

**Jörg Lübberstedt**

# **Erfolg der Drogenpolitik = Fehlschlag der Abhängigkeitsbehandlung?**

**Untersuchung zu den Auswirkungen der Doppeldefinition von  
Opioidabhängigkeit als Abweichung und Krankheit  
auf die Behandlung opioidabhängiger Menschen in der Schweiz,  
vor dem Hintergrund einer empirischen Untersuchung zur  
Bedeutung von Nüchternheit für Opioidabhängige.**

Diplomarbeit der Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für  
Soziale Arbeit, Studienrichtung Sozialpädagogik Februar 2007

**Kontakt: [joerg.luebberstedt@gmx.ch](mailto:joerg.luebberstedt@gmx.ch)**



## **Abstract**

Diese Arbeit beschäftigt sich mit den Auswirkungen der Doppeldefinition von Opioidabhängigkeit als Abweichung und Krankheit auf die Behandlung opioidabhängiger Menschen in der Schweiz vor dem Hintergrund einer empirischen Untersuchung zur Bedeutung von Nüchternheit für Opioidabhängige und den Chancen behandlungsorientierter moderner Sozialer Arbeit in diesem Spannungsfeld.

Ausgangspunkt war die Praxis moderner Sozialer Arbeit in einer Entzugseinrichtung, die auf verhaltenstherapeutischer und neurowissenschaftlicher Basis ein Verfahren zur Erleichterung des Opioidentzugs entwickelt hat. Durch teilnehmende Beobachtung konnte ich herausfinden, dass Nüchternheit für Opioidabhängige erstens nicht Normalität, sondern erhöhte Sensibilität und Verletzbarkeit, also Stress bedeutet und zweitens ein entscheidender Faktor für die Vertretung eigener Interessen ist.

Aktuelle Theorien und Konzepte erklären Opioidabhängigkeit als normalen Lernvorgang, der zu entscheidenden Veränderungen in den verhaltenssteuernden Neurotransmitter-Systemen führt. Unter diesem Aspekt ist Opioidabhängigkeit eindeutig eine Krankheit.

Die analytische Trennung zwischen individuellem und gesellschaftlichem Problem zeigt auf der Basis der Interaktionstheorie abweichenden Verhaltens, wie Drogenabhängigkeit als Soziales Problem konstruiert wird. Die Gegenüberstellung der Entwicklung der Schweizer Drogenpolitik und den Entwicklungen der Behandlungs-Paradigmen und -Formen sowie deren Bedeutung für die jeweiligen Konsumierenden rekonstruiert die Entstehung dieses Sozialen Problems. Dies hilft zu verstehen, warum Opioidabhängigkeit heute als kontrollierte Krankheit behandelt wird. Die häufigste Behandlungsform ist seit ca. 16 Jahren die Methadonsubstitution.

Die Forschung konzentriert sich dabei weitgehend auf den Beginn und die Verbesserung der Durchführung. Die aktuelle Forschung zur Bedeutung der Substitution für die Klientel zeigt, dass dieses Verfahren die Doppeldefinition der Opioidabhängigkeit als Krankheit und der Opioidabhängigen als Abweichende in der Behandlung durchsetzt. Die Folgen sind Sanktionen und Kontrollen sowie die Tendenz, die Abhängigkeit zu verlängern, um die politischen Erfolge der Drogenpolitik nicht zu gefährden.

Die entscheidenden Gründe für die Aufrechterhaltung der Opioidabhängigkeit sind deshalb: neurologische Veränderungen, belastende Lebenslagen und die Doppelfunktion der Behandlungsangebote als Kontrolle und Hilfe, was sowohl den Zugang zu, als auch die Akzeptanz dieser Angebote erschwert.

Schlussfolgerung: Die Soziale Arbeit hat mit ihren Prinzipien von Partizipation und Empowerment Interessenvertretung, Bedürfnis-, Bedarfs- und Ressourcenorientierung gute Chancen zur Verbesserung von Gesundheit, Integration, Akzeptanz und Gerechtigkeit. Voraussetzung dafür ist allerdings die anwaltschaftliche Vertretung opioidabhängiger Menschen im Diskurs um die Doppeldefinition der Opioidabhängigkeit als Abweichung und Krankheit.

# **Erfolg der Drogenpolitik = Fehlschlag der Abhängigkeitsbehandlung?**

Untersuchung zu den Auswirkungen der Doppeldefinition von Opioidabhängigkeit als Abweichung und Krankheit auf die Behandlung opioidabhängiger Menschen in der Schweiz, vor dem Hintergrund einer empirischen Untersuchung zur Bedeutung von Nüchternheit für Opioidabhängige

Diplomarbeit der Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit, eingereicht im Februar 2007 zum Erwerb des Diploms in Sozialer Arbeit FH, Studienrichtung Sozialpädagogik

<b>1 EINLEITUNG .....</b>	<b>1</b>
<b>2 FRAGESTELLUNGEN.....</b>	<b>3</b>
<b>3 EIGENE POSITION, FORSCHUNGSPERSPEKTIVE UND METHODEN.....</b>	<b>4</b>
3.1 ANNAHMEN UND HALTUNG .....	4
3.2 THEORETISCHE ZUGÄNGE MODERNER SOZIALER ARBEIT.....	5
3.2.1 <i>Gesundheit</i> .....	5
3.2.2 <i>Salutogenese</i> .....	6
3.2.3 <i>Gesundheitsförderung</i> .....	7
3.2.4 <i>Partizipation</i> .....	8
3.2.5 <i>Ziele des Empowerment</i> .....	9
3.2.6 <i>Die Grundbedürfnisse im konsistenztheoretischen Modell</i> .....	9
3.2.7 <i>Motivation als Auslöser für Handeln und Veränderung</i> .....	10
3.3 VERDICHTUNG DER THEORIEN UND KONZEPTE.....	11
3.4 DIE KONKURRENZ DER PARADIGMEN IN DER ABHÄNGIGKEITSBEHANDLUNG .....	12
3.5 ANGEWANDTE METHODEN .....	13
<b>4 EMPIRISCHER ZUGANG ZUM THEMA OPIOIDABHÄNGIGKEIT .....</b>	<b>14</b>
4.1 BESCHREIBUNG DER ORGANISATION.....	14
4.2 BEWERTUNG DES ORGANISATORISCHEN RAHMENS.....	16
4.3 BESCHREIBUNG DES EIGENEN ARBEITSAUFGABENS.....	16
4.4 DIE BEDEUTUNG ZUNEHMENDER NÜCHTERNHEIT IM ENTZUGSPROZESS.....	17
4.4.1 <i>Zusammenfassung der Beobachtungen im Entzugsverlauf</i> .....	17
4.4.2 <i>Zusammenfassung der Unterschiede zwischen Nüchternheit und Betäubtheit</i> .....	19
4.5 ALTERNATIVE ENTZUGSERFAHRUNGEN DES KLIENDEL.....	20
4.5.1 <i>Erfahrungen in konventionellen Entzugseinrichtungen</i> .....	20
4.5.2 <i>Abbau der Dosis als Entzugsmöglichkeit</i> .....	21
4.5.3 <i>Der Narkoseentzug</i> .....	22
4.5.4 <i>Generelle Aspekte und Fragen zum Thema Entzug</i> .....	22
4.6 ERFAHRUNGEN MIT DEM AUSSTIEG AUS SUBSTITUTIONSPROGRAMMEN .....	23
<b>5. OPIOIDABHÄNGIGKEIT ALS INDIVIDUELLE BIOPSYCHOSOZIALE BEEINTRÄCHTIGUNG.....</b>	<b>24</b>
5.1 HEROIN UND METHADON.....	24
5.2 OPIOIDKONSUM ALS STÖRUNG DER PSYCHE UND DES VERHALTENS.....	25
5.3 NEUERE ERKLÄRUNGSANSÄTZE .....	26
5.3.1 <i>Theorie der natürlichen Anfälligkeit für Opioidabhängigkeit</i> .....	26
5.3.2 <i>Die Rezeptortheorie</i> .....	27
5.3.3 <i>Schädliche Abhängigkeit als Fehlanpassung an die Moderne</i> .....	28
5.3.4 <i>Das Belohnungssystem und neurobiologisches Lernen</i> .....	29
5.3.5 <i>Das Suchgedächtnis</i> .....	30
5.4 ABHÄNGIGKEIT ALS GEHIRNKRANKHEIT.....	31
5.6 BEWERTUNG DER VORGESTELLTEN MODELLE .....	32

<b>6 OPIOIDABHÄNGIGKEIT ALS GESELLSCHAFTLICH KONSTRUIERTES SOZIALES PROBLEM.....</b>	<b>33</b>
6.1 DIE INTERAKTIONSTHEORIE ABWEICHENDEN VERHALTENS .....	33
6.1.1. <i>Die Rolle der Regelsetzenden</i> .....	33
6.1.2 <i>Die Rolle der Regeldurchsetzenden</i> .....	34
6.1.3 <i>Die Rolle der Regelverletzenden</i> .....	35
6.1.4 <i>Typen abweichenden Verhaltens und deren Bewertung</i> .....	36
6.1.5 <i>Stigmatisierung (Labeling)</i> .....	36
6.1.6 <i>Labeling-Effekte bei Opioidabhängigkeit</i> .....	38
6.1.7 <i>Stigma und Status von Personen mit illegalisiertem Opioidkonsum</i> .....	38
6.1.8 <i>Das Stigma der Abweichung aufgrund vermuteter psychischer Störungen</i> .....	39
6.2 HISTORISCHE ENTWICKLUNG DER SCHWEIZER DROGENPOLITIK.....	40
6.2.1 <i>Entwicklung der Drogenpolitik in der Schweiz</i> .....	40
6.2.2 <i>Historische Entwicklung der Konsum- und Behandlungsmuster</i> .....	42
6.3 ZUSAMMENFASSUNG DER ENTWICKLUNGSLINIEN .....	44
6.4 AKTUELLER STAND .....	45
<b>7 DIE SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG MIT METHADON .....</b>	<b>46</b>
7.1 ANGEMESSENHEIT DER METHADONSUBSTITUTION .....	46
7.1.1 <i>Untersuchungsergebnisse</i> .....	46
7.1.2 <i>Evaluation der Gesamtuntersuchung durch ein Experten Panel</i> .....	47
7.1.3 <i>Bedeutung der Untersuchungsergebnisse für die Fragestellung</i> .....	48
7.2 DIE SITUATION VON MENSCHEN IN METHADONSUBSTITUTIONSBEHANDLUNGEN .....	49
7.2.1 <i>Anforderungen und Veränderungen im Verlauf der Behandlung</i> .....	49
7.2.2 <i>Vier Grundformen der Abhängigkeitsarbeit</i> .....	50
7.2.3 <i>Ressourcen der Substitution</i> .....	50
7.2.4 <i>Risiken in der Behandlung</i> .....	51
7.2.5 <i>Behandlungen nach Zielprozessen</i> .....	52
7.2.6 <i>Gesundheit als Erfolg und Anpassung</i> .....	53
7.2.7 <i>Folgen der Definitionen für die Behandlung Abhängiger in der Substitution</i> .....	53
7.3 ÖKONOMISCHE ASPEKTE DES SUBSTITUTIONSPARADIGMAS .....	54
<b>8 BEANTWORTUNG DER FRAGESTELLUNGEN .....</b>	<b>55</b>
8.1 DIE BEDEUTUNG DER UNTERSCHIEDE ZWISCHEN NÜCHTERNHEIT UND SEDIERUNG.....	55
8.2 OPIOIDABHÄNGIGKEIT ALS INDIVIDUELLES PROBLEM UND IHRE FOLGEN.....	56
8.3 OPIOIDABHÄNGIGKEIT ALS GESELLSCHAFTLICHES KONSTRUKT .....	58
8.4 METHADONSUBSTITUTION IN DER SCHWEIZ SOLL REGELN DURCHSETZEN .....	60
8.5 WAS BEDEUTEN DIE ERKENNTNISSE FÜR DIE ARBEIT MIT OPIOIDABHÄNGIGEN MENSCHEN? ..	61
<b>9 ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK .....</b>	<b>63</b>
9.1 ZUSAMMENFASSUNG.....	63
9.2 AUSBLICK .....	65
<b>10 LITERATUR .....</b>	<b>66</b>
<b>ANHANG .....</b>	<b>69</b>
ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	69
TABELLENVERZEICHNIS .....	69

## **1 Einleitung**

### *Praxiserfahrungen und Fragen nach der Kompatibilität*

Während meines berufsbegleitenden Studiums an der Fachhochschule Nordwestschweiz bestand meine Praxisausbildung in der Arbeit als Sozialpädagoge in Ausbildung im Escape-Ambulatorium der Pro Adicta in Schöftland/ AG, in der Schweiz. Pro Adicta ist eine kleine, privat geführte, Organisation und bietet unter Anderem ein weitgehend ambulantes Entzugsverfahren an, das Escape-Verfahren. Das Escape-Ambulatorium ist zuständig für die Durchführung des fünftägigen stationären körperlichen Opioidentzugs. Das Verfahren basiert im Wesentlichen auf neurobiologischen und verhaltenspsychologischen Modellen der Opioidabhängigkeit. Theoretisch wird unterschieden zwischen Abhängigkeit, als Gewöhnung an die externe Zufuhr von Opioiden und Sucht, als Konditionierung zwanghafter Konsumimpulse aufgrund spezifischer Substanzwirkungen der Opioide. Der Zugang zum Angebot erfolgt freiwillig und auf eigene Kosten.

Zentraler Baustein des Verfahrens ist die Neurostimulation. Diese basiert auf organisationseigenen Untersuchungen. Sie bewirkt vereinfacht gesagt eine Stimulation der Endorphinproduktion im Gehirn. Dadurch wird der Entzug von Heroin, Methadon und anderen Opioiden durch die Aktivierung körpereigener Opioide erleichtert, indem die körperlichen Entzugssymptome schwächer, kürzer und seltener auftreten. In der Evaluation durch die Klientel werden, neben diesem Aspekt, besonders die professionelle, menschliche, bedarfs- und bedürfnisorientierte Behandlung und die gute Erreichbarkeit des Personals geschätzt.

Diese Arbeit, deren Ziel und Auftrag es ist, der Kundschaft beim Überwinden ihrer Opioidabhängigkeit zu helfen, ist, wenn sie erfolgreich sein soll, zwangsläufig an Opioidabstinenz orientiert.

Aufgrund unserer Erfahrungen ist diese Entzugsmethode gut geeignet für Personen, die aus einem Substitutionsprogramm aussteigen möchten. Unsere Klientinnen und Klienten berichten von mangelhafter Unterstützung oder gar Behinderung durch die Substitutionsstellen in ihrem Vorhaben aus der Opioidabhängigkeit auszusteigen. Deswegen interessieren mich folgende Fragen:

- Worin bestehen die Behinderungen unserer Klientel durch die Substitutionsstellen?
- Wie lassen sie sich verstehen?
- Wie kompatibel sind Substitution und abstinenzorientierte Behandlung?
- Welche Bedingungen müssen erfüllt sein, damit der Übergang von der Substitution zum Entzug und schliesslich zur Abstinenz erleichtert wird?

### *Unterschiede im Erleben während des Entzugsverlaufs*

Bei absprachegemäßer Vorbereitung sind die körperlichen Symptome relativ gut zu ertragen.

Schwieriger ist die zunehmende Nüchternheit. Durch die nachlassende Opioidwirkung werden die Sinneswahrnehmungen und das emotionale Erleben intensiver. Die Betroffenen erleben sich deshalb als sensibler, verletzlicher und angreifbarer. Je nach individueller Ausprägung der Emotionen führen sie zu unterschiedlichen Erlebnisbewältigungs- und Verhaltensweisen.

Ich vermute, dass sich aus der Verschiedenheit der Zustände mit und Opioidwirkung Unterschiede in der Lebensbewältigung herausarbeiten lassen. Dies könnte zum Beispiel in den Bereichen Bedürfniswahrnehmung, Emotionsregulation sowie Verfolgung und Vertretung eigener Interessen wichtig sein. So scheinen mir Personen unter Methadon- oder Heroineinfluss deutlich anspruchsloser zu sein in Bezug auf die Vertretung und Verfolgung eigener Bedürfnisse. Dies ermöglicht ihnen, Anforderungen ohne Rücksicht auf Konsequenzen zu ignorieren oder in anderen Fällen ohne nennenswerte Gegenwehr zu erfüllen. Dies bewerte ich als eine deutliche Beeinträchtigung der Autonomie als Folge der Abhängigkeit.

### *Die Komplexität der Abhängigkeit*

Opioidabhängigkeit bedeutet im längerfristigen Verlauf die Veränderung der Konsummotivation. Sind anfangs noch Rausch und Glückserleben entscheidend, entwickelt sich der Opioidkonsum zunehmend zur blossen Erhaltung eines, subjektiv als „normal“ empfundenen, Zustands. Der Konsum soll dabei Helfen Entzugssymptome zu vermeiden. Dieser Bedeutungs- und Funktionswandel vollzieht sich aufgrund der Anpassung des Organismus an den Substanzkonsum durch Toleranzbildung und Gewöhnung. Der Konsum verändert sich von einer anfänglich subjektiv erlebten Bereicherung zunehmend in Richtung einer Abhängigkeit. Zusätzlich bestehen dabei anscheinend häufig noch weitere Belastungen und Risiken, wie Hepatitis und HIV-Infektionen, psychische Beeinträchtigungen, Mehrfachkonsum und Mehrfachabhängigkeiten sowie geringe Verfügbarkeit von und schlechten Zugang zu sozialem, kulturellem und ökonomischem Kapital. Weitere Aspekte sind die jeweils individuellen Ausprägungen der Aspekte Gender und Migration oder die Wirkung individuelle Risiken und Ressourcen.<sup>1</sup> Wegen der Komplexität des Themas behandle ich nur ausgewählte Teilaspekte. Vor diesem Hintergrund insbesondere neurowissenschaftlicher Erkenntnisse zur Abhängigkeit frage ich mich, wie gut die Behandlungsangebote der Substitutionsprogramme zu den betroffenen Menschen und deren Entwicklungsperspektiven passen.

---

<sup>1</sup> Im Einzelnen sind das: Alter, Einstiegsalter, Konsumdauer, Konsummuster, Grad der gesellschaftlichen Integration, Zugangschancen zu Erwerbstätigkeit und Bildungszertifikaten, Bedürfnisse und Motivation, individuelle Bewältigungsfähigkeiten und –muster, Anpassungsfähigkeit und Akzeptanz von Kontrolle, Grad der Frustrationstoleranz, Anzahl und Bedeutung gescheiterter Entzugsversuche und Rückfälle, Dauer, Anzahl und Bewertung abstinenter oder teilabstintenter Lebensphasen, Dauer und Dosierung der Substitution, Einschätzung der eigenen Lebensqualität, Art und Ausmass der Hoffnungen und Befürchtungen in Bezug auf ein Leben ohne Opioide, Fähigkeiten und Möglichkeiten in Bezug auf Autonomie, Selbstbestimmung und -verantwortung sowie alle Arten von Religiosität und Glauben.

### *Historische Entwicklung und aktueller Stand*

Aufgrund historischer Entwicklungen in der Schweiz befindet sich ein grosser Teil der Opioidkonsumierenden heutzutage in irgendeiner Form von Behandlung im Rahmen des Viersäulenmodells der Schweizer Drogenpolitik. Die meisten werden in einer Substitutionsbehandlung mit Methadon behandelt und das in vielen Fällen schon seit Jahren. Es scheint sich eine Form chronischer und betreuter Abhängigkeit entwickelt und verfestigt zu haben, die von keinem der Beteiligten in dieser Weise vorhersehbar, geschweige denn geplant war. Opioidabhängigkeit, als vollständiger Prozess betrachtet, verläuft in den Phasen Erstkonsum – wiederholter Konsum – Abhängigkeitsentwicklung – Abhängigkeit – Abbau und/ oder Entzug – Aufrechterhaltung, wobei Fort- und Rückschritte immer möglich sind. Der heutige Stand der Substitutionsbehandlungen scheint die betroffenen Menschen in der Phase der Abhängigkeit zu halten. Dies findet statt vor dem Hintergrund einer kontrovers diskutierten aber als innovativ und mutig geltenden Drogenpolitik, deren Inhalte von der Bevölkerung mitgetragen und mitbestimmt werden.

## **2 Fragestellungen**

Aus der Einleitung ergeben sich für mich mehrere Fragen denen ich im Verlauf der Arbeit nachgehen möchte.

- Was bedeutet Nüchternheit für opioidabhängige Menschen?
- Wie erklären aktuelle Ansätze Opioidabhängigkeit?
- Was ist das gesellschaftliche Problem der Opioidabhängigkeit?
- Wem nützen die Substitutionsbehandlungen?
- Was bedeuten die Erkenntnisse für die Soziale Arbeit in diesem Bereich?

