorzunehmen. Hier zeigte sich, dass aufgrund der Entwicklungen während des ersten Behandlungsjahres oder aufgrund der Verteilung der Merkmalsausprägungen bzw. insgesamt aufgrund der Beschaffenheit der Variablen nicht alle Indikatoren für eine Wirkungsanalyse geeignet waren. Die entsprechend eru-ierten geeigneten Indikatoren geben Aufschluss über die psychische Belastung (GSI) und über das Ausmass des Beikonsums (Kokainkonsum und Ausgaben für Drogen). Unter Berücksichtigung der überwiegenden Probleme innerhalb der untersuchten Popu-lation erscheint es angebracht, zu behaupten, dass diese Indikatoren tatsächlich zentrale Problemzonen der HeGeBe-Patienten abbilden.

7.2. ERTRAG

Inwiefern beeinflusst die Intensität der nicht-pharmakologischen Begleitbehandlung das Behandlungsergebnis bei HeGeBe-Patienten nach dem ersten Therapiejahr? Entsprechend dieser zentralen Fragestellung wurde das Forschungsdesign konzipiert. Obschon der Fokus auf der Untersuchung der PSB lag, galt es, die anderen nicht-pharmakologischen Betreuungsdienstleistungen der Vollständigkeit halber auch in die Auswertung mit einzubeziehen. Ebenfalls durchgeführt wurde die Kontrolle eines eventuellen Zusammenhangs zwischen der Opiatdosis und den Behandlungsergebnissen.

Bei der vorliegenden Forschungsanlage war ein statistisch signifikanter und stringenter Zusammenhang ausschliesslich zwischen der Intensität der PSB und der Abnahme des Kokainkonsums festzustellen. Bei psychiatrischen und somatischen Konsultationen sind einzelne paradoxe statistische Zusammenhänge, die aus sich selbst nicht zu erklären sind, vorgefunden worden. Einerseits ist es einsichtig, dass die insgesamt am meisten in Anspruch genommene Betreuungsform auch deutlich messbare Behandlungsergebnisse hervorbringt. Auf der anderen Seite wäre hier aufgrund der im Feld vorgefundenen Verteilung der Behandlungs- und Betreuungsdienstleistungen bei einer Wirkungslosigkeit der PSB dieselbe am ehesten augenscheinlich geworden. Das eben Festgehaltene stellt indessen kein Argument gegen die Wirksamkeit ärztlicher Konsultationen im Rahmen der HeGeBe dar. Dass das zeitlich intensivste Behandlungselement PSB einen eindeutigen Beitrag zum Behandlungsergebnis leistet, konnte nachgewiesen werden.

Dass die Opiatdosierung keinen Einfluss auf das Behandlungsergebnis ausübt, überrascht nicht. Als das Resultat beeinflussender Faktor wurde die Opiatdosierung in früheren Arbeiten nur dort identifiziert, wo aufgrund administrativer oder anderer Vorgaben eine zu geringe Opiatdosierung verordnet wurde, so dass die an der entsprechenden Untersuchung Teilnehmenden nur teilweise substituiert waren. Unter anderem hatte dies die Weiterführung von Szenekontakten und Beikonsum zur Folge. Die Tatsache, dass kein statistischer Zusammenhang zwischen Opiatdosierung und Behandlungsergebnis besteht, ist deshalb – analog zu den ärztlichen Konsultationen – natürlich nicht als Hinweis auf eine putative Wirkungslosigkeit der Opiatsubstitution zu betrachten, sondern als Indiz dafür, dass es sich bei HeGeBe um eine vollständig substituierende Behandlung mit durchwegs genügender Dosierung handelt.

Zur Überprüfung der Befunde wurde eine methodologische Triangulation vorgenommen. Die qualitative Vertiefung der statistischen Ergebnisse anhand der Analyse zweier abweichender Fälle wurde mit problemzentrierten Intensivinterviews durchgeführt. Im einen Fall konnte der statistische Befund bestätigt werden. Der Patient empfindet die PSB subjektiv als wichtigen Faktor, und sie hat ihm dazu verholfen, das Problem des

Konsums von illegalen harten Drogen (v. a. Kokain) tatsächlich zu überwinden. Im anderen Fall wird augenscheinlich, dass bereits die strukturellen Programmelemente wie Öffnungszeiten und Opiatapplikation, die verordneten Psychopharmaka sowie auch programmexterne Faktoren wie die Unterstützung durch die Herkunftsfamilie zu positiven Resultaten und mehr Lebensqualität führen können.

Ist die Reduktion des Kokainkonsums wirklich ein spezifischer Effekt der PSB? In der Untersuchung von Verthein (1995, S. 463) wird dargelegt, dass die Thematik des Beikonsums bei 75% der Klienten in Substitution einen Therapie- und Betreuungsinhalt darstellt. Durch die Reflexion und das Aufzeigen von Alternativen sowie durch die Anwendung von Methoden wie der motivierenden Gesprächsführung wird auch in HeGeBe gezielt auf die (Bei-)Konsumgewohnheiten der Patienten eingewirkt. Die Bearbeitung der Beikonsumproblematik gehört auch gemäss Handbuch zu den Aufgaben der PSB in HeGeBe (vgl. BAG 2000c, Kap. 1, S.16).

Obschon die Attribution von Kausalitäten in den Sozialwissenschaften wegen der potenziell grossen Zahl von verhaltensbeeinflussenden konfundierenden Elementen ein zuweilen heikles Unterfangen ist, kann doch davon ausgegangen werden, dass der statistische Grundsatz, dass beim Vorliegen zahlreicher Studien mit identischen Befunden die Geltung der Hypothese bestärkt wird, auch hier zutrifft. Ball und Ross (1991, S. 240) untersuchten im Rahmen ihrer Wirkungsanalyse von Methadonbehandlungsprogrammen unter anderem den Beikonsum von Kokain. Obschon ein direkter Zusammenhang zwischen der Intensität der Behandlungsdienstleistungen und der Entwicklung des Kokainkonsums nicht ausgewiesen wird, gehört die Reduktion des Kokainkonsums bei der erwähnten Studie zum Gesamtbündel der Indikatoren, aufgrund derer der Schluss gezogen wird, dass mehr Behandlungsdienstleistungen massgeblichere Verbesserungen beim Patienten bewirken. Auch McLellan et al. (1993) haben den Kokainbeikonsum als einen Wirkungsindikator in Form von wöchentlichen Urinproben gemessen und festgestellt, dass ein signifikanter Unterschied zwischen den Methadonpatienten ohne Begleitbehandlung und denjenigen mit einer solchen besteht (S. 1956). Auch zwischen der zweiten (mit Betreuung) und der dritten Gruppe (mit erweiterter Betreuung, psychiatrischer Behandlung, Beschäftigungsprogramm und Familientherapie) war der Unterschied in der Abnahme des Kokainkonsums über den gesamten Studienzeitraum (24 Wochen) signifikant. Rosenblum et al. (1995) haben herausgefunden, dass mit zunehmender Intensität der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gesprächstherapie die selbstberichtete Häufigkeit des Kokainkonsums abnimmt. Letzteres wurde anhand von Urinproben überprüft.

Somit bestätigt die vorliegende Untersuchung für die PSB in HeGeBe, was in früheren Arbeiten für nicht-pharmakologische, der PSB verwandte Behandlungselemente von

Methadonsubstitutionsprogrammen festgestellt wurde. Es könnte nun eingewendet werden, dass hier lediglich bereits bekannte Sachverhalte „entdeckt“ werden. Dies trifft aus drei Gründen nicht zu. *Erstens* wurde der Zusammenhang zwischen der Begleitbehandlung und den Behandlungsergebnissen bei der heroingestützten Behandlung noch nie untersucht. Es wäre nicht auszuschliessen gewesen, dass die unterschiedliche pharmakologische Beschaffenheit von Methadon und Heroin zu unterschiedlichen Resultaten geführt hätte. *Zweitens* wurde die Quantifizierung der Begleitbehandlung unseres Wissens noch nie derart präzise (nach Anzahl Viertelstunden) vorgenommen, und *drittens* beziehen sich bisherige Untersuchungen auf verschiedene Behandlungs- und Betreuungselemente. Einige von ihnen gehören zur PSB, umfassen sie aber nicht vollständig.

In der Literatur wurde verschiedentlich die Frage aufgeworfen, ob die Opiatdosierung oder die PSB zusammen mit der ärztlichen Begleitbehandlung das wirkungsaktive Element der Substitutionsbehandlung sei (vgl. Farrell et al. 1994). Die bisherigen wissenschaftlichen Arbeiten zur Substitution waren nicht in der Lage, die differenziellen Beiträge der Opiatgabe resp. der Begleitbehandlung und –betreuung zu eruieren. Dies gilt für die Untersuchungen über Verschreibung von Methadon, Buprenorphin oder Heroin.

Zwar lässt sich bei der vorliegenden Studie aufgrund der statistischen Resultate eine Abhängigkeit des Behandlungsergebnisses von der Opiatdosis ausschliessen. Dies spricht aber nicht gegen die Wirksamkeit dieses Therapieelements sondern – aufgrund der Erfahrungen aus der Literatur – dafür, dass die in HeGeBe zum Einsatz gelangenden Opia- te im Allgemeinen genügend hoch dosiert werden (vgl. oben). **Der signifikante Zusammenhang zwischen der Intensität der PSB und der Abnahme des Kokainkonsums ist ein klarer Beleg für die Wirksamkeit dieses Therapieelements innerhalb einer adäquaten Substitutionsbehandlung mit ausreichender Opiatdosierung.**

Vermutlich wird die Frage, ob die Opiatsubstitution oder die Begleitbehandlung das aktive Ingrediens der HeGeBe sei, niemals in einer solchen binären Anlage beantwortet werden können. Die beiden britischen Untersuchungen zu Heroinverschreibungen (Hartnoll et al. 1980; McCusker / Davies 1996), bei denen die Begleitbehandlung kein kontrollierter Bestandteil von therapeutischem Setting und Forschungsdesign war, gelangen zwar zu weniger positiven Ergebnissen als die Arbeiten zu PROVE und HeGeBe. Daraus aber schliessen zu wollen, dass PSB und allenfalls ärztliche Betreuung allein die wirklich aktiven Anteile der Substitution seien, wäre ebenfalls falsch, weil bei beiden genannten Studien die Dosierung um Einiges tiefer lag, als dies bei der Schweizer HeGeBe der Fall ist. Letzteres hatte mit grosser Wahrscheinlichkeit Auswirkungen auf den Beikonsum und die Beibehaltung von Szenenkontakten sowie fortgesetzte kriminelle Tätigkeiten in Zusammenhang mit der Drogenbeschaffung.

Dass die Heroinverschreibung in HeGeBe auch aktives Ingrediens ist, wird schon dadurch deutlich, dass die Patienten zahlreiche andere Behandlungen erfolglos abgebrochen oder beendet haben, in HeGeBe aber verbleiben und Fortschritte erzielen. Allerdings wäre den meisten von ihnen mit einer blossen Heroinabgabe ohne Begleitbehandlung nicht geholfen. Dies zeigen die hohen Anteile an Patienten mit psychischen Erkrankungen, mit Beikonsumproblemen sowie mit Sozial- und Vereinsamungsproblemen. Die Heroinverschreibung kann vielmehr als „Pfand“ gesehen werden, als Therapeutikum und gleichzeitig als Anreiz, sich in eine Behandlung zu begeben, die dem Patienten die Erfüllung zahlreicher Auflagen und Vorschriften abverlangt. Die Heroinverschreibung ist dementsprechend Basis und Voraussetzung für eine anspruchsvolle sozialpädagogische und sozialarbeiterische Betreuung. Dass die PSB in HeGeBe ein aktives Ingrediens ist, indem sie einen messbaren Beitrag zur Verminderung der beachtlichen Kokainbeikonsum-Probleme (vgl. Gschwend et al. 2002) der Patienten leistet, wurde im Rahmen dieser Studie nachgewiesen.

Ein Zweck dieser Arbeit ist unter anderem auch, für eine künftige einheitlichere Konzeption der PSB (vgl. unten) erste Ansätze geliefert zu haben und nachgewiesen zu haben, dass die heute den schwer drogenabhängigen Patienten der HeGeBe angebotene PSB tatsächlich wirksam ist und zur Generierung positiver Behandlungsergebnisse beiträgt, und zwar in stärkerem Ausmass, wenn sie insgesamt zwischen 15.5 und 30 Stunden während des ersten Behandlungsjahres (entspricht durchschnittlich einer Stunde und 18 Minuten bis zweieinhalb Stunden pro Monat) umfasst, als wenn sie während 5.75 bis 15.25 Stunden (26 Minuten bis eine Stunde und 16 Minuten im Monatsdurchschnitt) angeboten und in Anspruch genommen wird. Neben der Intensität der PSB ist auch ihre Regelmässigkeit für das Erzielen des Therapieerfolgs von grosser Bedeutung (vgl. Raschke 1994, S. 268).

7.3. GRENZEN

Ein oft vorgebrachter Einwand gegen statistische Analysen, der immer mit Ernsthaftigkeit zu prüfen ist, betrifft die Problematik des Schlusses vom statistischen Zusammenhang auf eine vermutete Kausalität. Ein Zweifel, dass konfundierende Faktoren das vorliegende Ergebnis hervorgebracht haben könnten, kann nie mit absoluter Sicherheit ausgeräumt werden, weil in der Sozialforschung stets eine Vielzahl potenziell handlungsbeeinflussender Variablen in Betracht gezogen werden muss. Allerdings wird hier die Gefahr des „Confounding“ wesentlich dadurch gemindert, dass die PSB bewusst auf die Beikonsumproblematik einzuwirken bestrebt ist. Ein vermuteter konfundierender Faktor müsste ausserdem in allen anderen erwähnten Studien in gleicher Weise am Zustandekommen der Resultate beteiligt gewesen sein, was bei den grossen Unterschieden in den Untersuchungsanlagen wiederum äusserst unwahrscheinlich ist.

Ein anderer möglicher Einwand betrifft die Tatsache, dass zwei der drei gewählten Indikatoren auf Selbstangaben der Patienten beruhen und dass diese unter Umständen nicht verlässlich sein könnten. Während Validität und Reliabilität der Angaben im Rahmen der Erfassung der psychischen Belastung mit dem Fragebogen SCL-90-R genügend überprüft und nachgewiesen wurden (vgl. Hessel et al. 2001, S. 27-39), könnte vermutet werden, dass beim Beikonsum von Kokain und bei den Ausgaben für Drogen die Wahrheit eher verschwiegen oder „beschönigt“ würde, falls dies negative Konsequenzen für den Patienten hätte. Nun sind aber Beikonsum oder fortgesetzte Ausgaben für Drogen in HeGeBe kein Sanktions- oder Ausschlussgrund (vielleicht mit Ausnahme jener wenigen Patienten, welche die HeGeBe im Rahmen einer Massnahmeverfügung absolvieren), sondern Anlass für eine besser angepasste Betreuung, die zusammen mit dem Patienten geplant und in Angriff genommen wird. Auch negative Entwicklungen werden freimütig berichtet, wie weiter oben an einem Patienten, dessen Ausgaben für Drogen während des ersten Behandlungsjahres massiv zugenommen haben, exemplarisch ersichtlich wird. Rey-Riek et al. (in press) haben übereinstimmend dazu an der HeGeBe-Population festgestellt, dass die Selbstangaben zum Beikonsum als Indikatoren durchaus verlässlich sind. Schliesslich sei nochmals auf die weiter oben diskutierten Studien hingewiesen, die teilweise mit Urinkontrollen durchgeführt wurden und zu ähnlichen Ergebnissen kamen.

Man könnte sich auch die Frage stellen, ob durch das zeitliche Erfassen der Gespräche die Intensität der Behandlung und Betreuung gemessen wird. Die Antwort darauf ist nicht einfach. Die zeitliche Messung stellt eine objektivierbare Tatsache dar. Andererseits existieren in der Forschung durchaus auch Hinweise auf einen „Therapeuteneffekt“ (vgl. Ward et al. 1998, S. 296), das heisst auf vom jeweiligen Therapeuten abhängige Unterschiede in der Wirksamkeit. Umso wichtiger scheint es, die Forschung auf diesem

Gebiet weiter voranzutreiben, um Klarheit sowohl über für den Behandlungsverlauf förderliche Eigenschaften der Betreuungspersonen wie über für das Behandlungsergebnis förderliche Betreuungstechniken zu gewinnen.

Wie bereits erwähnt, war es nicht möglich, die Beiträge der ärztlichen Behandlung zum Gesamtergebnis zu eruieren. Dies liegt auch an der im Vergleich zur PSB geringen Intensität, die bei den vorliegenden Fallzahlen die statistische Analyse erschwert. Eine Wiederholung mit grösserer Patientenzahl würde es in diesem Zusammenhang erlauben, den Einfluss der ärztlichen Behandlung besser zu würdigen und gleichzeitig die vorgefundenen Ergebnisse zu überprüfen.

Die beiden Intensivinterviews haben einen reichen Schatz an persönlichen Erfahrungen und Erlebnissen zu Tage gefördert. Bei der Synthese und Auswertung, die unter dem Fokus der Problemzentrierung durchgeführt wurden, konnten nicht alle angesprochenen Themen erschöpfend ergründet und analysiert werden. Im Rahmen eines eher explorativen Vorgehens wäre es bestimmt möglich gewesen, weitere relevante Zusammenhänge zu beleuchten. Für ein solches liess aber die vorliegende Untersuchung keinen Raum, da es hier um eine qualitative Vertiefung statistischer Resultate ging.

Ein letzter Einwand könnte einen Selektionsbias bezüglich der Behandlungszentren betreffen. Es könnte behauptet werden, dass die Ergebnisse für die HeGeBe Schweiz nicht repräsentativ seien, da sich nicht alle ambulanten Zentren daran beteiligt hätten. Diesem Vorwurf wurde mit der Erfassung aller Neueintritte während des gewählten Zeitfensters zu begegnen versucht. Die Unterschiede der beiden Patientengruppen sind minim. Es ist auch anzunehmen, dass sich aufgrund der einheitlichen Konzeption die Behandlungs- und Betreuungsdienstleistungen bei den nicht teilnehmenden Zentren in einem ähnlichen Umfang wie bei den teilnehmenden bewegen. Dennoch könnte dieser Einwand nur mit Hilfe einer Vollerhebung vollständig entkräftet werden.

7.4. WEITERFÜHRENDE STUDIEN

Eine unbedingte Voraussetzung für jede Wirkungsanalyse ist die Festlegung valider und reliabler Wirkungsindikatoren. Im Rahmen dieser Studie wurde für die HeGeBe-Population ein diesbezüglicher Grundstein gelegt. Weitere Studien müssten anhand möglichst grosser Populationen die Validierung der Indikatoren weiter befestigen und eventuelle zusätzliche identifizieren.

Die Aussagekraft von Wirkungsanalysen wird durch die Priorisierung der Behandlungsziele wesentlich verbessert. Es ist bisher für die HeGeBe noch nirgends diskutiert, geschweige denn festgehalten worden, zu welchem Anteil die Erreichung der vier Behandlungsziele für die Beurteilung des Gesamtergebnisses zu berücksichtigen ist. Hier ist insbesondere an eine exakte Bewertung des Zieles Nr. 4 „dauerhafter Verzicht auf Opiatkonsum“ zu denken. Die Tatsache, dass nur wenige ehemalige HeGeBe-Patienten opiatabstinient sind, wird von den Gegnern dieser Behandlung wiederholt als Beweis für das angebliche Scheitern dieser Behandlung ins Feld geführt. Eine konsensuelle Festlegung der Rolle der Abstinenz innerhalb der vier Behandlungsziele würde hier eine solidere Argumentationsgrundlage schaffen. Weiterführende Studien können hierzu allerdings nur die Faktenbasis liefern. Die Priorisierung im engeren Sinne ist eine normative Entscheidung und muss von den Fachleuten im Feld in Zusammenarbeit mit den normsetzenden Behörden vorgenommen werden.

PSB ist eine breit gefasste Interventionsform mit verschiedenen Facetten und Ausprägungen. Es wäre für die künftige Planung von Hilfsangeboten äusserst hilfreich, wenn Fachleuten und Dienstleistungsanbietern empirisch gesicherte Aussagen über die Wirksamkeit manualisierter Interventionsstrategien an die Hand gegeben werden könnten. Die Wirksamkeit der motivierenden Gesprächsführung (vgl. Miller / Rollnick 1999) wurde in zahlreichen Studien nachgewiesen man darf deshalb annehmen, dass ihre breite Anwendung im Rahmen der PSB erfolgsgenerierend wirkt. Weitere Studien könnten die Überprüfung der Wirksamkeit anderer bereits existierender oder noch zu entwickelnder manualisierter Interventionsformen zum Inhalt haben. Zu denken ist hierbei insbesondere an Strategien für den Umgang mit Beikonsum und mit psychischer Komorbidität.

Die Überprüfung statistischer Befunde durch problemzentrierte Intensivinterviews im Zuge einer methodologischen Triangulation hat sich im Rahmen dieser Arbeit bewährt. Obschon auch und insbesondere bei sozialwissenschaftlichen Themenstellungen statistische Untersuchungen weiterhin eine zentrale Rolle spielen sollen, wäre es empfehlenswert, Untersuchungen vermehrt parallel mit qualitativen und quantitativen Methoden zu führen. Dadurch wird nicht nur eine blosser Befestigung der statistischen Ergebnisse

erreicht. Vielmehr erlaubt die Triangulation zusätzlichen Erkenntnisgewinn sowie eine Anreicherung und Ausweitung der Resultate. Aufgrund der grösseren Lebenswelt-Nähe der qualitativen Methoden werden die Resultate für Rezipienten der Forschungsergebnisse ausserdem besser fassbar.

7.5. IMPLIKATIONEN FÜR DROGENPOLITIK UND PRAXIS

Als Hauptargument der politischen Gegner gegen HeGeBe wird immer wieder die ethische Rechtschaffenheit der Verschreibung und Abgabe eines Suchtmittels an Abhängige in Frage gestellt. Dieses Argument wurde früher bereits gegen die Methadonverschreibung vorgebracht. Immer wieder wird die Kritik angebracht, mit der Heroinverschreibung gebe man die Abhängigen auf, indem man ihnen das Suchtmittel zur Verfügung stelle. Es werde ihnen durch HeGeBe auf unbestimmte Zeit verunmöglicht, aus der Sucht ganz auszusteigen und wiederum fähig zu werden, ihr Leben selbstbestimmt und sinnvoll zu gestalten (vgl. Verein Jugend ohne Drogen 2002, S. 2). Für gewöhnlich bleibt bei solchen Argumentationen unerwähnt, dass die Heroinverschreibung in eine umfassende Betreuung und Behandlung eingebettet ist. Solche Voten sind meist auch von einem tiefen Misstrauen gegenüber der öffentlichen Hand geprägt. Dieselben Kreise behaupten, bei der HeGeBe gehe es gar nicht primär um therapeutische Massnahmen für schwer Drogenabhängige, sondern letztere würden eingesetzt, um mit Hilfe der Heroinverschreibung einen strategischen Schritt in Richtung allgemeiner Drogenfreigabe machen zu können (vgl. BAG 1999, S. 9). Es werden also Motive und Absichten unterstellt, die den politischen Entscheidungsträgern Zynismus nahelegen: Es gehe ihnen gar nicht um Hilfe für die Heroinabhängigen, sondern letztere würden im Gegenteil als Manövriermasse benutzt, um näher zur gewünschten Drogenlegalisierung zu gelangen.

Die Autoren solcher Aussagen erweisen sich aufgrund ihres ausgeprägten Verhaftetseins in Ideologien in den meisten Fällen gegenüber Tatsachen und wissenschaftlicher Erkenntnis leider als immun. Trotzdem ist es von grosser Wichtigkeit, dass eine „Innensicht“ der HeGeBe, die die Heroinverschreibung im Rahmen der HeGeBe immer wieder als das darstellt, was sie ist, nämlich als *conditio sine qua non* für das therapeutische Erreichen dieser bestimmten Abhängigen, immer wieder als „Gegengift“ gegen solche Vorurteile kommuniziert wird. Auch gilt es immer zu betonen, dass die HeGeBe-Patienten zuvor bereits mehrere Male erfolglos versucht haben, mit verschiedenen Mitteln von der Sucht loszukommen. Obschon die skizzierte ablehnende Ansicht nur von einer kleinen Minderheit von Politikern und der Bevölkerung geteilt wird, ist eine wiederholte Entkräftung solcher Argumente gerade im Zusammenhang mit der aufflammenden Debatte um die Finanzierung des Gesundheitswesens von grosser Bedeutung. Auch hier werden die alten Vorurteile wieder hervorgeholt, und es wird versucht, die HeGeBe als überflüssiges und nutzloses Angebot im Gesundheitswesen zu diffamieren. Das Argument, der humanitäre Einsatz für die Schwächsten und Hilfsbedürftigsten lege nahe, HeGeBe auch weiterhin anzubieten, genügt alleine nicht. Es muss auch klar und wissenschaftlich begründet nachgewiesen werden, dass diese Behandlungs- und Betreuungsform wirkungsvoll und kosteneffektiv ist (vgl. Gutzwiller / Steffen 2000).

Die vorliegende Studie hat einen Beitrag zur Bestätigung der Vermutung geleistet, dass die HeGeBe im Vergleich mit anderen, niedriger strukturierten Heroinprogrammen vor allem deshalb wirkungsvoll ist, weil bei ihr ein grosses Schwergewicht auf die Begleitbehandlung und -betreuung gelegt wird. Diese Behandlung und Betreuung ist in Form von minimal auszuweisenden Stellenprozenten pro Patient (je 1.7 Prozent ärztliche Behandlung und PSB) in der Institutionsbewilligung für die HeGeBe-Zentren festgehalten. Solche exakten strukturellen Vorgaben existieren nur in wenigen anderen Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens. Sie stellen aber im vorliegenden Falle die materielle Grundlage für eine professionelle Betreuung der Patienten dar. Aus der vorliegenden Arbeit wird auch deutlich, dass es sich gewiss lohnt, diese Festlegung in HeGeBe beizubehalten, gegebenenfalls unter Anpassung an die Erfordernisse und empirischen Realitäten im Feld. Da auch für Methadonprogramme ähnlich lautende Befunde früherer Studien vorliegen, wäre es wünschenswert, wenn Personalquota ebenfalls für Methadonsubstitutionsprogramme in ambulanten Behandlungszentren verpflichtend festgelegt würden. Da dort mit einer tendenziell etwas weniger belasteten Klientel als in HeGeBe zu rechnen ist, wäre zu überlegen, welche Quota dort angebracht wären, um eine adäquate Behandlung und Betreuung zu gewährleisten. Im Gegensatz zur HeGeBe liegt die Verantwortung für die Methadonbehandlungen in der Schweiz bei den jeweiligen kantonalen Gesundheitsbehörden. Hier wäre eine initiierende, motivierende und koordinierende Rolle des BAG denkbar. Dieses würde den Kantonen Richtlinien zur Verfügung stellen, die dann von denselben übernommen werden könnten.

Allerdings darf dabei nicht aus den Augen verloren werden, dass die Bereitstellung von Fachpersonal allein noch keine Garantie für besseren Behandlungserfolg darstellt. Wie bereits Ball und Ross (1991) nachgewiesen haben, sind diejenigen Zentren, die mehr Behandlungsdienstleistungen anbieten, erfolgreicher, und zwar unabhängig von den ihnen zur Verfügung stehenden Personalressourcen. Hier sind vor allem die Leitungen der Behandlungszentren gefragt. Es geht um Massnahmen, die den Anteil der Kontaktzeit mit den Patienten an der Gesamtarbeitszeit auf ein optimales Niveau bringen und halten. Optimal ist das Niveau dann, wenn die Betreuungsperson möglichst viele Patienten möglichst intensiv betreuen kann. Dabei dürfen Weiterbildung, Vernetzung, Supervision und Intervision, Administration und andere Belange nicht vernachlässigt werden. Auch soll die Betreuungsintensität für die Betreuenden so gestaltet werden, dass die Motivation nicht nachlässt und dass keine Burn-Out-Symptome oder andere psychische Stress- oder Ermüdungserscheinungen auftreten. Dieses optimale Gleichgewicht herzustellen und zu halten ist indessen nicht nur Aufgabe der Leitungen, sondern auch eine Frage von Psychohygiene und Selbstmotivation eines jeden therapeutischen und betreuenden Angestellten. Optimale organisatorische und strukturelle Voraussetzungen bieten aber eine unverzichtbare Basis für eine solche Selbststeuerung.

Wie aufgezeigt werden konnte, wird die psychosoziale Betreuung in HeGeBe etwa je zur Hälfte von Sozialarbeitenden und Pflegepersonen durchgeführt. Vereinzelt sind auch Ärzte daran beteiligt. Es handelt sich also um eine berufsübergreifende Betreuungsform, die Bestandteil der professionellen Curricula von Pflegenden, Sozialarbeitenden und – in geringerem Masse – auch von Arztpersonen sein kann. Es war nicht Gegenstand dieser Arbeit zu beurteilen, welche Berufsgruppe für die Durchführung der PSB am besten geeignet ist. Es ist aber im Zuge dieser Untersuchung klar geworden, welche Qualifikationsanforderungen an die PSB in HeGeBe gestellt werden. Es sind dies u.a. Empathie, Verständnis, motivierende Techniken, Kenntnisse in Gesprächspsychotherapie, Sachhilfe und Vernetzungsfertigkeiten. Alle diese Fähigkeiten gehören zu den klassischen Schlüsselqualifikationen Sozialarbeitender.

Abgesehen von diesen Anforderungen, besteht aber noch wenig Klarheit über das Methodenspektrum, das im Rahmen der PSB sinnvollerweise Anwendung findet. Darin widerspiegelt die PSB ein Dilemma, in dem die Sozialarbeit/Sozialpädagogik (SA/SP) seit Jahren zu stecken scheint. In einem zuweilen noch immer dringend betonten Anspruch auf „Ganzheitlichkeit“ (zuletzt Friedrichs 2002, S. 14) begibt sie sich in eine diffuses Feld, wo weder ihre Abgrenzung zu benachbarten Disziplinen noch der Ausweis fachlicher Leistungen mit Überzeugung vorgebracht werden kann. Auch um als Wissenschaft von anderen Disziplinen mit verdientem Respekt behandelt zu werden, muss die SA/SP den Anspruch auf Ganzheitlichkeit als Prämisse ihres Wirkens aufgeben, denn:

„Die Wissenschaften gehen den Weg der Differenzierung und der Kooperation des deutlich Geschiedenen, nicht den Weg der Entdifferenzierung, um dadurch ‚lebensnah‘ zu sein.“ (Prange 1996, S. 73)

Neben der Aufgabe des Anspruchs auf Ganzheitlichkeit gilt es, in Forschung und Praxis mit anerkannten Methoden vorzugehen. Das strukturelle Technologiedefizit, unter dem die soziale Arbeit lange zu leiden hatte und heute teilweise immer noch leidet, könnte mit dem alten Anspruch verknüpft sein. Denn wer eine Technik entwickelt und anwendet, muss sich notgedrungen auf einen Ausschnitt der Realität unter Ausblendung aller anderen Bereiche konzentrieren. Auch Merten führt an, dass die Probleme der sozialen Arbeit, sich als autonome Disziplin und Profession zu konstituieren, mit ihrer „diffusen Allzuständigkeit“ (1997, S. 152) zusammenhängen.

Um dieser Diffusität Einhalt zu gebieten, wäre es der SA/SP zu wünschen, dass sie sich weiterhin und in verstärktem Ausmass um Definitionen, Interventionsstrategien, deren Konzeptualisierung, um Evaluation und um Weiterentwicklung bemüht und dies mit Hilfe von disziplinenübergreifenden wissenschaftlich anerkannten Methoden. Gerade

im Rahmen einer weiteren Konzeptualisierung der psychosozialen Betreuung von schwer Drogenabhängigen würden sich hier Möglichkeiten eröffnen. Wie aufgezeigt wurde, ist bei einer solchen Betreuung die Vernetzung mit und Koordination von verschiedenen Disziplinen vielfach auch institutionsübergreifend notwendig. Beispielsweise die Methode des Case-Management bietet eine vielversprechende Grundlage zum Umgang mit diesem Sachverhalt. Gerade der Sozialarbeitende als Angehöriger einer Berufsgruppe, die interdisziplinär entstanden ist, wäre von seiner Berufstradition und Ausbildung her prädestiniert dafür, massgebliche Aufgaben bei der Durchführung und Weiterentwicklung des Case Managements zu übernehmen. Dieser Vorschlag steht im Kontext einer Entwicklung, bei der die Professionalisierung auch und vor allem durch Ausdifferenzierung erfolgt. Vielleicht bietet die Arbeit mit schwer Drogenabhängigen dafür ein besonders vorteilhaftes Feld, weil hier in der interdisziplinären Zusammenarbeit diese Ausdifferenzierung direkt in Kooperation und Auseinandersetzung mit anderen helfenden Berufen erfolgen kann:

„Wenn die Sozialarbeit in der Auseinandersetzung mit der Medizin mithalten will, muss sie einen eigenen Standpunkt einnehmen mit klaren Aussagen u.a. zur Rolle und Funktion der Professionellen, ... über Zielsetzungen und konkrete Arbeitsansätze im Umgang mit der Klientel. Sie muss sich einlassen auf die Evaluierung ihre (sic) Positionen und Projekte, um Auskunft zu erhalten über erwünschte und unerwünschte Entwicklungen im Setting, in den Beziehungsstrukturen, in den Planungen. Sie muss sich in Abhebung von der Medizin ihr eigenes Profil schaffen – keine leichte Aufgabe.“ (Vogt 1999, S. 29)

Wie die Resultate dieser Studie zeigen, braucht Sozialarbeit und Sozialpädagogik im Rahmen der psychosozialen Betreuung von schwer Drogenabhängigen nicht zu befürchten, zu einer Hilfsprofession der Medizin degradiert zu werden. Im Gegenteil leisten die Sozialarbeitenden zusammen mit Fachkräften aus dem Pflegebereich über PSB einen entscheidenden Beitrag zum Wohlergehen der Patienten. Auf diesem Weg weiterzugehen heisst auch, Sozialarbeitende und Pflegende dazu zu ermutigen, weiterhin viel Zeit in die direkte Arbeit mit den Patienten zu investieren, sich als wirksam erwiesene Interventionsstrategien anzueignen und diese anzuwenden sowie in der Koordination des institutionellen Netzes der Patienten eine dezidierte und klar umrissene Rolle zu übernehmen. Welche Professionen auch immer künftig eine tragende Rolle in der psychosozialen Betreuung von schwer Drogenabhängigen spielen werden: Den von ihnen betreuten Patienten werden deren Qualifikationen als Motivatoren und als Case Manager in jedem Fall zugute kommen.

8. LITERATUR

8.1. BÜCHER UND PERIODIKA

- Adams, W. P.: Die vereinigten Staaten von Amerika. Fischer Weltgeschichte. Band 30. Frankfurt am Main 1977
- Antonovsky, A.: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen 1997
- Arbeitsgruppe HeGeBe Doppeldiagnosen / Frei, A. / Rehm, J.: Komorbidität: Psychische Störungen bei Opiatabhängigen zu Beginn einer heroingestützten Behandlung. In: Psychiatrische Praxis 29 (2002), S. 251-257
- Arnold, B. et al.: Soziale Arbeit in den Verschreibungsprojekten. In: Drogenmagazin 22 (6/1996), S.33-37
- Arnold, T. et al.: Wem hilft Methadon? Daten, Fakten, Analysen: Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung der Substitutionsbehandlung in Hessen. Frankfurt am Main 1995.
- BAG (Hrsg.): Methadonbericht. Suchtmittelersatz in der Behandlung Heroinabhängiger in der Schweiz. Bern 1995
- BAG (Hrsg.): Massnahmenpaket des Bundes im Bereich der Gesundheit zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro) 1998-2002. Bern 1998
- BAG (Hrsg.): Die heroingestützte Behandlung. Argumentarium zur Volksabstimmung über den dringlichen Bundesbeschluss zur ärztlichen Heroinverschreibung (heroingestützten Behandlung) 13. Juni 1999. Bern 1999
- BAG (Hrsg.): Die heroingestützte Behandlung (HeGeBe) im Jahre 1999. Bern 2000a
- BAG (Hrsg.): Die Schweizerische Drogenpolitik. Bern 2000b
- BAG (Hrsg.): Heroingestützte Behandlung. Richtlinien, Empfehlungen, Information. Bern 2000c
- BAG (Hrsg.): Die heroingestützte Behandlung (HeGeBe) im Jahre 2000. Bern 2001
- BAG (Hrsg.): Die heroingestützte Behandlung (HeGeBe) im Jahre 2001. Bern 2002
- Ball, J. C. / Ross, A.: The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment: Patients, Programs, Services, and Outcome. Berlin / Heidelberg / New York 1991
- Baum, H.: Ethik sozialer Berufe. Paderborn / München / Wien / Zürich 1996

- Beaglehole, R. et al.: Einführung in die Epidemiologie. Bern / Göttingen / Toronto / Seattle 1997
- Beck, U. et al.: Soziologie der Arbeit und der Berufe. Reinbek b. Hamburg 1980
- Berger, H. et al.: Wege in die Heroinabhängigkeit. Zur Entwicklung abweichender Karrieren. München 1980
- Blättler, R. et al.: Decreasing Intravenous Cocaine Use in Opiate Users Treated with Prescribed Heroin. In: Sozial- und Präventivmedizin 47 (2002), S. 24-32
- Bolte, K. M. / Treutner, E. (Hrsg.): Subjektorientierte Arbeits- und Berufssoziologie. Frankfurt am Main / New York 1983
- Brunner, E. J. et al. (Hrsg.): Soziale Einrichtungen bewerten. Theorie und Praxis der Qualitätssicherung. Freiburg im Breisgau 1998
- Buddeberg, W. / Willi, J. (Hrsg.): Psychosoziale Medizin. Heidelberg 1998
- Bühringer, G. et al.: Methadon-Standards. Vorschläge zur Qualitätssicherung bei der Methadon-Substitution im Rahmen der Behandlung von Drogenabhängigen. Stuttgart 1995
- Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft: Bundesbeschluss über die ärztliche Verschreibung von Heroin vom 9. Oktober 1998. Bern 1998
- Bury, M.: Health and Illness in a Changing Society. London / New York 1997
- Busch, P. M.: Auf der Suche nach Sinn. Zur Problematik der Sinnvermittlung in der Drogenarbeit. Weinheim 1988
- Cacciola, J. S. et al.: The Relationship of Psychiatric Comorbidity to Treatment Outcomes in Methadone Maintained Patients. In: Drug and Alcohol Dependence 61 (2001), S. 271-280
- Cockerham, W. C. (Hrsg.): The Sociology of Medicine. Aldershot / Brookfield 1995
- De Ridder, M.: Heroin – vom Arzneimittel zur Droge. Frankfurt am Main 2000.
- Delile, J.M. / Ferrière, J.P.: Enquête d'évaluation des besoins psychosociaux des patients sous traitement de substitution. In: Interventions 69 (1999), ohne Paginierung
- Department of Health (Hrsg.): Drug Misuse and Dependence – Guidelines on Clinical Management. Norwich 1999.

- Dole, V. P. / Nyswander, M.: A Medical Treatment for Diacetylmorphine (Heroin) Addiction. A Clinical Trial With Methadone Hydrochloride. In: Journal of The American Medical Association 193/8 (1965), S. 80-84
- Ducharme, L. J. / Luckey, J.W.: Implementation of The Methadone Treatment Quality Assurance System. Findings from The Feasibility Study. In: Evaluation & The Health Professions. 25/1 (2000), S. 72-90
- Ertle, C.: Erziehungsberatung. In: Spiel, W.: Die Psychologie des 20. Jahrhunderts. Band XII. Zürich 1980, S. 754-763
- Evans, D. et al.: Assuring Quality in Health Promotion. How to Develop Standards of Good Practice. London 1994.
- Falcato, L. et al.: Die Methadonverschreibung an Opiatabhängige im Kanton Zürich: Behandlungszahlen, Eintrittsmerkmale und Verlauf. In: Maeder, C. et al.: Gesundheit, Medizin und Gesellschaft. Beiträge zur Soziologie der Gesundheit. Zürich 1999, S. 332-357
- Farrell, M. et al.: Fortnightly Review: Methadone Maintenance Treatment in Opiate Dependence: a review. In: British Medical Journal 309 (1994), S. 997-1001
- Fatke, R. et al. (Hrsg.): Erziehung und sozialer Wandel. Brennpunkte sozialpädagogischer Forschung, Theoriebildung und Praxis. Weinheim / Basel 1999
- Flick, U.: Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek bei Hamburg 2002
- Franke, G.: Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version – Manual. Göttingen 1995
- Frei, A. / Rehm, J.: Die Prävalenz psychischer Komorbidität unter Opiatabhängigen. Eine Metaanalyse bisheriger Studien. In: Psychiatrische Praxis 29 (2002), S. 258-262
- Friedrich, H. / Overbeck, A.: Editorial. In: Psychosozial. 1 (1978), S. 2-6
- Friedrichs, J.: Methoden empirischer Sozialforschung. Opladen 1980
- Friedrichs, J.: Drogen und soziale Arbeit. Opladen 2002
- Galliker, M.: Integrationsprozesse in der ambulanten Suchhilfe. Lausanne 2000
- Gerlach, C. et al. (Hrsg.): Psychosoziale Betreuung Substituierter. Eine kritische Zwischenbilanz. Bremen 2000
- Glauser, F.: Morphium. Erzählungen und Erinnerungen. Zürich 1987

- Gschwend, P. et al.: Development of a Monitoring System for Heroin-Assisted Substitution Treatment in Switzerland. In: Sozial- und Präventivmedizin 47 (2002a), S. 33-38
- Gschwend, P. et al.: Konsum von Kokain vor, in und nach der heroingestützten Behandlung in der Schweiz. In: Suchttherapie 3 (2002b), S. 8-12
- Güttinger, F. et al.: Die Lebenssituation von Drogenabhängigen der Heroin gestützten Behandlung in der Schweiz – Eine 6-Jahres-Katamnese. In: Sucht 48 (2002), S. 370-378
- Gutzwiller, F. / Jeanneret, O. (Hrsg.): Sozial- und Präventivmedizin, Public Health. Bern / Göttingen / Toronto / Seattle 1999
- Gutzwiller, F. / Steffen, T.: Cost-Benefit Analysis of Heroin Maintenance Treatment. Basel 2000
- Habermas, J.: Theorie des kommunikativen Handelns. Band 2: Zur Kritik der funktionalistischen Vernunft. Frankfurt am Main 1988
- Hartnoll, R.L. et al.: Evaluation of Heroin Maintenance in Controlled Trial. In: Archives of General Psychiatry 37 (1980), S. 877-884
- Hessel, A. et al.: Symptom-Checkliste SCL-90-R: Testtheoretische Überprüfung und Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. In: Diagnostica 47 (2001), S. 27-39
- Hošek, M.: Überleben in der Drogenszene. In.: Le Tremplin – Gazette 9 (1991), S. 4
- Hošek, M.: Sexuelle Ausbeutung und Drogenabhängigkeit. In.: Le Tremplin – Gazette 23 (1995), S. 4
- Hošek, M.: Zwischen Solidarität und Professionalität. Randnotizen zur 25-jährigen Verbandsgeschichte des VSD. In: Verband Schweizerischer Drogenfachleute (Hrsg.): Jahresbericht 1996. Luzern 1997
- Hutter, T.: Berufliche Identität zwischen Ideal und Entwertung. Die subjektive Verarbeitung von Identitätsbedrohungen in der Sozialarbeit. Bamberg 1992
- Jakobshagen, N.: Die heroingestützte Behandlung aus der Sicht ihrer Teilnehmer. In: Rihs-Middel, M. et al. (Hrsg.): Ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Praktische Umsetzung und wichtigste Ergebnisse. Bern 2002, S. 455-475
- Kieser, A. / Kubicek, H.: Organisation. Berlin / New York 1992

- Killias, M.: Zur Reliabilität und Validität von Instrumenten der Delinquenzmessung bei Drogenabhängigen: Wie lässt sich die Wirkung der Drogenabgabe auf die Delinquenz messen? In: Rihs-Middel, M. et al. (Hrsg.): Ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Praktische Umsetzung und wichtigste Ergebnisse. Bern 2002, S. 421-431
- Klingemann, H. et al.: Promoting Self-Change form Problem Substance Use: Practical Implications for Policy, Prevention and Treatment. Dordrecht 2001
- Klingemann, H. / Hunt, G. (Hrsg.): Drug Treatment Systems in an International Perspective. Thousand Oaks / London / New Delhi 1998
- Klingemann, H.: Initiierung und Verlauf von Autoremissionsprozessen bei Abhängigkeitsproblemen. Lausanne 1990
- Klingemann, H.: Spontanverläufe unbehandelter Suchtkrankheit. In: Uchtenhagen, A. / Zieglgänsberger, W (Hrsg.): Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. München / Jena 2000, S. 406-410
- Krausz, M. et al.: Substitution von Heroinabhängigen mit Methadon. In: Internist 6 (1999), S. 645-650
- Krausz, M.: New Developments towards Differentiated Treatment Programmes. In: European Addiction Research 6 (2000) S.1
- Ladewig, D. et al.: Drogen unter uns. Medizinische, psychologische, soziale und juristische Aspekte des Drogenproblems unter Berücksichtigung des Alkohol- und Tabakkonsums. Basel / München 1983
- Lamnek, S.: Theorien abweichenden Verhaltens. München 1979
- Legnaro, A.: Rausch und Sucht in der Sozial- und Kulturgeschichte Europas. In: Uchtenhagen, A. / Zieglgänsberger, W.: Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. München / Jena 2000, S. 8 - 21
- Liebelt, J.: Angewandtes Qualitätsmanagement: Gesundheitseinrichtungen als lernende Organisation. Heidelberg / New York / Barcelona / Budapest / Hongkong / London / Mailand / Paris / Singapur / Tokio 1998

- Loo, H. et al.: Tratiement de substituion par la methadone. In: Revue du Praticien 45/11 (1995) S. 1378-1382. Zitiert nach: Van Beusekom, I. / Iguchi, M.Y.: A Review of Recent Advances in Knowledge about Methadone Maintenance Treatment. Leiden 2001, S. 16
- Loviscach, P. Soziale Arbeit im Arbeitsfeld Sucht. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau 1996
- Maag, V.: Trends in The Prevalence of Heroin Addiction in Switzerland: A Multiple-Indicator Approach. in press
- Maeder, C. et al.: Gesundheit, Medizin und Gesellschaft. Beiträge zur Soziologie der Gesundheit. Zürich 1999
- Marsden, J.: The Future: Documentation and Evaluation. In: Council of Europe Publishing (Hrsg.): Development and Improvement of Substitution Programmes. Strassburg 2001, S. 203-209
- McCusker, C. / Davies, M.: Prescribing Drug of Choice to Illicit Heroin Users: The Experience of a U.K. Community Drug Team. In: Journal of Substance Abuse Treatment 13 (1996), S. 521-531
- McLellan, A. et al.: The Effects of Psychosocial Services in Substance Abuse Treatment. In: Journal of The American Medical Association 269 (1993), S.1953-1959
- Merten, R.: Autonomie der Sozialen Arbeit. Zur Funktionsbestimmung als Disziplin und Profession. Weinheim / München 1997
- Michels, I.I. / Stöver, H.: Substitutionsbehandlung: Von den Mühen der Ebene. In: Stöver, H. (Hrsg.): Akzeptierende Drogenarbeit. Eine Zwischenbilanz. Freiburg im Breisgau 1999, S.179-198
- Miller, W. R. / Rollnick, S.: Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Freiburg i. Breisgau 1999
- Missel, P. / Braukmann, W. (Hrsg.): Burn-Out in der Suchttherapie. Göttingen 1995
- Müller, C. W.: Anmerkungen zur Geschichte Sozialer Berufe. In: Pfaffenberger, H. / Schenk, M. (Hrsg.): Sozialarbeit zwischen Berufung und Beruf. Professionalisierungs- und Verwissenschaftlichungsproblem der Sozialarbeit/Sozialpädagogik. Münster / Hamburg 1993, S. 11-22
- Müller, R. et al. (Hrsg.): Alkohol, Tabak un dillegale Drogen in der Schweiz 1994-1996. Lausanne 1997