### **3 Eigene Position, Forschungsperspektive und Methoden**

#### **3.1 Annahmen und Haltung**

Bei der genaueren Betrachtung von Opioidabhängigkeit lassen sich bei diesem Thema zwei gegensätzliche Bereiche analysieren. Das eine ist die Abhängigkeit selbst, die als individuelles Problem unter dem Aspekt der biopsychosozialen Beeinträchtigung betrachtet werden kann. Zum anderen lassen sich die Folgen dieses individuellen Problems in ihrer Häufung als, gesellschaftliches Problem in den Bereichen Gesundheits-, Ordnungs-, Sozial- und Wirtschaftspolitik bestimmen. Beide Varianten sind mögliche Ansätze für die Soziale Arbeit begründen aber möglicherweise unterschiedliche Bearbeitungsweisen. Soziale Arbeit soll im Auftrag der Gesellschaft „Soziale Probleme“ bearbeiten. Damit sind bestimmte gesellschaftlich als problematisch definierte, tatsächliche oder erwartbare, Lebenslagen, Situationen oder Verhaltensweisen gemeint. Von wem, in welchem Rahmen und mit welchen Mitteln, diese Probleme bearbeitet werden hängt von der Problemdefinition, den daraus abgeleiteten Prioritäten der Intervention sowie der Menge der zur Verfügung stehenden (Finanz-)Mittel ab. Im Rahmen der Sozialen Arbeit umfasst der Auftrag im Feld Opioidabhängigkeit häufig sowohl Hilfe, als auch intensive Kontrolle. Deswegen ist meiner Ansicht nach eine der zentralen Aufgaben der in diesem Bereich Tätigen die Klärung der eigenen Position im Spannungsfeld Hilfe und Kontrolle, dem so genannten „doppelten Mandat“. Ich verstehe dabei Hilfe als Dienstleistung zur Förderung und Verbesserung der Chancen eines abhängigen Individuums für mehr Selbstbestimmung, Eigenverantwortung und Lebensqualität in der eigenen Lebensgestaltung. Ich orientiere mich dabei an den Prinzipien der Konzepte von Partizipation, Empowerment, biopsychosozialer Gesundheit und Gesundheitsförderung. Deswegen halte ich die Überwindung der Opioidabhängigkeit für das zentrale Ziel von Engagement in diesem Feld. Kontrolle entsteht, meinem Verständnis nach, aus einem gesellschaftlich definierten Bedürfnis zur Beachtung der Regeln, also der Befolgung formeller und informeller Normen sowie der Durchsetzung ihrer Geltung. Aus dieser Perspektive ist Kontrolle immer verbunden mit Machtansprüchen der Gesellschaft gegenüber Individuen und Gruppen. Macht ist, nach Weber, definiert als jede Möglichkeit innerhalb sozialer Interaktionen die eigenen Ansprüche durchzusetzen, ungeachtet der Mittel und Legitimationen (vgl. Weber 1984: 89). Deswegen halte ich es für wichtig die Prozesse zu verstehen in denen soziale Wirklichkeit und damit auch soziale Probleme in Interaktionen produziert werden. Ich orientiere mich dabei am Forschungsparadigma der Theorie der symbolischen Interaktion, insbesondere an Beckers Theorie abweichenden Verhaltens (Becker 1973: 163).

## **3.2 Theoretische Zugänge moderner Sozialer Arbeit**

### **3.2.1 Gesundheit**

Im Alltagsverständnis ist Gesundheit negativ definiert als Abwesenheit von Krankheit. Das internationale Recht dagegen definiert Gesundheit in der Präambel der Satzung der Weltgesundheitsorganisation als einen "... Zustand des völligen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens ..." (WHO, 1946, in: Schweizerische Eidgenossenschaft 2006).

Diese Definition ist idealistisch, statisch, ziemlich umfassend und betont das subjektive Erleben. Wenn man hingegen Gesundheit als Kontinuum zwischen einem Optimum und einem Minimum betrachtet, so ergeben sich nach Zimbardo/ Gerrig (2004) folgende Bedingungen für die jeweiligen Enden der Gesundheitsskala:

- *Optimale Gesundheit* besteht, wenn biologische, psychische, soziale und ökologische Faktoren derart zusammenwirken, dass subjektives Wohlbefinden, Entwicklungsförderung, Ressourcennutzung, legale Zielerreichung und Gleichbehandlung erlebt werden können.
- *Minimale Gesundheit* hingegen beruht auf Konflikten zwischen diesen Faktoren und äussert sich in Stress, Unwohlsein, Beeinträchtigung, Ressourcenverlust, Versagen, destruktivem Verhalten und der Verfestigung von Ungleichbehandlung (vgl. Zimbardo/ Gerrig, ebd.: 655).

### **3.2.2 Salutogenese**

Diese Definition folgt Antonovskys Konzept der Salutogenese (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2007: 14ff). Antonovsky entwickelte dieses Konzept als Kritik an der Fixierung auf die körperlichen Ursachen von Krankheit in der medizinischen Praxis und Forschung. Salutogenese fragt nach den Bedingungen, die Freiheit von körperlichen Beschwerden, psychisches Wohlbefinden und Glück, Bewältigungsfähigkeiten im Umgang mit Belastungen, Leistungsfähigkeit, Selbstverwirklichung und Sinnfindung ermöglichen. Je nachdem ob diese Lebensbedingungen das subjektive Wohlbefinden beeinträchtigen oder begünstigen, werden sie in diesem Modell als Risiko- bzw. Schutzfaktoren bezeichnet. Die Fähigkeit trotz intensiver Belastungen psychisch gesund bleiben heisst Resilienz. Vulnerabilität bezeichnet die individuelle Verletzbarkeit durch Belastungen. Der zentrale Begriff des Modells ist das Kohärenzgefühl als eine generelle Haltung. Es entsteht aus dem Zusammenwirken der subjektiven Bewertungen der Gefühle von Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit.

- Das Gefühl der Verstehbarkeit bezeichnet die kognitive Fähigkeit, die Zusammenhänge des eigenen Lebens als weitgehend zusammengehörend zu erkennen.
- Das Gefühl der Handhabbarkeit meint die kognitiv-emotionale Überzeugung, über genügend Ressourcen zur Lebensbewältigung zu verfügen und diese auch Nutzen zu können.
- Das Gefühl der Bedeutsamkeit bezeichnet die Fähigkeit, Anforderungen als Herausforderungen zu bewerten und die Bereitschaft, sich für deren Bewältigung zu engagieren.

Die Art der Ausprägung des Kohärenzgefühls beeinflusst Bewältigungsstile und -strategien.

Die Stärke des Kohärenzgefühls hängt davon ab, generalisierte Widerstandsressourcen vorhanden sind und nutzbar gemacht werden können, ob konsistente Erfahrungen gemacht werden können und, ob die Balance zwischen Über- und Unterforderungen den Bewältigungsfähigkeiten und -ressourcen entspricht. Generalisierte Widerstandsressourcen zur Verbesserung der Chancen für Resilienz und Kohärenzgefühl sind in diesem Modell z. B. körperliche Faktoren, Intelligenz, problemlösungsorientierte Bewältigungsstrategien, soziale und kulturelle Faktoren, soziale Unterstützung, finanzielle Lage, kulturelle Stabilität sowie Zugangschancen und Verfügbarkeit von ökonomischem, kulturellem und sozialem Kapital (vgl. Bourdieu 2003). Diese Ressourcen sind in der Gesellschaft ungleich verteilt. Daraus schliesse ich, dass auch die Chancen für Resilienz, hohes Kohärenzgefühl und Gesundheit ungleich verteilt sind. Lebenslage und Widerstandsressourcen beeinflussen die Art der Bewertung von Stressoren. Problematische Lebenslagen und geringe Widerstandsressourcen erschweren also die Chancen auf biopsychosoziales Wohlbefinden.

### **3.2.3 Gesundheitsförderung**

In der Ottawa-Charta der WHO von 1986 (WHO 2007a) verpflichteten sich die Teilnehmenden auf das Konzept der Gesundheitsförderung. Dieses Konzept wurde deutlich beeinflusst durch Bürgerrechts- und Gesundheitsbewegungen, Soziale Arbeit und Salutogenese. Politik, Gesundheits- und Sozialwesen, Lebenswelten, Persönlichkeitsentwicklung, und gemeindenaher Gemeinschaftsaktionen sollen gesundheitsfördernd gestaltet werden. Durch anwaltschaftliche Interessenvertretung sollen Schutzfaktoren verbessert und Risikofaktoren gemindert werden. Individuelle Fähigkeiten sollen verbessert werden durch Bildung und verbesserte Zugangschancen zu öffentlichen Dienstleistungen, um Effekte sozialer und gesundheitlicher Ungleichverteilung zu mildern. Gesundheitsförderung ist ein Gemeinschaftsprojekt. Deshalb bedarf es die Einbindung aller Gesellschaftsmitglieder und -Organisationen unter Vermittlung von Wissen und Methoden durch spezielle Agenten der Gesundheitsförderung. Der Aufruf endet mit dem Appell zur Bildung von Allianzen mit dem Ziel, die „öffentliche Gesundheit“ zu verbessern (vgl. ebd.).

In der „Europäischen Erklärung zur psychischen Gesundheit“ (WHO 2007b), einer Konferenz der europäischen Gesundheitsministerinnen und -minister werden die Mitgliedstaaten „... eindringlich gebeten, Massnahmen zu ergreifen, um die durch psychische Gesundheitsprobleme bewirkte Krankheitslast zu verringern und das psychische Wohlergehen zu steigern.“ (ebd.: 1).

Die Erklärung fordert von den unterzeichnenden Regierungen:

- die Orientierung am aktuellen Wissensstand,
- die Achtung der Menschenrechte,
- aktives Vorgehen gegen Stigmatisierung, Diskriminierung und Ausgrenzung sowie
- die Einhaltung und Förderung von Partizipation und Empowerment insbesondere für Menschen mit stark beeinträchtigter oder gefährdeter psychischer Gesundheit (vgl. ebd.: 2ff).

Für die Gesundheitsförderung bedeutet dies eine besondere Verantwortung in diesem Bereich. Sie muss deshalb nach Möglichkeit vermeiden als „moralische Unternehmer“ (Becker 1973:133) aufzutreten, Gesundheit zu einem gesellschaftlichen Bewertungskriterium werden zu lassen, das Ausgrenzung produziert, indem es unterstellt, schlechte Gesundheit sei ein Ausdruck persönlichen Versagens. Solche Negativeffekte zeigen sich schon in kleinen Beispielen wie den Diskussionen um die Erhöhung von Krankenkassenprämien für angeblich Fehlernährte, Raucher oder Extremsportler. Es besteht die Gefahr, dass die Angebote der Gesundheitsförderung hauptsächlich Personen mit ohnehin guter Gesundheit erreichen und so gesundheitliche Ungleichheit vergrössern.

Trotzdem halte ich gesundheitsförderndes Handeln im Bereich der Sozialen Arbeit für Erfolg versprechend, wenn es moralischen Druck zur Verbesserung der Gesundheit vermeidet.

Deswegen sollte Gesundheitsförderung in diesem Bereich unbedingt die Prinzipien der Partizipation und des Empowerment beachten.

### 3.2.4 Partizipation

Partizipation ist ein politisches Konzept. Es bezeichnet die Teilhabe am gesellschaftlichen Wohlstand und die Beteiligung an sozialen Prozessen in den Bereichen Planung, Meinungsbildung, Verhandlung und Entscheidung. Hauptmerkmal von Partizipation ist der Zuwachs an Einfluss bei den Partizipierenden. Sie soll als Gegengewicht und Korrektiv Auswirkungen von Macht in Situationen ungleicher Machtverteilung mildern. Partizipation beruht damit auf Gewährung, Teilung und Abgabe von Macht. Neben der demokratietheoretischen Legitimation und Einforderung von Partizipation als elementarem Bestandteil von Demokratie wird diese Machtteilung durch erwartete positive Effekte für alle Beteiligten und Betroffenen, je nach theoretischem Hintergrund unterschiedlich begründet.

Unter anderem werden folgende positive Effekte von Partizipation postuliert: Sie kann

- Konfliktregelungen erleichtern und, deren Ergebnisse verbessern,
- durch Anhörung und Verhandlung sowohl das Wissen, wie auch die Verantwortungsbasis für Entscheidungen erweitern und so, deren Rationalität erhöhen,
- die Bereitschaft für bürgerschaftliches Engagement fördern,
- die Identifikation mit einem Gemeinwesen erhöhen,
- Verhandlungsfähigkeiten einüben
- und dafür sorgen, dass Verhandlungsergebnisse besser zu den Bedürfnissen und Anforderungen der Beteiligten oder Betroffenen passen (vgl. Schnurr, in Otto/ Thiersch 2001: 1330ff).

Dieser letzte Punkt ist insbesondere für die Soziale Arbeit wichtig, da deren Adressaten aufgrund ihrer Lebenslage häufig in ihrer Autonomie oder in ihren Partizipationschancen beeinträchtigt sind.

Partizipation ist in unterschiedlichen Graden in ein Kontinuum von Nicht-Partizipation bis Voll-Partizipation einteilbar. Das Partizipationsmodell nach Arnstein unterscheidet verschiedene Stufen der Partizipation nach Einflussart und nach Einflussintensität (Tabelle 1).

<b>Grad der Partizipation</b>	<b>Konkrete Form</b>
<b>Nicht-Beteiligung</b>	1. Manipulation 2. Therapie (anstatt Befähigung zu Beteiligung)
<b>Scheinbeteiligung</b>	3. Information 4. Konsultationen/ Beratung/ Anhörung 5. Beschwichtigung
<b>Beteiligung</b>	6. Partnerschaft (Beteiligung am Aushandlungssystem) 7. Übertragung von Macht (geregelt Entscheidungskompetenzen bestimmter Planungsabschnitte/ Programme) 8. Kontrolle durch Bürger (volle Entscheidungskompetenz)

Tabelle 1: Grade der Partizipation nach Arnstein (Arnstein 1969, zit. in: Schnurr 2001, in Otto, Thiersch 2001:1336).

### **3.2.5 Ziele des Empowerment**

Empowerment bezeichnet ein Konzept zur Stärkung von Autonomie und Selbstbestimmung. Es bezieht die Konzepte der Partizipation, der Salutogenese und der Gesundheitsförderung mit ein und betont dabei den Aspekt der Selbstbestimmung. Herriger (2002) unterscheidet folgende Bereiche:

- Politisches Empowerment soll in Form solidarischer Bürgerrechtsbewegungen, Selbsthilfeinitiativen und Gemeinwesenarbeit die gesellschaftliche Machtverteilung zugunsten der weniger Mächtigen beeinflussen und damit politische Mitbestimmung und Mitgestaltung fördern (vgl. ebd.: 183ff).
- Psychologisches Empowerment soll Individuen dazu befähigen, ihre eigenen Interessen zu kennen und ihre Ansprüche selbst vertreten zu können (vgl. ebd.: 169ff).

### **3.2. Die Grundbedürfnisse im konsistenztheoretischen Modell**

Das konsistenztheoretische Modell ist ein Ergebnis aus der Psychotherapieforschung (Grawe 2004). Es verbindet neuere Ergebnisse aus der Gehirnforschung mit Untersuchungen über die Wirkungen von Psychotherapie. Es erklärt kognitives und emotionales Erleben und Verhalten durch befriedigte oder verletzte psychische Grundbedürfnisse, die die Entwicklung annähernder bzw. vermeidender motivationaler Schemata im Zusammenhang mit neuronalen Funktionen und Strukturen anregen. Grawe übernimmt von Epstein das Modell der Grundbedürfnisse nach Orientierung und Kontrolle, Bindung und Zugehörigkeit, Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz sowie Lustgewinn und Unlustvermeidung (vgl. Epstein 1991, in Grawe 2004: 185ff) und erweitert es um das Bedürfnis des „Streben nach Konsistenz“ (ebd.: 186). Konsistenz beschreibt dabei die gute Passung psychischer Prozesse zueinander.

Angemessene Befriedigung ausreichender Schutz vor Verletzung der Grundbedürfnisse sind die zentralen Grundlagen für menschliches Handeln. Im Zusammenhang mit motivationalen Schemata streben Menschen nach Übereinstimmung zwischen Bedürfnislage, Motivationslage, Erleben und Verhalten, also Kongruenz. Die beiden zentralen motivationalen Schemata sind in diesem Modell Annäherung und Vermeidung. Diese bilden sich aufgrund der Lebenserfahrung von Individuen als Verarbeitungsmuster im Gehirn. Deswegen fordert er für gelingende Veränderungen im Selbsterleben die Beachtung impliziter Lernvorgänge. Implizites Lernen bedeutet Lernen durch reale Erfahrungen und Bahnung neuer neuronaler Strukturen durch Wiederholung (ebd.: 425ff).

Grawes Thesen zum Zusammenhang zwischen Bedürfnissen, Motivation und Verhalten lauten:

Je häufiger und verlässlicher die Grundbedürfnisse im Verlauf des Lebens befriedigt werden, desto mehr tendieren Menschen motivational zu Annäherung.

Menschen deren Lebenserfahrungen seltene Bedürfnisbefriedigungen oder sogar Bedürfnisverletzungen erfahren haben neigen eher zu motivationaler Vermeidung (vgl. ebd.: 186ff). Wenn Menschen nach Intimität und Bindung, Geselligkeit, Altruismus, Wertschätzung und Anerkennung, Status, Autonomie, Leistung, Kontrolle, Bildung, Selbstwert und Belohnungen streben, und ihr Verhalten auch anderen gegenüber danach ausrichten können, verfolgen sie Annäherungsziele. Damit leisten sie einen wichtigen Beitrag zur psychischen Gesundheit.

Isolation, Abwertung, Vorwürfe, Verletzbarkeit, Hilflosigkeit und Versagen sind Ausdruck des Überwiegens von Vermeidungsschemata. Diese sind deutliche Anzeichen einer psychischen Ungleichgewichts oder psychischer Belastungen. (vgl. Grosse-Holtforth/ Grawe, in Grawe 2004: 281). Aufgrund eigener Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und der Verfolgung von Vermeidungs- und Annäherungszielen, schliesst Grawe, dass das Erreichen von Annäherungszielen wesentlich mehr zum psychischen Wohlbefinden beiträgt als das erfolgreiche Vermeiden von Unannehmlichkeiten (vgl. ebd.: 344). Ich sehe darin eine weitere Bestätigung für die Anwendung ressourcenorientierter Sozialer Arbeit.

### 3.2.7 Motivation als Auslöser für Handeln und Veränderung

Das Rubikon-Modell unterteilt Handeln in Einzelschritte (siehe Abb. 1)

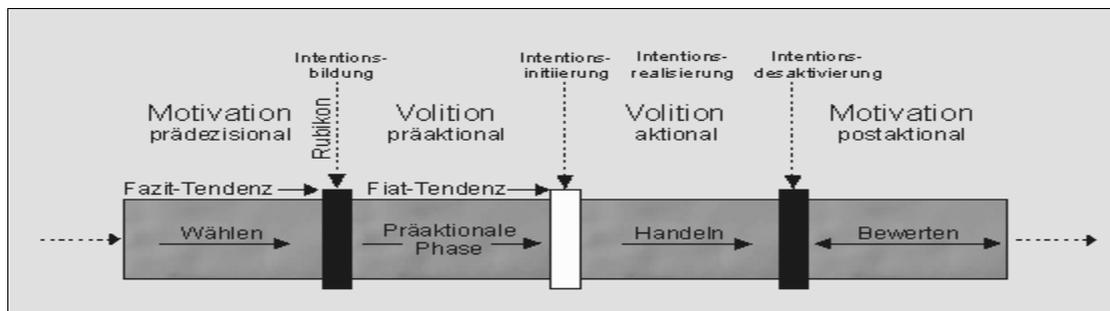


Abb. 1: Das Rubikon-Modell nach Heckhausen und Gollwitzer (1987: 180)

Ausgangspunkt des Handelns ist dabei die Motivation. Erst diese ermöglicht zu wählen, zu entscheiden, eine Handlung vorzubereiten, durchzuführen und zu beenden. Aber, was ist Motivation und wie entsteht sie? Aus den Thesen des vorhergehenden Kapitels schliesse ich, dass Motivation der Ausdruck eines Bedarfs zur Annäherung an Ziele oder zur Vermeidung von Unannehmlichkeiten ist. Auslöser für Motivation ist also die subjektive Wahrnehmung eines Spannungszustands. Dieser wird im Gehirn bewusst und unbewusst verarbeitet und führt zur Bewertung, dass die Grundbedürfnisse besser befriedigt oder vor Verletzung geschützt werden sollten. Je nach Ausprägung werden dann annähernde oder vermeidende Schemata aktiviert und weiterverfolgt. Erst dieser Schritt ermöglicht also die Wahl, die Entscheidung, die Festlegung konkreter Handlungsschritte und die Handlung selbst.