- Musto, D. F. / Ramos, M.R.: Notes on American Medical History. A follow-up Study of the New Haven Morphine Maintenance Clinic of 1920. In: The New England Journal of Medicine 304 (1981), S.1070-1077
- Musto, D. F.: The American Disease. Origins of Narcotic Control. New York 1987.
- Olgiate, M.: Ambulante Langzeitbetreuung Drogenabhängiger. In: Uchtenhagen, A. / Zieglgänsberger, W (Hrsg.): Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. München / Jena 2000, S. 343-349
- Pernegger, T. V. et al.: Randomised Trial of Heroin Maintenance Programme for Addicts who Fail in Conventional Drug Treatments. In: British Medical Journal 312 (1998), S. 13-18
- Pfaffenberger, H.: Professionalisierung und Verwissenschaftlichung als Momente in der Entwicklung einer Profession/Disziplin Sozialpädagogik/Sozialarbeitswissenschaft. In: Pfaffenberger, H. / Schenk, M. (Hrsg.): Sozialarbeit zwischen Berufung und Beruf. Professionalisierungs- und Verwissenschaftlichungsproblem der Sozialarbeit/Sozialpädagogik. Münster / Hamburg 1993, S. 223-243
- Pfaffenberger, H. / Schenk, M. (Hrsg.): Sozialarbeit zwischen Berufung und Beruf. Professionalisierungs- und Verwissenschaftlichungsproblem der Sozialarbeit/Sozialpädagogik. Münster / Hamburg 1993
- Prange, K.: Alte Schwierigkeiten – neue Konfusionen. Bemerkungen zu dem Hamburger-Memorandum der universitären Sozialpädagogik. In: Erziehungswissenschaft 7 (1996) Heft 14, S. 63-75
- Prins, E.H.: The Unintended Side Effects of a Drug Substitute Policy. In: Westermann, B. et al. (Hrsg.): Substitution: Zwischen Leben und Sterben. Weinheim 2001, S. 219-228
- Protokollierungsdienst der Bundesversammlung (Hrsg.): Amtliches Bulletin der Bundesversammlung. Nationalrat 1980, Band 2. Bern 1980
- Raschke, P.: Substitutionstherapie. Ergebnisse langfristiger Behandlung von Opiatabhängigen. Freiburg im Breisgau 1994.
- Rauchfleisch, U.: Arbeit im psychosozialen Feld. Beratung, Begleitung, Psychotherapie, Seelsorge. Göttingen 2001

- Rauschenbach, T.: Grenzen der Lebensweltorientierung – Sozialpädagogik auf dem Weg zu „systemischer Effizienz“. Überlegungen zu den Folgen der Ökonomisierung sozialer Arbeit. In: Fatke, R. et al. (Hrsg.): Erziehung und sozialer Wandel. Brennpunkte sozialpädagogischer Forschung, Theoriebildung und Praxis. Weinheim / Basel 1999, S. 223-244
- Rehm, J. et al.: Feasibility, Safety, and Efficacy of Injectable Heroin Prescription for Refractory Opioid Addicts. A follow-up study. In: The Lancet (2001), S. 1417-1420
- Rehm, J. / Uchtenhagen, A. (unter Mitarbeit von Dombrowski, D.): Metaanalyse schweizerischer Arbeiten zur Verwendung von Methadon als Substitutionsmittel bei der Behandlung von Opioidabhängigkeit. Zürich 2001
- Reichertz, J.: Das Dilemma des „klinischen“ Sozialwissenschaftlers und Sozialpädagogen. Kritische Randnotizen zur Nutzung der Oevermannschen Professionstheorie im sozialpädagogischen Diskurs. In: Pfaffenberger, H. / Schenk, M. (Hrsg.): Sozialarbeit zwischen Berufung und Beruf. Professionalisierungs- und Verwissenschaftlichungsproblem der Sozialarbeit/Sozialpädagogik. Münster / Hamburg 1993, S. 205-222
- Rey-Riek, S. et al.: Validität von Selbstangaben zum Drogenkonsum in der heroingestützten Behandlung in der Schweiz. in press
- Ribeaud, D. / Aebi, M.: Langfristige Auswirkungen der Heroinschreibung auf die Delinquenz der Behandelten. In: Crimiscopie 18 (2001)
- Rihs-Middel, M. et al. (Hrsg.): Ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Praktische Umsetzung und wichtigste Ergebnisse. Bern 2002
- Rittmansberger, H. et al.: Alcohol Consumption during Methadone Maintenance Treatment. In: European Addiction Research. 6 (2000), S. 2-7
- Rosenblum A. et al.: Treatment Intensity and Reduction in Drug Use for Cocaine-Dependent Methadone Patients: A Dose-Response Relationship. In: Journal of Psychoactive Drugs. 27 (1995), S. 151-159
- Sass, H. et al. (Hrsg.): Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen / Bern / Toronto / Seattle 1998
- Satel, S. L. / Aeschbach, E.: The Swiss Heroin Trials. Scientifically Sound? Journal of Substance Abuse Treatment. 17 (1999), S. 331-335
- Schmidbauer, W. / Vom Scheidt, J.: Handbuch der Rauschdrogen. München 1988

- Schneider, W. / Weber, U.: Überlebens- und Lebenshilfen. In: Uchtenhagen, A. / Zieglgänsberger, W. (Hrsg.): Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. München / Jena 2000, S. 364-370
- Schweizerischer Bundesrat: Verordnung über die ärztliche Verschreibung von Heroin vom 8. März 1999. Bern 1999
- Sciaccia, K. / Thompson, C. M.: Program Development and Integrated Treatment Across Systems for Dual Diagnosis: Mental Illness, Drug Addiction and Alcoholism (MI-DAA). In: The Journal of Mental Health Administration 23: 3 (1996), S. 288-297
- SFA-ISPA Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (Hrsg.): Drogeninfo Heroin. Lausanne o. J.
- Siegrist, J.: Medizinische Soziologie. München 1995
- Spector, M. / Kitsuse, J.: Constructing Social Problems. New Brunswick 2001
- Staub-Bernasconi, S.: Ist Soziale Arbeit zu einfach oder zu komplex, um theorie- und wissenschaftswürdig zu sein? Der Beitrag der Frauenbewegung zur Professionalisierung der Sozialarbeit/Sozialpädagogik. In: Pfaffenberger, H. / Schenk, M. (Hrsg.): Sozialarbeit zwischen Berufung und Beruf. Professionalisierungs- und Verwissenschaftlichungsproblem der Sozialarbeit/Sozialpädagogik. Münster / Hamburg 1993, S. 131-171
- Störig, H. J.: Kleine Weltgeschichte der Philosophie in zwei Bänden. Band 2. Frankfurt am Main 1979
- Stöver, H. (Hrsg.): Akzeptierende Drogenarbeit. Eine Zwischenbilanz. Freiburg im Breisgau 1999
- Stutzmann, N. et al.: Prescription d'héroïne: une combinaison nécessaire d'approches diverses. In: Dépendances 10 (2000); S. 16-20
- Uchtenhagen, A. et al. (Hrsg.): Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Abschlussbericht der Forschungsbeauftragten. Zürich 1997
- Uchtenhagen, A. et al.: Prescription of Narcotics for Heroin Addicts. Main Results of the Swiss National Cohort Study. Basel 1999
- Uchtenhagen, A. / Schaaf, S.: Geschichte und Entwicklungstendenzen der Behandlung Drogenabhängiger in Europa. In: Uchtenhagen, A. / Zieglgänsberger, W. (Hrsg.): Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. München / Jena 2000, S. 394-406

- Uchtenhagen, A. / Zieglgänsberger, W. (Hrsg.): Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. München / Jena 2000
- Uchtenhagen, A.: Suchtkonzepte: Theoretische Modelle zur Erklärung von Abhängigkeit. In: Uchtenhagen, A. / Zieglgänsberger, W. (Hrsg.): Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. München / Jena 2000, S. 193-195
- United Way of America (Hrsg.): Measuring Program Outcomes: A practical Approach. Alexandria 1996.
- Van Beusekom, I. / Iguchi M.Y.: A Review of Recent Advances in Knowledge about Methadone Maintenance Treatment. Bern 2001
- Van den Brink, W. Die Substitutionsbehandlung mit Heroin bei therapieresistenten opiatabhängigen Patienten in Methadonbehandlungsprogrammen: Bericht über die niederländische Studie. In: Sucht 46 (3) (2000), S. 195-196
- Van den Brink, W. et al.: Medical Co-Prescription of Heroin. Two randomised controlled trials. Utrecht, 2002
- Verein Jugend ohne Drogen (Hrsg.): Info-Bulletin Juni 2002. Zürich 2002
- Verthein, U.: Psychosoziale Betreuung Methadon-Substituierter in Hamburg. In: neue praxis. 25 (1995), S. 457-470
- Vogler, G. / Bänziger, C.: Nur saubergekämmt sind wir frei. Drogen und Politik in Zürich. Zürich 1990
- Vogt, I. / Schmid, M.: Illicit Drugs in Germany and the Emergence of the Modern Drug Treatment System. In: Klingemann, H. / Hunt, G. (Hrsg.): Drug Treatment Systems in an International Perspective. Thousand Oaks / London / New Delhi 1998; S. 145-157
- Vogt, I.: Sozialarbeit mit Drogenabhängigen in einem „akzeptierenden“ Setting. In: Stöver, H. (Hrsg.): Akzeptierende Drogenarbeit. Eine Zwischenbilanz. Freiburg im Breisgau 1999, S. 25-37
- Voll, P.: Professionelle Strategien in der Suchttherapie. In: Maeder, C. et al.: Gesundheit, Medizin und Gesellschaft. Beiträge zur Soziologie der Gesundheit. Zürich 1999, S.159-183
- Von Aarburg, H.P.: Teddybär Heroin: Nützlich auch als Tyrann. In: Westermann, B. et al.: (Hrsg.): Substitution. Zwischen Leben und Sterben. Weinheim 2001, S. 183-197

- Ward, J. et al.: Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies. Amsterdam 1998
- Ward, J. et al.: Role of Maintenance Treatment in Opioid Dependence. In: The Lancet. 353 (1999), S. 221-226
- Weber, G. / Schneider, W.: Herauswachsen aus der Sucht illegaler Drogen. Selbstaustieg, kontrollierter Gebrauch und therapiegestützter Ausstieg. Berlin 1997
- Weber, M.: Wirtschaft und Gesellschaft. Tübingen 1990
- Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.): WHO Expert Committee on Drug Dependence. Geneva 1998
- Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F); klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern / Göttingen / Toronto / Seattle 1999a
- Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.): Report of the External Panel on the Evaluation of the Swiss Scientific Studies of Medically Prescribed Narcotics to Drug Addicts. o. O. 1999b
- Wendt, W.R.: Case-Management im Sozial- und Gesundheitswesen: Eine Einführung. Freiburg im Breisgau 1997
- Westermann, B. et al. (Hrsg.): Heroinverschreibung. Wirkungen und Nebenwirkungen. Weinheim 1999
- Westermann, B. et al. (Hrsg.): Substitution: Zwischen Leben und Sterben. Weinheim 2001
- Westermann, B.: Black-box PSB. Versuch einer Aufklärung. In: Westermann, B. et al. (Hrsg.): Heroinverschreibung. Wirkungen und Nebenwirkungen. Weinheim 1999, S. 210-228
- Wettach, R. et al.: Entwicklung von Instrumenten zur Erfassung der Behandlungsqualität von ambulanten und stationären Therapie- und Betreuungsprogrammen für Drogenabhängige. Zürich 1997
- Woody, G.E. et al.: Psychotherapy with Opioid-Dependent Patients. In: Psychiatric Times 11 (Vol. XV) (1998), ohne Paginierung
- Zieglänsberger, W. / Höllt, V.: Opiate und Opioide. In: Uchtenhagen, A. / Zieglänsberger, W. (Hrsg.): Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. München / Jena 2000, S. 87-97

Zimmer-Höfler, D. / Uchtenhagen, A.: Wie "normal" ist Heroinabhängigkeit? Eine zweijährige Verlaufsuntersuchung mit repräsentativer Kontrollgruppe. In: Drogalkohol 9,2 (1985), S.83-148

8.2. ONLINE-DOKUMENTE

A Med-World AG (Hrsg.): Heroin – Allgemeines.

<http://www.m-ww.de/pharmakologie/drogen/heroin.html>

BFS, Schweizerisches Bundesamt für Statistik (Hrsg.): Ständige Wohnbevölkerung nach Heimat

http://www.statistik.admin.ch/stat_ch/ber01/dufr01.htm

Bundesministerium für Gesundheit/Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (Hrsg.): Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger. Kurzdarstellung des Forschungsdesigns.

http://www.heroinstudie.de/forschungsdesign_kurzfassung.pdf

Crowley, T. J.: Research in The Assessment of Treatment and Services for Heroin Users. Internet-Publikation Bundesamt für Gesundheit, Bern. Vortrag gehalten am 11.3.1999 am Internationalen Symposium über die heroingestützte Behandlung für Drogenabhängige in Bern.

<http://www.admin.ch/bag/sucht/forschev/e/forschg/sympos99/ab111245.htm>

Fischer, B.: Opiate Addiction Treatment, Research and Policy in Canada – Past, Present and Future Issues. Internet-Publikation Bundesamt für Gesundheit, Bern. Vortrag gehalten am 12.3.1999 am Internationalen Symposium über die heroingestützte Behandlung für Drogenabhängige in Bern.

<http://www.admin.ch/bag/sucht/forschev/e/forschg/sympos99/ab121500.htm>

APPENDIX I

FRAGEBOGEN ZUR ERFASSUNG DER INTERNEN BEHANDLUNGS- UND BETREUUNGSDIENSTLEISTUNGEN

Eintrittsdatum
(Tag/Monat/Jahr)

Personencode

STUDIE PSYCHOSOZIALE BETREUUNG HeGeBe

THERAPIEMONATE EINS BIS SECHS

ERFASSUNG DER INTERNEN BEHANDLUNGS- UND BETREUUNGS- LEISTUNGEN FÜR DIE EINTRITTE ZWISCHEN 1. JANUAR UND 30. JUNI 2001

1. Behandlungs- und Betreuungsfrequenz während der ersten sechs Behandlungsmonate

	Behandlung/Betreuung	Anzahl Viertelstunden pro Behandlungsmonat						
		1.Mt.	2. Mt.	3. Mt.	4. Mt.	5. Mt.	6. Mt.	
A.	Psychosoziale Betreuung (Definition gemäss HeGeBe-Handbuch Kap. 1. S.16)							
	Einzelgespräche							001-012
	Partnergespräche mit Patient/in							013-024
	Familiengespräche							025-036
B.	Somatisch-medizinische Konsultationen (Definition gemäss HeGeBe-Handbuch Kap. 1. S.16)							037-048
C.	Psychiatrisch-medizinische Konsultationen (Definition gemäss HeGeBe-Handbuch Kap. 1. S.16, durchgeführt von Psychiater/in FMH oder durch dafür angestellte/n Assistenzarzt/ärztin in einer psychiatrischen Institution)							049-060
D.	Einzelpsychotherapie (durchgeführt von Psychiater/in oder durch andere psychotherapeutisch ausgebildete Fachperson)							
	Analytische Psychotherapie							061-072
	Gesprächspsychotherapie							073-084
	Verhaltenstherapie							085-096
E.	Gruppenpsychotherapie (durchgeführt von Psychiater/in oder durch andere psychotherapeutisch ausgebildete Fachperson)							097-108
F.	Gruppenaktivitäten (interne Kurse, Kreativgruppen, Freizeitgestaltung, etc)							109-120
G.	Anderes <input type="checkbox"/>							121-132

Zeiterfassung: jede angebrochene Viertelstunde wird als volle Viertelstunde berechnet. Die erste Viertelstunde wird ab einer Konsultations-/Interventionsdauer von 10 Minuten gerechnet.

	1.Mt.	2. Mt.	3. Mt.	4. Mt.	5. Mt.	6. Mt.	
H. Durchschnittliche Anzahl Abgabekontakte pro Tag							133-144

2. Wer führt die interne psychosoziale Betreuung vorwiegend durch? (Zutreffendes einkreisen; KEI-NE Mehrfachnennungen; wenn J. gleichzeitig I. ist, gilt I.)

- I. Sozialarbeiter/Sozialarbeiterin 1
- J. Bezugsperson aus Abgabe und Pflege 1
- K. Andere Fachperson, nämlich 1

Eintrittsdatum
(Tag/Monat/Jahr)

Personencode

STUDIE PSYCHOSOZIALE BETREUUNG HeGeBe

THERAPIEMONATE SIEBEN BIS ZWÖLF

ERFASSUNG DER INTERNEN BEHANDLUNGS- UND BETREUUNGS- LEISTUNGEN FÜR DIE EINTRITTE ZWISCHEN 1. JANUAR UND 30. JUNI 2001

1. Behandlungs- und Betreuungsfrequenz während der Behandlungsmonate sieben bis zwölf

	Behandlung/Betreuung	Anzahl Viertelstunden pro Behandlungsmonat						
		7. Mt.	8. Mt.	9. Mt.	10. Mt.	11. Mt.	12. Mt.	
A.	Psychosoziale Betreuung (Definition gemäss HeGeBe-Handbuch Kap. 1. S.16)							
	Einzelgespräche							001-012
	Partnergespräche mit Patient/in							013-024
	Familiengespräche							025-036
B.	Somatisch-medizinische Konsultationen (Definition gemäss HeGeBe-Handbuch Kap. 1. S.16)							037-048
C.	Psychiatrisch-medizinische Konsultationen (Definition gemäss HeGeBe-Handbuch Kap. 1. S.16, durchgeführt von Psychiater/in FMH oder durch dafür angestellte/n Assistenz- arzt/ärztin in einer psychiatrischen Institution)							049-060
D.	Einzelpsychotherapie (durchgeführt von Psychiater/in oder durch andere psychotherapeutisch ausgebildete Fachperson)							
	Analytische Psychotherapie							061-072
	Gesprächspsychotherapie							073-084
	Verhaltenstherapie							085-096
E.	Gruppenpsychotherapie (durchgeführt von Psychiater/in oder durch andere psychotherapeu- tisch ausgebildete Fachperson)							097-108
F.	Gruppenaktivitäten (interne Kurse, Kreativgruppen, Freizeitgestaltung, etc)							109-120
G.	Anderes <input type="checkbox"/>							121-132

Zeiterfassung: jede angebrochene Viertelstunde wird als volle Viertelstunde berechnet. Die erste Viertelstunde wird ab einer Konsultations-/Interventionsdauer von 10 Minuten gerechnet.

	7. Mt.	8. Mt.	9. Mt.	10. Mt.	11. Mt.	12. Mt.	
H. Durchschnittliche Anzahl Abgabekontakte pro Tag							133-144

2. Wer führt die interne psychosoziale Betreuung vorwiegend durch? (Zutreffendes einkreisen; KEI-NE Mehrfachnennungen; wenn J. gleichzeitig I. ist, gilt I.)

- I. Sozialarbeiter/Sozialarbeiterin 1
- J. Bezugsperson aus Abgabe und Pflege 1
- K. Andere Fachperson, nämlich 1

APPENDIX II
RESULTATE KOVARIANZANALYSE
(SPSS 10- OUTPUT)

Univariate Analysis of Variance: PSB und GSI

Between-Subjects Factors

	Value Label	N	
Dreiteilung	1.00	5-75-10	10
PSB	2.00	10.75-15.25	10
	3.00	15.5-30	9

Descriptive Statistics

Dependent Variable: Veränderung GSI T0-T365

Dreiteilung PSB	Mean	Std. Deviation	N
5-75-10	-.133866	.553456618	10
10.75-15.25	-.043034	.434244616	10
15.5-30	-.297895	.488029871	9
Total	-.153450	.488176643	29

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

Dependent Variable: Veränderung GSI T0-T365

F	df1	df2	Sig.
.170	2	26	.844

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept+GSI_T0+TRI_PSB

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: Veränderung GSI T0-T365

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	3.988 ^a	3	1.329	12.375	.000
Intercept	1.150	1	1.150	10.706	.003
GSI_T0	3.674	1	3.674	34.206	.000
TRI_PSB	3.877E-02	2	1.938E-02	.180	.836
Error	2.685	25	.107		
Total	7.356	29			
Corrected Total	6.673	28			

a. R Squared = .598 (Adjusted R Squared = .549)

Estimated Marginal Means

Grand Mean

Dependent Variable: Veränderung GSI T0-T365

Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
		Lower Bound	Upper Bound
-.155 ^a	.061	-.280	-2.902E-02

a. Evaluated at covariates appeared in the model:
GSI_T0 = .60239596.

Univariate Analysis of Variance: PSB und Kokainkonsum

Between-Subjects Factors

	Value Label	N
Dreiteilung	1.00	3
PSB	2.00	8
	3.00	10

Descriptive Statistics

Dependent Variable: Veränderung Konsum Kokain

Dreiteilung PSB	Mean	Std. Deviation	N
5.75-10	-.3333	.57735	3
10.75-15.25	-2.2500	5.41822	8
15.5-30	-11.1000	13.70685	10
Total	-6.1905	10.87483	21

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

Dependent Variable: Veränderung Konsum Kokain

F	df1	df2	Sig.
5.211	2	18	.016

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept+MKS08400+TRI_PSB

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: Veränderung Konsum Kokain

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	2313.209 ^a	3	771.070	251.940	.000
Intercept	5.097	1	5.097	1.666	.214
MKS08400	1845.038	1	1845.038	602.849	.000
TRI_PSB	28.536	2	14.268	4.662	.024
Error	52.029	17	3.061		
Total	3170.000	21			
Corrected Total	2365.238	20			

a. R Squared = .978 (Adjusted R Squared = .974)

Estimated Marginal Means

Grand Mean

Dependent Variable: Veränderung Konsum Kokain

Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
		Lower Bound	Upper Bound
-6.253 ^a	.441	-7.183	-5.322

a. Evaluated at covariates appeared in the model:
Konsums letzter Mt Kokain = 7.1429.

Univariate Analysis of Variance: PSB und Ausgaben für Drogen

Between-Subjects Factors

	Value Label	N
Dreiteilung	1.00	11
PSB	2.00	10
	3.00	8

Descriptive Statistics

Dependent Variable: Veränderung Ausg. Drogen T0-T365

Dreiteilung PSB	Mean	Std. Deviation	N
5-75-10	-1363.64	1097.06219	11
10.75-15.25	-1084.00	961.56354	10
15.5-30	-1243.13	1852.24369	8
Total	-1233.97	1264.67202	29

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

Dependent Variable: Veränderung Ausg. Drogen T0-T365

F	df1	df2	Sig.
.313	2	26	.734

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept+SFI02000+TRI_PSB

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: Veränderung Ausg. Drogen T0-T365

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	44454858.0 ^a	3	14818286.00	1128.717	.000
Intercept	61383.391	1	61383.391	4.676	.040
SFI02000	44044330.5	1	44044330.46	3354.880	.000
TRI_PSB	30406.417	2	15203.208	1.158	.330
Error	328210.959	25	13128.438		
Total	88940525.0	29			
Corrected Total	44783069.0	28			

a. R Squared = .993 (Adjusted R Squared = .992)

Estimated Marginal Means

Grand Mean

Dependent Variable: Veränderung Ausg. Drogen T0-T365

Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
		Lower Bound	Upper Bound
-1231.185 ^a	21.467	-1275.397	-1186.974

a. Evaluated at covariates appeared in the model:
Drogenausgaben 30T = 1319.3103.

Univariate Analysis of Variance: Psych. Kons. und GSI

Between-Subjects Factors

	Value Label	N
Dreiteilung	1.00	9
Psy. Kons.	2.00	8
in h	3.00	9

Descriptive Statistics

Dependent Variable: Veränderung GSI T0-T365

Dreiteilung	Mean	Std. Deviation	N
1-2.25	.00689448	.500286289	9
2.25-5	-.164649	.462345727	8
5-16.25	-.421865	.451254483	9
Total	-.194305	.488471060	26

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

Dependent Variable: Veränderung GSI T0-T365

F	df1	df2	Sig.
1.269	2	23	.300

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept+GSI_T0+TRI_PSY

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: Veränderung GSI T0-T365

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	3.447 ^a	3	1.149	10.038	.000
Intercept	.735	1	.735	6.424	.019
GSI_T0	2.609	1	2.609	22.797	.000
TRI_PSY	7.200E-02	2	3.600E-02	.315	.733
Error	2.518	22	.114		
Total	6.947	26			
Corrected Total	5.965	25			

a. R Squared = .578 (Adjusted R Squared = .520)

Estimated Marginal Means

Grand Mean

Dependent Variable: Veränderung GSI T0-T365

Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
		Lower Bound	Upper Bound
-.193 ^a	.066	-.331	-5.504E-02

a. Evaluated at covariates appeared in the model:
GSI_T0 = .65180801.

Univariate Analysis of Variance: Psych. Kons. und Kokainkonsum

Between-Subjects Factors

	Value Label	N
Dreiteilung	1.00	4
Psy. Kons. in h	2.00	7
	3.00	8

Descriptive Statistics

Dependent Variable: Veränderung Konsum Kokain

Dreiteilung	Mean	Std. Deviation	N
1-2.25	-9.0000	16.39105	4
2.25-5	-1.4286	1.61835	7
5-16.25	-8.8750	13.57979	8
Total	-6.1579	11.45165	19

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

Dependent Variable: Veränderung Konsum Kokain

F	df1	df2	Sig.
5.553	2	16	.015

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept+MKS08400+TRI_PSY

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: Veränderung Konsum Kokain

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	2315.562 ^a	3	771.854	257.487	.000
Intercept	26.113	1	26.113	8.711	.010
MKS08400	2067.625	1	2067.625	689.749	.000
TRI_PSY	33.712	2	16.856	5.623	.015
Error	44.965	15	2.998		
Total	3081.000	19			
Corrected Total	2360.526	18			

a. R Squared = .981 (Adjusted R Squared = .977)

Estimated Marginal Means

Grand Mean

Dependent Variable: Veränderung Konsum Kokain

Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
		Lower Bound	Upper Bound
-5.745 ^a	.416	-6.632	-4.858

a. Evaluated at covariates appeared in the model:
Konsums letzter Mt Kokain = 7.1053.

Univariate Analysis of Variance: Psych. Kons. und Ausgaben für Drogen

Between-Subjects Factors

	Value Label	N
Dreiteilung 1.00	1-2.25	9
Psy. Kons. in h 2.00	2.25-5	10
3.00	5-16.25	6

Descriptive Statistics

Dependent Variable: Veränderung Ausg. Drogen T0-T365

Dreiteilung	Mean	Std. Deviation	N
1-2.25	-1196.67	835.71825	9
2.25-5	-927.0000	910.62921	10
5-16.25	-1574.17	2067.39067	6
Total	-1179.40	1224.67540	25

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

Dependent Variable: Veränderung Ausg. Drogen T0-T365

F	df1	df2	Sig.
1.725	2	22	.201

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept+SFI02000+TRI_PSY

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: Veränderung Ausg. Drogen T0-T365

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	35708119.2 ^a	3	11902706.39	868.518	.000
Intercept	54276.053	1	54276.053	3.960	.060
SFI02000	34133334.0	1	34133334.01	2490.646	.000
TRI_PSY	21282.271	2	10641.135	.776	.473
Error	287796.819	21	13704.610		
Total	70770525.0	25			
Corrected Total	35995916.0	24			

a. R Squared = .992 (Adjusted R Squared = .991)

Estimated Marginal Means

Grand Mean

Dependent Variable: Veränderung Ausg. Drogen T0-T365

Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
		Lower Bound	Upper Bound
-1173.555 ^a	24.014	-1223.494	-1123.616

a. Evaluated at covariates appeared in the model:
Drogenausgaben 30T = 1270.4000.

Univariate Analysis of Variance: Som. Kons. und GSI

Between-Subjects Factors

	Value Label	N
Dreiteilung	1.00	8
som. Kons.	2.00	11
	3.00	8

Descriptive Statistics

Dependent Variable: Veränderung GSI T0-T365

Dreiteilung som. Kons.	Mean	Std. Deviation	N
0.5-1.5	-.229829	.588387112	8
1.5-4.25	-.327826	.331687453	11
4.5-12.5	.21877689	.426556332	8
Total	-.136833	.491439296	27

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

Dependent Variable: Veränderung GSI T0-T365

F	df1	df2	Sig.
1.721	2	24	.200

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept+GSI_T0+TRI_SOM

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: Veränderung GSI T0-T365

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	4.282 ^a	3	1.427	16.439	.000
Intercept	1.107	1	1.107	12.744	.002
GSI_T0	2.800	1	2.800	32.248	.000
TRI_SOM	.602	2	.301	3.466	.048
Error	1.997	23	8.683E-02		
Total	6.785	27			
Corrected Total	6.279	26			

a. R Squared = .682 (Adjusted R Squared = .640)

Estimated Marginal Means

Grand Mean

Dependent Variable: Veränderung GSI T0-T365

Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
		Lower Bound	Upper Bound
-.119 ^a	.057	-.237	-6.902E-05

a. Evaluated at covariates appeared in the model:
GSI_T0 = .58240883.

Univariate Analysis of Variance: som. Kons. und Kokainkonsum

Between-Subjects Factors

	Value Label	N
Dreiteilung 1.00	0.5-1.5	7
som. Kons. 2.00	1.5-4.25	8
3.00	4.5-12.5	3

Descriptive Statistics

Dependent Variable: Veränderung Konsum Kokain

Dreiteilung som. Kons.	Mean	Std. Deviation	N
0.5-1.5	-2.4286	5.22357	7
1.5-4.25	-6.2500	10.97725	8
4.5-12.5	-1.0000	1.73205	3
Total	-3.8889	8.03587	18

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

Dependent Variable: Veränderung Konsum Kokain

F	df1	df2	Sig.
1.141	2	15	.346

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept+MKS08400+TRI_SOM

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: Veränderung Konsum Kokain

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	1024.837 ^a	3	341.612	65.568	.000
Intercept	7.020	1	7.020	1.347	.265
MKS08400	940.274	1	940.274	180.474	.000
TRI_SOM	.267	2	.134	.026	.975
Error	72.940	14	5.210		
Total	1370.000	18			
Corrected Total	1097.778	17			

a. R Squared = .934 (Adjusted R Squared = .919)

Estimated Marginal Means

Grand Mean

Dependent Variable: Veränderung Konsum Kokain

Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
		Lower Bound	Upper Bound
-3.942 ^a	.592	-5.212	-2.671

a. Evaluated at covariates appeared in the model:
Konsums letzter Mt Kokain = 5.0000.

Univariate Analysis of Variance: Som. Kons. und Ausgaben für Drogen

Between-Subjects Factors

	Value Label	N
Dreiteilung	1.00	7
som. Kons.	2.00	12
	3.00	9

Descriptive Statistics

Dependent Variable: Veränderung Ausg. Drogen T0-T365

Dreiteilung som. Kons.	Mean	Std. Deviation	N
0.5-1.5	-1212.86	2060.41027	7
1.5-4.25	-892.9167	593.03709	12
4.5-12.5	-1775.56	1172.71172	9
Total	-1256.61	1281.87945	28

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

Dependent Variable: Veränderung Ausg. Drogen T0-T365

F	df1	df2	Sig.
1.705	2	25	.202

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept+SFI02000+TRI_SOM

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: Veränderung Ausg. Drogen T0-T365

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	44021899.8 ^a	3	14673966.59	1021.085	.000
Intercept	64617.938	1	64617.938	4.496	.044
SFI02000	39997485.1	1	39997485.10	2783.217	.000
TRI_SOM	7821.269	2	3910.635	.272	.764
Error	344902.895	24	14370.954		
Total	88580525.0	28			
Corrected Total	44366802.7	27			

a. R Squared = .992 (Adjusted R Squared = .991)

Estimated Marginal Means

Grand Mean

Dependent Variable: Veränderung Ausg. Drogen T0-T365

Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
		Lower Bound	Upper Bound
-1253.393 ^a	23.220	-1301.317	-1205.469

a. Evaluated at covariates appeared in the model:
Drogenausgaben 30T = 1345.0000.

Univariate Analysis of Variance: Opiatdosierung und GSI

Between-Subjects Factors

	Value Label	N
Dreiteilung Opiatdosierung	1.00 200.67mg- 432.97mg	9
	2.00 439.82mg- 512.86mg	11
	3.00 526.58mg- 827.98mg	9

Descriptive Statistics

Dependent Variable: Veränderung GSI T0-T365

Dreiteilung	Mean	Std. Deviation	N
200.67mg-432.97mg	-.142192	.581378387	9
439.82mg-512.86mg	-.073366	.416113171	11
526.58mg-827.98mg	-.262590	.507254736	9
Total	-.153450	.488176643	29

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

Dependent Variable: Veränderung GSI T0-T365

F	df1	df2	Sig.
1.852	2	26	.177

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept+GSI_T0+TRIOPDOS

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: Veränderung GSI T0-T365

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	4.142 ^a	3	1.381	13.642	.000
Intercept	1.213	1	1.213	11.984	.002
GSI_T0	3.964	1	3.964	39.158	.000
TRIOPDOS	.194	2	9.678E-02	.956	.398
Error	2.530	25	.101		
Total	7.356	29			
Corrected Total	6.673	28			

a. R Squared = .621 (Adjusted R Squared = .575)

Estimated Marginal Means

Grand Mean

Dependent Variable: Veränderung GSI T0-T365

Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
		Lower Bound	Upper Bound
-.160 ^a	.059	-.282	-3.757E-02

a. Evaluated at covariates appeared in the model:
GSI_T0 = .60239596.

Univariate Analysis of Variance: Opiatdosierung und Kokainkonsum

Between-Subjects Factors

	Value Label	N
Dreiteilung	1.00	6
Opiatdosierung	2.00	7
	3.00	8

Descriptive Statistics

Dependent Variable: Veränderung Konsum Kokain

Dreiteilung	Mean	Std. Deviation	N
200.67mg-432.97mg	-5.0000	4.47214	6
439.82mg-512.86mg	-8.0000	15.19868	7
526.58mg-827.98mg	-5.5000	10.98050	8
Total	-6.1905	10.87483	21

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

Dependent Variable: Veränderung Konsum Kokain

F	df1	df2	Sig.
3.902	2	18	.039

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept+MKS08400+TRIOPDOS

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: Veränderung Konsum Kokain

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	2293.729 ^a	3	764.576	181.765	.000
Intercept	13.337	1	13.337	3.171	.093
MKS08400	2258.491	1	2258.491	536.918	.000
TRIOPDOS	9.056	2	4.528	1.076	.363
Error	71.509	17	4.206		
Total	3170.000	21			
Corrected Total	2365.238	20			

a. R Squared = .970 (Adjusted R Squared = .964)

Estimated Marginal Means

Grand Mean

Dependent Variable: Veränderung Konsum Kokain

Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
		Lower Bound	Upper Bound
-6.117 ^a	.451	-7.068	-5.167

a. Evaluated at covariates appeared in the model:
Konsums letzter Mt Kokain = 7.1429.

Univariate Analysis of Variance: Opiatdosierung und Ausgaben für Drogen

Between-Subjects Factors

	Value Label	N
Dreiteilung	1.00	10
Opiatdosierung	2.00	11
	3.00	8
	200.67mg-432.97mg	
	439.82mg-512.86mg	
	526.58mg-827.98mg	

Descriptive Statistics

Dependent Variable: Veränderung Ausgaben für Drogen
T0-T365

Dreiteilung	Mean	Std. Deviation	N
200.67mg-432.97mg	-1244.00	1151.58056	10
439.82mg-512.86mg	-1210.00	925.75375	11
526.58mg-827.98mg	-1254.38	1861.91038	8
Total	-1233.97	1264.67202	29

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

Dependent Variable: Veränderung Ausgaben für
Drogen T0-T365

F	df1	df2	Sig.
5.871	2	26	.008

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept+SFI02000+TRIOPDOS

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: Veränderung Ausgaben für Drogen T0-T365

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	44483792.7 ^a	3	14827930.89	1238.649	.000
Intercept	72615.109	1	72615.109	6.066	.021
SFI02000	44473135.6	1	44473135.57	3715.057	.000
TRIOPDOS	59341.076	2	29670.538	2.479	.104
Error	299276.300	25	11971.052		
Total	88940525.0	29			
Corrected Total	44783069.0	28			

a. R Squared = .993 (Adjusted R Squared = .993)

Estimated Marginal Means

Grand Mean

Dependent Variable: Veränderung Ausgaben für Drogen T0-T365

Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
		Lower Bound	Upper Bound
-1229.646 ^a	20.499	-1271.865	-1187.428

a. Evaluated at covariates appeared in the model:
Drogenausgaben 30T = 1319.3103.

APPENDIX III
LEITFADEN PROBLEMZENTRIERTES INTENSIVINTERVIEW

Studie Psychosoziale Betreuung HeGeBe, Leitfaden Intensivinterview

„Vielen Dank, dass Sie sich zu diesem Gespräch bereit erklärt haben. Mich interessiert für die Studie, an der ich arbeite, wie sich die Menschen, die in der HeGeBe sind, entwickeln, was sich in ihrem Leben seit Beginn der HeGeBe verändert hat und die Gründe für diese Veränderungen.

Damit die persönlichen Auffassungen von Ihnen und von anderen HeGeBe-Patienten deutlich werden, möchte ich ihnen gerne zuhören, was Sie zu bestimmten Themen zu erzählen haben.

Das Gespräch wird höchstens 1.5 Stunden dauern und ich möchte Sie bitten, mir bei jedem Thema Ihre persönlichen Erfahrungen, Erlebnisse und Ansichten ganz offen zu äussern. Dieses Gespräch bleibt natürlich anonym. Ihr Name wird nicht genannt. Ich möchte Sie auch um Erlaubnis bitten, das Tonband mitlaufen zu lassen, damit nichts Wichtiges verloren geht.

Haben Sie noch Fragen?“

Zuerst kurz: Seit wann sind sie in HeGeBe?

1. Veränderungen im eigenen Leben

(subjektiv wahrgenommene Veränderungen, Alltag heute im Vergleich zu früher, Unterschied zwischen HeGeBe und anderen Therapieerfahrungen)

Beschreiben Sie bitte zuerst, wie ein normaler Tagesablauf heute (da Sie in der HeGeBe sind) für Sie aussieht.

Was war daran anders, als sie noch nicht in HeGeBe waren?

Wie war der erste Kontakt mit HeGeBe?

Was hat sich in ihrem Leben verändert, seit Sie in der HeGeBe sind?

Wie reagieren Freunde/Familienmitglieder auf sie, seit Sie in der HeGeBe sind? Hat sich diesbezüglich etwas verändert? Beispiele, Erlebnisse?

2. Bedeutung von HeGeBe

(Wem oder was werden die Veränderungen zugeschrieben? Wie ist die subjektive Wahrnehmung von HeGeBe und deren Auswirkungen auf Alltag und Werdegang?)

Was bedeutet HeGeBe für Sie? Beispiele? Erlebnisse?

Die HeGeBe besteht aus verschiedenen Teilen: der Heroinabgabe, der ärztlichen Behandlung und der psychosozialen oder sozialarbeiterischen Betreuung.

Wann waren sie das letzte Mal bei der Person, die für ihre Betreuung zuständig ist? Wie war das? Was passierte?

Wann waren sie das letzte Mal beim Arzt? Wie war das? Was passierte?

Was halten sie von der Frequenz der Termine?

Wer ist ihre hauptsächliche Bezugsperson in HeGeBe? Wie würden sie ihre Beziehung zu ihm/ihr beschreiben?

Wäre eine intensivere oder eher eine losere Betreuung angebracht?

Unabhängig von diesen drei Behandlungsteilen: Was ist Ihnen an HeGeBe besonders wichtig (Personen, Sachen? Warum?

Haben sich, seit sie in HeGeBe sind, in Ihrem Leben wichtige Dinge aufgrund von anderen äusseren Umständen geändert? Was? Wie sind diese Änderungen zustande gekommen?

Was müsste sich an HeGeBe ändern, damit sie Ihnen noch mehr nützte?

APPENDIX IV

TRANSKRIPTION PROBLEMZENTRIERTE INTENSIVINTERVIEWS ZU FALL 1 UND 2

Problemzentriertes Intensivinterview zu Fall 1: Patient Eugen S.

Zeitpunkt Interview: 11.11.2002, 9 Uhr morgens

Alter: 33 Jahre

männlich

In HeGeBe seit 28. Mai 2001

Interviewort: HeGeBe Behandlungszentrum

I: Es sind zwei Themen, die mich hier interessieren. Einerseits, was sich seit dem Mai 2001, also seit anderthalb Jahren, in ihrem Leben verändert hat und das Zweite wäre, was sie denken, was davon mit HeGeBe zu tun hat, also mit dem Behandlungszentrum und der heroingestützten Behandlung und was mit anderen Sachen. Aber die erste Frage, die ich Ihnen stellen möchte ... und es ist mir vor allem wichtig, Ihnen auch zuzuhören, weil ich ihre Erlebnisse und Erfahrungen hören will. Es hat ja eine Geschichte, dass sie in HeGeBe sind und jetzt hier vor mir sitzen, und...

P: Also, auch wie ich überhaupt dazu gekommen bin, dass ich in dieses Programm eingetreten bin, oder?

I: Das kommt dann alles auch. Ich würde dann einfach mal so, ja, nach den Fragen, die ich mir aufgeschrieben habe, vorgehen.

P: hm (zustimmend)

I: Und ich möchte Sie zuerst bitten, mir zu erzählen, wie so ein normaler Tagesablauf heute aussieht, also seit sie jetzt in diesem Behandlungszentrum sind...

P: ...jawohl, ja...

I: ... vom Morgen bis zum Abend.

P: Also am Morgen ist es so, dass ich, dadurch, dass ich nicht arbeite, eh, relativ früh am Morgen bereits wach bin. Ich bin morgens von etwa halb sieben Uhr an wach. Dann bereite ich mich langsam vor. Ich wasche mich, frühstücke. Dann mache ich mich bereit, so dass ich um viertel nach sieben, wenn es hier aufgeht, hier sein kann.

I: Dann sind sie früh hier. Hat es dann hier bereits viele Leute?

P: Ja, am Morgen kommen vor allem zuerst diejenigen, die morgens noch arbeiten müssen. Das sind ein paar und die dürfen auch vorher ran, also, sie kommen zuerst dran, weil sie arbeiten gehen müssen. Und äh, ja meistens, wenn ich um Viertel nach sieben da bin, geht es etwa 10 Minuten, bis ich dann dran bin. Dann kann ich mir den Knall machen und dann, nach dem Knall, ist es bei mir so, dass ich relativ früh wieder gehe, weil ich eigentlich das hier nutze, um mir den Knall zu machen und wieder zu gehen, und nicht gross noch herumsitze, weil für mich hat das doch noch viel mit der Gasse zu tun, weil hier unten noch viele Leute sind, die sind noch nahe bei der Gasse, und das ist nicht mein Interesse. Deshalb meide ich das ein wenig, das heisst, ich brauche das Pro-

gramm wirklich für mich und schaue, dass ich Beziehungen schon auch pflege, aber oberflächlich mit den Klienten, weil ich einen Abstand zur Gasse haben will und wieder ein ganz anderes Verhältnis zur Familie habe und so.

I: Dazu kommen wir noch. Jetzt noch diese Frage: Sie setzen sich unten also jeweils nicht noch hin...

P...nein, nicht lange, vielleicht setze ich mich noch fünf Minuten hin, weil nach dem Knall ist es schon so, dass, wenn er einfährt, es mir ein bisschen schwindlig wird. Am Morgen früh fährt es manchmal etwas heftig ein, dann muss ich mich einen Moment setzen, aber dann geh ich wieder heim. Weil ich in der Nähe wohne, habe ich keinen weiten Weg. Zu Hause schaue ich, was im Haushalt nötig zu machen ist, mache dies und.... meistens jedoch ergibt es sich, dass ich mich sehr gern noch einmal eine Stunde oder zwei hinlege, weil bei mir ist es noch so, dass ich, dadurch dass ich HIV-positiv bin, eine Therapie mit Medikamenten mache und das ist bei mir im Moment etwas schwierig, weil ich oft Magenprobleme habe. Deshalb muss ich mich auch etwas hinlegen, damit sich die Magennerven beruhigen können und damit die Medikamente auch wirken können, nicht dass ich es wieder erbreche.

I: Darf ich fragen: Bekommen Sie ihre HIV-Medikamente auch hier ...

P: .. Jawohl...

I:... am Morgen...

P: ... ja, und am Abend.

I: Und dann gehen sie eben nach Hause, legen sich hin, erholen sich ein wenig. Dann ist es langsam späterer Vormittag. Was passiert dann so normalerweise?

P: ähh, meistens schaue ich dann etwas im Fernsehen am Morgen und gegen Mittag mache ich mir etwas zum Mittagessen. Meistens koche ich mir etwas Kleines. Und äh, ja, nach dem Mittagessen mache ich ein Mittagsschläfchen. Das ist bei mir so gang und gäbe seit ich auch positiv bin, weil ich die Medikamente doch ein wenig spüre.

I: Gehen sie am Mittag nicht in die Abgabe?

P: Nein, ich gehe nur morgens und abends. Für mich reicht das. Ich habe am Anfang auf jeden Fall eine höhere Dosis gehabt. Am Anfang musste ich auch dreimal gehen. Aber ich habe von Anfang an auch gesagt: ich will dann so schnell wie möglich auf zweimal runter, weil, ich denke, die Abhängigkeit von diesem Programm ist so schon gross genug. Man ist tagsüber schon genug eingeschränkt dadurch und so denke ich, es ist besser, einfach am Morgen und am Abend zu kommen.

I: Und darf ich fragen, was Sie bekommen, also Heroin und eventuell noch Methadon?

P: Ich bekomme hier Heroin, zweimal pro Tag, das heisst, am Morgen habe ich im Moment 140 und am Abend habe ich 180.

I: Kein Methadon oder so..?

P: Nein, Methadon bekomme ich nur, wenn ich am Wochenende – so wie letztes Wochenende – bei den Eltern bin, als Ersatz.

I: Gut, und dann eben nach dem Mittagessen [lege ich mich etwas hin] legen Sie sich nochmals hin und dann ist es Mitte Nachmittag...

P: Am späteren Nachmittag schaue ich in der Regel fern. Wenn es schönes Wetter ist gehe ich raus, raus zum spazieren in die Stadt. In die Stadt gehe ich ... äh ... schon, aber auch weniger, wegen der Gasse, weil dadurch dass ich finanziell nicht gut dastehe, liegt es bei mir nicht drin, in einer Beiz zu verweilen, stundenlang oder so. Aber bei schönem Wetter gehe ich gern in den Park. Klar, dort trifft man sich in der Szene. Aber ich muss eins sagen: Ich habe zur Szene in dem Sinne so eine Beziehung, ich habe viele Freunde auf der Szene und die will ich nicht missen, weil, da sind Sachen ... über lange Jahre verbinden einen Sachen. Das sind Menschen, denen will ich auch nicht den Rücken kehren, weil es mir in meinem Leben besser geht.

I: Und einerseits, eben, jeder Mensch braucht irgendwie Kollegen [braucht Menschen, oder] zum Zusammensein, andererseits haben Sie auch schon am Anfang, wo sie den Morgen beschrieben haben, gesagt: Ja... es ist so etwas zweischneidig [ein gewisser Abstand, ja], sie wollten lieber etwas Distanz. Aber ähm...

P: Dies ist einfach wegen meinem persönlichen Weg, oder? Das ist für mich auch eine Hilfe, dass ich nicht wieder zurückfalle, weil, ich habe von Anfang an gesagt, wenn ich schon in dieses Programm gehe, dann will ich es auch nutzen. Ich habe mir ja vor dem Programm schon viele Gedanken gemacht und habe auch viel gehört darüber, was hier läuft. Ich habe einfach so gesehen, dass viele Leute vor fünf Jahren bereits angefangen haben und sie sind immer noch hier und sie sind immer noch gleich weit. Das ist nicht mein Ziel. Ich denke, es ist auch nicht das, was das Programm eigentlich bedeutet oder was es sein sollte.

I: Darf ich fragen, wovon sie leben?

P: Ich habe Fürsorgeleistungen [Fürsorgeleistungen], jawohl. Die Familie unterstützt mich auch noch, die Eltern.

I: Und nun, wenn wir zum Tag zurückkommen, wird es langsam Abend.