### **3.3 Verdichtung der Theorien und Konzepte**

Wenn ich die Theorien und Konzepte meiner Forschungsperspektive auf das Wesentlichste reduziere, erhalte ich folgende Zusammenhänge:

- Gesundheit ist ein umfassendes Konzept körperlichen, psychologischen und sozialen Wohlbefindens.
- Verstehen, Bewältigen und Engagieren sind die zentralen Merkmale eines starken Kohärenzgefühls und damit sowohl Ausdruck für eine gute psychische Gesundheit, wie auch deren Bedingung.
- Die Entwicklung von Widerstandsfähigkeit (Resilienz) und Verletzbarkeit (Vulnerabilität) entsteht durch individuelle Verarbeitung der Wirkungen des Gefüges von Schutzfaktoren und Risikofaktoren.
- Gesundheitsförderung versucht durch anwaltschaftliches Agieren und Förderung selbstwirksamen Engagements sowohl das Schutz- und Risikofaktorengefüge, als auch individuelle Bewältigungsfähigkeiten zu verbessern.
- Partizipation ist ein politischer Anspruch auf Interessensvertretung zur gerechteren Verteilung von Macht, Gütern und Chancen mit dem Ziel der Verbesserung der Passung von individuellen und gesellschaftlichen Ansprüchen.
- Das Hauptziel des Empowerment ist die Stärkung von Autonomie und Selbstbestimmung. Daher strebt politisches Empowerment entsprechende Gesetze und Bewegungen an, während psychologisches Empowerment die individuellen Fähigkeiten fördert eigene Interessen zu erkennen und zu vertreten.
- Die Fähigkeit eigene Interessen vertreten zu können hängt von der Fähigkeit ab diese kognitiv und emotional wahrzunehmen. Erst diese Wahrnehmung ermöglicht die Entstehung der Motivation zur Verfolgung eigener Interessen. Diese Interessen orientieren sich weitgehend an den Möglichkeiten die eigenen Grundbedürfnisse passend zu befriedigen oder diese vor Verletzungen zu schützen.
- Soziale Interaktionen und Strukturen bilden den Rahmen dieser Theorien und Konzepte. In ihnen bzw. durch sie wird über Wirklichkeiten und deren Geltung verhandelt oder bestimmt. Die Chancen zur Durchsetzung von Interessen sind dabei ungleich verteilt.

### **3.4 Die Konkurrenz der Paradigmen in der Abhängigkeitsbehandlung**

Die Arbeit im Bereich der Abhängigkeit war in den letzten Jahrzehnten gekennzeichnet durch die Konkurrenz zwischen dem Abstinenzparadigma und dem Akzeptanzparadigma.

Das Abstinenzparadigma ist eine Folge der Abstinenzbewegungen des 19. Jahrhunderts. Diese forderten aus unterschiedlichsten Gründen den Verzicht auf berauschende Substanzen. Ihren grössten Erfolg hatten sie in den USA. Ihr Einfluss ermöglichte die Prohibition<sup>2</sup> in den Zwanzigerjahren des 20. Jahrhunderts und das Verbot der Opioide. Der politische Einfluss der USA ermöglichte die weltweite Durchsetzung dieses Verbots. Die Vertreter dieser Ansätze orientieren sich am Ziel der Opioidfreiheit durch Verhinderung und Behandlung der Abhängigkeit. Die Handlungsansätze beinhalten Repression, Prävention, Entzug und Therapie aber auch die moralischen Aspekte der Gesundheitsförderung. Das Abstinenzparadigma hat durch die Erfolge der Substitution in der Schweiz deutlich an Bedeutung verloren. Die Vertreter des Akzeptanzparadigmas gehen von der Annahme aus, dass der Konsum psychoaktiver Substanzen ein normales menschliches Bedürfnis ist. Deswegen definieren sie den Konsum als einem selbst gewählten Lebensstil. Akzeptanz dieses Lebensstils bei gleichzeitigem Schutz der Gesellschaft soll durch niedrighschwellige Hilfsangebote unter der Bezeichnung Überlebenshilfe erreicht werden. Diese sollen als Angebote freiwillig nutzbar sein. Ziel ist die Erreichbarkeit Abhängiger. Niedrighschwellig meint leicht zugänglich und ohne Verpflichtung zu Konsumverzicht und Therapie. Weiter fordert dieses Konzept Legalisierung psychoaktiver Substanzen und den Schutz des besonderen Lebensstils der Konsumierenden (vgl. Quensel 1985: 162ff). Das Akzeptanzparadigma beruht auf den Prinzipien moderner Sozialer Arbeit, wie Empowerment, Partizipation und dem Verständnis des Konsums psychoaktiver Substanzen als Gesundheitshandeln im Rahmen der Selbstregulation. Meine eigenen Erfahrungen im Opioidentzug zeigen auf, dass es auch in diesem Bereich möglich ist, akzeptierend und abstinenzorientiert zu Arbeiten. Mit akzeptierend meine ich Freiwilligkeit und Akzeptanz der Personen als Abhängige, die ihre Anliegen autonom vertreten können. Abstinenzorientiert beinhaltet als Ziel Opioidfreiheit. Ich selbst bezeichne diesen Ansatz als behandlungs- oder bewältigungsorientiert. Abhängigkeitsbewältigung durch professionelle Abhängigkeitsbehandlung kennzeichnet diesen Ansatz. Die Erfolge der Substitution sind anscheinend eher Erfolge in den Bereichen Öffentliche Gesundheit und Minderung der negativen Auswirkungen des Opioidverbots und der Verfolgung, wie Schwarzmarkt, hohe Preise, schlechte Hygienische Bedingungen und vor allem Stigmatisierung. Die Behandlung der Abhängigkeit als individuelles Problem wird unter dieser Perspektive unwichtiger. Haben also die Erfolge der Substitution in den Bereichen öffentliche Gesundheit und soziale Auffälligkeit dazu geführt, dass den Substituierten der Ausstieg aus der Abhängigkeit erschwert wird? Ich werde versuchen diese Frage zu beantworten.

---

<sup>2</sup> Prohibition ist die Bezeichnung für das totale Alkoholverbot in den USA zwischen 1919 und 1933. Es konnte nie durchgesetzt werden und ermöglichte enorme Gewinne auf dem illegalen Markt (vgl. Stimmer (Hg.) 2000:457).

### **3.5 Angewandte Methoden**

Zur Bearbeitung der Themen habe ich unterschiedliche Forschungsansätze miteinander kombiniert. Der wichtigste Bestandteil ist dabei die Teilnehmende Beobachtung (vgl. Flick 2004: 206ff und Mayring 2002: 80ff). Diese Methode entstand unter Anderem in den Arbeiten der so genannten Chicago-Schule als Methode der Theorie der Symbolischen Interaktion. Teilnehmende Beobachtung ist eine qualitative Forschungsmethode zur Datengenerierung über subjektive Bedeutungen und Interaktionen in ansonsten schwer zugängliche Settings durch strukturierte und reflektierte Beobachtung. Forschende werden Teil der Interaktionen in einem speziellen Setting. Teilnehmende Beobachtung ist also ein sehr kommunikativer Forschungszugang. Die Beobachtungen werden im Verlauf der Beobachtung spezifischer und vor dem Hintergrund theoretischer Konzepte erweitert verstanden. Alles zusammen ermöglicht spezifische Aussagen über das Beobachtete. Die Methode gilt als nicht standardisierbar. Das heisst, sie muss jeweils dem Untersuchungsgegenstand und den Zugangsmöglichkeiten angepasst werden (vgl. Mayring 2002: 81 und Flick 2004: 216).

Mein Feld war die Praxisarbeit im Escape-Ambulatorium. Dies ermöglichte mir intensive Beobachtungen zahlreicher Entzugsverläufe. Ich bin mir der Rollenkonflikte als Arbeitender und Beobachter bewusst. Die Datengenerierung beruht auf der Beobachtung vieler Entzüge unterschiedlicher Menschen über längere Zeit. Zusätzlich nutzte ich die Möglichkeit, Ergebnisse und Thesen mit Klientinnen und Klienten zu besprechen. Rückfragen an die Untersuchten und gemeinsame Diskussionen verbesserten einerseits die Ergebnisse, andererseits wurden die Untersuchten dadurch aktiv in den Forschungsprozess einbezogen und bekamen darin ein eigenes Gewicht. Ausgangspunkt meiner Untersuchung sind die Veränderungen, die sich im Entzugsverlauf ergeben. Je strukturierter ich beobachtete, desto mehr konnte ich sowohl generelle Entwicklungen feststellen, als auch genauere Aussagen über die Qualität der Unterschiede in den Bereichen Emotionen und Wahrnehmung machen. In Verbindung mit weiteren theoretischen Zugängen und Konzepten konnte ich die These erarbeiten, dass der nüchterne Zustand die Chancen erhöht, eigene Interessen wahrzunehmen und zu vertreten.<sup>3</sup> Zusätzlich beziehe ich mich auf die quantitative Auswertung der Evaluationsfragebögen zur Bewertung des Escape-Entzugs.

Die analytische Trennung des Themas in Abhängigkeit als individuelles Problem und Abhängigkeit als gesellschaftliches Problem beruht auf den Unterschieden der Behandlungsparadigmen:

Abstinenzorientierte Organisationen zielen zuerst auf Opioidfreiheit, Akzeptanzorientierung lehnt, vereinfacht ausgedrückt, diese Forderung zugunsten der Überlebenshilfe ab. Substitution in ihrer

---

<sup>3</sup> Von einigen unseren Klientinnen und Klienten weiss ich zwar, dass Heroin auch zur Leistungssteigerung eingesetzt werden kann, um zum Beispiel die die Konzentration auf eine Diplomarbeit oder die Anforderungen der Arbeitsbelastung bei selbstständig Tätigen zu gewährleisten. Dabei geht es eher um die Erfüllung sozialer Anforderungen und weniger um die eigenen Interessen.

aktuellen Form hingegen dient, so meine These, in erster Linie dem Schutz gesellschaftlicher Interessen.

Zu Erklärung der These dient die Darstellung der Thematik aus der Perspektive der Interaktionstheorie abweichenden Verhaltens. Der historische Entstehung und Entwicklung der Schweizer Drogenpolitik in der Selbstdarstellung des Bundesamtes für Gesundheit stelle ich die Ergebnisse qualitativer Forschung zur geschichtlichen Entwicklung der Drogenszenen und der Behandlungsangebote gegenüber. Weiter habe ich die Ergebnisse qualitativer Forschungen zur Angemessenheit der Substitutionsbehandlung sowie zur Situation von Menschen in Substitutionsbehandlungen in die Analyse einbezogen.

## **4 Empirischer Zugang zum Thema Opioidabhängigkeit**

### **4.1 Beschreibung der Organisation**

Pro Adicta ist eine kleine, privat geführte Organisation. Das Angebot umfasst Psychotherapie, Beratung sowie ein weitgehend ambulantes Angebot zur Behandlung von Opioidabhängigkeit, das Escape-Verfahren. Das Escape-Ambulatorium ist zuständig für die Durchführung des fünftägigen stationären körperlichen Opioidentzugs nach dem Escape-Verfahren. Dieses basiert im Wesentlichen auf neuro- und verhaltenspsychologischen Modellen der Opioidabhängigkeit. Theoretisch wird unterschieden zwischen Abhängigkeit, als die Gewöhnung an die externe Zufuhr von Opioiden und Sucht, als Konditionierung zwanghafter Konsumimpulse aufgrund spezifischer Substanzwirkungen der Opioide. Das Verfahren wurde speziell für Methadonentzüge entwickelt.

In der Umsetzung ergeben sich folgende Organisationseigenschaften:

Zugang zum Verfahren haben Menschen,

- die den Entzug selbst bezahlen können. Die Kosten können durch die Krankenkasse rückvergütet oder auch durch ein Sozialamt übernommen werden.
- die bereit sind, sich gemäss den Abmachungen vorzubereiten,
- sich als motiviert, abstinentorientiert und kooperativ erweisen,
- ein soziales Umfeld mit tragfähigen Beziehungen vorweisen können und
- eine geregelte Tagesstruktur haben, erwerbstätig sind oder einen anschliessenden stationären Therapieaufenthalt organisiert haben.

Die Aufnahme erfolgt ausschliesslich auf freiwilliger Basis. Die Zugangsschwelle ist eher hoch und erfordert die Selbstverantwortung der Klientinnen und Klienten. Die Kontaktaufnahme erfolgt weitgehend auf eigene Initiative über den Internetauftritt oder über Ehemalige, ausgesprochen selten durch offizielle Stellen.

Das Ambulatorium befindet sich im obersten Stockwerk einer Villa inmitten einer gehobenen Wohnlage eines Dorfes in ländlicher Umgebung. Die Organisation bietet Platz für maximal vier Entzüge pro Woche. Die Räume erinnern eher an eine Ferienwohnung mit Einzelzimmern als an eine Klinik. Es besteht die Möglichkeit, eine Begleitperson mitzubringen.

Die Türen sind offen. Es finden keine Körper- oder Gepäckkontrollen statt. Telefongespräche und Besuche sind erlaubt. Der Regelkatalog ist kurz und präzise: Kein Alkohol, Rauchen nur im Freien, keine unabgesprochene Selbstmedikation mit legalen oder illegalen psychoaktiven Substanzen, Abmeldung bei Verlassen des Hauses unter Angabe des Ziels und des ungefähren Zeitpunktes der Rückkehr. Der Eintritt erfolgt für alle Klientinnen und Klienten am Montag, bei absprachegemässer Vorbereitung mit einsetzenden Entzugssymptomen. Der Austrittstag ist der Freitag.

Während des fünftägigen Aufenthalts erfolgen: ärztliche Eintrittsuntersuchung, Neurostimulation, medizinische Versorgung, therapeutische Gespräche, psychosoziale Begleitung und Beratung, Freizeitgestaltung, Massage, Spaziergänge, Thermalbad und Austrittsgespräch. Die Daten der Benutzenden werden nur auf deren Wunsch weitergegeben. Die Betreuenden sind jederzeit für Unterstützungsleistungen erreichbar. Die Neuronstimulation wirkt über die Anregung des körpereigenen Endorphinsystems. Diese Eigenentwicklung basiert auf organisationsinterner Forschung (vgl. Dimpfel/ Stucki 2007: 1ff). Weitere Entzugssymptome werden mit Medikamenten behandelt. Die psychosozialen Angebote orientieren sich an Ruhe, Sicherheit, Aufklärung über Suchtmechanismen sowie Förderung der Gesundheit und der Genussfähigkeit.

Der Entzug wird durch die Neurostimulation beschleunigt, die Entzugssymptome deutlich abgeschwächt. Setting und die weiteren Angebote bilden einen Rahmen zur Minderung der Entzugsbelastungen und zur Aktivierung annähernder motivationaler Schemata. Der Entzug ist deshalb im Allgemeinen gut zu bewältigen. Die Abbruchquote beträgt ca. 6 %.

Das Verfahren eignet sich besonders gut für relativ gut sozial integrierte Abhängige mit ausreichender Tagesstruktur.

Die statistischen Daten, erhoben im Rahmen des Studiums, entsprechen weitgehend der Normalverteilung von Menschen im Feld der Opioidbehandlung:

Die meisten sind männlich (79 %), der Altersdurchschnitt liegt bei 31 Jahren, die Altersspanne zwischen 18 und 58 Jahren und die durchschnittliche Konsumdauer beträgt 8 Jahre. An entzugsrelevanten Substanzen werden zu je einem Drittel Heroin, Methadon oder Heroin und Methadon angegeben. Methadonkonsumierende bereiten sich eher besser auf den Entzug vor als Heroinkonsumierende. Das eigene Entzugserleben wird als mittel eingeschätzt, die Betreuung zu 75 % als sehr gut bewertet und die Methode im Vergleich zu 90 % als viel besser oder besser bezeichnet. (vgl. Jaeggi/ Lübbberstedt 2005).

#### **4.2 Bewertung des organisatorischen Rahmens**

Das Escape-Ambulatorium bietet einen diskreten und komfortablen Opiatentzug in einem gut geplanten und annäherungsförderndem Setting. Kürze und Symptomverringering erleichtern die Entzugsbewältigung. Der Zugang erfolgt freiwillig und auf eigene Kosten. Das Feedback durch die Klientel ist ausgesprochen positiv. Insgesamt handelt es sich beim Escape-Entzug um ein Angebot, das sich deutlich von dem unterscheidet, was ich sonst über Entzüge weiss. Ich verstehe dieses Verfahren als eine professionell inszenierte und begleitete Übergangssituation. Diese bietet ein pragmatisches, geplantes und förderliches Setting, das sich kooperativ und abstinenzorientiert am konkreten Bedarf und Auftrag der Benutzenden orientiert. Ich bewerte dies als eine bedeutende Innovation im Bereich Entzug und Abhängigkeitsbewältigung.

#### **4.3 Beschreibung des eigenen Arbeitsauftrags**

Meine Arbeit im Escape-Ambulatorium besteht hauptsächlich aus zwei unterschiedlichen Funktionen: der medizinaltechnischen und medizinischen Versorgung sowie der psychosozialen Betreuung während der Entzugswoche. Ziel der Arbeit ist es, den Entzug für unsere Klientinnen und Klienten so leicht wie möglich zu gestalten. Die jeweiligen Angebote und Interventionen orientieren sich an den Bedürfnissen der Betroffenen und richten sich nach dem Entzugsverlauf und dem jeweiligen Bedarf. Die medizinaltechnische Betreuung beinhaltet Anleitung zum Gebrauch sowie Monitoring der Neurostimulation. Die medizinische Versorgung besteht weitgehend in der pharmakologischen Behandlung von körperlichen Entzugssymptomen, die nicht durch die Neurostimulation abgedeckt werden. Interventionsbedarf besteht hier in Bezug auf Bluthochdruck, Schwitzen und Frieren verbunden mit Schwankungen im Temperaturempfinden, das so genannte „Restless-Legs-Syndrom“, Schmerzen, Durchfall und Einschlafschwierigkeiten, Die Symptome können durch gezielte Medikamentenvergabe ausgeschaltet oder zumindest auf ein ertragbares Mass reduziert werden. Bauchkrämpfe, Übelkeit und Erbrechen treten selten auf.

Aufgabe der psychosozialen Betreuung ist die Begleitung und Unterstützung bei der Bewältigung der unterschiedlichen Phasen des Entzugsprozesses.

Handlungsleitende Prinzipien sind dabei Selbstbestimmung, Lebensqualität und Orientierung am Ziel der Abhängigkeitsbewältigung durch Opioidabstinenz.

Dies soll erreicht werden durch Aufklärung und Bildung zum Thema Abhängigkeit und Gehirn, ressourcenorientierte Verfolgung von Annäherungszielen, Partizipation, Reduktion von Belastungen durch aktive Stressbewältigung, Förderung des Selbstwirksamkeitserlebens im Feld Genuss und bei der Reduktion unangenehmer emotionaler Zustände und Thematisierung bestehender soziale Belastungen und Befürchtungen. Hauptziel ist es, den Entzug so leicht wie möglich zu gestalten.

#### **4.4 Die Bedeutung zunehmender Nüchternheit im Entzugsprozess**

Während des Opioidentzugs treten eine Menge Veränderungen und Belastungen innerhalb eines relativ kurzen Zeitraums auf. Das Gehirn Opioidabhängiger hat seine Funktionsweise an den regelmässigen Opioidkonsum angepasst. Das Ausbleiben der Opioidzufuhr äussert sich zum einen in den körperlichen Entzugssymptomen und zum anderen im Nüchternwerden. Die körperlichen Belastungen in Verbindung mit den psychischen Veränderungen in Folge nachlassender Opioidwirkung führen zu erhöhter Sensibilität der Wahrnehmung und des emotionalen Erlebens. Je nach individueller Situation und individuellen Bewältigungsfähigkeiten führt dies zu jeweils eigenen Verarbeitungs-, Bewältigungs- und Kommunikationsmustern während der Entzugswoche.

##### **4.4.1 Zusammenfassung der Beobachtungen im Entzugsverlauf**

Für mich war es ausgesprochen interessant zu beobachten, welche Veränderungen unsere Klientinnen und Klienten während dieser Phase des Entzugs und der damit eintretenden Nüchternheit durchlebten. Der Eintritt erfolgt am Montag. Die Opioidwirkung ist noch deutlich spürbar. Die Hauptfrage, die unsere Klientinnen und Klienten beschäftigt ist, ob sie dem Verfahren und unserer professionellen Kompetenz vertrauen können. Sie sind interessiert an Prognosen für ihren Entzugsverlauf und ob der Entzug tatsächlich bis am Freitag beendet sei. Im Allgemeinen verbessert sich das körperliche und psychische Befinden etwa 30 Minuten nach Anschluss des Neurostimulators. Dies ermöglicht oft ein wenig Schlaf. Die Entzugssymptome sind zu diesem Zeitpunkt nicht sehr ausgeprägt und bestehen, sofern vorhanden, hauptsächlich aus Unruhe und Schwitzen. Falls sie wach und an Gesprächen interessiert sind, vergleichen Sie untereinander in ihren jeweiligen Zustand und befragen uns Professionelle nach unseren Erfahrungen zum Thema Sucht, Abhängigkeit und unseren Erfahrungen mit diesem speziellen Verfahren. Sie bewegen sich im Allgemeinen wenig. Am Dienstag sind laut Entzugsprotokoll die Symptome im Allgemeinen am stärksten. Sie zeigen sich in Unruhe, eventuell Schmerzen, Beinzittern, wechselnden Temperaturempfindungen und selten Übelkeit und Erbrechen. Die Klientinnen und Klienten ziehen sich in diesem Tag häufiger in ihre Zimmer zurück, beschäftigen sich gedanklich eher mit sich selbst, ihren Symptomen und Konsumgedanken und -Erinnerungen und äussern in diesem Zusammenhang zum Teil auch Suchtdruck und Konsumverlangen. Wenn Abbrüche stattfinden, dann am Dienstagabend. Am Mittwoch berichten die Klientinnen und Klienten über deutliche Veränderungen der Sinneswahrnehmungen und vor allem des emotionalen Erlebens. Die Stimmungen können im Laufe dieses Tages häufig wechseln und zeigen sich im Vergleich zu den vorherigen Tagen deutlich intensiver. Diese gewichtige Veränderung wird individuell unterschiedlich als positiv oder negativ empfunden.

Insgesamt erleben sich unsere Klientinnen und Klienten nach eigenen Aussagen am Mittwoch als wesentlich sensibler und empfindlicher als vorher unter der Wirkung der Opiode. Dieser Empfindlichkeit, ihr Erleben und der Umgang damit sind die zentralen Themen. Laut Entzugsprotokoll sind die Symptome meist weniger ausgeprägt als am Dienstag, werden aber anscheinend von den Klientinnen und Klientinnen aufgrund der zunehmenden Nüchternheit und Empfindlichkeit häufig als schwerer wahrgenommen.

Am Donnerstag beschränken sich die Entzugssymptome weitgehend auf das so genannte Restless-Legs-Syndrom sowie Müdigkeit und Erschöpfung.<sup>4</sup> Für den Besuch im nahe gelegenen Thermalbad wird die Neurostimulation für ungefähr zweieinhalb Stunden ausgesetzt. Im Normalfall sind sie während dieser Zeit symptomfrei. Häufig sorgen sich die Klientinnen und Klienten, dass der Entzug eventuell noch gar nicht begonnen haben könnte und seine volle Härte sie erst nach der Abreise träfe. Insgesamt ist Ihr Interesse aber eher bei Themen der Aufrechterhaltung, Bewährung und der Gefahr des Rückfalls innerhalb ihrer alltäglichen Lebenswelt. Die Interessen sind im Vergleich zu den vorherigen Tagen also deutlich zukunftsbezogener und äussern sich, je nach Personen, als Ängste, Sorgen, Hoffnungen oder Zuversicht. Das jeweilige Empfinden des eigenen Zustandes und der Umgang mit der eigenen Situation sind dabei sehr individuell unterschiedlich ausgeprägt.

Am Freitag schliesslich finden nach dem Frühstück die Austrittsgespräche statt, die Klientinnen und Klienten bekommen einen Therapieplan, werden anschliessend abgeholt oder zum Bahnhof gebracht und machen mindestens eine Woche Ferien. Diese Vorgehensweise wird von uns dringend empfohlen, weil sie erst dann in ihre gewohnte Umgebung zurückkehren sollten, wenn sie einen Opiatantagonisten (Naltrexon) eingenommen haben, welcher sie während der ersten Zeit vor Opioidgebrauch schützen und es ihnen erleichtern soll Abstinenz erhaltend zu denken und zu handeln.

Insgesamt gesehen erleben unsere Klientinnen und Klienten also während des Entzugs von Tag zu Tag bedeutende körperliche und psychische Veränderungen. Wir unterstützen diesen Prozess bedarfsbezogen.

---

<sup>4</sup> Für den Besuch im nahe gelegenen Thermalbad wird die Neurostimulation für ungefähr zweieinhalb Stunden ausgesetzt. Im Normalfall sind sie während dieser Zeit symptomfrei.

#### **4.4.2 Zusammenfassung der Unterschiede zwischen Nüchternheit und Betäubtheit**

*Was geschieht, wenn opioidabhängige Menschen nüchtern werden?*

Die wichtigsten Veränderungen finden in den Bereichen Wahrnehmung und Emotionen statt. Im Verlauf des Entzugs werden alle Bereiche der Wahrnehmung als intensiver empfunden.

So spüren die Klientinnen und Klienten eventuell bestehende körperliche Unannehmlichkeiten, wie Schmerzen wesentlich deutlicher. Auch die Sinneswahrnehmungen werden verstärkt wahrgenommen und als genussvoll oder überraschend beschrieben. Die Emotionen werden ebenfalls intensiver erlebt.

Das kann teilweise als belastend erlebt werden, in den meisten Fällen sind die Klientinnen und Klienten aber mehr damit beschäftigt diese zu erleben und auszuleben. So beginnen einige beim betrachten von Fernsehserien zu weinen, andere lachen wegen Kleinigkeiten und wieder andere geniessen laut ihre Lieblingsmusik. Sie sind also deutlich empfänglicher geworden für emotional anregende Stimuli. Erlebnisqualität und Genuss, Lustgewinn und Unlustvermeidung sind in dieser Phase deutlich wichtiger als vorher.

Durch die Möglichkeit auf Wunsch eine Begleitperson zum Entzug mitzunehmen konnte ich auch Veränderungen beobachten, die die Interaktionen in Beziehungen während des Entzugs betreffen. Zu Beginn der Woche ist der Umgang der Beteiligten meist harmonisch und entspannt. Bei zunehmender Nüchternheit jedoch beginnen die Klientinnen und Klienten ihre Ansprüche vermehrt zu äussern und versuchen diese auch vermehrt durchzusetzen. Bisher unproblematische Aspekte der Beziehung werden nun möglicherweise als störend empfunden. Bei einem der Paare war die Freundin ganz überrascht, als ihr Freund am Donnerstagabend ärgerlich wurde, weil sie mit einem anderen Klienten intensive Gespräche führte. Bisher hatte ihn nicht einmal gestört, wenn sie mit anderen Männern flirtete. Nun aber, in nüchternem Zustand, war er eifersüchtig. Sie kannte ihn bisher als ruhigen und duldsamen Partner. Nun aber kam es zum Streit.

Solange die Opioidversorgung gesichert ist, erweisen sich Opioidkonsumenten als relativ anspruchslos gegenüber ihren Interaktionsteilnehmern. In einem anderen Fall wird die leichte Steuerbarkeit und die damit verbundene Möglichkeit der Ausnutzung ersichtlich. Es ist der Fall des Arbeiters X. Dieser wurde von seiner Chefin mit Heroin versorgt. Im Gegenzug musste X Überstunden machen und an Feiertagen Sonderschichten einlegen. Er tat dies ohne Widerstand solange die Versorgung mit Heroin gesichert war. Diese Ausbeutung führte schliesslich zu einer Erschöpfungsdepression. Je nüchterner er wurde, desto mehr ärgerte er sich über die Situation.

*Was bedeutet nüchtern Werden und nüchtern Sein also für opioidabhängige Menschen?*

Die intensivere Wahrnehmung und das verstärkte Erleben von Emotionen erhöhen die Sensibilität. Diese ermöglicht vielfältigere und genauere Bewertung angenehmer und unangenehmer Erlebnisse. Dieses Erleben ist die Voraussetzung für die Aktivierung der motivationalen Schemata. Und erst, wenn diese ausreichend aktiviert sind können eigene Ansprüche im Handeln geltend gemacht werden. Nüchternheit ist somit eine zentrale Bedingung zur Verbesserung der Möglichkeiten zur eigenen Interessenvertretung. Für opioidabhängige Menschen ist nüchtern Werden ein intensives aber auch ein ambivalentes Erlebnis. Dieses Erlebnis allein kann schon als Stress erlebt werden. Das macht den Opioidentzug zu einer bedeutenden Übergangsphase. Ein leichter Entzug verringert die Belastungen der Entzugssymptome und der erhöhten Sensibilität indem es die Bedürfnisse nach Kontrolle, Bindung, Selbstwert, Lustsuche und Unlustvermeidung gezielt unterstützt. Je leichter der Entzug zu bewältigen ist, desto grösser die Chance für einen gelingenden Einstieg in die nüchterne Welt. Nüchternheit allein ist nicht gleichzusetzen mit Gesundheitsverbesserung. Die erhöhte Sensibilität kann ebenso zur Erkenntnis beitragen, dass ein nüchternes Leben zurzeit noch nicht zu ertragen und zu bewältigen ist. In diesem Fall kann aber das nüchterne Erleben wichtige zu bearbeitende Veränderungspotentiale aufzeigen bevor das Projekt Nüchternheit erneut begonnen werden kann.

#### **4.5 Alternative Entzugserfahrungen des Klientel**

Unsere Klientinnen und Klienten verfügen in den meisten Fällen über diverse Entzugserfahrungen in verschiedenartigsten Settings. Am häufigsten erzählen sie dabei von ihren Erfahrungen in konventionellen Entzugsstationen.

##### **4.5.1 Erfahrungen in konventionellen Entzugseinrichtungen**

Aus den unterschiedlichen Beschreibungen ihrer jeweiligen Entzugserfahrungen ergeben sich für mich folgende Eindrücke. Es handelt es sich dabei um räumlich vollständig geschlossene Settings. Der Kontakt zur Aussenwelt ist dabei im Allgemeinen untersagt. Es werden eine grosse Anzahl Patienten mit sehr unterschiedlichen Problemlagen und Abhängigkeiten entzogen, wobei psychosozialen Betreuung selten oder gar nicht vorgesehen ist. Die Unterstützung des Entzugs durch Medikamente wird häufig nur sehr zögerlich gewährt<sup>5</sup>, unterbleibt<sup>6</sup>, beschränkt sich auf wenige und unter Umständen falsch dosierte Medikamente<sup>7</sup> und beachtet in den seltensten Fällen das Bestehen weiterer Substanzabhängigkeiten<sup>8</sup>.

---

<sup>5</sup> Klient (29 Jahre, Heroinentzug): „Da musst du für jede Kopfschmerztablette Bitti-Bätti machen (= Schweizer Mundartausdruck für Betteln)“

<sup>6</sup> Klient (35 Jahre, Methadonentzug): „Die lönt di eifach verrecke (Übersetzung: Dir wird gar nicht geholfen)“

<sup>7</sup> So wird zur Ruhigstellung z.B. Nozinan, ein starkes Beruhigungsmittel, hochdosiert abgegeben, was zu Bewegungsunfähigkeit führt ohne die Entzugssymptome zu lindern.

<sup>8</sup> Alkohol, Benzodiazepine, Kokain, Schlafmittel und weitere.

Der Entzugsverlauf ähnelt also in vielen Fällen dem „kalten Entzug“, das heisst dem Entzug ohne Medikation zur Milderung der Symptome. Dazu kommt noch, dass der Entzug entweder ohne Struktur als blosse Verwahrung auf Zeit oder innerhalb einer eher rigiden Tagesstruktur verläuft. Behandelt werden im Allgemeinen freiwillig und, unter der Bedingung von "Therapie statt Strafe", unfreiwillig Teilnehmende gleichzeitig, was aufgrund unterschiedlicher Entzugsmotive für zusätzliche Schwierigkeiten sorgt, gleichzeitig aber die erhöhte Rigidität der Behandlung rechtfertigen soll. Insgesamt gesehen finden stationäre Entzüge in der Regel im Setting einer totalen Institution statt. Dazu gehören vor Allem die von Goffman (1973) beschriebenen Folgen, wie Unterordnung menschlicher Bedürfnisse unter die Erfordernisse der Organisation, strikte Trennung zwischen Insassen und Personal mit wechselseitigen stereotypen Sicht- und Verhaltensweisen gepaart mit Misstrauen und Entwürdigungen (vgl. ebd.: 17ff und 53ff). Nach den Aussagen unserer Klientel dauert der Opioidentzug normalerweise drei Wochen. In den ersten beiden Wochen erfolgt die Umstellung auf Methadon und die Dosisreduktion. In der dritten Woche wird dann das Methadon entzogen. Der eigentliche Entzug findet dann in der letzten Woche statt, wobei die ersten Symptome schon während der Umstellung und Reduktion auftreten können. Die Abbruchquote während dieser Entzüge wird von unserer Klientel als sehr hoch (um die 50 %) beschrieben.<sup>9</sup>

#### **4.5.2 Abbau der Dosis als Entzugsmöglichkeit**

Eine weitere Möglichkeit ist die Umstellung von Heroin auf Methadon.

Dieses kann dann langsam abdosiert werden. Das von Seidenberg (2006) vorgeschlagene Abdosierungsschema dauert bei einer Startdosis von 100 mg Methadon mindestens ein halbes Jahr. Es sollte beim Auftreten von Entzugssymptomen verlangsamt werden. Der grosse Vorteil ist die ambulante Durchführbarkeit. Diese Methode eignet sich für sehr gut stabilisierte, motivierte und disziplinierte Abhängige (vgl. Seidenberg 2006).

Etliche unserer Klientinnen und Klienten haben eigene Erfahrungen mit dem Abdosieren von Methadon. Diejenigen, die damit Erfolg hatten betonen, dass es nur beim ersten Mal funktioniert hat. Die Symptome werden im Vergleich zum Entzug zwar als schwächer bewertet, dauern dafür aber viel länger an. Insbesondere Schlafrythmusstörungen werden dabei als sehr belastend empfunden.

---

<sup>9</sup> Einer unserer Klienten arbeitete in einer Entzugsklinik und erzählte, dass dort der Erfolg der Arbeit darin besteht, diejenigen, die nicht schon während des Entzugs abrechen in möglichst unstabilem Zustand zu entlassen damit sie innerhalb kurzer Zeit wieder aufgenommen werden müssen. Erfolgskriterium dieser Arbeit ist offensichtlich die „Wirtschaftlichkeit“, das heisst die möglichst hohe und häufig wiederholte Bettenbelegung.

### **4.5.3 Der Narkoseentzug**

Beim Narkoseentzug ist unter den Opioidabhängigen auch als „Turbo-Entzug“ bekannt. Dabei wird den Patienten unter Vollnarkose ein Opioidantagonist (z. B. Naloxon) injiziert, wodurch der körperliche Entzug schnell und in voller Stärke einsetzt. Er ist weitgehend beendet, bevor der oder die Behandelte aus der Narkose erwacht. Einer unserer Klienten zählte zu den Ersten, die diese Methode, die zuerst in Israel angeboten wurde, ausprobiert haben. Einige weitere erzählten ebenfalls von ihren Erfahrungen damit. Der Entzug selbst ist den Erzählungen nach nicht spürbar aber beim Erwachen berichteten alle Betroffenen, dass sie sich in einem äusserst erbärmlichen Zustand befunden hätten, weswegen viele nach ihrer Entlassung rückfällig geworden seien. Ein vorhergehender Narkose-Entzug scheint im Escape-Verfahren die Entzugssymptome zu verstärken. Dies könnte ein Hinweis auf nachhaltige Veränderungen im Gehirn aufgrund dieser Methode sein. Ich bewerte diese Methode als teure medizinische Verzweiflungstat.

### **4.5.4 Generelle Aspekte und Fragen zum Thema Entzug**

Wenn ich den Opioidentzug als eine Übergangsphase betrachte, komme ich zu folgenden Überlegungen: Die zunehmende Nüchternheit macht die betroffenen Menschen sensibel und verletzlich. Gerade deshalb halte ich es für bedeutend diese Übergangsphase zu erleichtern, um so den Wechsel in ein nüchternes Leben als positives Erlebnis zu gestalten. Normalerweise ist der Opioidentzug hingegen assoziiert mit sehr unangenehmen Erlebnissen.

Der Bereich Entzug war ursprünglich eine unabdingbare Voraussetzung für eine abstinenzorientierte Therapie. Diese war vor der Einführung der Methadonsubstitution in der Schweiz nach der Repression die am weitesten verbreitete Behandlungsform. Sie fand im Rahmen von Therapie als Strafe als Alternative zum Strafvollzug statt und beruht auf der Annahme, dass die Kombination aus Entzug und Therapie eine günstigere Entwicklungsprognose bieten würde als ein Gefängnisaufenthalt.

Während der Entzug im Jahr 2000 in einer Publikation zur Schweizer Drogenpolitik des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) wenigstens noch kurz erwähnt wird (vgl. BAG (Hg.) 2000:16), kommt er im aktuellen „Massnahmenpaket des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme 2006 – 2011“ (BAG 2006) nicht mehr vor, gehört also anscheinend nicht mehr zum Viersäulenmodell der Schweizer Drogenpolitik. Das bedeutet gleichzeitig, dass auf diesem Gebiet weder nennenswerte Forschung noch Innovationen zu erwarten sind. Ich unterstelle an dieser Stelle, dass es sich um mehr als blosser Vergesslichkeit der Verantwortlichen handelt. Deshalb nehme also an, dass dieses Vorgehen beabsichtigt, geplant und auch verstehbar ist. Ich möchte versuchen diese Entwicklung zu verstehen und werde an einer anderen Stelle die geschichtliche Entwicklung der Schweizer Drogenpolitik und die damit verbundenen Diskurse aufzuzeigen.

#### **4.6 Erfahrungen mit dem Ausstieg aus Substitutionsprogrammen**

Die Erfahrungsberichte der Klientinnen und Klienten enthalten in einigen Fällen Aussagen zum Umgang der Betreuenden im Rahmen von Substitutionsprogrammen.

Wenn sich Substituierte zum Escape-Entzug anmelden werden sie dabei nicht immer durch die Substitutionsstellen unterstützt, in einigen Fällen wird ihr Vorhaben sogar sabotiert.

Fallbeispiele: Klient A erklärte seiner Substitutionsbetreuung, dass er einen Entzug plane. Statt dieses Vorhaben zu begrüssen und dessen Umsetzung zu planen bekam er den Vorschlag, doch lieber ins Heroinprogramm zu wechseln mit der Begründung, es seien dort noch Plätze frei und überhaupt sähe der Betreuende ihn sowieso als Kandidaten für lebenslängliche Substitution.

Klient B musste sich die Dosisreduktion im Rahmen eines Heroinprogramms erkämpfen, um die Vorbereitung zum Entzug absprachegerecht durchführen zu können. Da ihm die Reduktion aufgrund der geltenden Regeln untersagt wurde, entleerte er die Spritze zur Hälfte in einen Blumentopf und injizierte den Rest. Anstatt die Dosisreduktion zu ermöglichen und damit die Regeln dem veränderten Bedarf des Klienten anzupassen, galt am nächsten Tag das Verbot Heroin auszuleeren. B bestand auf seinem Vorhaben und es gelang ihm sich gegen die Substitutionsstelle durchzusetzen, weil sein Verhalten von anderen Substituierten unterstützt wurde. Häufiger als diese Einzelbeispiele sind jedoch Fälle, in denen einfach die Methadondosis erhöht statt abgebaut wird.

Vor dem Hintergrund, dass beim Ziel der Abhängigkeitsbewältigung immer die Hürden Dosisreduktion oder Entzug überwunden werden müssen halte ich die Unterstützung der Motivation für sinnvoll und erforderlich. Ich nehme an, dass diese Beispiele nicht Ausdruck persönlicher Bosheit sind, sondern sich als fachliche Überzeugungen auf der Basis bestmöglichen Wissens am Auftrag orientieren. Wenn das stimmt sind diese Handlungen also begründet und gelten als sinnvoll.

Daraus ergeben sich folgende Fragen, die ich im weiteren Verlauf untersuchen werde:

Nach welchen Kriterien bemessen also Substitutionsstellen ihren Erfolg?, Was gilt als gute Substitution? Unter welchen Bedingungen soll eine Substitution beendet werden?

## **5. Opioidabhängigkeit als individuelle biopsychosoziale Beeinträchtigung**

### **5.1 Heroin und Methadon**

Seidenberg und Honegger (1998) unterscheiden folgende Substanzgruppen:

- **Opiat** heisst eine Substanz, wenn sie aus der Verarbeitung von Rohopium entsteht. Dieses entsteht durch Weiterverarbeitung der durch Anritzen der Samenkapsel des Schlafmohns gewonnenen milchigen Flüssigkeit.
- **Opioid** hingegen ist die Bezeichnung für eine Substanz mit morphiumpartiger Wirkung an den körpereigenen Opioidrezeptoren. Dies können sowohl Opiate, als auch halb- oder vollsynthetische Substanzen, aktive Metaboliten von Heroin oder Morphin oder körpereigene Stoffe sein. Heroin ist ein halbsynthetisches Opioid, benötigt zur Herstellung also Rohopium. Methadon ist ein synthetisches, also unabhängig von Rohopium herstellbares Opioid (vgl. Seidenberg/ Honegger 1998: 22ff).