P: Ja, dann wird es Abend, fünf Uhr, und um fünf Uhr herum mache ich mich wieder bereit, um wieder hinunter zu gehen. Am Abend ist es dann so, dass ich dann doch vielleicht eine Viertelstunde da bin, etwas länger... ja, dann... erzählt man einander etwas mehr. Es gibt zwei, drei Kollegen auch hier, mit denen ich eine engere Beziehung habe oder auch Betreuer, die ich etwas länger kenne, mit denen ich dann vielleicht noch ein wenig spreche. Ja, so nach einer Viertelstunde gehe ich dann wieder. Dann gehe ich wieder nach Hause. Je nachdem, also im Sommer gehe ich noch etwas in die Stadt, oder sonst ins Freibad zum Baden. Aber sonst gehe ich relativ früh heim. Daheim geht es dann eigentlich darum, etwas zum Abendessen zu machen, oder so etwas, dann ein Buch lesen, Haushalt, Wäsche machen, einfach was anfällt, oder fernsehen. Das Fernsehen ist bei mir, jetzt für mich auch etwas Wichtiges, im Prinzip, weil – klar ist es auch ein Konsum, das merke ich, es ist auch eine Verlagerung geworden, weil ich viel Fernsehen konsumiere. Aber das sicher auch aus dem Grunde – erstens bin ich politisch sehr interessiert. Also mich interessiert, was läuft, weil ich auch sonst vielseitig interessiert

bin, also Dokumentationen, Tierwelt und so Sachen. Dann schaue ich einfach, was im Fernsehen Interessantes läuft. Und am Abend ist es so, dass ich nach dem Knall – am Abend habe ich ja etwas mehr, oder – das merke ich dann auch in dem Sinne, dass ich dann etwas müde bin. Dann ergibt es sich, dass ich mal eine Stunde einnicke, und dann ja...

I: äh, leben Sie denn alleine?

P: Ja, [haben sie eine...] ich habe eine Zweieinhalbzimmerwohnung, ja. Ja, die habe ich jetzt auch seit zweieinhalb Jahren, habe aber am Anfang eine Wohnbegleitung genommen, weil ich fand, ich will's zum Start mit einer Wohnbegleitung probieren, weil ich schon einmal eine Wohnung hatte, und dort hat es nicht so gehauen. Dort hatte ich die Wohnung schnell verloren, weil ich alles verlauert hatte, oder. Dem habe ich vorgebeugt, indem ich, in dem Sinne, diese freiwillige Hilfe angenommen habe. [hmh (zustimmend)] Und ich habe eine Vereinbarung getroffen, dass ich das auf freiwilliger Basis mache, so lange ich es brauche. Und Ende dieses Jahres ist das auch wieder fertig. Nun bin ich soweit, dass ich wirklich selbständig wieder auch wohnen kann.

I: Wann gehen Sie normalerweise etwa schlafen?

P: Schlafen ist bei mir etwas problematisch seit ich im Programm bin, weil durch das Heroin ist es manchmal,...am Abend kann es passieren, dass ich dann eben eine Stunde einnicke, aber dann bin ich wieder hellwach. ... Entschuldigung, jetzt wird es mir etwas schlecht...

I: Einen Schluck Wasser vielleicht?

P: Ah, ich darf den Kaffee nicht trinken. Das ist vermutlich wegen den HIV-Therapie-Medikamenten. Die habe ich vor zwei Stunden genommen und jetzt sind sie aufgelöst. Aber es geht schon. Ja und dann, wenn ich dann hellwach bin, kann es sich ergeben, dass ich bis in den Morgen hinein fernsehe. Dann kann ich lange nicht schlafen. Dann gibt es eben, dass ich später in der Nacht schlafe, am Morgen ins Programm gehe und nachher nochmals schlafe.

I: Genau, jetzt verstehe ich auch, dass sie am Tag manchmal müde sind und dann vielleicht sogar zweimal sich noch hinlegen. So teilen sie den Schlaf sozusagen auf dreimal auf...[ja]. Ähm, jetzt, wenn sie zurückdenken an die Zeit vor dem Mai 2001, da haben sie zwar schon ihre jetzige Wohnung während ein paar Monaten gehabt, ähm, was war an ihrem Tagesablauf anders bevor sie hierher gekommen sind.[jawohl] Waren sie im Methadonprogramm oder was haben sie... Was ist da in ihrem Leben gelaufen?

P: Damals war ich in der infektiologischen Sprechstunde im Spital dieser Stadt. Die führen dort für HIV-positive Leute auch ein Methadonprogramm, das ein bisschen besser mit Sozialberatung und alle dem funktioniert. Also damals war ich nicht im Methadonprogramm derselben Trägerschaft wie das HeGeBe-Behandlungszentrum, sondern eben in der infektiologischen Sprechstunde, weil die auch Methadon abgeben dürfen. Ich war aber gleichzeitig mehr oder weniger auch noch oft auf der Gasse, das heisst, ich hatte dort noch Nebenkonsum.

I: Was haben Sie konsumiert?

P: Ich habe damals vor allem Kokain nebenher konsumiert und zwischendrin auch Heroin.

I: Und eben: wenn Sie jetzt zusammen mit alle dem einen Tagesablauf von damals beschreiben würden, also, wenn Sie sich noch erinnern können...

P: ... ja, das war so, dass ich auch am Morgen etwa um halb neun ins Spital gegangen bin, um das Methadon zu holen, nachher ging ich aber direkt in die Stadt, eigentlich, ja, auf die Gasse. Wir haben in dieser Stadt ein Restaurant, das ist eigentlich mehr ein Gassenrestaurant und wir haben eine Gassenküche. Dort verkehrte ich mehr oder weniger. Ja, wirklich nur mehr oder weniger auf der Gasse. Klar, ich hatte nicht mehr den Nebenkonsum wie einer, der noch auf der Gasse ist, aber ich habe schon mehr konsumiert ... und war viel mit den Leuten dort zusammen ... und ich habe auch gemischelt zum Teil, einfach Kohle gemischelt, weil das Geld immer knapp ist und weil bei mir ist es so, dass Nebenkonsum für mich auch das Kiffen ist und für mich ist das Kiffen wichtig. Ich mache das auch jetzt noch und zwar regelmässig, weil, bei mir hat das noch mit dem HIV noch zu tun, dass es appetitanregend ist, dass es beruhigend ist am Abend zum Schlafen. Der Arzt hat mir das also auch schon empfohlen, wegen meinen Magenerven, also allgemein wegen meinem Gemütszustand.

I: Also wenn ich Sie richtig verstanden habe, dann haben Sie einen Anknüpfungspunkt in der Szene, wenn man so sagen darf, dadurch dass Sie ab und zu trotzdem noch Hasch brauchen [jawohl, ja], ähm, aber beim Kokain..., Heroin... ?

P: Da habe ich einen Bruch gemacht [ja,] seit dem Programm, das wurde für mich auch damals klar als ich gesehen habe, wie das hier abgeht und vor allem auch, dass mir das Heroin hier reicht und dass der Stoff auf der Gasse gar nichts mehr bringt, also, dass es hinausgeworfenes Geld ist. Damals habe ich mir klar gesagt: das brauche ich nicht mehr, es reicht, und ich will das auch nicht mehr.

I: Dass sie jetzt nicht mehr oder fast nicht mehr, ähm, harte Drogen kaufen auf dem Schwarzmarkt, ist das der einzige Unterschied im Vergleich zu jener Zeit, als Sie noch nicht im Programm waren [nein, nein] oder gibt es noch andere Unterschiede?

P: Es gibt noch andere. Ich lebe gesünder, das heisst ich ernähre mich besser [hm (zustimmend)]. Ich, äh, habe trotzdem ein etwas geregelteres Leben. Ich habe etwas Strukturen in dem Sinne durch das Programm auch, klar, aber auch durch die Lebenseinstellung und alles. Also, ich sehe, es geht mir auch gesundheitlich viel besser. Seit ich im Programm bin, bin ich gesundheitlich einigermaßen wieder gesund, auch was HIV angeht. Das war auch ein Grund für mich, warum ich ins Programm ging, weil ich war vorher oft angeschlagen gewesen, das heisst, ich hatte viele Infekte, [ja] hatte immer ein Auf und Ab gesundheitlich, aber auch psychisch, also es war schon eine Belastung ... und immer wieder denk ich auch, ja hei, das ist Dreck, was ich auf der Gasse reinlassen muss und das Methadon ist auch schädlich, ist sehr schädlich in diesem Sinne, und mit der infektiologischen Sprechstunde haben wir das dann auch angeschaut, haben das Ganze dann auseinander genommen, das Ganze, mein Leben, so wie es damals gelaufen ist und wir mussten dann sehen – und auch ich habe selbst gesagt – durch diese Änderungen geht es mir viel besser gesundheitlich und es ist in meinen Augen jetzt auch legal, was ich mache. Also ich bekomme ja jetzt legal Heroin, oder?

I: Darf ich fragen, warum Sie sagen, dass Methadon schädlich, äh, sehr schädlich ist?

P: Wieso? Weil ich habe gemerkt, dass Methadon – ich habe es jetzt schon seit über zehn Jahren habe ich Erfahrungen damit, und ich habe mit der Zeit vor allem eine Abstumpfung gemerkt, gefühlsmässige Abstumpfung, dann auch das Zurückziehen, Vereinsamung, die Organe, also die Leber habe ich vor allem gespürt, Magen, Magenwände, die Schleimhäute hat es angegriffen und... ja ich habe es mit den Jahren gemerkt, wie mir das auch schadet.

I: Und all diese Sachen, die Sie gerade erwähnt haben, haben Sie diese Symptome weniger oder nicht mehr, jetzt seit Sie im Heroinprogramm...

P: ... zum Teil sogar nicht mehr und sicher viel weniger.

I: Hm, wie war das eigentlich, wie sind sie auf HeGeBe und auf dieses Behandlungszentrum gekommen? Wie lief das ab? Wer hat Sie darauf gebracht? Wie war der erste Kontakt damals?

P: Der erste Kontakt fand schon früher statt. Das war ca. 2 Jahre bevor ich hier angefangen habe, hatte ich mich schon mal angemeldet. Das ist nämlich damals auch schon im Gespräch mit den Eltern aufgetaucht, weil ich engen Familienkontakt habe.

I: Ja.

P: Und ich habe ein gutes, sehr gutes Verhältnis, vor allem zur Mutter und kann mit ihr über alles reden, natürlich gilt dasselbe auch für den Vater. Dies hat damit zu tun, dass meine Eltern sich auch schon früher um meine Drogensucht bemüht haben, auch sich zu informieren, dass heisst, meine Mutter ist in einer Elterngruppe für drogenabhängige Kinder. Der Vater begleitet sie. Dadurch hat er auch mehr hinein gesehen. Mein Vater hatte früher eine ganz krasse Einstellung. Er war so dagegen, er sagte: „Alle an die Wand!“ und also, richtig erz konservativ und engstirnig. Und ich wusste zwar schon, dass er das nicht auf mich bezieht, weil ich ja sein Sohn bin. Und trotzdem spürte ich auch irgendwo mir gegenüber eine Wand. Ich kam nicht an ihn ran, lange nicht. Und er hat mir früher mal weh getan, indem er mich als Sohn ablehnte und mir sagte, ich sei nicht sein Sohn und das hat mir damals sehr zu schaffen gemacht.

I: Hat das mit den Drogen zu tun gehabt?

P: Das hat mir der Drogensucht und mit der Kriminalität in Verbindung damit zu tun gehabt. Ich habe krasse Sachen gemacht. Also ich habe Raubüberfälle, bewaffnete, als Beschaffung gemacht.

I: Ja.

P: Ich habe im Milieu auch grössere Mengen verschoben und habe also auch wirklich schwere Delikte gemacht und bin dafür auch gesessen. Ich habe im Gesamten sicher fünf Jahre Gefängnis hinter mir. Das sind Sachen, die mich geprägt haben, die aber eben auch die Familie geprägt haben. Vor allem in der Ehe gab es dann auch Krisen, wobei, wenn ich es heute so sehe, denke ich: Wahnsinn. Also, meine Eltern selber haben einen Prozess mit mir durchgemacht, die sind jetzt seit 34 Jahren glücklich verheiratet, das hält 1A und ich bin stolz auf meine Eltern. Sie haben eben auch an sich viel gemacht und vor allem hat der Vater seine Einstellung voll geändert, weil er durch die Elterngespräche gesehen hat, dass er nicht der Einzige ist, und so, und er hat.... Bei mir ist die

Schwierigkeit dadurch gekommen, dass der Vater weiss, dass ich intelligent bin, ich habe die Sek. gemacht und habe gut abgeschlossen. Ich habe keine Lehre gemacht. Also, ich habe eine angefangen, habe sie aber abgebrochen. Ich hätte sicher andere Möglichkeiten gehabt als viele andere junge Leute, oder. Und das habe ich nicht genutzt, in seinen Augen.

I: Ja.

P: Gut, nicht genutzt, in einem anderen Milieu einfach, das ist es.

I: Und Sie haben sich nicht so entwickelt, wie er sich [ja] das gewünscht hätte für Sie. Haben Sie denn noch Geschwister?

P: Ich habe eine Schwester, ja, zwei Jahre jünger...

I: ... die zwei Jahre jünger ist...

P: Ja, und das ist eben auch so etwas. Meine Schwester ist im Vergleich zu mir etwas ganz Anderes. Sie hat die Sonderschule machen müssen, sie musste kämpfen, weil sie nicht diese Intelligenz hat und – doch sie ist auch intelligent, aber sie hat einfach nicht - sie war in der Schule langsam, brauchte einfach länger, und hat dann aber trotzdem eine Lehre gemacht. Sie konnte eine Anlehre als Alterspflegerin machen, arbeitet seither auf diesem Beruf, hat ihr Leben mehr oder weniger im Griff, was das angeht und sie ist ruhiger, irgendwie brav und ... ja... also irgendwie das Gegenteil von mir.

I: ... ich wollte es gerade sagen ...

P: ... also total konträr und das ist in meinen Augen aber gut für die Familie. Das hat auch viel Gutes mit sich gebracht. Ich habe mich auch oft um die Schwester gekümmert. Unsere Beziehung ist sehr gut. Sie hilft mir auch, wo sie kann. Und was meine Krankheit und meine Sucht angeht, darf ich einfach nicht alles an sie herankommen lassen, weil sie das seelisch und psychisch sehr belasten würde.

I: Jetzt sind wir davon ausgegangen, wie Sie überhaupt auf das Behandlungszentrum [ja] gekommen sind, dann haben Sie begonnen, von Ihrer Familie zu erzählen...

P: hm, eben in der Familie ist das zum Thema geworden, dieses Programm, oder,...

I: ... also das heisst, die Mutter oder der Vater ...

P: ... die Mutter hat vor allem...

I: ... angefangen, darüber zu reden ...

P: ... ja, ob ich nicht wolle. Und dann hab ich gesagt: Mami, wenn ich das mache, dann will ich das aus meiner Überzeugung tun, und dann will ich das machen, wenn ich dazu bereit bin und wenn ich überzeugt bin, dass ich dann auch dran bleibe und dass ich dann auf diesem Weg auch weiterkomme. Ich fange nicht etwas an, von dem ich nur halb überzeugt bin. Dann kommt es verkehrt raus. Dann bin ich ja nicht offen für alles. Das habe ich schon in der Therapie, die ich früher einmal gemacht habe, gesehen, als ich während zwei Jahren in einer stationären drogentherapeutischen Einrichtung war. Dort

hatte ich auch im Voraus entschieden: Wenn ich das mache, dann ziehe ich es durch. Dort habe ich mich entschieden, ich fange diese Therapie an und ich habe sie durchgezogen, war sogar noch in der Aussenwohngruppe, habe dort ein Jahr gut gelebt, sauber. Damals hatte ich auch in dem Sinne die richtige Entscheidung getroffen, indem ich das durchgezogen habe, oder. Und es hat mir dann auch viel mehr gebracht.

I: Nur rasch: wie lange sind Sie damals clean geblieben, nach dieser...

P: ... Also eben, insgesamt mit der Therapiezeit, drei Jahre.

I: hm, Und dann haben sie gesagt, sie hätten einmal schon zwei Jahre bevor sie hierher gekommen sind, gehört vom Behandlungszentrum...

P: ... und ich hatte mich auch angemeldet ...

I: ... und Sie hatten sich angemeldet und das ist ein bisschen auf Initiative Ihrer Mutter ...

P: ...Ja, es war mehr der Druck von aussen...

I: ... und dann haben Sie eben gesagt ...

P: ... und dann habe ich es zurückgezogen...

I: ... ja, sie waren also noch nicht überzeugt.

P: nein.

I: Was ist dann passiert?

P: Was ist dann passiert? Damals war meine Wohnsituation so, dass ich erst einmal auf der Gasse gelebt habe, im Sinne: tagsüber auf der Gasse und nachts in der Notschlafstelle. Dann wurde die Notschlafstelle aber gerade umstrukturiert, im Hause etwas eingerichtet, dass man auch tagsüber dort sein konnte, das heisst mehr so etwas wie eine WG haben sie gemacht. Dann bin ich in diese WG dort eingetreten, hatte dadurch dann dort ein Zimmer und damals war dort voll die Gasse im Haus. Also der Konsum und alles war noch voll da, oder. Aber für mich war dies der erste Schritt auf dem Weg, auf dem ich jetzt bin. Damals habe ich gesagt, ich wolle meine Leben wieder ändern, weil ich durch die Familie gesehen habe, dass ich die Möglichkeit habe. Sie helfen mir, ich bin nicht allein, oder.

I: Also quasi der Schritt von der Notschlafstelle zu dieser betreuten Wohngemeinschaft, kann man sagen...

P: ...und dann nach dieser betreuten Wohngemeinschaft in die eigene Wohnung [ja]. Ich war über ein Jahr in der Notschlafstelle, dann anderthalb Jahre betreutes Wohnprogramm [hm (zustimmend)] und dann eben die eigene Wohnung, aber noch betreut, und jetzt hört dann diese Betreuung eigentlich auf, also bin ich bald mit diesem ganzen Weg fertig.

I: Also, hat denn die Tatsache, dass sie auf der Gasse und in der Notschlafstelle waren – also man kann sagen, ziemlich weit unten – [ja] hat das denn bei Ihnen irgendwie gearbeitet, dass Sie das Programm, wo Sie sich jetzt befinden, besser akzeptieren konnten oder [auch] oder wie ist das gegangen, dass Sie selber sagen konnten: So jetzt ist es...

P: Der Stoff auf der Gasse ist schlechter geworden [nein, das ist auch wichtig, das muss man auch sagen können]. Das war auch ein wichtiger Grund. Der Stoff war nichts mehr wert. Man hatte immer mehr Aufwand, musste auch Ideen entwickeln um zum Stoff zu kommen und weil ich ja früher schon die Kiste bereits gemacht hatte, also Erfahrungen mit Kriminalität gemacht hatte, und zwar recht massive, wollte ich vor allen Dingen nicht mehr kriminell werden. Damit hätte ich mir mit der Familie wieder viel verbaut. Dann ist für mich nachher einfach immer klarer geworden: Ein Ausweg aus dem Ganzen, in Richtung – vielleicht einmal trotzdem noch einmal Abstinenz; dafür ist das Programm die einzige Möglichkeit.

I: Hm (zustimmend), also sie haben, sie sagen, das ist irgendwie ein Schritt Richtung Abstinenz gewesen, aber aus einer Stoffverknappung heraus [ja]. Sie haben ja gesagt, sie brauchen das Zeug [ja, ich brauche es noch]. Und wie ist es dann gewesen, also wie ist das konkret gegangen, wer hat das Rendezvous abgemacht, das erste hier, oder...[Räuspern]. Wie ist das vor sich gegangen.

P: Ich hatte mich schon auf der Gasse ein wenig informiert, bei Leuten, die schon da sind, oder, wie es läuft, wie es abläuft. Zuerst war mal das. Dann habe ich von der betreuten WG aus mal hier angerufen und dann war per Zufall derjenige, der die Aufnahmen gemacht hat ein ehemaliger Schulkollege von mir aus dem Ort, wo ich herkomme. Er war damals in der Parallelklasse. Das war schon mal gut. Es war jemand hier, der mich kennt. Die Leiterin kannte mich auch bereits. Es gab Leute, die wussten, wie ich vorher gelebt habe, die mich ein wenig kennen, oder. Und dann habe ich mich hier angemeldet, ich wusste, es gibt noch freie Plätze, ich wusste auch, dass es relativ schnell gehen kann. Das war für mich auch noch wichtig, dass es nicht zu lange dauert. Denn wenn ich mich für etwas entscheide, dann muss schon etwas passieren, sonst, wenn es dazwischen zu lange ein Loch gegeben hätte, weiss ich nicht, wie es herausgekommen wäre. Gut, ich glaube von meiner Überzeugung her wäre ich sicher auch trotzdem hier. Aber es wäre länger gegangen.

I: Also sie haben selber angerufen [hm (zustimmend)], aber sie haben gesagt, zwei Jahre zuvor hatte Sie Ihre Mutter so schon etwas darauf aufmerksam gemacht. Wie war das denn, als Sie konkret hierher gekommen sind? Waren denn da auch noch andere Leute im Spiel, die Ihnen sagten: Machen Sie das doch!

P: Also eben, durch den Druck von der Mutter – Druck kann man nicht sagen – durch die Familie, das hat mitgeholfen [o.k.] das hat sicher mitgeholfen. Dann hat sicher auch die infektiologische Sprechstunde mitgeholfen. Die hatten mir das eigentlich auch empfohlen. Die Ärztin sagte damals, das ich durch das HIV eben auch bereits Schädigungen hätte. Ja, es ist für mich auch der gesündere Weg, also konnte ich schlussendlich auch aus eigener Überzeugung dann doch sagen: Ja, doch jetzt ist es richtig und jetzt ist es Zeit dafür.

I: Und nach dem ersten Telefongespräch, haben Sie da sofort einen Termin bekommen?

P: Jawohl, ich habe einen Termin bekommen. Ich habe all die nötigen Papiere besorgen müssen. Eben von den Therapien und die anderen Dinge. Das habe ich relativ schnell gemacht. Ich habe – als ich das erste Mal angerufen hatte, ging es zweieinhalb Wochen bis ich den ersten Knall machen konnte. Also das ist wirklich zügig, sehr zügig gewesen. Und das war für mich auch gut so, dass es so schnell gegangen ist.

I: Wer hat Sie damals hier empfangen? Waren Sie bei der Leiterin oder bei ihrem ehemaligen Schulkollegen?

P: Bei meinem ehemaligen Schulkollegen.

I: Damals war, glaube ich, eine andere Ärztin hier als heute, nein, es war glaube ich...

P: Nein, ich habe immer dieselbe gehabt.

I: Und dann gab es ja auch sicher noch ein ärztliches Gespräch...

P: Jawohl, gut, ein langes ärztliches Gespräch hat es bei mir nicht mehr gebraucht, weil sie viele Informationen von der infektiologischen, mit der sie oft zusammenarbeitet, bekommen hatte. Dort bin ich jetzt schon seit über 10 Jahren dabei, also seit 1993 bin ich positiv. So habe ich eigentlich dort mehr Vorgespräche gehabt als hier mit den Ärzten, weil eben, hier musste ich eigentlich mehr nur Auskunft geben.

I: Ja, also die ganzen Dossiers waren ja vorhanden ...

P: ... ja, die waren vorhanden...

I: ... und sie sind ja nicht einfach aus dem Nichts gekommen, sondern sie waren schon vorher in Behandlung. Ich möchte nochmals auf Ihre Familie zurückkommen. Sie haben gesagt, dass ihre Mutter dabei, das sie hier sind, eine wichtige Rolle gespielt hat. Ähm, und was ich fragen wollte, ist eben wie sich ihr Verhältnis zu ihren Eltern verändert hat, seit sie hier sind. Hat sich überhaupt etwas geändert oder wie sieht das aus?

P: Ja, es hat sich sehr viel, also viel, für mich viel verändert. Meine Eltern haben mich immer unterstützt, seit ich drogensüchtig bin, oder, sei es finanziell, sei es mit Sachen, mit Kleidern und Essen, oder auch dass ich am Wochenende mal nach Hause durfte. Auch seit ich im Programm bin, gehe ich in der Regel einmal im Monat ganz sicher ein Wochenende lang nach X (Wohnort der Eltern). Einerseits ist es in der Nähe und andererseits will ich auch den Kontakt zur Verwandtschaft pflegen. Und das kann ich nur über die Eltern, weil finanziell habe ich nicht die Möglichkeit, überallhin zu reisen. Und, äh, ich habe meine Eltern auch gern und ich habe ein gutes, ein offenes Verhältnis und ein schönes Verhältnis zur Familie und wir unternehmen auch viel zusammen. z.B. jetzt...