Als wichtigste Wirkungen der Opioide nennen die Autoren:

Abhängigkeit, Euphorie, Unterdrückung des Schmerzempfindens, Beruhigung und Sedierung, Übelkeit und Erbrechen, Pupillenverengung, Unterdrückung des Hustenreizes, Atemdepression, erhöhte Epilepsiegefahr, Senkung des Blutdrucks und der Pulsfrequenz, gestörte Regulierung der Körpertemperatur, Verstopfung, Verzögerung der Verdauung und Appetitlosigkeit, Gleichgewichtsstörungen, Veränderungen oder Ausbleiben der Menstruationszyklen bei Frauen, Libidoverlust, allgemeine Lustlosigkeit und Schlafstörungen, wobei die Hauptunterschiede in den Wirkungen von Heroin und Methadon nach Aussagen der Autoren auf Unterschieden in Bezug auf Wirkungsdauer und Applikationsform beruhen (vgl. ebd.: 63ff). So bestätigen einige unserer Klientinnen und Klienten, dass intravenös appliziertes Methadon im Gegensatz zur oralen Einnahme in Tablettenform eine heroinähnliche Wirkung hervorruft. Allerdings wird Methadon in der Schweiz üblicherweise oral eingenommen. Dadurch unterbleibt die euphorisierende Wirkung weitgehend. Das bedeutet, der Hauptunterschied in den Wirkungen von Heroin und Methadon beruht auf unterschiedlichen Konsumformen. Heroin ruft auch in der Substitutionsbehandlung eine Rauschwirkung hervor. Wegen der relativ kurzen Wirkungsdauer treten die ersten Entzugssymptome rasch ein und so wird auch der Suchtdruck, das so genannte „craving“ beibehalten. Die längere Wirkungsdauer des Methadons hingegen ermöglicht eine Konsumform, die die Entzugssymptome verhindert. Das bedeutet, die Wirkung des Methadons unterliegt kaum Schwankungen im Befinden. Emotionen und Wahrnehmung sind nach den Erfahrungen unserer Klientel jedoch weiterhin gedämpft. Eine hohe Methadondosierung schwächt zudem noch die Fähigkeit zu Aktivitäten. So ist es zwar möglich zu arbeiten, die Freizeitgestaltung hingegen besteht in den meisten Fällen aus Fernsehen und

Schlafen. Amendt bezeichnet Methadon wegen seiner der entemotionalisierenden Wirkung als „... chinesische Affendroge: nichts sehen, nichts hören, nichts fühlen...“ (Amendt. 1984:114). Wegen der längeren Wirkungsdauer wird in der Methadonsubstitution der Zustand beginnender Entzugssymptome und einsetzender Nüchternheit nicht erreicht. Dies bedeutet für die Substituierten ein Leben, in dem Emotionen und Wahrnehmung für die Dauer der Substitution gleichmässig eingeschränkt bleiben. Je höher die Dosierung dabei angesetzt ist, desto stärker Eingeschränkt ist das Empfinden. Dies kann nützlich sein in stark belasteten Lebenssituationen.

Unterbleibt die Opioidzufuhr, tritt das Entzugssyndrom aufgrund des Opioidmangels ein. Dieses ist deswegen so unangenehm, weil der Organismus wie gewohnt Opioide erwartet und sich deswegen auf die Opioidzufuhr einstellt, um die jeweilige Dosis verarbeiten zu können. Im Verlauf des Entzugssyndroms kehren sich deshalb die oben beschriebenen Wirkungen weitgehend in ihr Gegenteil. Bei zunehmender Nüchternheit intensivieren sich zudem noch die Sinneswahrnehmungen und die Emotionen.

## **5.2 Opioidkonsum als Störung der Psyche und des Verhaltens**

Das ICD-10 ist ein Versuch Krankheitsbilder in der Anamnese phänomenologisch zu bezeichnen und zuzuordnen. Es ist kein Instrument um die beschriebenen und zugeordneten Phänomene zu erklären. Die aktuelle Version des ICD-10 der WHO (DIMDI (Hg.) 2006: 157ff) definiert Opioidkonsum ungeachtet des jeweiligen Legalstatus der Bezugsquelle(n) unter folgenden möglichen Zuordnungskriterien zugleich als Verhaltensstörung und psychische Störung:

- Eine akute Intoxikation zeigt sich als Störungen in den Bereichen Verhalten, Bewusstsein, Wahrnehmung, Kognition und Emotionen infolge der Opioidwirkungen.
- Schädlicher Gebrauch kennzeichnet eine Konsumform mit gesundheitsschädigenden Folgen. Dazu zählen neben direkten Körperschäden auch Infektionskrankheiten und psychische Folgestörungen.
- Ein Abhängigkeitssyndrom besteht, wenn wiederholter Opioidgebrauch zu Schwierigkeiten der Konsumkontrolle bezüglich Dosis und Einnahmehäufigkeit führt, ein starkes Verlangen nach Opioiden bewirkt, der Opioidkonsum trotz schädlicher Folgen beibehalten wird, der Opioidkonsum wichtiger als andere Aktivitäten und Verpflichtungen geworden ist, sich eine Toleranz entwickelt hat und Entzugssymptome bei nachlassender Opioidwirkung auftreten.
- Das Entzugssyndrom bezeichnet eine begrenzt andauernde Gruppe körperlicher und/ oder psychischer Symptome aufgrund nachlassender Opioidwirkung.
- Als Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung werden persönlichkeits- affekt- oder Verhaltensbezogene Folgen bezeichnet, die über die eigentliche Wirkungszeit der Opioide hinaus bestehen.

- Dazu wir noch unterschieden zwischen sonstigen und nicht näher bezeichneten psychischen und Verhaltensstörungen (vgl. ebd.: 157ff).

Neben der akuten rauschartigen Intoxikation fehlt in diesem Modell der Zustand der chronischen Intoxikation, wie er in der Substitutionsbehandlung mit Methadon aufgrund der dosierungsabhängigen mehr oder weniger ausgeprägten Sedierung von Wahrnehmung, Emotionen und Aktivität erkennbar ist. Der Begriff des schädlichen Gebrauchs bezieht neben den direkten körperlichen Auswirkungen des Opioidkonsums noch Infektionskrankheiten wie Hepatitis und HIV-Infektionen sowie psychische Folgestörungen ein. Es zielt meiner Deutung nach auch auf die Folgen riskanter Konsummuster in illegalen Konsumsituationen und die Folgen des illegalisierten Handels und stigmatisierten Konsums. Das ICD-10 unterscheidet nicht, wer die jeweilige Substanz abgibt und, ob der Konsum damit als legal oder illegal zu bewerten ist. Das bedeutet, dass nach dieser medizinischen Einteilung auch unter der Bedingung der legalen Abgabe von Heroin oder Methadon im Rahmen der Substitution eine Abhängigkeit besteht, da die Kriterien für ein Abhängigkeitssyndrom in Bezug auf Schädlichkeit, Toleranzentwicklung, Entzugssymptome und in deren Folge auftretendes starkes Verlangen nach Opioiden erfüllt sind.

### **5.3 Neuere Erklärungsansätze**

In den letzten Jahren haben die deutlich verbesserten Möglichkeiten der Gehirnforschung dazu geführt, dass die Forscher inzwischen dem Gehirn quasi beim Denken zuschauen können. Zahlreiche Experimente zur Wirkung psychoaktiver Substanzen im Gehirn an Tieren und Menschen haben dazu geführt, dass neue Modelle der Abhängigkeit entwickelt wurden. Ich werde die wichtigsten davon im Folgenden vorstellen.

#### **5.3.1 Theorie der natürlichen Anfälligkeit für Opioidabhängigkeit**

In ihrem biologisch-neurologischen Modell der natürlichen Abhängigkeit (Smith/ Tasnadi 2006) erläutern die Autoren, ausgehend von einem ökonomischen Konzept der Abhängigkeit als rationale Wahl (Becker/ Murphy 2006), wie Opioidabhängigkeit aufgrund der Evolution des menschlichen Säugetiergehirns als Normalfunktion des Gehirns verstanden werden kann. Smith und Tasnadi (2006) postulieren, dass auch abhängiges Verhalten in der ökonomischen Perspektive eine Wahl zwischen Alternativen ist. Damit wird abhängiges Verhalten zu einer rationalen Entscheidung.

Das bedeutet, dass z. B. Opiatkonsum trotz Risiken und möglicher negativen Folgen von Abhängigen in der Konsumsituation als insgesamt Nutzenbringender bewertet wird als Nicht-Konsum.<sup>10</sup> Deutlich beeinflusst wird diese Wahl durch die empfundene Belastung der jeweiligen Lebenssituation und die

---

<sup>10</sup> "..., but the fact that many people nevertheless choose to consume addictive substances suggests that - for these people - the benefits of addiction must outweigh the costs." (Smith/ Tasnadi 2006: 3)

individuelle Belastbarkeit sowie der Erwartungen und Bewertungen der zukünftigen Konsequenzen des Substanzkonsums (vgl. Becker/ Murphy 2006).

### **5.3.2 Die Rezeptortheorie**

Entscheidend an der Entstehung der Opioidabhängigkeit beteiligt sind die Opioidrezeptoren. Diese sind eigentlich Andockstellen für körpereigene Opioide, nämlich Endorphine. Diese wiederum sind wichtige Auslöser und Verstärker für die Steuerung von Verhalten. Als ihre ursprüngliche Funktion postulieren Smith und Tasnadi die Suche und Wahl „guter“ Nahrung im Zusammenhang mit Zucker und Nährstoffen in Früchten. Umweltreize und Sozialreize führen in diesem Zusammenhang zu Endorphinausschüttung und erlauben dadurch Annäherung und Konsum sowie in der Folge Konsumwiederholung ohne zusätzliche Reize. Auch der körpereigene Nährstoffbedarf steuert anscheinend die Aufmerksamkeit durch Endorphinausschüttung. Endorphine lenken also die Aufmerksamkeit auf das aktuell Wesentliche.<sup>11</sup> Opioide wie Heroin und Methadon sind zu diesen Rezeptoren kompatibel, docken an ihnen an und bewirken die gleiche Effekte wie Endorphine, nur länger und intensiver. Ihre intensivste Wirkung findet durch die Bindung an den  $\mu$ -Rezeptoren statt. Seidenberg und Honegger betonen, dass ohne diese Rezeptoren keine Opioidabhängigkeit möglich ist (vgl. Seidenberg/ Honegger 1998:31). Der Opioidantagonist Naltrexon blockiert diesen Rezeptor, weswegen er gut geeignet ist als zeitlich begrenzter Schutzmechanismus zur Unterstützung der Aufrechterhaltung der Opioidabstinenz.

Opioide wirken also in dem Bereich des Gehirns, der die Verfolgung und Erfüllung von zentralen menschlichen Bedürfnissen steuert. Opioide simulieren im Gehirn Bedürfniserfüllung. Aufgrund ihrer stärkeren und länger anhaltenden Wirkung im Vergleich zu den Endorphinen nimmt die Wichtigkeit aller anderen Bedürfnisse ab und damit ebenfalls die subjektiv empfundene Notwendigkeit diese zu erfüllen. Die Opioidwirkung ersetzt weitgehend die anderen Bedürfnisse.

---

<sup>11</sup> Ihre Hauptwirkungen sind: Verringerung von Schmerzen und sexuelle Appetenz, Aktivierung von Notfallreserven bei extremen Anstrengungen wie Marathonlaufen oder bei Gefahr sowie bei Beruhigung, beispielsweise im Zusammenhang mit Aufmerksamkeit und Versicherung durch Autoritäten bei der Wirkung des „Placebo-Effekts“ (vgl. Smith/ Tasnadi: 11f).

### **5.3.3 Schädliche Abhängigkeit als Fehlanpassung an die Moderne**

Smith und Tasnadi begründen den Unterschied zwischen schädlicher und unschädlicher Abhängigkeit wie folgt: Ein Gut ist abhängigkeitsfördernd, wenn sein Nutzen durch wiederholte Erfahrung wächst. Rationale Abhängigkeit kann deshalb nützlich oder schädlich sein, je nachdem wie der Gesamtnutzen bezogen auf die gesamte Erfahrung bewertet wird. Sie ist nützlich, wenn der Gesamtnutzen, über die gesamte Zeit gesehen, zunimmt. Sie ist schädlich, wenn der Gesamtnutzen im Laufe der Zeit abnimmt (vgl. Smith/ Tasnadi 2006: 17). Die Autoren erklären das am Beispiel des Zuckers folgendermassen: Das menschliche Gehirn hat, als Säugetiergehirn, im Laufe der Evolution gelernt, dass die Geschmacksempfindung süss ein Hinweis auf Früchte und damit auf wertvolle Nährstoffe ist. Ihnen unserer modernen Welt ist es jedoch möglich, den Zucker industriell ohne Nährstoffe herzustellen. Unser Säugetiergehirn ist im Allgemeinen damit überfordert, denn trotz des Wissens um gesunde Ernährung bleibt der Konsum von Süßem für Menschen attraktiv. Lerntheoretisch ausgedrückt ist schädlicher Zuckerkonsum infolge einer Entwicklung von Zuckerabhängigkeit das Entwickeln einer Gewohnheit aufgrund der schlechten Kompatibilität zwischen evolutionsbedingten Gehirnstrukturen und dem modernen Warenangebot industrieller Produktionsmöglichkeiten. Den gleichen Effekt können wir beobachten in Bezug auf Alkohol, der in früheren Zeiten nur in Form von vergorenen Früchten erhältlich war, heutzutage jedoch aufgrund industrieller Herstellung als Destillat deutlich stärker und viel häufiger verfügbar ist. Ebenfalls neu ist die Möglichkeit der gezielten Herstellung von Einzelsubstanzen, entweder durch Isolation und Weiterverarbeitung aus pflanzlichen Substraten oder gänzlich synthetischer Herstellung. Heroinabhängigkeit ist also unter anderem ebenfalls erklärbar durch das Missverhältnis zwischen evolutionäre Entwicklung und moderner industrieller Herstellung sowie entwicklungsgeschichtlich neuerer Konsumtechnologien. Vereinfacht gesagt funktioniert unser Gehirn, in Bezug auf angenehme Gefühle folgendermassen: Nutze deine Energie für Aktivitäten, die dir diese Gefühle ermöglichen bei jeder Gelegenheit. (vgl. ebd.: 19)<sup>12</sup>.

Schädliche Abhängigkeit zeigt also einen Akteur, der in Erwartung eines schnell erreichbaren Nutzens handelt, damit auf lange Sicht negative Folgen bewirkt und versucht diese durch gewohnte Handlungsroutrinen abzuwenden oder zu bewältigen. Ökonomische Theorien der Selbstkontrolle sprechen in diesem Fall von zeitinkonsistentem Verhalten. Das bedeutet, dass ein kurzzeitig erwarteter gegenwärtiger Nutzen stärker gewichtet wird, als langfristige Folgen in der Zukunft.

---

<sup>12</sup> Die biologische Funktion der psychoaktiven Substanzen ist ursprünglich ein Verteidigungsmechanismus gegen Pflanzen fressen die Tiere in Form von Gift und/oder bitterem Geschmack. In der Evolution der Pflanzenfresser entwickelten sich in der Folge ebenfalls Schutzmechanismen. Diese zeigen sich als Ausspeien infolge einer Aversion gegen Bitteres und Erbrechen bei Unverträglichkeit. Deswegen werden Abhängigkeit erzeugende Substanzen meist geraucht, geschnupft oder gespritzt und selten gegessen. (vgl. Smith/ Tasnadi:19)

Diese geringere Frustrationstoleranz beruht auf der Fehleranpassung emotionaler Mechanismen an die Gegebenheiten der modernen Welt sowie den molekularen Funktionsroutinen unseres Säugetiergehirns. Im Verlauf der Entstehung einer schädlichen Abhängigkeit verringert sich im Laufe der Zeit der Nutzen deutlich. Trotzdem unterbleibt in vielen Fällen eine Verhaltensänderung.

### **5.3.4 Das Belohnungssystem und neurobiologisches Lernen**

Die Schwierigkeit abhängiges Verhalten zu ändern hängt damit zusammen, dass psychoaktive Substanzen bei jedem Rauscherleben die Dopaminkonzentration im Limbischen System des Gehirns erhöhen. Dieses wird auch das Belohnungssystem des Gehirns genannt. (vgl. Seidenberg/ Honegger 1998: 54ff). Die Besetzung der Opioidrezeptoren durch extern zugeführte Opioide wie Heroin aktiviert in der Folge die Ausschüttung von Dopamin im Limbischen System. Nach Roth (2005) ist das Limbische System der Teil des Gehirns, in dem Bewertungen stattfinden, also das Bewertungssystem (vgl. Roth 2005: 194ff). Das bedeutet weiter, dass ein als Belohnung empfundener Eingriff in diesen Bereich des Gehirns Auswirkungen hat auf die subjektive Bewertung. Das Belohnungssystem beschreibt eine Teilfunktion dieses Systems (vgl. ebd.: 205). Smith und Tasnadi erklären die Entstehung einer schädlichen Abhängigkeit aufgrund neurobiologischer Lernprozesse folgendermassen: Die Entstehung einer schädlichen Abhängigkeit aufgrund des Konsums psychoaktiver Substanzen beruht auf Gehirnfunktionen wie jedes andere Lernen auch. Im Limbischen System des Gehirns existieren Neuronen, die Dopamin ausschütten, wenn assoziatives Lernen stattfindet. Dopamin ist der zentrale Neurotransmitter dieses „Belohnungssystems“ im Gehirn. Jedes Mal, wenn neue Erfahrungen gemacht werden, das heisst jedes Mal, wenn im Gehirn neue Verknüpfungen zwischen Gedächtnisinhalten entstehen aufgrund neuer oder neu kombinierter Informationen, wird im Limbischen System Dopamin freigesetzt. Diese Dopaminfreisetzung wird als Belohnung erlebt und fördert dadurch Lernen und Wiederholung (vgl. Smith/ Tasnadi 2006: 22). Genau dieses System wird auch durch Heroin aktiviert. Die Heroinwirkung übersteigt dabei die Wirkung der normalen Aktivierung deutlich. Das heisst, die Wirkung des Heroins wird als eine immense Belohnung erlebt und zwar sowohl durch die erfahrene Rauschwirkung, als auch durch die Erfahrung der Aufhebung der Entzugssymptome (vgl. Roth 2005: 359). Das macht Opioidkonsum attraktiv. Mit jeder weiteren Opioidkonsumerfahrung festigt sich dieses Verhaltensmuster, bis ein Zustand erreicht ist, an dem die Abhängigkeit zu einer autonomen Funktionsroutine wird. Abhängigkeit entsteht so durch Übung und ständige Wiederholung der Konsumerfahrungen und den damit verbundenen Belohnungserwartungen. Es entsteht ein sich selbst verstärkender Regelkreis von Konsum, Belohnungserwartung und Belohnungserfahrung.

Der Organismus passt sich an die zugeführten Opioidmengen an, indem er die Anzahl der betreffenden Opioidrezeptoren verringert (vgl. Seidenberg/ Honegger 1998: 50f). Er entwickelt eine erhöhte Toleranz gegen Opioide. Das heisst, die Verarbeitungskapazitäten werden dem Konsum angepasst. Der Organismus ist nun an Opioide gewöhnt und zugleich weniger empfänglich für normale Belohnungen, wie Sex, Essen und Leistung. Unterbleibt die Opioidzufuhr, kommt es zum Entzugssyndrom. Dieses wird als sehr unangenehm empfunden und wirkt somit als negativer Verstärker, als Aversionsreiz. Der einfachste Weg diesem zu entgehen ist erneuter Opioidkonsum. Insgesamt halten nach diesem Modell sowohl das Rauscherleben, als auch die Verhinderung von Entzugssymptomen die Abhängigkeit aufrecht. Im Verlauf der Abhängigkeit nimmt die eigentliche Rauschwirkung durch die Toleranzbildung immer mehr ab. Dem kann anfangs noch mit Dosissteigerung begegnet werden. Auf Dauer jedoch dient der Konsum lediglich der Vermeidung der Entzugssymptome. Die Entstehung der Abhängigkeit erfolgt also auch auf neuronaler Ebene dem Modell des Operanten Konditionierens (Skinner 1973: 66ff) oder des Instrumentellen Lernens (vgl. Edelman 2000: 69). Durch die positive Verstärkung durch die Rauschwirkung. Die Aufrechterhaltung wird zusätzlich durch Vermeidung oder Linderung der Entzugssymptome als negative Verstärkung bewirkt. Das bedeutet, Opioidabhängigkeit ist nach diesem Modell ein Reiz-Reaktions-Lernvorgang.

### **5.3.5 Das Suchtgedächtnis**

Auf dieses Modell der gelernten Opioidabhängigkeit baut das Modell der Entstehung eines Suchtgedächtnisses auf. Ausgangspunkt ist dabei die hohe Neuroplastizität des menschlichen Gehirns. Das bedeutet, dass, entgegen früheren Annahmen, das Gehirn ein Leben lang veränderbar ist und dadurch lernfähig bleibt. Auf neuronaler Ebene ist Lernfähigkeit die Fähigkeit der einzelnen Neuronen Verbindungen, je nach Intensität und Häufigkeit ihrer Aktivierung, auf- oder abzubauen. So können sich bei intensiven und oft wiederholten Erfahrungen neue neuronale Netzwerke bilden. Opioidabhängigkeit beinhaltet nun genau diese Bedingungen, nämlich häufige Wiederholung und intensives Erleben. Das bedeutet, dass diese Erfahrungen als Erinnerungen im Gedächtnis sehr gut gebahnt sind. Gleichzeitig werden aber auch viele Informationen als möglicherweise bedeutungsvoll gespeichert, die mit dem Konsum einfach nur zeitgleich auftreten. Dies können Räume, Settings, Personen, Sinneswahrnehmungen, Tageszeiten aber auch emotionale Zustände, wie Stress, Angst oder Euphorie sein (vgl. Böning 2007: 274ff).