I: ... ja, was machen sie denn so zusammen ...

P:...z.B. sie ermöglichen mir auch Ferien, oder. Also, das heisst, meine Mutter stammt aus einem Staat des ehemaligen Jugoslawien. Ich bin mit zwei Kulturen aufgewachsen. Ich konnte jetzt vor zwei Jahren an Ostern auch mit ihnen in das Geburtsland meiner Mutter. Jetzt an Weihnachten gehen wir auch wieder. Darüber haben wir erst letztes Wochenende gesprochen. Wir haben das so entschieden, auch als Hilfe für mich, damit

ich auch etwas wegkomme, weil ich doch jetzt im Herbst eine psychische Krise, eine Depression doch etwas habe und ausserdem habe ich wegen dem HIV zur Zeit etwas Probleme mit dem Magen. So haben die Eltern gesagt: Schau, jetzt bist Du gesundheitlich noch so stabil, dass ich in die Ferien fahren kann. Sie können es sich finanziell leisten und die Verwandtschaft dort ist so, dass wir auch Fälle haben, wo... , der Onkel..., also uns sind jetzt ein paar weggestorben, also mein Onkel und meine Tante. Und ich weiss nicht, wie lange ich die noch sehen kann und mit ihnen etwas erleben. Und für mich und für die Eltern ist wichtig, dass wir so lange wie möglich noch miteinander etwas erleben können [klar]. Das ist ja auch schön und ich freue mich riesig drauf, dass ich jetzt an Weihnachten wieder ein paar Wochen mitgehen kann.

I: Ich freue mich sehr für Sie, dass sie ein so gutes und beständiges Verhältnis zu Ihren Eltern haben. Ähm, jetzt nochmals: wenn Sie sich zurückerinnern, bevor sie hier waren. Waren das Verhältnis oder der Kontakt anders?

P: Ja, es ist anders gewesen, weil ich auf der Gasse noch Kontakte hatte. Das war so vor allem für den Vater schwierig. Er hat immer auch noch gesehen, dass ich auf der Gasse... das Geld für das auch noch verbrauchte. Er fand immer, ja , ich hätte ja Methadon. Das müsse doch reichen. Das Rauchen akzeptiert er, das Kiffen. Da ist er sogar – in meinen Augen – dafür, vor allem auch in meiner Situation wegen dem HIV, weil er sieht, dass es mir nicht schlecht tut. Und heute ist es für mich anders. Es ist nicht mehr die Einstiegsdroge. Äh, als ich noch nicht hier war, hatte ich eben noch eher Gassenkontakt. Ich bin in dem Sinne nicht so gepflegt daher gekommen wie heute. Ich hab nicht so zu mir geschaut. Jetzt bin ich an einer Zahnsanierung. Das ist für mich auch wichtig. Zuerst habe ich zwar gesagt, ich würde nicht in die Ferien gehen, bevor ich die Zähne gemacht habe. Aber es sind ja unsere Verwandten, es ist ja egal. Aber ich schäme mich so etwas unter den Leuten und eben, für mich ist wichtig, dass die Zahnsanierung weitergeht, oder, weil das ist ein Punkt für mich vor allem was Beziehungen zu Frauen angeht, damit das wieder besser läuft, oder. Weil, da hab ich jetzt im Moment, dadurch bin ich einfach gehemmt. Ich war eigentlich sonst der Typ, der immer ein Freundin gehabt hat. Auch seit ich positiv bin, hatte ich damit kaum Probleme. Da ich offen damit umgehe und auch Schulprojekte mache, äh ist das auch mit Frauen kennenlernen – klar, es ist sicher schwieriger geworden, aber es geht, und wenn man offen und ehrlich ist, dann ist das kein Problem. Und heute gibt's... man kann sich schützen, äh, aber damals, bevor ich ins Programm kam, war es eben auch, wie soll ich sagen, ja eben: der Vater und die Mutter haben gesehen, dass ich noch zu sehr auf der Gasse bin, irgendwie zu sehr in diesem Leben drin und...

I: Ich möchte noch ein wenig besser verstehen, ähm, wie die Beziehung zu Frauen damit zusammenhängt, wie ihre Beziehung zu den Eltern aussieht. Sie haben ja so gesagt, ihr Vater usf. und dann sind Sie so rübergeschwenkt zu der Sache mit den Frauen, wie wenn das auch ein Thema zwischen Ihnen und Ihrem Vater wäre. Ich weiss nicht, ob ich hier etwas hineininterpretiere...

P:... Der Vater wünscht sich eben für mich schon auch eine Partnerin und er wünscht sich für mich ein lebenswertes Leben.

I: Das wünschen sich, glaube ich, alle Eltern für die Kinder, ja...

P: Er sieht auch, dass ich Möglichkeiten habe dadurch, dass ich immer gute Freundinnen und gute Beziehungen gehabt habe, hat er gesehen, dass ich dann auflebe und dass

es mir viel besser geht. Auch die Beziehung zu den Eltern ist dadurch, dass ich von Anfang an immer gesagt habe: Ich will aus dem ganzen Scheiss herauskommen, und dadurch, dass ich mich immer bemüht habe, auch immer zu arbeiten versucht habe – jetzt bin ich an einer IV-Abklärung z. B., weil ich einfach... Es geht nicht mehr, ich kann wirklich nicht mehr arbeiten und äh, das ist zum Beispiel auch etwas, das den Vater sehr belastet, weil er sieht, dass ich mich bemüht habe und es ist nicht so, dass ich zu faul wäre oder so, sondern es geht nicht mehr und er wünscht mir auch, dass ich die IV jetzt endlich bekomme, damit ich dort auch mal Ruhe habe in existentieller Sicherheit. Von der Fürsorge abhängig zu sein ist nicht lustig. Erstens ist es für mich psychisch auch eine Belastung, abhängig zu sein und dann ist es so, dass ich sage, es ist eh nur ein Minimum, das man bekommt. Und mit der IV würde es bei mir finanziell besser aussehen, es würde auch also von der Lebensqualität allgemein her besser aussehen. Ich hätte dann auch die Möglichkeit, alleine zu meinen Verwandten nach Ex-Jugoslawien zu gehen und zwar für längere Zeit, was für mich auch ein Ziel ist, äh, damit ich all die Beziehungen auch pflegen und nutzen kann, solange es mir noch gut geht, oder. Und mein Vater ist ... ja der hilft mir auch bei allem, was ihm möglich ist. Meine Eltern, die haben ihr Leben lang gearbeitet und sie haben hart gearbeitet und sie haben sich etwas erarbeitet. Sie haben sich ein Ferienhaus erarbeitet und sie haben wirklich eine gute Existenz. Deshalb können sie mir auch helfen, oder.

I: Das tun sie ja auch...

P: ... das tun sie ja auch sehr...

I: Und nochmals: Meine Frage ist ja immer, was ist anders in ihrem Leben, seit sie jetzt hier das Heroin haben, seit Sie hier betreut sind ...

P: Ich denke, durch meine Offenheit und Ehrlichkeit dem Vater und der Mutter gegenüber [ja] das ist sicher ein Punkt, der viel bewirkt hat, dass ich über alles offen reden kann, ehrlich ...

I: Ist das anders, als bevor sie hier waren?

P: Ja, ja. Es ist schon anders.

I: Nicht die ganze Stoffbeschaffung zu haben ...

P: Jawohl, weil die Gasse irgendwie raus ist. Solange ich immer noch auf der Gasse war, war er eben immer auch noch etwas misstrauisch, oder. Sicher auch begründet. Das kann ich nachvollziehen, weil er immer gefragt hat: Wofür brauchst Du jetzt wieder eine Zwanzigernote? Ist es für Stoff oder ist es wirklich für etwas zum Essen? Das sind dann einfach solche Sachen, oder ... auch für mich verständlich, ganz klar. Und sicher auch, dass der Vater gesehen hat, das es ehrlich und ernst ist, dass es mir ernst ist und nicht irgendein Floh, den ich da habe. Ja, und er sieht, wie ich mich entwickelt habe und wie sich allgemein das Umfeld auch entwickelt hat, durch das, was ich alles gemacht habe.

I: Und mit Umfeld meinen Sie ... ?

P: Ja, andere Leute, das heisst die Betreuung hier. Also, er bekommt von überall her auch gute Meldungen an ihn zugetragen, dass ich gut aussehe, dass ich mich mache und

– trotz alledem, was ja früher passiert ist, oder. Die Leute wissen eben viel, oder, in unserem Umfeld, weil ich eben doch auch oft in den Zeitungen war, oder. Er hat viel davon mitbekommen. Auch dadurch, das ich an seinem Wohnort oft im Jugendbereich viel mit Jugendlichen zu hatte. Ich gab Schwimmkurse, ich bin im Sport engagiert gewesen, ich habe Auszeichnungen geholt. Ich bin an unserem Wohnort eine „Berühmtheit“ in dem Sinne gewesen. Deshalb haben mich viele Leute aus allen Schichten gekannt. Und für mich war das früher ein Problem, dass man über mich geredet hat, und nachher auch schlecht geredet über meine kriminelle Vergangenheit.

I: Wie alt waren sie ungefähr, als das sozusagen gekippt ist, also wo sie ...

P: ... neunzehn, neunzehn, ... ja, ja ...

I: ...Ja, ja, das ist schwer zu verkraften für einen Vater der natürlich immer das Beste wünscht für seinen Sohn ...

P: .. und auch sieht, was für Möglichkeiten und Fähigkeiten er hat, und auch, wie er bei den Leuten ankommt und gute Sachen macht ... und dann auf einmal grad der krass kriminelle Weg, der dann auch ins Professionelle hineingeht ...

I: Vielleicht ist das grad etwas banal, wenn ich das jetzt so frage, aber sie haben gesagt, dass sie etwa jeden Monat zu Ihren Eltern gehen. Wie häufig sind Sie hingegangen, bevor Sie hier waren?

P: Gut, seit ich im betreuten Wohnen gewesen bin, war das auch schon.

I: Das betreute Wohnen war also quasi so der erste Anschub Richtung Stabilisierung in ihrem Leben, [Jawohl] so dass sich die Sachen geordnet haben, auch in ihrer Familie und der Übertritt oder der Eintritt hier war dann wie ein weiterer Schritt [ja] und nicht wirklich ein absoluter Bruch [nein] sondern ein weiterer Schritt auf einem Weg ... so, um das Leben zu ordnen, ein bisschen mehr Ruhe, bessere Lebensqualität [ja], mehr Gesundheit.

Sehen Sie andere Familienmitglieder ausser ihren Eltern regelmässig?

P: Ja, ja, ich sehe meine Gotte regelmässig, [ja] die wohnt in y.

I: Gehen Sie sie auch mal besuchen?

P: Ja, mit den Eltern, oder sie kommt uns besuchen. Dann habe ich Tanten, also Geschwister des Vaters. Die Geschwister der Mutter sind halt alle in Ex-Jugoslawien. Die sehe ich eben in grösseren Abständen. Aber dorthin telefonieren wir oft. Und...

I: Sie beherrschen die Sprache...?

P: Jawohl, ich spreche die Muttersprache. Das ist für mich auch wichtig, weil ich einen engen Bezug zu diesem Land habe. Für mich ist... ich merke diese zwei Kulturen. Ich habe sie schon immer gespürt. Schon von klein auf. Die Warmherzigkeit und den Familiensinn: das habe ich von der Mutter.

I: Und ihr Vater ist also von hier?

P: Er ist Schweizer. Unser Grossvater hatte in einer Nachbargemeinde eine Autospenglerei. Er war sehr konservativ und...ja, es ist ein anderes... typisch Schweizer Bürger. Und diese zwei Kulturen haben sich durch meine Eltern vermischt und es war für mich sehr reichhaltig in Bezug auf Einflüsse und alles. Und es war gut, sehr gut für mich. Eben, ich sehe die Geschwister des Vaters ab und zu, ich sehe die Geschwister der Mutter, auch Cousinsen. Und weil es eben zwei Grossfamilien waren, meine Eltern, haben beide, glaube ich, der Vater acht oder neun, die Mutter acht Kinder, waren sie glaube ich. Das ist ein grosser Verwandtschaftskreis.

I: Und ausserhalb der Familie? Haben Sie Leute, die Sie häufig sehen, oder die Sie ...?

P: Wo ich gute Freunde habe, das ist bestimmt im Hinblick auf die Vergangenheit, was ich jetzt grad letztes Wochenende am Wohnort meiner Eltern gesehen habe. Da war ich an einer Kaninchenausstellung und dort habe ich viele Leute wieder getroffen, die früher, also aus der Kindheit und der Schulzeit. [ja] Die haben sich gefreut, wahnsinnig gefreut mich zu sehen. Die wissen ja alle eigentlich, was dazumal war. Sie haben sich gefreut, das es mir gut geht, dass ich auch irgendwo... ja... die Kurve noch einigermaßen erwischt habe. Und viele Bekannte der Eltern kenne ich natürlich und von denen bekomme ich auch immer wieder positive Rückmeldungen und das ist so auch der Ansporn jetzt und eine Bestätigung in dem, was ich mache auf meinem Weg. So gesehen habe ich sicher einen guten Weg und bin so gut dran, auch hier, weil ich von Anfang an gesagt habe, ich brauche nicht mehr diejenige Betreuung wie ein anderer, der von der Gasse hierher kommt. Und das war für die Leute hier aber auch klar. Sie haben ja gesehen, was ich alles sonst vorher schon gemacht hatte. Und schon vom Typ her: Ich mute mir selber sehr viel zu und ich weiss auch, dass ich es kann, dass ich nicht alles an Verantwortung abgeben will, sondern dass ich lernen will, diese Verantwortung wieder selber zu übernehmen.

I: Sie haben mir gerade das Stichwort gegeben: Betreuung hier im Behandlungszentrum. Wann waren Sie das letzte Mal bei der Person, die für Ihre Betreuung zuständig ist, beim Gespräch? Wer ist das überhaupt?

P: Das ist Walter²¹.

I: Ist das ein Pfleger oder ein Sozialarbeiter ... ?

P: Das ist ein Sozialarbeiter von hier. Er ist jetzt seit zwei oder drei Wochen in den Ferien. [ja] Wir haben aber vereinbart, weil er zwei Monate fort ist und ich ja noch eine Wohnbegleitung habe, dass ich für diese Zeit nicht unbedingt jemanden als Ersatz brauche, sondern ich komme, wenn ich etwas brauche.

I: Alles klar. Und das letzte Mal, als Sie bei Walter(?) [ja, Walter] waren, das war wann ungefähr?

P: Vor ungefähr einem Monat.

I: Worum ging es da, bei diesem Gespräch?

²¹ Namen geändert

P: Vor allem um die IV. Jetzt mussten wir nämlich mit der IV abschliessen, den Antrag stellen. Ich bin in dieser Hinsicht nämlich ein gebranntes Kind. Ich habe 1996 eine Absage bekommen und vor zwei Jahren nochmals eine, die ich gar nicht mehr verstanden habe. Dadurch ging es nun etwas länger, bis ich nochmals einen Anlauf genommen hatte, um einen Antrag zu stellen, weil ich einfach irgendwie resigniert war und dachte: Komm, das wird ja eh wieder abgelehnt, oder. Und das Umfeld sagt mir, sie können nicht verstehen, weshalb ich die IV nicht habe. Ich kann es auch nicht.

I: Wann haben Sie das letzte Mal über längere Zeit hinweg gearbeitet?

P: Über längere Zeit; Ich habe vor zwei Jahren noch ein Jahr lang zu 50 % gearbeitet, [o.K., gut] weil ich es probiert habe, eben weil ich auch gesehen habe, dass ich keine IV bekomme. So musste ich etwas probieren. Ich habe mir dann auch die Mühe genommen, mich aufgerafft und an einem geschützten Arbeitsplatz 50% gearbeitet, im Garten und Umzugsarbeiten und auf dem Bau. Ich hatte für den gleichen Auftraggeber früher schon, sozusagen selbständig, Baustellen geleitet.

I: Was ist Ihr Beruf? Entschuldigung...

P: Ich bin eigentlich, angefangen habe ich... Ich habe ja während anderthalb Jahren Automechaniker gelernt, habe aber abgebrochen. Danach hatte ich verschiedenen Stellen auf dem Bau. Aber ich hatte relativ schnell selbständig zu arbeiten gelernt. Ich war schon als Lüftungsmonteur Vorarbeiter. Nach der Therapie habe ich einen sehr guten Job gehabt. Damals hatte ich acht Leute unter mir. Eben, ich hatte früher auch schon bessere Positionen in der Arbeitswelt, auch, weil ich es gut mit Menschen kann und ein gutes Gespür für die Leute habe. Das gab mir auch Ansporn. Und ich sagte mir: ich probiere es nochmals mit arbeiten. Es war dann aber so, dass ich durch die Arbeit und durch den Arbeitsweg... es ging einfach nicht. Ich war einfach kaputt, habe dann mehr konsumiert, brauchte Aufputzmittel dafür, dass ich überhaupt arbeiten konnte. Dann sagte ich: das geht doch nicht mehr. Jetzt müsst ihr doch einsehen, dass es so nicht mehr geht, oder.

I: Und Walter hilft Ihnen, wie gesagt, dass das mit dieser IV im dritten Anlauf ...

P: Vor allem die Leiterin hat mir jetzt geholfen, den Antrag noch abzuschliessen und jetzt ist er abgeschickt und jetzt hoffen wir alle auf das Beste. Gut, jetzt ist es auch so, dass ich Druckmittel hätte, wenn allenfalls nochmals eine Absage käme. Von Kollegen aus meinem Umfeld kenne ich Vergleichsfälle. Die haben sie bekommen . Im ersten Anlauf und zu 100% und sie waren um einiges besser dran. So gesehen also kann die IV nicht mehr klemmen. Sonst schauen wir dann nach einem Jahr mit einem Rechtsanwalt.

I: Ja, und ihre Situation hat sich ja auch geändert. [ja]... Dann ist ja auch noch die ärztliche Betreuung ein Thema hier im Behandlungszentrum. Wann waren sie das letzte Mal bei der Ärztin?

P: Erst grad vor ein paar Tagen. [ja] Seit ich wieder Magengeschichten habe von der Therapie her, mit den Medikamenten. Und ich muss etwas sagen: von der ärztlichen Betreuung hier bin ich nicht so begeistert.

I: Wieso?

P: Und zwar in dem Sinne: Ich werde in der infektiologischen Sprechstunde sehr gut betreut, hier im Spital.

I: ... wo Sie immer noch regelmässig hingehen?

P: ... wo ich immer noch regelmässig auch hin muss.

I: Einmal im Monat, oder wie oft?

P: Sicher alle sechs Monate. Aber ich gehe regelmässiger, weil ich mit dem Magen Probleme habe. Ich habe dort auch eine längere Beziehung zu den Ärzten, weil ich die schon jahrelang kenne. Die kennen meinen ganzen Verlauf. Hier habe ich einfach Mühe, weil es mir vorkommt, wie wenn ich mehr über meine Krankheit und die ganzen Symptome wisse und über verschiedene Sachen, die mit HIV zu tun haben, als die Ärzte hier, oder,... habe ich so dass Gefühl. Und das müsste eigentlich nicht sein.

I: Also finden Sie, dass die Ärztin nicht erfahren...

P: ...oberflächlich, und dann ... in diesem Bereich unerfahren...

I: Hm (zustimmend) Aber Sie waren grad erst kürzlich wegen dieser Magengeschichte. Hat Ihnen diese Ärztin helfen können, mit dieser Magen- Darmgeschichte ...

P: Einfach in dem Sinne, dass Sie einfach bestätigt hat, was ich weiss.

I: Aber helfen, was würde das heissen?

P: Ja, dass ich das Medikament bekommen habe, ja.

I: Aber Sie haben quasi gesagt, das und das brauche ich... Gut, auch viele nicht süchtige Leute gehen zum Arzt und sagen, das hier hat mir das letzte Mal geholfen. Und der Arzt macht dann vielleicht trotzdem noch eine Untersuchung, aber...o.K., wenn sie das wollen, gut.

P: Das ist eben das, wo sie bei mir mich gar nicht mehr untersuchen müssen, weil sie wirklich wissen, sie können sich manchmal auf das verlassen, was ich sage, weil ich da auch Erfahrungen habe.

I: Was ist bedeutungsvoller hier in der Behandlungsstelle für Sie? Also, es gibt eben die ärztliche Betreuung, die sogenannte psychosoziale, sozialarbeiterische Betreuung, [ja] dann gibt es die Abgabe [die Abgabe, ja], die Abgabe ist ja das Wichtigste ...

P: ... und dann das mit Walter, also die Betreuung. Letztlich auch soziale Kontakte schon über längere Jahre sind zum Teil da, eben mit der Leiterin oder mit einem anderen Sozialarbeiter, ähm, ja...

I: Und so die Person, die für Sie am wichtigsten ist hier im Behandlungszentrum, wer wäre das?

P: Das ist der Walter.

I: o.K., ähm, ... Vielleicht überschneidet sich das mit Sachen, die ich bereits gefragt habe. Was bedeutet – wenn Sie so darüber reden: Vor zwei Jahren war ich noch an einem ganz anderen Ort, jetzt bin ich hier im Behandlungszentrum, warte auf die IV, es geht einigermaßen... so in einem, nein, nicht in einem Satz, sondern in so vielen Sätzen wie Sie wollen, aber: Was bedeutet es für Sie persönlich, dass Sie im Heroinprogramm sein können? Wenn sie das jemandem erklären, der aus Neuseeland kommt und noch nie etwas davon gehört hat...

P: Hm (zustimmend), bedeuten tut es für mich, dass ich wieder ein lebenswertes Leben habe, sicher. Es bedeutet für mich Gesundheit, dass ich wieder gesünder bin und es bedeutet für mich eine echte Hilfestellung, eine echte und ehrliche Hilfestellung und alles andere ... also Methadon ist in meinen Augen keine Hilfestellung, es ist eine Art von Hilfestellung, aber in dem Sinne, dass es eben so schädlich, ist – und das hat man ja schon früher gewusst – ist es in meinen Augen ein bisschen diffus.

I: Es gibt Leute, die sagen, Methadon täte gewissen Leuten schon gut ...

P: ... ja, ...

I: ... einfach nicht allen.

P: Nicht allen, ja. Ich denke auch, ich meine heute wissen die Ärzte ja, welche Schäden Methadon anrichten kann. Ich denke, man müsste wirklich mehr in Richtung Heroinabgabe gehen, eigentlich Methadon eher weg . Ich denke, für mich wäre eigentlich auch mal zu überlegen, wieso man eigentlich jetzt zum Beispiel nicht auch mal Ärzte damit beauftragen könnte, dass auch die Ärzte das machen könnten.

I: Das würde Sie befürworten?

P: Das würde ich befürworten, weil das dann auch mehr Menschen nutzen würden und zwar mehr Leute aus der Suchtszene, die eben nicht auf der Gasse sind, oder. Also nicht auf der Gasse: die ein geregeltes Leben, vielleicht auch Familie haben, im Beruf stehen und äh trotzdem süchtig sind nach Stoff.

I: Diejenigen Leute, die dagegen sind, dass das passiert, sagen dann: Der Stoff könnte dann einfacher auf dem Schwarzmarkt verkauft werden.

P: Ja nein, ich finde, dass man auch in diesem Fall den Knall beim Arzt machen müsste, das schon, also. Das ist unumgänglich.

I: Ja, ... Noch wegen der Betreuung auch jetzt hier. Was halten Sie von der Intensität der Arzttermine und der sozialarbeiterischen Termine.

P: Das ist jedem selber überlassen, wieviel er braucht und wieviel er will.

I: Und das können Sie auch so regeln wie Sie es brauchen?

P: Das kann ich wirklich so. Da bin ich frei, und auch, sie können sich mehr drum kümmern, das liegt an einem selber, wie man es will und wie man es braucht, ja.

I: Und da sind Sie auch zufrieden, wie es läuft?

P: Da bin ich sehr zufrieden, weil eben, weil ich selber viel beeinflussen kann, oder, weil ich selber weiss, was ich will und was ich brauche und das auch sehr gut formulieren kann.

I: Ja, das merke ich auch in unserem Gespräch. Sie können wirklich gut formulieren. Ähm, ... jetzt, ähm, ... Die Menschen, die wie Sie in der Heroinabgabe sind, die haben ja auch noch andere Sachen. Sie haben von Ihrer Familie erzählt, Sie haben ein Leben ausserhalb natürlich, sie haben Kollegen, zum Teil Kollegen aus der Szene [ja], zum Teil die Kollegen von ihrem Herkunftsort, ähm, wenn Sie zurückdenken, im Mai 2001 bis jetzt: Haben sich andere Sachen in Ihrem Leben noch geändert, die Sie jetzt noch nicht erwähnt haben, die vielleicht auch gar nichts zu tun haben mit ...

P: Ich bin selbständiger geworden im Sachen Haushalt. Da bin ich zwar auch zur Selbständigkeit erzogen worden durch die Eltern. Also ich koche sehr gern zum Beispiel. Ich hatte mal eine Beziehung, eine längere Beziehung, wo die Freundin gar nicht gern gekocht hat. Dort habe ich den Haushalt mehr oder weniger gemacht und sie hat gearbeitet.

I: ... das war bevor Sie hierher ...

P: Ja, ja, und ... ja, ...

I: ... also Sie sind selbständiger geworden, ähm. Hat sich sonst etwas geändert? Also, was sind denn so Punkte, wo sich Sachen ändern: Wenn man jemanden kennen lernt, eine Beziehung aufnimmt oder wenn eine Beziehung in die Brüche geht, wenn Menschen sterben, wenn ...

P: Gut, ich denke, ich bin reifer und erwachsener geworden. Durch die Sucht ist man ja sowieso ein bisschen, so wie konserviert, also das heisst in der Entwicklung. Meine Pubertät zum Beispiel, die habe ich nicht mit 13 oder 14 gemacht. Die habe ich mit 20 in der Therapie gemacht. Das war damals recht heftig. Das war damals auch eine Erfahrung, die mich erschreckt hat, aber nachvollziehbar im Nachhinein, weil es ja eben wirklich so war, dass die Sucht vieles ... ich habe vieles verdrängt. Ich habe mit 13, 14 angefangen, oder, mit der Sucht, oder. Ja, man ist schon ... ruhiger, reifer, erwachsener ... auch kritischer sicher. Aber ich denke auch weltoffener im Ganzen ...

I: Und, nochmals: Woran liegt das, dass Sie so geworden sind? Liegt es daran, dass Sie älter geworden sind, äh, liegt es vor allem ...

P: ... an der Hilfestellung durch diese Projekte, Programme, die Möglichkeit, hier auch einmal an einem Lager mitmachen zu können, auch – wie gesagt – viele Schulprojekte was HIV angeht. Ich kann mit Jungen Erfahrungen austauschen, mit einer anderen Generation.

I: Was ist dieses Schulprojekt? Ist das äh ...

P: Das ist von der AIDS-Hilfe aus.

I: Ja, was machen Sie da?

P: Jetzt habe ich zwar ein Jahr Pause gemacht. Jetzt melde ich mich aber an, damit ich weiter mache. Ich habe eine Pause gebraucht. Vor diesem Jahr habe ich ca. 2 Jahre lang, bin ich regelmässig an die Oberschulen gegangen, also, oder auch bei Lehrlingen war ich, oder bei Konfirmanden, einfach um das Thema HIV und Aids und Sucht ging es.

I: Was haben Sie dort gemacht oder erzählt?

P: Dort habe ich aus meinem Leben erzählt, von meinen Erfahrungen, vor allem von meinem Erfahrungen mit dem HIV, wie es ist, damit zu leben. Und den Jungen vor allem auch, ihnen vielleicht klar zu machen, was es heisst, Entscheidungen, oder, Entscheidungen zu treffen und die Konsequenzen daraus, gerade in der heutigen Zeit, wo man doch zu locker damit umgeht.

I: ja, ja ..

P: Das war für mich so wie: Hei, macht doch die Augen auf. Ich habe das gelebt und ich war auch so, also eben: Geht vielleicht etwas kritischer mit äh... mit Autoritäten um, weil, klar, Autorität ist immer etwas Böses im ersten Moment, oder, man geht auf Abwehr, aber das mal zulassen, sich anhören und sich dann mal Gedanken darüber zu machen, und dann vielleicht eben auch die Konsequenzen daraus sehen, oder. Ja, und ich habe gern junge Leute um mich herum, ich habe einen guten Draht zu den Leuten und ...

I: es war sicher auch eine gute Idee ...

P: ... es war für mich selber auch eine Hilfe [klar], um damit zu leben, um mit dem HIV umzugehen, weil ich es selber lange nicht akzeptiert habe an mir selber.

I: Und dadurch, dass sie quasi Andere davor warnen können, oder, bekommt es für Sie auch einen anderen Sinn.

P: Jawohl, sicher einen anderen Sinn und, aber auch die Bestätigung, hei, ich bin doch noch jemand und ich habe doch noch ein paar Fähigkeiten und Möglichkeiten ...

I: ... und Sie haben etwas zu sagen. Andere hören Ihnen zu und ... [ja, genau] Sie können dadurch etwas weitergeben.

Eben, Sie haben ja noch das Lager erwähnt. Das ist ja eine Spezialität hier von diesem Behandlungszentrum. Äh, das letzte Mal waren Sie auch dabei?

P: Ich war das letzte Mal dabei, ja. Das vorletzte Mal war ich in einem Arbeitslager, also, wir haben ein Arbeitsprojekt gemacht.

I: Auch vom Behandlungszentrum aus ...

P: Auch vom Behandlungszentrum aus. Damals sind wir auf einer Alp gewesen, um eine Alp zu räumen einfach. Wir haben geholzt. Es war super, weil wir dort auch Ich bin nämlich ein fanatischer Pilzsammler und dort konnte ich Pilzgerichte machen. Da hatte ich natürlich total den Plausch dran, weil ich es auch gekannt habe oder, und sie haben mir vertraut, ...

I: ... dass Sie die richtigen Pilze aussuchen ...

P: ... jawohl, und, ja. Ich bin eh so der Typ für Lager und etwas Abenteuer. Ja, das macht Spass und ... es waren auch die richtigen Leute beieinander. Und in diesem Jahr war es jetzt so, dass wir, das war eher eine Erlebniswoche, mehr oder weniger. Da waren wir im Wald und wir waren auch mal in einem Thermalbad. Das war super, das Bad, und das hat mich auch interessiert. Ja eben, und wir sind auch wandern gegangen, haben gut gekocht. In dieser Woche war auch uns gut und gesund ernähren ein Schwerpunkt. Dadurch dass ich eh gern und auch gut koche, kann ich sagen, ich hatte dort den Plausch. Wir hatten wirklich eine super Woche. Es waren auch wieder die richtigen Leute. Wobei: ein Störenfried war dabei. Der ging dann nach ein paar Tagen, gezwungenermassen, weil es einfach nicht ging, oder.

I: Zu wievielt sind sie dann noch dort geblieben?

P: Eh, das war einfach einer weniger, dann waren es noch zehn.

I: Wie ist denn das das Jahr über? Das sind ja alles Patienten oder Klienten aus dem Behandlungszentrum. Gibt das irgendwie auch einen Zusammenhalt untereinander über den Rest des Jahres?

P: Also, ich habe zu einem dieser Leute einen engeren Kontakt. Das ist eigentlich eher ein Kumpel, wo ich mich immer interessiere was, weil ihm geht nicht so gut, also. Er ist mehr noch auf der Gasse, hat nicht diese Möglichkeiten gehabt wie ich, durch die Familie. Das ist wahrscheinlich auch etwas, das viele hier nicht haben, von dem ich weiss, das es viele nicht haben. Ich denke aber auch, dass dies an den Leuten selber liegt oder auch an der Familie. Das kann ich nicht beurteilen. Wenn man etwas ändern will und überzeugt ist, dann kann man und dann ist irgendwo immer ein Weg auch an die Familie wieder heranzutreten. Dieses Programm ist ja eine gute Sache und in der Öffentlichkeit steht es auch gut da, so wie ich das erfahre. Ja, deshalb denke ich, ich finde es eine gute Sache. Das Einzige, was ich immer ankreide, ist, dass die Leute zu faul werden. Also, bequem, für viele Leute ist es wirklich bequem. Sie sind schon seit fünf Jahren hier und das Programm ist nicht dafür da, davon bin ich überzeugt. Ich bin überzeugt davon, dass das Programm zeitlich beschränkt sein sollte, das heisst, man sollte, bevor man hierher kommt, sich schon irgendwie Gedanken machen, wofür ich das mache und was ich damit auch bewirken will, oder. Was soll es mir für später bringen? [hm (zustimmend)] Und für mich war – bevor ich hier war – Abstinenz ein Begriff, der sehr weit weg war. Für mich ist dieser Begriff erst wieder aufgetaucht seit ich hier bin. Dass ich mir gesagt habe: He, ich kann's probieren, es wieder auf diesen Weg zu schaffen.

I: Aber eben, um einem die Abstinenz näher zu bringen, braucht es eben nicht nur einfach, die Leute sitzen zu lassen ... und so ...

P: Nein, man muss sicher mit ihnen gehen und sie auf diesem Weg begleiten, oder. Also, man muss etwas damit machen.

I: ... und nicht, wie Sie sagen, einfach fünf Jahre ...

P: ... sitzen, ja, und einfach konsumieren, weil das ist ja bequem. Ich bekomme den Stoff gratis, äh, es ist der bessere Stoff ...

I: ... auf wieviele Jahre würden Sie es beschränken, wenn Sie könnten?

P: Allerhöchstens fünf Jahre.

I: Höchstens fünf Jahre. Gibt es noch andere Sachen, die Sie ändern würden, wenn Sie hier mit der grossen Kelle anrühren könnten?

P: Womit ich Mühe habe ist auch, dass sich die Sozialarbeiter hier in Sachen einmischen, die sie im Prinzip nichts angehen. Das heisst, meine Therapie zum Beispiel, das habe ich jetzt gerade wieder Reibereien mit einigen Leuten ...

I: ... Welche Therapie meinen Sie, Entschuldigung, ...

P: Meine HIV-Therapie, weil die mache ich für mich und die mache ich so, wie ich es für mich für richtig halte. Das mache ich in einem anderen Rahmen auch als sie sich das hier gewünscht haben.

I: Also, Sie meinen die Medikamente, die Sie wegen HIV nehmen, und ...

P: Jawohl, da mischen sie sich einfach zu sehr ein.

I: Aber die werden ja hier verteilt, die Medikamente, auf Anweisung der Ärzte draussen in der HIV-Sprechstunde [ja] o.K. Andere Sachen, die Sie ändern würden?

P: ... Die Hunde sollten nicht hier rein dürfen. Das ist ein Punkt, den ich sehr ankreide, weil es immer einen Mordslärm gibt und es ist nicht hygienisch und ich finde das nicht gut.

I: Ich kann Ihnen nur sagen, dass das in anderen Städten zum Teil auch verboten ist.

P: Eben, darum kann ich es nicht verstehen. Aber aufgrund von Reaktionen von uns Klienten

Ich denke, was Freizeit anbelangt, da dürfte man etwas ausbauen. Also, wenn das möglich wäre, dass man hier ein wenig mehr anknüpfen könnte. Das heisst vielleicht mal kegeln gehen, also Aktivitäten, einmal im Monat zum Beispiel etwas anreissen. Das wäre etwas, das ich mir wirklich sehr wünschen würde, oder.

I: War das nie der Fall hier, dass hier solche

P: ... Nein, ich habe es schon einmal zur Sprache gebracht. Aber das ist untergegangen.

I: Steter Tropfen höhlt den Stein...

P: Ja, ich hab auch gedacht, dass ich da wieder mal dran muss.

I: Also, nur zu. Sie können hier wirklich aufzählen, was Ihnen wirklich auf dem Herz liegt.

P: Was Kokain anbelangt müsste sich das Bundesamt auch mal etwas überlegen, ob man da nicht etwas ändern könnte. Da ist das Problem auf der Gasse nämlich sehr massiv. Kokain ist eben auch schwierig. Wie soll man das in so einem Programm machen

können? Es ist sehr schwierig, weil das dann noch mehr nutzen würden. Das Kokain ist auf der Gasse im Moment schon ein Riesenproblem. Es ist auch für die Bevölkerung ein Problem, nicht nur für die Süchtigen.

I: Also, man sollte sich irgendwie überlegen, wie man so ein wenig, ja, das ist ja für die Heroinabhängigen hier, vor allem. Für Menschen, für die Kokain die hauptsächliche Problemdroge ist, ist die heroingestützte Behandlung vielleicht nicht unbedingt geeignet.

P: Nein, das ist überhaupt nicht geeignet.

I: ... auch wenn natürlich viele auch Kokainbeikonsum haben. Das kennen Sie ja aus eigener Erfahrung [ja, ja]. Und äh, anscheinend geht dieser Kokainkonsum während der Behandlung ja auch bei vielen zurück. Das ist ein gutes Zeichen. Aber das ist eben nicht für alle so. [ja]... Möchten Sie zum Schluss noch etwas sagen? Ich habe meine Fragen gestellt.

P: Ja, ... das war das, was ich zu sagen habe.

I: Also, Danke vielmals für das Gespräch.

Problemzentriertes Intensivinterview zu Fall 2: Patient Jürg K.

Zeitpunkt Interview: 18.12.2002, 11 Uhr vormittags

Alter: 30 Jahre

männlich

In HeGeBe seit 21. Mai 2001

Interviewort: HeGeBe Behandlungszentrum

I: Zuerst einmal würde ich gerne wissen, was sich in Ihrem Leben verändert hat seit dem Mai 2001. Das heisst, ich möchte Sie bitten, mir zu beschreiben, wie ein Tagesablauf bei Ihnen jetzt aussieht seit Sie in HeGeBe sind, einfach so vom Morgen vom Aufstehen an und so ...

P: Ja. Also, am Morgen um halb sieben stehe ich auf. Dann gehe ich auf den Zug, komme, gehe ins Programm, um die Tabletten zu holen, [hm (zustimmend)] und dann gehe ich wieder zurück, also in meine Wohngemeinde. Ich bleibe nicht in der Stadt selbst. Und dann ... helfe ich der Schw..., ja, also ich wohne bei der Schwester, dort helfe ich ihr ein wenig im Haushalt. Hunde, also Tiere hat sie relativ viele auch in einer Nachbargemeinde. Und am Abend komme ich nochmals ins Programm um 5 Uhr, oder um viertel nach. Dann gehe ich wieder nach Hause und, ja: zu Abend essen, fernsehen und schlafen gehen.

I: Das ist so ein bisschen das...

P: Das ist der Tagesablauf, ja.

I: Sie haben gesagt, dass Sie am Morgen und am Abend hierher kommen [ja], ähm, heisst das, dass sie am Mittag zu Hause bleiben?

P: Ja, am Mittag komme ich nicht.

I: Ähm, sie nehmen nur Tabletten?

P: Nur Tabletten

I: ... nicht spritzen ...

P: Ich kann nicht mehr. Ich habe keine Venen mehr und muskulär darf man nicht mehr.

I: Ja, und haben Sie auch noch Methadon zusätzlich?

P: Nein, nur ...

I: ... nur Tabletten [nur Tabletten, ja]. Jetzt, in der Zeit, wo Sie... eben von der Morgenabgabe bis am Abend: Was machen Sie da, was läuft da so?

P: Ja, ... fernsehen oder mit den Hunden laufen gehen oder so [hm (zustimmend)]. Das ist mehr oder weniger ...

I: ... das Programm?

P: Ja.

I: Darf ich fragen, wie Sie finanziell gestellt sind?

P: IV-Rente.

I: IV- Rente.

P: Ja.

I: O.k. Und ähm, haben Sie auch Freunde, die Sie besuchen oder Kollegen, mit denen Sie abmachen?

P: Jaa, es fängt langsam wieder etwas an mit so Kollegen ...

I: ... langsam wieder?

P: Ja, das hat es vorher halt weniger gegeben, als ich dem Stoff hinterherrennen musste. Es kommt langsam wieder.

I: Ja, sie sagen, „langsam wieder etwas“. Das interessiert mich sehr. Denn das hängt ja auch damit zusammen, was sich geändert hat. Was sind denn das ... also diese Kollegen, die langsam wieder kommen? Sind das solche, die Sie auch vom Programm her kennen oder solche von ausserhalb, die mit Drogen nichts zu tun haben?

P: Nein, die haben nichts mit Drogen zu tun.

I: Und lernen Sie die eher dort, wo Sie wohnen, kennen oder hier in der Stadt?

P: Nein, schon dort, wo ich wohne.

I: Wie reagieren dort, wo Sie wohnen, die Leute auf Sie?

P: Nun gut, viele wissen gar nicht, dass ich im Programm bin. Ich erzähle es auch nicht unbedingt, weil es dort schon noch recht kleinräumig ist.

I: ... grad in so einem kleinen Dorf...

P: Ja, eben. Es ist ein kleineres Dörfchen. Ja, und das Gerede ist auch sonst schon gross genug ... wenn sie einem tagsüber sehen ... nicht arbeiten und so. Sie müssen nicht gerade alles wissen.

I: Eben die Kontrolle ist ja relativ gross. Man sieht Sie kommen, man sieht Sie gehen. Man weiss: das ist offensichtlich jemand, der tagsüber nicht arbeitet. Ähm, aber sie haben jetzt eben gesagt, Ihr Tagesablauf ist doch, hat eine Struktur. Am Morgen und am

Abend kommen Sie hierher. Dazwischen sehen Sie fern und gehen mit dem Hund spazieren. Bringen Sie ihn denn auch hierher?

P: Ja, selten eigentlich.

I: Selten.

P: Ja...

I: Sonst muss man ihn draussen stehen lassen ...

P: Das, draussen stehen lassen und auch mit dem Zug. Es hat eben relativ viele Leute am Morgen und dann ist es nicht so praktisch, den Hund mitzunehmen.

I: Und er kostet, glaube ich, auch noch ein halbes Billet ...

P: Das auch noch.

I: Und dann am Abend haben Sie gesagt, dass Sie auch eher fernsehen, so ...

P: Ja, fernsehen ... Einen Computer habe ich mir jetzt noch gekauft vor ein paar Monaten. Das mache ich auch noch ab und zu zwischendrin mal.

I: Jetzt probieren Sie sich mal zurück zu erinnern, was vor dem Mai 2001 war. Beschreiben Sie mir bitte mal einen Tag, wie er typischerweise ausgesehen hat, bevor Sie im Programm waren.

P: Ich ging erst schlafen, wenn es hell wurde. Ich konnte einfach nicht schlafen, wenn es dunkel war. Und dann blieb ich bis Mittag, Nachmittag im Bett.

I: Ja.

P: Dann bin ich aufgestanden, um das Methi zu holen. Geld organisieren für Stoff musste ich auch noch. Dann ging ich in die Beiz, habe gewartet, bis die Kollegen mit dem Stoff gekommen sind oder bis sie welchen geholt haben. Ja, und als ich den Stoff gehabt habe, bin ich wieder nach Hause gegangen und habe dort konsumiert und schaute die Nacht durch fern und habe mich am Morgen wieder hingelegt.

I: Also wenn ich Ihnen zuhöre, dann merke ich, dass ein Unterschied ist – es hat ja viele Unterschiede [ja, ja] – aber der eine Unterschied ist, dass Sie jetzt früher aufstehen [ja], weil Sie ja am Morgen ins Programm gehen [ja], ähm, dass Sie weniger in die Beiz gehen [ja, stimmt] und dass Sie eben, dem Geld nicht mehr hinterher rennen müssen und nachher den Stoff nicht organisieren müssen. Das ist ja auch so eine Sache. Was geblieben ist, ist eben schon, dass das fernsehen einen grossen Teil des Tages so ausfüllt.

P: Das ist, ja ... ziemlich gleich so mit dem fernsehen.

I: Und darf ich fragen: Haben Sie bereits eine IV-Rente gehabt, bevor Sie hierher gekommen sind?

P: Nein.

I: Noch nicht. War denn damals die Fürsorge für Sie zuständig?

P: Ja, die haben wohl etwas gegeben, aber nicht viel. Der grösste Teil ging über Verwandtenunterstützung. Also die Eltern haben mich sehr unterstützt, die Schwester auch.

I: Wohnen die denn am gleichen Ort wie Sie?

P: Ja, so ... es ist eigentlich der gleiche Ort. Aber es ist so grad knapp nach der Grenze.

I: Also in der Nachbarschaft ...

P: Nachbarschaft, ja. Innerhalb von einem Kilometer oder zwei.

I: Hm, ... wie haben jetzt die, Ihre Familienmitglieder, also Ihre Eltern, Geschwister oder auch Freunde ähm, auf Sie reagiert, also seit Sie jetzt in HeGeBe sind? Hat sich Ihr Verhältnis irgendwie geändert?

P: Es ist schon besser.

I: Was heisst besser?

P: Ja, es ist nicht mehr ein so gespanntes Verhältnis wie vorher.

I: Erzählen Sie doch mal. Was hat so eine typische Situation, wo es Spannungen geben konnte, bevor Sie – bevor Sie in HeGeBe gewesen sind – zwischen den Eltern und Ihnen oder der Schwester und Ihnen?

P: Ja, hauptsächlich finanziell jeweils ...

I: ... weil Sie Geld brauchten ...

P: Ja, wenn ich den Stoff brauchte, fing ich an zu stressen und Puff zu machen, damit ich Geld bekam. Ja und es hat ihnen jedesmal weh getan, wenn sie gesehen haben, dass ich wieder verladen bin, das ... ja. Das hat auch immer Spannungen gegeben. Und das ist eigentlich x-mal besser jetzt.

I: Sehen Sie Ihre Eltern öfter oder weniger oft als früher?

P: Ja, weniger oft, weil ich nicht mehr zu Hause wohne. Ich wohne jetzt bei der Schwester, oder.

I: Ah, genau, das haben Sie ja am Anfang gesagt ...

P: Ja, vorher habe ich bei den Eltern gewohnt und Ende 2000, als ich aus der Psychi herauskam, bin ich zur Schwester gegangen.

I: Sie sind in der psychiatrischen Klinik gewesen [jawohl, ja]. Ist das wegen dem Drogenkonsum gewesen oder wegen anderem?

P: Nein, Depressionen hauptsächlich [ja]. Das hatte ich noch recht, vorher.

I: Also auch während Sie das Methadon gehabt und Drogen konsumiert haben, ...

P: Ja, also nein, solange ich Drogen gehabt habe, ist es eigentlich gut gegangen. [ja] Einfach, wenn ich keine gehabt habe, ist ...

I: Die Droge ist bei Ihnen eigentlich ein Mittel gegen ... die Depressionen [Depressionen gewesen, ja] gewesen, sozusagen [jawohl, ja]. Noch eine Frage zu Ihrer Schwester, bei der Sie ja wohnen. Ist sie verheiratet oder hat sie selber Familie?

P: Also, sie hat selbst Familie, zwei Kinder, ihr Freund ist auch noch dort, ja.

I: Und wie alt ungefähr sind diese Kinder?

P: Das eine ist fünf, das andere zwei, drei Monate so.

I: Und Sie haben in ihrer Wohnung ein Zimmer oder ein wenig ausserhalb ...?

P: Nein, also schon in der Wohnung, ja.

I: Das ist schon ... man kann wirklich nicht sagen, dass Sie alleine sind. Sie sind quasi dort wirklich in der Familie ... [eingebunden, ja] eingebunden. Wie ist das für Sie im Alter von doch etwa 35 Jahren ...?

P: Also 30 bin ich...

I: Entschuldigung, ich habe Sie etwas älter gemacht ...

P: Nein, nein ist schon gut ...

I: Wie ist so das Zusammenwohnen mit diesem Freund, der Schwester, mit diesen Kindern, die manchmal sicher auch ein wenig ...

P: Ja, es geht eigentlich gut.

I: Sicher?

P: Ja, klar muss man etwas Abstriche machen. Aber andererseits besteht wieder die Gefahr, wenn ich alleine eine Wohnung habe, dass ich dann ... wieder vereinsame, auf deutsch gesagt, oder, nur noch ins Programm gehe und wieder nach Hause. So habe ich doch noch ein bisschen Kontakt zu anderen Leuten.

I: Und zwar grad zu Hause.

P: Ja, klar.