Wie bei Pawlows Hund, der durch klassische Konditionierung auf die Gleichzeitigkeit von Glockenton und Futtergabe, nach einer gewissen Zeit, allein auf den Glockenton mit dem bedingten Reflex der Speichelproduktion reagiert, können sich beim Opioidabhängigen alle diese Randbedingungen des Konsumerlebens aufgrund spezifischer neuronaler Vernetzung zu Schlüsselreizen entwickeln. Diese Schlüsselreize können Erinnerungen an Konsumerfahrungen aktivieren in deren Folge starkes Konsumverlangen und Entzugssymptome auftreten, die wiederum die Wahrscheinlichkeit für Kontrollverlust erhöhen und damit erneuten Konsum sowie die Rückfallgefahr deutlich erhöhen.

#### **5.4 Abhängigkeit als Gehirnkrankheit**

Leshner (2006) fasst die oben beschriebenen neurobiologischen Entstehungsbedingungen für Abhängigkeit gemeinsam mit der medizinischen Definition als psychische Störung und Verhaltensstörung zusammen, indem er dafür plädiert Abhängigkeit, aufgrund der gewichtigen Veränderungen von Erleben und Verhalten, als eine Krankheit des Gehirns zu betrachten. Der Konsumbeginn ist zwar ein Ergebnis rationaler Entscheidung und mehr oder weniger freier Wahl. In der Anfangsphase haben die Konsumierenden den Eindruck die Substanz zu beherrschen. Ab einem bestimmten Punkt ist hingegen eine kritische Grenze überschritten. Anpassung, Toleranzbildung, Suchtdruck und Entzugssymptome lassen den Konsum zunehmend zwanghaft werden. Sobald diese Phase der Abhängigkeit erreicht ist, hat sich das Gehirn so tief greifend und nachhaltig in seinen Strukturen und Funktionen verändert, dass der Begriff Gehirnkrankheit passend erscheint. Diese Definition als Krankheit begründet seiner Ansicht nach das Anrecht auf eine angemessene Behandlung der Abhängigkeit (vgl. ebd.).

Die Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (EKFD 2005) plädiert ebenfalls für diese Definition und bezeichnet Abhängigkeit als „umfeldabhängige Neuro-Verhaltenserkrankung“ (EKFD: 28) und betont den Zusammenhang von Stress und Abhängigkeitsentstehung (ebd.: 29).

Ungenügende Ausbildung, erschwerter Informationszugang, Desinteresse der Psychiatrie, und die Konkurrenz der Professionen behindern die Verbreitung der Wissensbestände. Dadurch werden Chancen zur Verbesserung der Konzepte und Methoden verzögert. Wenn sich diese Erkenntnisse durchsetzen, befreien sie die Abhängigen von moralischen Urteilen. Ein wichtiger Ansatz ist also Aufklärung der Betroffenen und der Gesellschaft (vgl. ebd.: 28).

Unter den Aspekten Unsicherheit, Unvollständigkeit der Informationen und Problemen der Selbstkontrolle sind Interventionen, nach Ansicht von Smith und Tasnadi, gerechtfertigt (vgl. Smith/Tasnadi 2003: 24).

Allerdings erläutern sie am Beispiel der Entwicklung des Tabakkonsums in den USA, dass dieser insgesamt zurückgegangen ist. Er ist jedoch bei Menschen mit niedrigem sozial-ökonomischen Status und Menschen mit Verhaltens- oder Affektstörungen wie Depression, Erwachsenen-ADHS, Angststörungen, und Bulimie weiterhin überdurchschnittlich hoch.<sup>13</sup>

Der Nutzen des Konsums psychoaktiver Substanzen für die Selbstkontrolle in den Bereichen Bewältigung, Ertragen und Selbstregulation überwiegt offenbar die Belastungen der Abhängigkeit (vgl. Skinner 1973: 222).

### **5.6 Bewertung der vorgestellten Modelle**

Die vorgestellten Modelle und Theorien zur Abhängigkeit reduzieren das Problem der Abhängigkeit auf die Aspekte fehlgeleiteten Lernens normaler menschlicher Gehirnfunktionen. Dadurch tragen sie dazu bei, die Komplexität des Themas zu reduzieren, indem sie die Abhängigkeit von den sozialen Entstehungsbedingungen und Folgen trennen. Sie vermindern Stigmatisierung der Abhängigkeit durch die These der generellen Anfälligkeit des menschlichen Gehirns für Opioide und andere psychoaktive Substanzen. Sobald eine Abhängigkeit besteht, werden die Ursachen der Entstehung zweitrangig und die moralische Frage nach Verantwortung und Schuld weniger wichtig. Die Betrachtung der Abhängigkeit als Gehirnerkrankung, die über das Belohnungszentrum das menschliche Bewertungssystem korrumpiert und dadurch das Gefüge der menschlichen Bedürfnisse in Richtung Konsumzwang verändert lässt die Folgen der Opioidabhängigkeit verständlicher werden. Je unwichtiger die eigentlichen Bedürfnisse werden, desto weniger kümmern sich Menschen um Sex, Genuss, soziale Beziehungen, Selbstwert und Zukunftsaussichten. Alle diese Bereiche werden durch die Opioidabhängigkeit zweitrangig. Zusätzliche Folgen, die durch gesellschaftliche Interventionen und Sanktionen aufgrund von Illegalisierung und Stigmatisierung entstehen erläutere ich im folgenden Kapitel. Die wichtigste Schlussfolgerung aus diesem Kapitel gilt dem Anspruch auf eine krankheitsgerechte Behandlung der Abhängigkeit selbst. Diese soll sich, wie andere Krankheitsbehandlungen, nach den Aspekten der Heilung unter biologischen, psychischen und sozialen Aspekten ausrichten. Das macht Opioidabhängigkeit zu einem Feld interdisziplinärer Kooperation.

---

<sup>13</sup> „...smoking has become increasingly concentrated in those with lower socioeconomic status and in individuals suffering from such behavioral or affective disorders as depression, adult attention deficit hyperactivity disorder, anxiety disorders and bulimia.” (Smith/ Tasnadi 2003: 25)

## **6 Opioidabhängigkeit als gesellschaftlich konstruiertes soziales Problem**

### **6.1 Die Interaktionstheorie abweichenden Verhaltens**

Becker bevorzugt diesen Ausdruck als besser passende Alternative zu den bekannteren Begriffen Etikettierungstheorie oder Labelling - Approach, weil diese Bezeichnung seiner Ansicht den Ansatz nur zum Teil trifft. Es sind nicht allein die Zuschreibungen, die Abweichungen produzieren. Es ist ein Kooperationsphänomen unter ungleichen Machtanteilen der beteiligten Akteure. Die Kennzeichnung von Abweichungen beruht dabei wesentlich auf den Faktoren Definitions- und Durchsetzungsmacht. Ihm ist es wichtig diese Machtmechanismen durch genaue Beobachtung kenntlich zu machen (vgl. ebd.: 159ff).

Die Interaktionstheorie abweichenden Verhaltens betrachtet Abweichung als Ergebnis des Zusammenwirkens von denjenigen, die Regeln aufstellen, denjenigen, die Regeln Durchsetzen und denjenigen, die Regeln verletzen. Zentrale Annahme ist dabei, dass Abweichung nicht an sich existiert. Sie ist ein soziales Konstrukt. Als solches beruht sie auf der der Macht, Regeln definieren, durchzusetzen und ihnen Geltung verschaffen zu können. Abweichendes Verhalten wird erst dann möglich, wenn definitions- und durchsetzungsmächtige Gruppen Verhaltensregeln aufgestellt haben, die bestimmte Regelverletzungen als abweichend definieren (vgl. Becker 1973: 8).

Nicht jede Regelverletzung ist abweichendes Verhalten aber jedes abweichende Verhalten beruht auf Regelverletzungen (vgl. Becker 1973: 13).

Ein wichtiges Ziel der Interaktionstheorie abweichenden Verhaltens ist die „Entmystifizierung abweichenden Verhaltens“ (ebd.: 170) durch die Betrachtung des Zustandekommens aufgrund bestimmter Formen der Machtausübung, insbesondere durch Beobachtung der Kooperation zwischen den denjenigen, die die Regeln definieren und durchsetzen und den als abweichend definierten Menschen (vgl. ebd.: 170ff).

#### **6.1.1. Die Rolle der Regelsetzenden**

Ausgangspunkt sind gesellschaftliche Definitionen und Erwartungshaltungen von Normalität in Form von Regeln und Normen. Um festzulegen, welches Verhalten als regelgerecht oder als tolerierbar gilt, braucht es Instanzen, die ein sowohl ein Interesse, als auch genügend Einfluss besitzen, um diese Grenzen zwischen Normalität und Abweichung definieren zu können. Becker nennt diese Gruppen „moralische Kreuzfahrer“ oder „moralische Unternehmer“ (Becker 1973: 133ff). Im Allgemeinen sind dies Bürgerbewegungen aus höheren und besser gebildeten Gesellschaftsschichten mit hohen moralischen und humanitären Ansprüchen, gepaart mit missionarischem Eifer.

Ihr Ziel ist häufig, die Lebenslagen anderer, insbesondere weniger privilegierter, Menschen in Richtung des vermeintlich Besseren zu verändern. Als Beispiele führt er insbesondere die amerikanische Abstinenzbewegung des 19. Jahrhunderts an (vgl. ebenda: 134).<sup>14</sup> Starker moralischer und humanitärer Idealismus in Verbindung mit hohem sozialem Status bildet so die Grundlage der Legitimation der Regelsetzung. Diese Interessensvertretungen setzen also fest, welches Verhalten als abweichend gekennzeichnet, verändert oder untersagt werden soll. Die hohen Ideale bedingen dabei eine geringere Toleranz gegenüber Regelverletzungen.

Wenn der Einfluss einer solchen Bewegung gross genug wird, erfolgt der nächst Schritt: Die vorab definierten Regeln werden über Initiativen zu Gesetzen. Dabei überlassen die ursprünglichen Initiatoren die Ausarbeitung den Juristen. Zusätzlich gewann die Psychiatrie im Laufe der Zeit zunehmend Einfluss auf die Definitionen der Abweichungen und deren Behandlung. Dadurch wurde es möglich bestimmte Abweichungen zusätzlich zu den Regelverletzungen unter dem Etikett „krank“ zu behandeln.

### **6.1.2 Die Rolle der Regeldurchsetzenden**

Nachdem die neu eingeführten Regeln als Gesetze formuliert und ins Gesetzbuch aufgenommen sind, muss ihnen auch Geltung verschafft werden. Das bedeutet, sie müssen angewandt und durchgesetzt werden. Ein erster Schritt ist die Schaffung neuer Zuständigkeiten für die Durchsetzung in Ämtern und Behörden und die damit verbundene Erhöhung der öffentlichen Aufmerksamkeit in Bezug auf die Verletzung der neuen Gesetze durch die Polizei, aber auch durch Akteure der Sozialen Arbeit. Ein weiterer sind die darauf folgenden Interventionen wie Anzeigen und Gerichtsverfahren, Aufmerksamkeit und Diagnostik durch Akteure der Psychiatrie, Psychologie und/ oder der Sozialen Arbeit und weitergehende Behandlungen durch Strafvollzug bzw. Psychiatrie, Psychologie und/oder Soziale Arbeit.

---

<sup>14</sup> Neuere Beispiele: Die Frauenrechtsbewegung hat durch die Durchsetzung ihrer Regeln Abweichende vom Typ des „sexuellen Belästigers“ und die Umweltschutzbewegung die der „Umweltverschmutzenden“ ermöglicht.

### **6.1.3 Die Rolle der Regelverletzenden**

Anstatt psychologisch nach den Motiven oder soziologisch nach gesellschaftlichen Bedingungen für erstmaliges abweichendes Verhalten zu suchen, geht Becker davon aus, dass alle Menschen Impulse für abweichendes Verhalten haben. Diejenigen, die diesen Impulsen nicht nachgeben tun dies meist, weil sie in den Interaktionen ihrer Sozialisation gelernt haben, dass die Folgen der Abweichungen ihren Status und ihre Zukunftsaussichten gefährden könnten. Sykes und Matza (1975, in ebd.: 25ff) nehmen an, dass auch diejenigen, die Gesetze und Normen übertreten, diese kennen und bemüht sind sich regelkonform zu verhalten. Nichtkonformes Verhalten wird in diesem Fall durch

Neutralisierungstechniken gerechtfertigt:

- Leugnen der eigenen Verantwortung aufgrund der Macht der Umstände vermeidet den Angriff auf die Geltung der Normen.
- Die Orientierung am entstandenen Schaden und dessen Bewertung als unbedeutend ungeachtet der Verletzung von Normen erklärt z. B. Autodiebstahl zum Ausleihen und Gewalttaten im Rahmen von Gangkriegen zur Regelung interner Meinungsverschiedenheiten.
- Durch Geltendmachen besonderer Umstände und eigenwillige Rechtsauslegung wird die Situation umgedeutet. Beispiele: Gewalt gegen Homosexuelle wird als moralische Bürgerpflicht dargestellt, Vandalismus als Privatrache und Diebstahl als Strafe für Reichtum, hohe Preise oder unfreundliche Bedienung.
- Verurteilung der Verurteilenden durch Gegenangriff und Diskreditierung („Ihr seid auch keine besseren Menschen“)
- Berufung auf den Regelkatalog der eigenen Gruppe und Geltendmachen der Priorität der Solidarität mit den Werten und Normen der eigenen Gruppe. (vgl. Sykes und Matza (1957) , in Becker 1973: 25f)

### 6.1.4 Typen abweichenden Verhaltens und deren Bewertung

Becker unterscheidet folgende Typen abweichenden Verhaltens unter den Bedingungen als anerkannt geltender gemeinsamer Regeln: regelkonformes, abweichendes, verdächtiges und heimlich abweichendes Verhalten (vgl. Becker 1973: 17ff). Die Unterschiede zwischen den Typen werden klarer, wenn man Kategorien der Bewertung und tatsächliche Regelübertretungen zusammenführt (siehe Tabelle 2).

Verhalten...	ist regelkonform	verletzt Regel(n)
<b>wird von anderen als abweichend bewertet</b>	<b><u>Verdächtigung</u></b> Für Verdächtige <b>unakzeptable und ungerechtfertigte Verdächtigungen</b>  z. B. Verdächtigungen aufgrund statistischer Wahrscheinlichkeiten (Risikofaktoren), oder Vorurteilen und Stigmata aufgrund von Legalstatus, Bildung, Sprache, Nationalität, Vorstrafen, Schichtzugehörigkeit, Erscheinungsbild, Verhalten	<b><u>Abweichung</u></b>  Von den Regeldurchsetzenden <b>als unakzeptables, abweichendes Verhalten Etikettiert</b> begründet Interventionen zur Durchsetzung der Geltung der Regeln
<b>wird von anderen nicht als abweichend bewertet</b>	<b><u>Regelkonformität</u></b>  Akzeptiertes, <b>als unproblematisch oder tolerierbar geltendes, weitgehend regelgerechtes Verhalten</b>	<b><u>Dunkelfeld</u></b>  - <b>Nicht bekannt gewordene Regelverletzungen</b> z. B. unauffälliger Opioidkonsum ist, bei bekannt werden stigmatisierbar. Negative Folgen sind für Betroffene erwartbar. Der Zugang zu Hilfsangeboten ist erschwert.

Tabelle 2: Typen abweichenden Verhaltens in Anlehnung an Becker (1973: 17)

### 6.1.5 Stigmatisierung (Labelling)

Ein Individuum fällt durch regelverletzendes Verhalten auf. Das Verhalten wird bewertet als einer Kategorie der Abweichung zugehörig. Diese Abweichung wird der betroffenen Person von anderen als persönlicher Mangel angelastet. Dies wiederum bedeutet für die als auffällig bezeichnete Person einen Makel, ein Stigma. Dieses ist häufig mit weiteren Defizitvermutungen belastet. Aus einer spezifischen Verhaltensweise wird also ein genereller Verdacht von Anomalität konstruiert, der zudem weitere Verdächtigungen und Zuschreibungen beinhaltet.

Dieser Vorgang geschieht nicht nur auf der kommunikativen Ebene, sondern bestimmt im Folgenden wesentlich die Art der „Behandlungen“ von Abweichenden, die in informellen und formellen

Interventionen und/ oder Sanktionen durch Polizei, Gerichte, Psychiatrie oder Soziale Arbeit vollzogen werden. Diese Behandlung wiederum festigt möglicherweise den Status von Abweichenden, denn im gesellschaftlichen Alltagsverständnis geht man davon aus, dass die „Bearbeitung“, der als abweichend Bezeichneten in speziellen Settings, wie Gefängnis, Psychiatrie, Therapie oder Sozialer Arbeit, verdientermassen, zu recht und aus guten Gründen stattfindet.<sup>15</sup> Innerhalb dieser Settings treffen zudem mehrere „Abweichende“ zusammen

(vgl. ebd.: 22ff). Der so ermöglichte Erfahrungsaustausch kann die Verbreitung nichtkonformer Haltungen, Techniken und Wissensbestände begünstigen.

Stigmatisierung meint also die Definition und die Behandlung als abweichende Person durch Andere. Dies erschwert die Aufrechterhaltung eines Selbstbildes als anständiger, regelkonform handelnder Mensch und gefährdet den gesellschaftlichen Status. Der Zugang zu den üblichen gesellschaftlichen Ressourcen, wie geregeltes Erwerbseinkommen und soziale Kontakte, wird unter Umständen erschwert oder unmöglich. Die Alternativen sind entweder gesellschaftlich sehr wenig anerkannt oder sie gelten als illegal oder unmoralisch und bringen das Individuum in Kontakt mit gleichermassen Betroffenen. Das ermöglicht die Erfahrung der Normalität unter Gleichen, was als Entlastung vom Stigma erlebt wird. In Interaktionen können sich Individuen nun die speziellen Haltungen, Verhaltensweisen und Kulturtechniken dieser Gruppe aneignen. Das Stigma hat dann im Sinne einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung durch Definition und Interaktion den Zustand ermöglicht, der zu Beginn nur eine generelle Verdächtigung war. Insgesamt wird also auf diese Weise aus einem regelverletzenden Verhalten ein genereller Verdacht der Andersartigkeit zugeschrieben. Die gesellschaftlichen Interventionen und Sanktionen begünstigen die Entwicklung einer als abweichend definierten Identität (vgl. ebd.: 22ff).

---

<sup>15</sup> Wenn zusätzlich noch wissenschaftliche Kategorien zur Feststellung und Erklärung von Abweichung verwendet werden, die diese definieren

- als Anormalität aufgrund starker Abweichung vom statistischen Durchschnitt,
- als Anzeichen für und Ausdruck von (Geistes-)Krankheit,
- als dysfunktional, destabilisierend oder schädlich für die Gesellschaft. unter der strukturfunktionalistischen Prämisse der Normalität der Anpassung oder
- als Ausdruck individueller Persönlichkeitsdefizite, dann besteht die Gefahr zusätzlicher wissenschaftlich legitimerter Stigmatisierungen (vgl. ebd.: 4ff).

### **6.1.6 Labeling-Effekte bei Opioidabhängigkeit**

Abweichende Interessen und Motive zum Erstkonsum von Opioiden entstehen nach diesem Modell durch soziale Aneignungsprozesse. Normale menschliche Neugier und erhöhte Risikobereitschaft treffen zusammen mit der Akzeptanz des Konsums psychoaktiver Substanzen, der Verfügbarkeit von und Zugänglichkeit zu Opioiden in der Gruppe der Freunde und Bekannten (Peers) im Rahmen der Freizeitgestaltung und ermöglichen so den angeleiteten Erstkonsum, das Erlernen von Konsumtechniken und das Kommunizieren von Konsumerlebnissen sowie das Kennen lernen der Methoden illegalisierte Substanzen zu beschaffen und zu finanzieren. Das Individuum weiss, dass Opioidkonsum gesellschaftlich stigmatisiert ist. Der Konsum wird dadurch zur bewussten Regelverletzung, wobei die Erlebnisintensität den zu befürchtenden Statusverlust deutlich überwiegt. Konsum und Handel müssen aufgrund des gesellschaftlichen Verbotes geheim bleiben. Die Folge sind hohe Preise. Um diese bezahlen zu können, benötigen Abhängige entweder ein hohes Einkommen oder über illegale oder sozial geächtete Einkommensalternativen. Diese wiederum erhöhen die Gefahr der Entdeckung. Wenn sich nun eine Abhängigkeit entwickelt hat, unterliegen die Abhängigen dem Zwang zum Konsum. Das wiederum nötigt sie bei Eintreten von Entzugssymptomen jedes Mal zur Entscheidung Entzug oder Konsum, wobei erneuter Konsum die Regel ist. Trotzdem haben die meisten Opioidabhängigen viel Erfahrung mit selbst organisierten abgebrochenen oder gelungenen Entzogen. Das bedeutet Aufhören ist immer eine mitgedachte Option. Wahrscheinlich steigt die Bereitschaft zum Aufhören je mehr der Konsum der Vermeidung von Entzugssymptomen anstelle von Belohnungserleben dient. Solange ihre Abhängigkeit in ihrem sozialen Umfeld nicht öffentlich bekannt geworden ist, wissen Abhängige zwar um ihr Stigma, befinden sich aber im Dunkelfeld. Das Stigma Abhängigkeit ist schon gesellschaftlich geächtet. Die Illegalität erschwert den Zugang zu Hilfseinrichtungen zusätzlich, denn die Betroffenen tauschen ihr Wissen um die Behandlungseinrichtungen untereinander aus. Das beinhaltet das Wissen, dass man als Opioidabhängiger eben nicht nur als Abhängiger stigmatisiert und behandelt wird, sondern darüber hinaus als öffentliche Gefahr.

### **6.1.7 Stigma und Status von Personen mit illegalisiertem Opioidkonsum**

Mit dem Stigma „drogenabhängig“ sind weitere Zuschreibungen verbunden: Unzuverlässigkeit, Kontrollverlust, Zwanghaftigkeit, Verlust des eigenen Willens, Neigung zu Lug und Betrug, Kriminalität, Verelendung, Verwahrlosung, Infiziert mit HIV und Hepatitis und der Verdacht auf psychiatrisch diagnostizierbare Störungen unter der Bezeichnung Komorbidität. Wird der Opioidkonsum in sozialen Begegnungen bekannt führt dies mit grosser Wahrscheinlichkeit zu Fixierungen auf das Stigma in der Wahrnehmung und Beurteilung durch Interaktionspartner. Die normalerweise üblichen Beurteilungskriterien wie Arbeit, Herkunftsmilieu, Bildungszertifikate, etc. werden zweitrangig. Im Alltagswissen gilt, dass die Motivation zur Aufgabe illegalen Drogenkonsums

erst dann auftritt, wenn ein Tiefpunkt im Leben erreicht ist. Um in ein Substitutionsprogramm zugelassen zu werden muss die betreffende Person als mit den herkömmlichen Behandlungen unheilbar gelten. Deshalb sind Menschen in Substitutionsbehandlungen den oben genannten Zuschreibungen möglicherweise sogar verstärkt ausgesetzt. Allein schon die Möglichkeit der Stigmatisierbarkeit aufgrund der oben genannten Zuschreibungen erschweren auch innerhalb der Substitutionsbehandlungen die soziale Integration vor allem in den Bereichen Arbeit, Wohnen und Aufbau neuer sozialer Bezüge. Eine offene Information über die eigene Lage schadet dem Image, dem Sozialstatus und verschliesst damit etliche Möglichkeiten. Die Nichterwähnung hingegen bestätigt spätestens beim bekannt werden die Vorurteile über die Unehrllichkeit Opioidabhängiger.

### **6.1.8 Das Stigma der Abweichung aufgrund vermuteter psychischer Störungen**

Einen Eindruck zum Beitrag der Wissenschaft zur Stigmatisierung entsteht, wenn Opioidkonsum als psychische Störung definiert wird. Die Diagnose einer psychischen Störung beruht nach Zimbardo/ Gerrig (vgl. 2004: 653f) auf Verhaltensbewertungen durch Personen mit Definitionsmacht und/ oder Autorität. Diese beurteilt menschliches Verhalten unter folgenden Kriterien als gestört:

1. Vorhandensein von Leidensdruck und/ oder Beeinträchtigung, verbunden mit dem Verlust von Handlungsfreiheit und der Verschlechterung des Gesundheitszustands.
2. Fehlanpassung, die das Erreichen eigener Ziele verhindert, das Wohlergehen beeinträchtigen oder gesellschaftliche Bedürfnisse verletzt.
3. Irrationalität: Reden und/ oder Handeln erscheinen beobachtenden Anderen als irrsinnig oder unverständlich.
4. Unberechenbarkeit oder Sprunghaftigkeit in Verbindung Kontrollverlust.
5. Aussergewöhnlichkeit und statistische Seltenheit, im Zusammenwirken mit gesellschaftlicher Unerwünschtheit.
6. Beunruhigung oder Bedrohung anderer anwesender Personen.
7. Grobe Verletzung moralischer Grundsätze und gesellschaftlicher Normen.

Unterscheidet man nun noch das gleiche Verhalten nach Legalstatus zeigen sich enorme Unterschiede: Das Verhalten aufgrund illegaler Opioidabhängigkeit erfüllt quasi alle Kriterien der psychischen Störung. Das Verhalten aufgrund legalisierter Opioidabhängigkeit im Rahmen einer Substitutionsbehandlung hingegen lindert den Leidensdruck, gilt als gesundheitsfördernd, ist eine Anpassungsleistung, entspricht eher einer kontrollierten Sedierung als dem Bild des Kontrollverlusts, ist ordnungspolitisch erwünscht und erfüllt per Definition die gesellschaftlichen Anforderungen. Somit ist sie nach dieser Definition keine psychische Störung.

## **6.2 Historische Entwicklung der Schweizer Drogenpolitik**

Um die Entwicklungen in der Schweizer Drogenpolitik darzustellen, möchte ich die Selbstdarstellungen des Bundes zur Drogenpolitik (BAG 2000 und 2006) zusammenführen mit Ergebnissen der Untersuchung von von Aarburg und Stauffacher (2004) zur Entwicklung der Situationen und der Behandlungsformen Opioidabhängiger.

### **6.2.1 Entwicklung der Drogenpolitik in der Schweiz**

Den Beginn des Opioidverbots und damit den Beginn der Schweizer Drogenpolitik bildet die Unterzeichnung des Den Haager Abkommens 1918. Die gesetzliche Umsetzung erfolgte mit der Verabschiedung des ersten Betäubungsmittelgesetzes 1924. Der „Rauschgiftsüchtige“ löste damit „den Alkoholiker“ als drogenpolitisches Verfolgungsobjekt ab, obwohl es damals höchstens 700 opioidabhängige Personen gab (vgl. Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (EKFD) 2005: 21ff).<sup>16</sup> Die Bekräftigung internationaler Abkommen erfolgte 1951 im zweiten Betäubungsmittelgesetz. Inhaltlich wurde dabei der nichtmedizinische Konsum und Handel der Opioide illegalisiert.

In der Darstellung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG 2000: 8ff) verlief die neuere und damit eigentliche Entwicklung der Schweizer Drogenpolitik in folgenden sechs Phasen:

Die Politik reagierte auf den ansteigenden Drogenmissbrauch in den Sechzigerjahren.

Sie entwickelte nach der Entdeckung des ersten Schweizer Drogentoten 1972 ein Dreisäulenmodell.

Es beruhte auf strafrechtlicher Verfolgung und strikt abstinenzorientierter Therapie. Die Methadonsubstitution war schon damals möglich, wurde aber selten genutzt. Diese Massnahmen wurden ergänzt durch abschreckende Primärprävention zum Schutz der Allgemeinheit und insbesondere der Jugend. Das Modell beruhte in der Wirkungsabsicht also vereinfacht ausgedrückt auf einer Kombination von Verfolgungsdruck, Abstinenzbehandlung und Abschreckung.

Phase zwei brachte eine Differenzierung der Gesetzgebung, in Form des revidierten Betäubungsmittelgesetzes von 1975. Der Drogenkonsum galt nur noch als leichtes Delikt. Der Drogenhandel wurde weiterhin als Straftat verfolgt. Der Bund verstärkte die Bemühungen um Koordination, Information, Dokumentation, Forschung und Ausbildung von Fachkräften.

Die dritte Phase war geprägt durch die Verbreitung von HIV und Aids sowie der öffentlichen Sichtbarkeit des Drogenelends in offenen Szenen. Diese wurden in Zürich, Bern, Olten und Solothurn vorübergehend geduldet und durch leicht zugängliche Hilfsangebote wie Streetwork, Abgabe von Injektionsspritzen sowie Einrichtung von Notschlafstellen begleitet. Es war der Beginn der

---

<sup>16</sup> Vermutlich, um das Projekt der „geistigen Landesverteidigung“ gegen Bedrohungen aus dem Ausland nicht zu gefährden. Heroin als „kulturfremde“ psychoaktive Substanz eignete sich offenbar in jener Zeit besser für moralische Verfolgung als der auch in der Wahl- und Wehrbevölkerung weit verbreitete Alkohol.

niedrigschwelligen Drogenhilfsangebote, der Schadensminderung. Damit folgte die Politik der Empfehlungen der Eidgenössischen Expertenkommission von 1998.

Ziel der Interventionen war die Vermeidung der Ausbreitung von HIV und Hepatitis. Die Lockerung der bisherigen Regelung, Hilfsangebote an Abstinenzforderungen zu koppeln sollte eine höhere Akzeptanz der Hilfsangebote gewährleisten. Wichtig wurde hier also das Thema Erreichbarkeit der Abhängigen. Weiterhin sollen Forschung, Information und Prävention forciert werden und erstmalig werden Massnahmen zur Entkriminalisierung des Drogenkonsums vorgeschlagen.

Hinzu kam eine neue Ausrichtung der Repression, die sich verstärkt auf Drogenhandel und Geldwäscherei konzentrieren sollte. Die Vorschläge wurden kontrovers diskutiert, die Umsetzung in Gesetzesform blieb jedoch vorerst aus.

Zu Beginn der vierten Phase bewilligte das Parlament zusätzliche Gelder zur Bekämpfung des Drogenhandels. Der Bund erarbeitete das erste Massnahmenpaket zur Verminderung der Drogenprobleme. Angestrebt wurden darin: Einführung der Sekundärprävention für gefährdete Konsumenten, Schadensminderung durch Aidsprävention und Reintegrationshilfen und Weiterentwicklungen in der Therapie, Forschung, Information, Dokumentation und Koordination. Das Schweizer Volk lehnte die Volksinitiativen zur ausschliesslichen Abstinenzorientierung aber auch die Initiative zur Drogenfreigabe ab.

1994 spitzte sich die Situation der offenen Drogenszene am Züricher Letten aufgrund massiver Gewaltzunahme und weiterer Verelendung zu. Die Weltöffentlichkeit erfuhr über die Medien über das Drogengetto in einem der reichsten Länder der Welt. Die Mehrheit der Regierungsparteien setzte in der Folge auf Entkriminalisierung, Einführung der kontrollierten Heroinabgabe, mehr Prävention und intensivere Repression gegen den Drogenhandel. Die kontrollierte Heroinverschreibung wurde in einem Modellversuch getestet, die Regierung bekannte sich ausdrücklich zu den inzwischen vier Säulen der Drogenpolitik also auch zur Schadensminderung.

1995 wurde die offene Drogenszene in Zürich geschlossen, die Konsumenten in zähen Rückführungsaktionen, zum Teil mehrmals, in ihre Wohnkantone zurückgebracht, wodurch das Drogenproblem dezentralisiert wurde. Das bedeutet, es waren nun deutlich mehr Orte betroffen und gefordert. Das Drogenproblem und vor allem die Konsumenten wurden für viele Schweizer nun vermehrt real am eigenen Wohnort erfahrbar.

1997 bestätigten die Ergebnisse der Studie zur kontrollierten Verschreibung von Heroin, dass eine derart ausgerichtete Massnahme für Schwerabhängige deutliche Verbesserung der Gesundheit bedeuten kann. Als schwerabhängig galten Personen, die in allen anderen Arten der Therapie bisher gescheitert sind.

In der fünften Phase wurden zwei Volksinitiativen zur Drogenfreigabe und zur verstärkten Verfolgung des Konsums durch die Wahlbevölkerung abgelehnt. Das BAG wertete dies als eine indirekte

Bestätigung der hohen Akzeptanz der Schweizer Drogenpolitik. Der Bundesbeschluss zur kontrollierten Heroinverschreibung als Therapie Schwerstabhängiger wurde 1999 von der Wählerschaft angenommen.

Die sechste Phase brachte eine Verlängerung der Massnahmen zur Drogenpolitik.

Die Kräfte wurden auf das Viersäulenmodell konzentriert.

Die Vernetzung und Kooperation der Organisationen in den Bereichen Drogen, Tabak, Alkohol und Aids wird gefördert. Die gesetzliche Verankerung des Viersäulenmodells scheiterte 2004, weil sie mit der weitgehenden Legalisierung von Cannabis verknüpft wurde. Die in Arbeit befindliche Teilrevision der bestehenden Gesetze kann frühestens 2008 das Viersäulenmodell und die heroingestützte Behandlung vollends gesetzlich absichern (vgl. BAG 2006: 13).

### **6.2.2 Historische Entwicklung der Konsum- und Behandlungsmuster**

In der Darstellung wichtiger Ergebnisse ihrer ethnologischen Untersuchung zu Konsummustern im Wandel von Drogenpolitik, Zeit- und Lebensgeschichte in der Schweiz unterscheiden von Aarburg und Stauffer (2004, in Suchttherapie 2004; 5: 1ff) vier sozialgeschichtliche Perioden:

Counter culture (1965 – 1975), No future (1975 – 1985), Public hell (1985 – 1995) und Controlled disease (seit 1995). Sie vergleichen hier insbesondere die Veränderungen in den Dimensionen Substanzen, Verfolgung und Betreuung.

Counter culture (1965 – 1975), also Gegenkultur, beschreibt die Phase während der Zeit der Studentenunruhen. Es war eine Phase der Protestbewegungen gegen den Staat und das Establishment, für freie Liebe und Legalisierung von Drogen, aber auch die Zeit der psychedelischen Experimente und der Versuche aus der Gesellschaft auszusteigen. Neben den damaligen psychedelischen Hauptdrogen LSD und Cannabis war der, teilweise sogar intravenöse Konsum von Amphetaminen in der Gesellschaft weit verbreitet. Diese Konsumform wurde allerdings zusammen mit dem intravenösen Konsum von Opiumtinkturen und Morphinum anfangs der Siebzigerjahre durch das sich schnell verbreitende Heroin verdrängt. Die Stigmatisierung und Verfolgung als Kriminelle erfolgte gleichermassen gegenüber allen kulturfremden Substanzen mit dem Argument der extremen Gesundheitsgefährdung aber vor allem aufgrund der Zurechnung zur subversiven und gesellschaftskritischen Gegenkultur, die auch noch deren Legalisierung im Namen der Freiheit forderte. Im Bereich der Betreuung entstanden im alternativen Milieu erste therapeutische Wohngemeinschaften und die aufkommende Sozialpsychiatrie schuf erste Beratungsstellen.

### **Erfolg der Drogenpolitik = Fehlschlag der Abhängigkeitsbehandlung?**

Diplomarbeit der Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit, Studiengang Sozialpädagogik 2002

© Jörg Lübbberstedt 2007 Kontakt: joerg.luebberstedt@gmx.ch

No future (1975 – 1985), bezeichnet eine Periode der langsamen Zunahme des Heroinkonsums und der Herausbildung offener Szenen sowie deren Verfolgung und Vertreibung. Heroin kam damals noch als gut wasserlösliches und damit leicht handhabbares Salz aus Ostasien. Es wurde weitgehend privat und in Kleinstmengen geschmuggelt. In den Auseinandersetzungen um den öffentlichen Raum stellten die Jugendunruhen in Zürich einen Höhepunkt dar. Das Autonome Jugendzentrum Zürich (AJZ) bestand nur kurz, nahm aber neben diversen anderen Gruppen auch die Szene der Heroinkonsumenten auf. In diesem Rahmen betreuten Freiwillige einen Injektionsraum zur Überlebenshilfe. Das alles wurde auch von offizieller Seite bis zum Abriss der Gebäude dort geduldet. Danach aber wurde gegen Forderungen, Demonstrationen und öffentlicher Präsenz von Gegenkulturen im öffentlichen Raum restriktiver vorgegangen. Auch die polizeiliche Verfolgung Heroinkonsumierender wurde verstärkt. Es waren aber inzwischen so viele Abhängige, dass die Verfolgung aussichtslos erschien. Die Betreuung war durchweg abstinentorientiert, das Angebot bestand im Wesentlichen aus Entzug und stationärer, häufig gesellschaftskritisch oder religiös motivierter, Langzeittherapie.

Als Faustformel für den Erfolge dieser Angebote galt auf längere Sicht: ein Drittel abstinent, ein Drittel rückfällig, ein Drittel tot. Methadonsubstitution war damals eine nur selten angewandte ambulante Option unter strengen Auflagen.

Public hell (1985 – 1995) bezeichnet die eigentlich schlimmste Periode. Auf dem illegalen Heroinmarkt gab es fast nur noch Heroinbase aus Afghanistan, die direkt rauchbar war aber zum intravenösen Gebrauch mit Ascorbinsäure (Zitronensaft) aufgeköcht werden musste. Dies erleichterte den Erstkonsum und Einstieg durch das Folienrauchen, also Inhalation von Heroindämpfen. Ethnische Gruppierungen übernahmen den Handel, professionalisierten ihn. Sie drängten damit die bisherigen Kleinhändler in die Rolle von Kleinstmengendealern und Endabnehmern. Zusätzlich stieg auch der Kokainkonsum. Es wurde pur als Kokainbase (Crack) oder gemischt mit Heroin konsumiert. Es verdrängte das Heroin als Hauptsubstanz bei etlichen Konsumenten. Diese Phase zeichnet sich weiterhin aus durch die Zunahme des Mehrfachkonsums und der Mehrfachabhängigkeiten. Weitere psychoaktive Substanzen wie Rohypnol, Valium und andere Benzodiazepine, weitere Medikamente aber auch Methadon werden zunehmend zusätzlich zu Heroin konsumiert. Trotz sehr hoher Preise stieg die Zahl der Konsumierenden stetig an. Sie sammelten sich nach der Schliessung und dem Abriss des AJZ in Zürich in einer grossen, offenen Szene. Aufgrund von Überforderung und Hilflosigkeit seitens der Stadt und der Polizei führte das zu einer Duldung mit den Folgen hoher Kriminalität, Gewalt, Verelendung und einer seither nicht wieder erreichten Medienpräsenz des Drogenproblems im In- und Ausland. Die Auflösung gelang schliesslich 1995 durch die Koordination sozialer und polizeilicher Einsätze und der Rückführung aller nicht in Zürich gemeldeten Konsumenten an ihre Wohnorte oder an die Landesgrenze. Das Drogenproblem wurde dezentralisiert.

Auf dem Gebiet der Betreuung waren die Gefahr der HIV-Infektionen und der öffentliche Druck die treibenden Kräfte zur Einrichtung und zum Ausbau der Schadensminderung. Viele der aus privatem Engagement entstandenen Drogenhilfeprojekte wurden nun der öffentlichen Führung und Finanzierung zugeführt und damit auf eine gesicherte Grundlage gestellt. Den grössten langfristigen Einfluss hatte die Herabsetzung der Zugangsbedingungen zur Methadonsubstitution. Die Zahl der Substituierten stieg von knapp 1500 im Jahr 1985 auf ca. 14.000 im Jahr 1995 (BAG 2006: 21). Ziele waren neben der Verbesserung der Situation der Abhängigen vor allem aber die Wiederherstellung der öffentlichen Ordnung, die Verhinderung weiterer HIV-Infektionen, Beruhigung der Bevölkerung und nicht zuletzt auch das internationale Ansehen der Schweiz zu bewahren.

Controlled disease (ab 1995) bezeichnet die aktuelle Periode. Preis und Reinheitsgrad des Heroins sind gesunken. Die Anzahl der Substituierten erreicht ihren Höhepunkt mit über 18.000 Personen im Jahr 2000 (BAG 2006: 20f). Die Zahl der Heroinkonsumenten stagniert anscheinend. Das Alter der Abhängigen steigt an. Die Zahl der Neueinsteiger nimmt ab. Die Substitutionsbehandlungen mindern soziale und gesundheitliche Risiken der Opioidabhängigkeit, wobei der Beikonsum von Heroin und anderen psychoaktiven Substanzen ein Problem darstellt, welches zum Ausschluss aus der Substitution führen kann. Die Verfolgung richtet sich gegen den öffentlich sichtbaren Handel und Konsum, die Fahndung zielt vermehrt auf Grosshändler und Schmuggel. Der Fokus verlagert sich vom Konsumenten auf Händlergruppen.