I: Vielleicht ... ich habe Sie gefragt, was sich in Ihrem Verhältnis zur Schwester und zu den Eltern geändert hat. Ähm, was hat sich sonst noch in Ihrem Leben geändert, seit Sie in der heroingestützten Behandlung sind.

P: Finanziell stimmt es mal wieder. Das war ein ganz grosser Faktor. Und jetzt habe ich sozusagen keinen Nebenkonsum, seit ungefähr einem Jahr.

I: Was hatten Sie für Nebenkonsum? Also was für Sachen haben Sie neben dran konsumiert?

P: Hauptsächlich schon Heroin.

I: Heroin, auch noch.

P: Ja, also während des ersten halben Jahres hatte ich mehr oder weniger täglich noch Nebenkonsum.

I: Und das ist jetzt vorbei?

P: Das ist jetzt ... also vielleicht einmal pro Monat ergibt es sich noch, wenn überhaupt.

I: Und, hat sich sonst noch etwas geändert ausser der Tatsache, dass Sie kein Heroin mehr illegal konsumieren?

P: Ja, in die Ferien konnte ich mal wieder.

I: Wo waren Sie?

P: In Thailand war ich. Ich bin am letzten Donnerstag nach Hause gekommen.

I: Konnten Sie da mit Methadon gehen?

P: Mit Methadon, ja.

I: Und war das für Sie ein gutes Erlebnis?

P: Das war sehr gut, ja. Doch, es war etwas Schönes.

I: Also wenn ich jetzt zusammenfasse: einerseits hat sich das Verhältnis zu Ihren Eltern entspannt. Sie wohnen bei Ihrer Schwester. Vorher haben Sie bei den Eltern gewohnt. Auch zur Schwester hat sich, glaube ich, das Verhältnis entspannt [ja]. Ähm, sie haben, sie müssen nicht mehr Stoff organisieren und sie konnten in die Ferien [ja]. Sind das für Sie die Sachen, die sich geändert haben oder hat sich noch anderes geändert?

P: Ich war seither nicht mehr in der Psychi. Also psychisch geht es mir auch besser.

I: Wie war es eigentlich, als Sie das erste Mal von HeGeBe gehört haben? Wie war Ihr erster Kontakt mit der heroingestützten Behandlung?

P: Das war in der Psychi, dass sie mir den Vorschlag gemacht haben, dass ich ins Programm gehen soll.

I: Ja, und wie ist es nachher abgelaufen? Also wer hat wem angerufen? Wie haben Sie den Kontakt aufgenommen?

P: Das erste Mal hat der Arzt hierher angerufen. Und dann musste ich eben noch selber anrufen, weil das wollen sie ja, dass man sich selber meldet, anscheinend [hm (zustimmend)]. Dann habe ich einen Termin abgemacht. Und dann bin ich mich vorstellen gegangen. Dann hiess es: Warteliste.

I: Wer hat den Termin gemacht? Also, wer ist vom Team dabei gewesen?

P: Der Rolf²² glaube ich.

I: ... ist das ein ...

P: Ein Arbeiter ja.

I: ... der auch Sozialarbeiter ist und auch Abgabe macht ?

P: Doch, er macht auch Abgabe, ja.

I: Und er hat mit Ihnen eine Abklärung gemacht?

P: Ja, zuerst einmal ob ich die dings überhaupt erfülle, die Auflagen. [ja] Er hat eben gesagt: Warteliste, ungefähr ein Jahr. Und da hätte ich mich am liebsten grad wieder abgemeldet, weil es mich grad so angeschissen hat, nochmals ein Jahr zu warten. Dann hab ich das aber nicht gemacht. Also, ich habe mich trotzdem auf die Warteliste setzen lassen. Dann kam ich dann mal dran.

I: Wie lange mussten Sie warten schlussendlich?

P: Etwas mehr als ein Jahr.

I: Doch noch? [ja, ja] Also Sie waren im 2000 in der Psychi, dann durften, mussten Sie noch ein Jahr warten.

P: ... musst ich ein Jahr noch warten, ja. Das war ein Nachteil.

I: Und während dieses Jahres, nach diesem ersten Gespräch bis man Ihnen gesagt hat, sie dürften jetzt kommen, haben Sie zu hier keinen Kontakt mehr gehabt?

P: Nein.

I: Wie ging das? Wie haben Sie das erfahren? Hat man Ihnen angerufen oder geschrieben?

P: Einen Brief habe ich bekommen, dass – wenn ich noch wolle – ich dann und dann vorbeikommen könne.

I: Und das haben Sie dann gemacht?

P: Ja, das habe ich dann gemacht, sicher. Und dann hiess es eben, dass man nicht mehr muskulär spritzen dürfe. Das war dann auch grad wieder ein Schlag.

²² Alle Eigennamen geändert

I: Das haben Sie gemacht gehabt damals mit dem Heroin, das Sie sich ...

P: Nein, nein, ich habe schon auch in die Venen probiert. Aber ich habe jeweils zwei, drei Stunden für einen Knall gebraucht, jeweils... Im schlimmsten Fall habe ich es dann jeweils doch muskulär gespritzt. Aber das ist ja nicht so gut mit dem Gassenstoff. Und da hätte ich am liebsten auch wieder gesagt (lacht), ich will nicht.

I: Was hat denn gemacht, dass Sie trotzdem hierher gekommen sind?

P: Ich dachte, ich probiere es trotzdem mal mit den Tabletten. Es ist eigentlich nicht schlecht. Ich habe aber trotzdem noch so Phasen, in denen ich einfach knallgeil werde. Dann überlege ich, ob ich den Stoff auf der Gasse rein nehmen soll und ihn trotz allem reinzustochern probieren.

I: Im ersten halben Jahr haben Sie das ja häufig gemacht, haben Sie gesagt.

P: Ja, ich habe es schon zwischendrin probiert. Aber hauptsächlich habe ich schon geraucht und geschnupft.

I: O.K., also Heroin nebendran noch, aber auf Arten, wie es mehr einfährt auch.

P: Ja, schneller.

I: Was hat denn ausgemacht, dass Sie damit aufgehört haben, nach dem halben Jahr?

P: Ja das war an Weihnachten letztes Jahr. Es gab keinen Stoff mehr, keinen guten Stoff mehr. Und dann habe ich es grad sein lassen, mehr oder weniger.

I: Jetzt muss ich halt so fragen: Warum haben Sie denn nicht wieder probiert als es auf der Gasse wieder Stoff gab?

P: Ich habe gemerkt, dass es auch ohne geht. Ich hatte mich vorher irgendwie ... gar nicht aufzuhören getraut.

I: Also kann man sagen, dass es von da her ein Glücksfall war, dass es keinen Stoff mehr gab [ja]. Sie haben gesehen, dass Sie auch so leben können [ja] und dann: voilà, tiptop, bin ich das los.

P: Ja, das war eigentlich ein Glücksfall (lacht).

I: Ähm, das waren eben so ein bisschen die Fragen zu dem, was sich in Ihrem Leben geändert hat. Sie haben auch gesagt, psychisch ginge es Ihnen besser [ja]. Könnten Sie dazu noch etwas sagen? Wie es vorher gewesen ist und wie es jetzt ist?

P: Ja, vorher bin ich einfach mehr oder weniger nicht aufgestanden. Ich hatte fast keine Chance, am Morgen für einen Termin aufzustehen. Damals hatte ich am Anfang auch das Gefühl, ich könne überhaupt nicht aufstehen. Aber es geht mit Aufstehen erstaunlich gut. ...

I: ... könnten Sie ... (Patient will noch etwas hinzufügen) ... , ja?

P: ... ich hatte einfach so Angstgefühle vor dem Aufstehen. Und das ist jetzt nicht mehr so.

I: Ich wollte das eben noch nachfragen: Bekommen Sie zusätzlich zum Heroin auch noch andere Medikamente?

P: Ja. Ein Antidepressivum.

I: Und das hatten Sie vorher nicht?

P: Doch, doch das hatte ich vorher schon. Aber es hat bei mir nicht so angeschlagen. [aha?] Das heisst: es war schon etwas besser, aber nicht überragend.

I: Also jetzt mit dem Heroin hier geht das besser?

P: Ja.

I: Ja, das ist noch interessant ...

P: ... ähm, saufen tu ich auch nicht mehr so, Alk, ja. Es wird mir halt schlecht davon zusammen mit den Tabletten (lacht).

I: Also, einfach weniger, denke ich ...?

P: Zwei Flaschen kann ich höchstens noch pro Tag trinken.

I: Wie war das vorher?

P: Ja, vier, fünf, sechs, sieben Liter.

I: Das ist ja dann recht massiv ...

P: Ja, das ging recht runter.

I: Da wird ihre Leber sicher zufrieden sein.

P: Ja, die freut sich bestimmt (lacht).

I: (lacht) tiptop. Ähm, jetzt vielleicht eine etwas einfache Frage: Was bedeutet die heroingestützte Behandlung für Sie? Was für eine Bedeutung hat das?

P: Hui, eine grosse! Also, wir reden manches Mal davon, dass wir Glück haben, das wir im Programm sein können.

I: Was heisst das? Was verdanken Sie dieser Behandlung?

P: Jo, viel! Fast das Leben, möchte ich sagen.

I: Und sonst noch, ausser dem Leben?

P: Ja, dass es mir jetzt so gut geht. Das hat zu einem grossen Teil mit dem Programm zu tun. Es wäre das Schlimmste, wenn das jetzt abgestellt würde. Das wäre der absolute Gau, den es jetzt grad geben könnte.

I: Gibt es irgendwie, wenn Sie sich jetzt zurückerinnern, irgendwelche Erlebnisse oder Beispiele, ähm, wo Ihnen bewusst wurde, wo Ihnen dieses vorher – nachher bewusst wurde.

P: Ja zum Beispiel letztes Jahr, wo es solchen Dreckstoff gab auf der Gasse. Damals ist es einem sehr bewusst geworden. Wenn man gesehen hat, wie andere, die man kannte, auf der Gasse herumgerannt sind und wirklich nur Scheiss bekommen haben. Also, in einem solchen Moment wird es einem sehr bewusst, was man für ein Glück hat hier.

I: ... das man den Stoff sauber hat ...

P: ja, und auch die Dosis stimmt ...

I: ... man muss nicht Angst haben, dass man auf den Aff kommt ...

P: Das ist ein sehr grosser Faktor. Also, ich glaube ich könnte das nicht mehr: am Morgen um sieben äffig erwachen.

I: Jetzt, ähm, jetzt haben Sie ja eben, also jetzt haben wir ja von den Medikamenten gesprochen und vom Heroin selber. Das ist ja ein Teil der heroingestützten Behandlung. Dann gibt es aber auch noch ärztliche Behandlung [ja] und sozialarbeiterische Betreuung. Ähm, können Sie sich erinnern, wann Sie das letzte Mal bei der Person waren, die für ihre soziale Betreuung zuständig war? Wann war das ungefähr?

P: Vor gut einem Monat.

I: Vor gut einem Monat. Beschreiben Sie mal, wie das ablief, wie der Termin damals vor sich ging. ... also wie das ging, worüber Sie geredet haben und so ...

P: Wegen der Wohnung, weil ich vorhabe, eine Wohnung zu nehmen, mehr oder weniger.

I: Also Sie würden bei Ihrer Schwester ausziehen.

P: Ja, dann schon mal schauen, dass ich etwas Eigenes habe. Das haben wir angeschaut. Wie es psychisch so geht, Nebenkonsument. Das sind etwa die Sachen, die wir meistens durchnehmen. Ah, Beschäftigung noch.

I: Dort läuft ...

P: Also ich war hier einmal oder zweimal bei diesem Beschäftigungsprogramm [aha?] und einem Kollegen habe ich geholfen, am Haus etwas zu machen, also das Haus zu renovieren. Das habe ich noch gemacht. Und nachher war ich eben in den Ferien.

I: Wie sind diese Termine für Sie? Also, fühlen Sie sich nachher besser, schlechter?

P: Nein, also. Man geht halt, weil man muss.

I: Einmal im Monat?

P: Ja. Also nicht dass es mir eigentlich extrem viel bringen würde. Ja, ich gehe, weil ich muss.

I: Aber nachher, wenn Sie rauskommen ...?

P: Ja, nicht schlechter, nein, nein, das schon nicht (lacht).

I: Das Gleiche für den Arzt: Wann waren Sie das letzte Mal bei der Ärztin oder beim Arzt und was lief da ab?

P: Also am letzten Freitag bin ich bei der Ärztin gewesen, als ich aus den Ferien zurückkam, wegen der Dosis, um neu zu schauen, wie wir es machen, oder. Ja, das war gut. Es geht mir jedenfalls nicht schlechter nachher.

I: Und ausser der Heroindosis haben Sie sonst nichts besprochen?

P: Ah, doch. Sie hat schon noch gefragt, ob ich sonst noch etwas habe, Entzündungen oder ob ich sonst etwas in den Ferien aufgelesen hätte. Oder wie es mir psychisch geht, hat Sie gefragt.

I: Und wie lange dauert so ein Arzttermin, zum Beispiel jener vom letzten Freitag?

P: Ja, etwa 20 Minuten.

I: 20 Minuten. Und der mit Ihrem Sozialarbeiter?

P: Also ungefähr eine halbe Stunden war das das letzte Mal. Es kommt so ein bisschen drauf an. Wenn man mehr hat, geht es manchmal auch eine Stunde.

I: Was halten Sie von der Frequenz dieser Termine? Also, sie haben gesagt, Sie müssten halt, einmal pro Monat. Jetzt finden Sie das angemessen oder ...?

P: Ja, es ist eigentlich schon nicht übertrieben. Übertrieben ist es nicht.

I: Und bei der Ärztin? Sind Sie dort häufiger oder ...?

P: Nein, eher weniger ...

I: ... weniger als einmal im Monat ...

P: Ja, es ist, glaube ich, weniger bei der Ärztin, alle zwei Monate.

I: Ist das für Sie etwa in Ordnung?

P: Das ist gut. Sonst kann man sich ja immer melden, wenn man irgend etwas hat. Wenn sie Zeit hat, kann man jeweils grad gehen.

I: Ah, das ist ein guter Service ...

P: Das ist gut, ja.

I: ... dass sie zur Verfügung steht.

P: Ja, wenn man auch sonst noch was hat.

I: Ähm, jetzt habe ich den Eindruck bekommen, dass Sie vor allem zwei Bezugspersonen haben hier, also die Ärztin und den Sozialarbeiter – es ist ein Mann, oder?

P: Ja, sie sind, glaube ich, grad am wechseln.

I: Aber bisher war das ein Sozialarbeiter?

P: Ja, ja.

I: Wer, würden Sie sagen, ist Ihre hauptsächliche Bezugsperson?

P: Schon der Sozialarbeiter.

I: Obwohl Sie den Sozialarbeiter im Schnitt nur einmal pro Monat sehen: Versuchen Sie mal die Beziehung zwischen Ihnen und dem Sozialarbeiter zu beschreiben in ein paar Sätzen.

P: Ja, es ist gut, es ist angenehm an diesen Terminen da. Es ist halt ein Verhältnis wie man es so hat zu Sozialarbeitern. (lacht) Nein, es ist ...

I: Also im Umgang ist es noch angenehm, aber eben bei diesem Satz möchte ich noch ein bisschen nachbohren oder: Es ist so ein Verhältnis, wie man es halt hat zu Sozialarbeitern. Beschreiben Sie doch mal, was das heisst ... Erwartungen?

P: Nein, Erwartungen habe ich eigentlich keine grossen oder jedenfalls nicht, dass es mir bewusst wäre.

I: Meinen Sie, ich will Ihnen nicht etwas in den Mund legen [ja], aber meinen Sie mit: Es ist halt so wie es halt ist mit einem Sozialarbeiter, ähm, steht das wohl in Zusammenhang mit dem, dass Sie gesagt haben, Sie müssten halt gehen, man muss es halt abhaken, quasi.

P: Es hat schon damit zu tun. Man macht es halt. Aber es ist sicher nichts Schlechtes. Es kann auch hilfreich sein, manchmal. Wenn man Probleme hat, kann man sicher zu ihnen gehen. Das ist kein Problem. Sie helfen einem so gut Sie können, ja.

I: Jetzt wechseln Sie ja gerade. Kennen Sie die Frau, die Sie jetzt betreuen wird?

P: Ich haben zwei- dreimal mit ihr gehabt. Also bei den ersten zwei Terminen war noch der Sozialarbeiter von vorher dabei. Einmal habe ich jetzt mit ihr allein gehabt. Die hat auch etwas Probleme, dünkt es mich, also Mühe bei den Gesprächen.

I: Sie hat Mühe bei den Gesprächen?

P: Also mich dünkt es, dass sie einfach noch nicht so routiniert ist, wie der Vorherige, den ich gehabt habe.

I: Ist sie jünger, nicht so erfahren?

P: Ja.

I: Und das merken Sie natürlich, weil ich annehme, dass Sie schon an verschiedenen Orten mit so Sozialarbeitern zu tun hatten.

P: Ja.

I: ... so dass Sie dafür auch einen Blick haben ...

P: Ja, sie fragt halt nicht so viel nach wie der Vorherige.

I: O.K., da können Sie schon etwas vergleichen. Der Vorherige war ein langjähriger, sicher erfahrener Sozialarbeiter. ... Jetzt, wenn Sie wählen könnten: Wenn es keine Verpflichtungen gäbe puncto Termine oder kommen oder nicht kommen, ähm, was wäre dann für Sie besser? Eher so eine Betreuung, die intensiver wäre oder eher eine losere?

P: Ja, etwas loser wäre schon gut.

I: Wenn Sie jetzt sagen könnten: So, ab heute mache ich hier die Regeln. Ich will die Betreuung so und so. Was würden Sie dann sagen? ... Ganz offen, Sie müssen nicht Angst haben, dass das dann wieder auf Sie zurückfällt.

P: So zweimal im Jahr, halbjährlich, ja.

I: Halbjährlich, das würde Ihnen reichen. Halbjährlich beim Sozialarbeiter, beim Arzt, bei der Ärztin?

P: Ja, beides ungefähr.

I: Auch [ja], zweimal, alle sechs Monate. Gut. Jetzt mal unabhängig von diesen Leuten, von den Sozialarbeitern, Ärzten, Abgabe und so: Ähm, was ist Ihnen besonders wichtig an der heroingestützten Behandlung?

P: Also in welcher Hinsicht?

I: Ähm, also vorhin habe ich gefragt, was sich so in Ihrem Leben geändert hat und so [ja] und wenn Sie jetzt ab morgen nicht mehr hierher kommen könnten, ähm, was würden Sie zuerst und am meisten vermissen?

P: Schon den Stoff, die Tabletten, das ich die nicht mehr bekäme. [ja] Das ist das Wichtigste.

I: Ohne das ...

P: ... Ja, schon der Stoff ist das Wichtigste.

I: Gut. Ähm, dann wollte ich noch fragen, ob sich in Ihrem Leben in der Zeitspanne, seit Sie jetzt hier sind, also seit anderthalb Jahren, ob sich noch andere Sachen geändert haben, vielleicht, ja, aufgrund von anderen Umständen, als dass Sie hier in Behandlung sind. Sie leben ja ausserhalb von hier [ja]. Hat sich sonst noch etwas geändert? Sie haben gesagt, es gab den Umzug von den Eltern zur Schwester [ja]. War der in jener Zeit, als Sie hier waren?

P: Nein, das war vorher. Ungefähr ein halbes Jahr oder drei Viertel vorher.

I: ... quasi kurz nachdem Sie aus der Psychiatrie gekommen sind.

P: Ja, ja, ...

I: ... dann sind Sie zur Schwester gegangen. Aber eben: hat sich sonst noch etwas geändert, das für Sie wichtig ist.

P: Es kommt mir nichts in den Sinn, jetzt grad. Schon das Verhältnis zu den Eltern, das ist sehr wichtig.

I: Sie haben gesagt, es sei entspannter geworden. Woran merken Sie, das es besser ist, jetzt von den Eltern aus gesehen? Woran merken Sie das?

P: Ja, also, schon wenn ich mit Ihnen rede. Es ist nicht mehr so gespannt. Man hat damals einfach gemerkt, dass etwas nicht stimmt. Und das merke ich eben noch relativ gut.

I: Sie sind sehr sensibel?

P: Ja, ja.

I: Und die Eltern sind jetzt beruhigter, oder ...?

P: Ja, sicher. Sie sind sehr beruhigt.

I: Jetzt also nochmals: Wenn Sie bestimmen könnten, wie sich das hier weiter entwickeln müsste, wenn Sie der Chef wären, der hier die Konzepte macht: Was würden Sie ändern? Und jetzt nicht, damit Sie es irgendwie bequemer haben oder so. Was müsste sich ändern, damit Ihnen die heroingestützte Behandlung noch mehr nützen würde?

I: Hm (zustimmend), muskulär spritzen [ja]. Das ist etwas, was ich wollte, wo ich auch das Gefühl habe, dass es mir nachher etwas besser gehen würde. Ja, das ist eigentlich das.

I: Das ist das.

P: Ja.

I: Sonst andere Sachen, die Sie noch geändert haben möchten?

P: Am Schalter, dass man nicht so lange warten muss manchmal am Abend.

I: Wartezeiten, dass so viele Leute ...

P: Ja, aber das sollte sich ja bessern, wenn der Umbau fertig ist. und das es nicht immer so ein Kindergarten, wie manchmal ist, ein trauriger Kindergarten da vorne.

I: Was meinen Sie mit Kindergarten?

P: Ja, also wenn jemand mal nach vorne muss, weil er irgendeinen Termin hat, dann hört man: He, der muss schon wieder nach vorne! Wie wenn man früher nie stundenweise auf den Stoff gewartet hätte und noch Scheiss reingelassen hätte, so tun sie hier so, wenn sie manchmal eine Minute länger warten müssen, machen ein Theater ...

I: Also, Sie würden sich wünschen, dass die Patienten ...

P: ... geduldiger ...

I: ... geduldiger sind. Ein bisschen disziplinierter auch, und sich nicht aufregen wegen jedem ... [ja]. Es hängt halt vielleicht auch damit zusammen, dass sie äffig werden.

P: Ja, gut, es sind eigentlich immer dieselben, die sich beschweren.

I: Haben Sie auch Kollegen unter den Patienten hier?

P: Ja, also Kollegen kann ich nicht sagen. Ich habe mit Ihnen zu tun wenn ich sie hier sehe. Aber Kollegen eigentlich keine.

I: Nochmals ein Punkt zu Ihren Kollegen oder Bekannten oder zu Ihrem Bezugsrahmen, wenn man das so sagen darf: das ist sicher mal die Schwester, das sind die Eltern. Äh, wer gehört da sonst noch dazu?

P: Ein oder zwei andere noch, wo ich sagen kann: das ist ein Kollege. Aber der konsumiert noch . Und so habe ich jetzt auch wieder weniger mit ihm zu tun. Ja, ich habe nicht unbedingt viele Kollegen. Ich kenne die Leute, die hierher kommen. Aber Kollegen kann man dem nicht sagen.

I: Hätten Sie gerne mehr Kollegen oder bessere Freunde?

P: Ja, es geht eigentlich so, wie es jetzt ist.

I: Hm, sind Sie so zufrieden?

P: Ja.

I: O.K., das wäre es schon [ja]. Merci für das Gespräch.

P: Ja, ich danke auch.

Curriculum vitae

Martin Hošek wurde am 27. April 1962 in Pardubice (ČSSR) geboren. Die Primar- und Sekundarschule besuchte er in Rapperswil/Jona SG (Schweiz). Die Mittelschule schloss er im Jahre 1981 in Wattwil mit der Matura Typus B ab (Kantonsschule Wattwil SG, Schweiz).

Im Herbst 1983 schrieb sich Martin Hošek als Student der Philosophischen Fakultät der Universität Freiburg im Uechtland (Schweiz) ein. Er schloss sein Studium im Frühling 1990 mit dem Lizentiat in Sozialarbeit, Psychopathologie und Theologie ab. Zwischen 1988 und 1999 war er als Sozialarbeiter in Freiburg im Uechtland (Schweiz) tätig. Seit 1999 arbeitet er als wissenschaftlicher Mitarbeiter beim Bundesamt für Gesundheit in Bern.

Martin Hošek reichte seine Dissertation in Sozialpädagogik im März 2003 ein. Er lebt zur Zeit in Köniz bei Bern