Im Rahmen der Betreuung wurden die sozialmedizinische Infrastruktur ausgebaut und Programme der Sozialen Arbeit zur Stabilisierung und Reintegration verstärkt. Eine neuere Variante ist die zunehmende Anzahl zugesprochener IV-Renten für Abhängige, für deren Begründung bei den Opioidabhängigen allerdings eine zusätzliche psychiatrische Diagnose vorliegen muss. Diese wird in der Kombination mit der Abhängigkeit Komorbidität oder Doppeldiagnose genannt und zählt, neben Mehrfachkonsum und -abhängigkeit zu den neueren Entwicklungen (oder Entdeckungen, Anmerkung des Autors) der Opioidabhängigkeit. Die Autoren sehen in der Vergabe von IV-Renten eine Gefahr des Abbaus von Drogenhilfeleistungen, denn IV-Rente im Zusammenhang mit Doppeldiagnose bedeutet für die Betroffenen zwar finanzielle Sicherheit, jedoch auf Kosten des Stigmas „unheilbar“. Die heroingestützte Behandlung hingegen wird von den Abhängigen wesentlich seltener in Anspruch genommen als ursprünglich erwartet.

### **6.3 Zusammenfassung der Entwicklungslinien**

Die Schweizer Drogenpolitik begann mit der Illegalisierung der Opiode. Zum sozialen Problem wurde dies erst ca. fünfzig Jahre später im Gefolge gegenkultureller Bewegungen und psychedelischer Experimente. Die Zahl der Heroinkonsumierenden stieg kontinuierlich an. Die Verbindung von hohem Abhängigkeitspotential und Gegenkultur begründete damals die besondere Behandlung durch

geschlossene, abstinenzorientierte Therapie statt Strafe sowie Abschreckung und Repression als Generalprävention. Im weiteren Verlauf bildeten sich offener Szenen, die einerseits Überwachung und Kontrolle erleichterten, andererseits aber auch eine Haltung der Nicht-Zuständigkeit offenbarten. Erst die Angst vor HIV-Infektionen und der Imageverlust der Schweiz durch die weltweit gesendeten Bilder vom „Needle-Park“ bewirkten eine Beunruhigung der Wahlbevölkerung und öffentlichen Druck. Die politischen Reaktionen darauf waren die Einführung schadensmindernder Interventionen. Dies war der Beginn des Paradigmenwechsels in der Schweizer Drogenpolitik. Die Auflösung der offenen Szenen und die Rückführungen brachte neue Probleme: Was tun mit all den Abhängigen? In der Not wurden Gelder bewilligt. Innerhalb kurzer Zeit entstanden ca. dreihundert neue, oft privat geführte, Angebote im Bereich der Suchthilfe<sup>17</sup> und die Zahl der Methadonsubstitutionen stieg auf über vierzehntausend. Damit wurde die Methadonsubstitution zum wichtigsten Mittel der Behandlung Opioidabhängiger im Rahmen des Viersäulenmodells von Repression, Therapie, Schadensminderung und Prävention.

#### **6.4 Aktueller Stand**

2004 befanden sich fast 18.000 opioidabhängige Personen in einer als Therapie definierten Behandlung, das sind nach Schätzung des BAG etwa zwei Drittel aller Schweizer Opioidabhängigen. Die Mehrheit unter ihnen, ca. 15.000 Personen, bekommt Methadon (vgl. BAG 2006:21). Die Anzahl stationärer Organisationen hat abgenommen, während der ambulante Bereich gewachsen ist. Das erfüllt zwar die Forderung moderner Sozialer Arbeit nach mehr ambulanten Angeboten. Die De-Institutionalisierung, beruht allerdings weniger auf Fachlichkeit als auf Geldmangel (vgl. ebd.: 56). Steigende Arbeitslosigkeit und gesellschaftliche Tendenzen in Richtung abnehmender Toleranz erschweren die (Re-)Integration. Das Thema Drogenpolitik erhält weniger öffentliche Beachtung. Opioidabhängigkeit ist also nicht mehr das wichtigste Soziale Problem, obwohl die Zahl der Abhängigen nur etwas geringer ist als vor zehn Jahren. Der Grund dafür sind die Substitutionsprogramme.

Die in diesen Programmen betreuten Menschen versuchen oft die Methadondosis eigenmächtig zu reduzieren. Aus der Sicht der Substitutionsexperten gefährden sie damit den Erfolg des Programms. Anscheinend bevorzugen viele Substituierte den eigenständigen Kampf mit der Abhängigkeit, anstatt sich durch die gleich bleibende Sedierung durch Methadon ruhigstellen zu lassen (vgl. von Aarburg/ Stauffer 2004: 5). Die Ausstiegsmotivation ist also häufig vorhanden, wird aber durch die Substitutionsprogramme absichtlich unterbunden, um die Erfolge nicht zu gefährden.

---

<sup>17</sup> Ressourcenorientiert könnte man das auch als die „kreative Phase“ der Schweizer Drogenpolitik bezeichnen.

## **7 Die Substitutionsbehandlung mit Methadon**

Diese Kapitel soll dazu beitragen Substitutionsbehandlungen vor dem Hintergrund von Hilfe und Kontrolle einordnen zu können. Es behandelt die Frage nach der Beurteilung der Angemessenheit von Methadonbehandlungen aus der Perspektive von Expertinnen und Experten (siehe 7.1), aber auch aus der Perspektive der Behandelten (siehe 7.2)

### **7.1 Angemessenheit der Methadonsubstitution**

Die Fachgruppe der vom BAG geförderten Untersuchung „Evaluation zur Angemessenheit der Methadonsubstitution“ (Vader et. al. 2006) schätzen die aktuelle Lage als bedeutendes Problem der öffentlichen Gesundheit ein. Die geschätzte Zahl von 30.000, zumeist Heroinabhängigen, ist körperlichen, psychischen und sozialen Risiken ausgesetzt. Zum Evaluationszeitpunkt befinden sich ungefähr 18.000 Personen in einer Substitutionsbehandlung mit Methadon. Als deren Vorteile gelten in der Auswertung Hygiene, Erreichbarkeit der Abhängigen, Chancen zur Stabilisierung der Lebenssituation und eine geringere Sterberate. Methadonsubstitution ist damit die am weitesten verbreitete Behandlungsmethode im Bereich der Opioidabhängigkeit. Die Untersuchung soll ausgehend von einem Überblick über den aktuellen Forschungsstand Richtlinien zur Methadonbehandlung entwickeln.

#### **7.1.1 Untersuchungsergebnisse**

In der Evaluation zur Angemessenheit der Methadonsubstitution werden Substitutionsprozesse in der Schweiz von einer Gruppe von Fachpersonen anhand von 553 theoretischen Szenarien evaluiert. Diese Evaluation bildet den Abschluss einer Reihe von Untersuchungen zum Thema Methadonsubstitution und bezieht deren Ergebnisse in die Bewertung mit ein. Das Forschungsprojekt insgesamt bestand aus folgenden Einzelteilen:

1. Eine Erhebung über die aktuelle Praxis der Methadonsubstitution aufgrund eines Standardfragebogens. Die wichtigsten Ergebnisse sind die Unterschiede in den Perspektiven zwischen Behörden, Praxis und Substituierten aber auch die Vielfalt der verschiedenen kantonalen Gesetzen und Verordnungen.
2. Die Sichtung der Literatur ab 1995 zur Methadonsubstitution in der Schweiz legte den Schwerpunkt auf die Unterschiede in den Behandlungs-Settings. Verglichen wurden allgemeinmedizinische Praxen, niedrigschwellige Angebote, psychiatrische Settings, Akutspitäler und Gefängnisse. Ergebnisse: Die meisten der Untersuchungen bestätigen eine insgesamt positive Wirkung der Substitution, weisen allerdings häufig methodische Mängel auf. Ein wichtiges Ergebnis ist die Erhöhung der Haltequote durch höhere Methadondosierung. Gefordert werden wissenschaftlichere Forschungsdesigns und stärkere Orientierung der Praxis an Forschungsergebnissen. Weiterer Forschungsbedarf besteht weiter

für die Gebiete Zusammenhänge zwischen Dosierung und individueller Stoffwechselfgeschwindigkeit, Bestehen zusätzlicher psychiatrischer Diagnosen und deren Bedeutung für die Behandlung, Verbesserung des Zugangs zu Sozialdiensten, Indikation und Auswahl der jeweils geeigneten Substanzen sowie Untersuchungen zur Effektivität und Effizienz der Substitutionspraxis als Behandlungssystem. Gefordert wird die deutliche Abgrenzung zur abstinenzorientierten Therapie.

3. Die Sichtung internationaler Literatur zu Richtlinien der Methadonbehandlung unter den Aspekten Aufnahmekriterien, Dosierung und Wirkung von Methadon, Personal und Empfehlungen für den Behandlungsverlauf in den Phasen Einstieg, Aufrechterhaltung und Beendigung brachte weitere Erkenntnisse in Bezug auf die pharmakologische Wirkung, die Dosierung und die Wirksamkeit der Methadonsubstitution. Die wichtigste Erkenntnis dieser Sichtung ist hingegen, dass die politische Kultur des jeweiligen Landes hinsichtlich der Behandlungsrichtlinien eine weitaus grössere Rolle spielt als wissenschaftliche Erkenntnisse oder Empfehlungen von Fachleuten (vgl. ebd.: 23).
4. Die nationale Suchtkonferenz von 2001 diente dem Erfahrungsaustausch zwischen Behörden und Praxis in Hinblick auf die Erarbeitungen von Empfehlungen zur Substitutionsbehandlung mit Methadon lieferte eine breite Palette an Perspektiven und Anregungen.
5. Evaluation der Gesamtuntersuchung durch eine Gruppe von Fachpersonen.

### **7.1.2 Evaluation der Gesamtuntersuchung durch ein Experten Panel**

In etwa der Hälfte der evaluierten Behandlungsszenarien wurden die Angebote als angemessen beurteilt. Als angemessen gelten der Expertengruppe eine möglichst vollständige biopsychosoziale Anamnese und Diagnose inklusive Motivationsbewertung, Urinkontrollen und vertraglicher Zielvereinbarungen (vgl. ebd.: 15). Die Entscheidung für das geeignete Setting soll sich an der Häufigkeit und Intensität von Mehrfachkonsum psychoaktiver Substanzen sowie der Schwere psychiatrischer Komorbidität(en) orientieren. Als unkomplizierte Fälle gelten hierbei Opioidabhängige ohne Mehrfachgebrauch oder –Mehrfachabhängigkeiten in Bezug auf psychoaktive Substanzen und ohne psychiatrische oder soziale Komorbidität, wobei der kontrollierte Konsum von Alkohol, Sedativa (Beruhigungsmittel) und Cannabis tolerierbar ist. Diese Gruppe kann mit oder ohne zusätzliche psychosoziale Betreuung in einer medizinischen Einrichtung oder einer spezialisierten Einrichtung substituiert werden. Die Kooperation mit oder die Behandlung in einer spezialisierten Einrichtung ist in allen anderen Fällen (Komorbidität(en) und/ oder Polysubstanzmissbrauch) notwendig und angemessen, wobei bezüglich der Variante Kooperation deutliche Unsicherheiten bestehen (vgl. ebd.: 16). Uneinigkeit bezüglich der Angemessenheit der Angebote und Verfahrensweisen zeigte sich am deutlichsten beim Thema Beendigung der Substitutionsbehandlung. Die Evaluierenden halten den bisherigen Wissensstand teilweise noch für zu wenig ausreichend, um daraus anwendbare Richtlinien

für die Praxis abzuleiten. Sie plädieren für Ergänzungen des bisherigen Wissensstandes aufgrund der Vielfalt der Beteiligten und deren Perspektiven und der nur zum Teil gesicherten Erkenntnissen. Insgesamt aber sehen sie ihre Arbeit als wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Substitutionspraxis im Bereich Opioidabhängigkeit. Insgesamt werden die Ergebnisse trotzdem als ausreichend bewertet, um vorläufig damit arbeiten zu können. Dies gilt besonders für die Aspekte der Indikation, der Substitution und der Substitutionssubstanzen, wobei Methadon als erste Wahl gilt. Heroinabgabe ist beim Scheitern einer Methadonsubstitution sinnvoll. Buprenorphin kann als Hilfe zur Beendigung der Substitution, bei Methadonunverträglichkeit und vor allem dann angezeigt sein, wenn die betroffene Person unentschieden zwischen Abstinenzstreben und Substitution schwankt. Naltrexon, als Opioidantagonist schliesslich ist sinnvoll, wenn das Ziel Abstinenz und deren Erhaltung ist (vgl. ebd.: 20). Die Frage, wann und wie eine Substitutionsbehandlung erfolgreich beendet werden soll, wird von der Expertengruppe als vorläufig unentscheidbar eingestuft. Das einzige Szenario für die Angemessenheit der Beendigung ist die vollständige biopsychosoziale Stabilisierung verbunden mit dem Einverständnis aller Beteiligten und der Erreichung der vertraglich vereinbarten Behandlungsziele (vgl. ebd.: 19). Das bedeutet, in Bezug auf die meisten der Substituierten herrscht zurzeit noch erhöhter Forschungsbedarf, bevor auch nur Empfehlungen oder Richtlinien ausgesprochen werden können.

### **7.1.3 Bedeutung der Untersuchungsergebnisse für die Fragestellung**

Es bestehen Wissenslücken und damit Handlungsunsicherheiten in etlichen Bereichen des Prozesses. Insbesondere in Bezug auf die erfolgreiche Beendigung der Substitution herrscht weitgehende Unklarheit über die Wahl der passenden Gestaltung von Unterstützung, Interventionen und deren Wirkungen. Es wurden etliche Mittel investiert um die Methadonsubstitution als Behandlung zu evaluieren und zu perfektionieren, ohne den Übergang von der Substitution zur Beendigung der Abhängigkeit zu beachten. Vor dem Hintergrund der Erkenntnis, dass die politische Kultur eines Landes die Behandlungsrichtlinien mehr prägen als Forschungsergebnisse und der Tatsache, dass die Forschungen in diesem Bereich zudem noch weitgehend staatlich finanziert sind, zeigt sich meiner Ansicht nach ein starkes Interesse die Substitution als vorläufige „Lösung“ des Drogenproblems zu manifestieren. Dies wird untermauert durch die Forderung nach Abgrenzung zu abstinenzorientierten Therapien und den daraus ableitbaren Anspruch eine eigenständige Behandlungsform zu sein und eben nicht nur Übergangsverfahren zur Erreichung der Abstinenz. In Kombination mit der Verbesserung der Haltequote durch höhere Methadondosierung und der damit verbundenen Gewöhnung und Toleranzbildung wird die Substitution stabilisiert und die Opioidabhängigkeit unter verbesserten Lebensbedingungen verlängert.

## 7.2 Die Situation von Menschen in Methadonsubstitutionsbehandlungen

Ich beziehe mich in dieser Darstellung auf die Ergebnisse der Untersuchung von Haller (2005) zu diesem Thema. Diese Arbeit qualitativer Forschung beruht weitgehend auf der Auswertung narrativer Interviews mit den Methoden der Grounded Theory, ergänzt durch standardisierte Fragebögen (vgl. Haller 2005: 25ff).

### 7.2.1 Anforderungen und Veränderungen im Verlauf der Behandlung

Die Untersuchungsergebnisse ermöglichten die schematische Darstellung der Voraussetzungen, Veränderungen, Anforderungen und Behandlungsansätze in sieben Erfahrungsbereichen im Behandlungsverlauf (Tabelle 3).

Erfahrungsbereich	Ambivalenz der Abhängigkeitsdynamik positiv vs. negativ →		Veränderungen mit Methadon →	Anforderungen und Entwürfe →Veränderung →	Arbeitsformen und Arbeitsthemen
<b>Kognition und Lebensentwurf</b>	Beruhigung Wohligkeit	Realitäts- und Sinnverlust	Öffnung der Wahrnehmung, Reflexion	Sinnfindung	Entwurfsarbeit, Biografiearbeit
<b>Körper und Psyche</b>	Erleichterung, Wohligkeit	Schädigung, Angst	Erhöhte Wahrnehmung von Symptomen	Umgang mit körperlichen Symptomen	Beobachtung, Medikation, Therapie
<b>Konsum</b>	Faszination	Beschaffungs- Stress	Wegfall der Konsum- und Beschaffungsritualen	Haltequote, kein Beikonsum	Dosisarbeit, Umgang mit Beikonsum
<b>Arbeit und Leistung</b>	Indifferenz evtl. Steigerung	Unverbindlich- keit	Arbeitsfelder zur Ausgestaltung	Regelmässigkeit Zuverlässigkeit Motivation	Strukturarbeit in Beruf, Freizeit und Haushalt
<b>Soziale Beziehungen</b>	(Szenen-) Zugehörigkeit	Vertrauens- verlust	Ablösung Neuanfang	Beziehungen ohne Konsum	Aufbau sozialer Beziehungen
<b>Institutionen Hilfesystem</b>		Punktuelle Kontakte	Behandlungs- regime	Compliance und Behandlungs- planung	Reflexion der Behandlung
<b>Materielles</b>	Evtl. illegale Einkünfte	Verarmungs- potential	Normalisierung (ohne Kriminalität)	Selbständiger Lebensunterhalt	Planen und Einteilen

Tabelle 3: Schematische Darstellung der Anforderungen, Veränderungen und Themen im Verlauf der Methadonbehandlung nach Haller (vgl. Haller 2005: 52ff).

### **7.2.2 Vier Grundformen der Abhängigkeitsarbeit**

Haller beschreibt vier Varianten, in denen Klientinnen und Klienten der Substitutionsbehandlungen versuchen mit Abhängigkeit in diesem Rahmen umzugehen: Normalisieren und Öffnen, Aufbauen und Überwinden, Erhalten und Durchhalten, Kreisen (vgl. ebd.: 97).

- *Normalisieren und Öffnen* wird möglich durch Beruhigung der Lebenslage. Reflexion der eigenen Situation und Anpassung an die Behandlungsregeln sind die Voraussetzungen zur Zusammenarbeit. Umgewöhnung und Auseinandersetzungen sind in dieser Phase normal. Erst danach können durch Diagnostik, Medikation und Therapie ein Leben ohne Entzugssymptome und reduziertem Beikonsum auf ein tolerierbares Mass. Ziele der Behandlung sind neben der Verhinderung von Entzugssymptome und der Reduktion des Beikonsums, Realitätsnähe, Akzeptanz und Einhaltung der Behandlungsregeln. Falls nötig, soll die Arbeit an Lebens- und Tagesstrukturen die(Re-)Integrationschancen verbessern (vgl. ebd.: 97f).
- *Aufbauen und Überwinden* bedeutet, neben Reflexion des eigenen Erlebens auch die Planung und Umsetzung der Neugestaltung in- und ausserhalb der Behandlung (vgl. ebd.: 98f).
- *Erhalten und Durchhalten* ist ein eher kurzfristiges Muster, um erreichte Fortschritte in Krisen und Stresssituationen nicht zu gefährden. Lebensbewältigung ist in diesen Phasen wichtiger als Fortschritte in der Abhängigkeitsarbeit (vgl. ebd.: 99).
- *Kreisen* meint eine ambivalente Phase, die Stabilisierung, Integration und Arbeitsfähigkeit durch Beikonsum gefährdet (vgl. ebd.: 100).

### **7.2.3 Ressourcen der Substitution**

Der Eintritt in eine Substitutionsbehandlung bedeutet für die Betroffenen einen Übergang. Sie geben gewohnte Handlungsroutrinen, soziale Bezüge und die subjektiv sinnhafte, aber illegale Konsumsituation auf. Stattdessen sollen sie sich an die Regelmässigkeit und Verbindlichkeit der Behandlung und ihrer Regeln gewöhnen. Das bedeutet Sinn- und Routineverlust erfordert Innehalten, Neuorientierung und Regelbefolgung(vgl. ebd.: 143).

Die Substitutionsbehandlung soll die kognitiven Fähigkeiten verbessern und die Entwicklung eines tragfähigen Lebensentwurfs ermöglichen. Die Entlastung durch den Wegfall des Beschaffungsdrucks ermöglicht die Beruhigung der aktuellen Lebenssituation und soll zu mehr emotionaler Ausgeglichenheit beitragen. Beruhigung, Entlastung und mehr verfügbare Zeit sollen die Wahrnehmung der eigenen Emotionen verbessern. Mindestziele sind weiter körperliche Beschwerdefreiheit, bessere Leistungsfähigkeit sowie verbesserte soziale und materielle Ressourcen in den Bereichen Sozialkontakte und soziale Unterstützung, Finanzen und Wohnen.

Diese Ressourcen sind nach Haller bei den meisten Substituierten schwach ausgeprägt. Am schlimmsten jedoch ist die Lage bei Abhängigen mit einer szenetypischen Sekundärsozialisation durch

frühen Einstieg und lange Konsumdauer. Je mehr diese Ressourcen verbessert und ausgebaut werden, desto grösser wird die Chance zur Abhängigkeitsbewältigung (vgl. ebd.: 100f).

#### 7.2.4 Risiken in der Behandlung

Allerdings bleibt die Angst vor dem Ausstieg aus der Abhängigkeit aufrechterhalten (vgl. ebd.: 100). Ausstieg bedeutet entweder Abbau der Dosis oder Entzug. Beide Varianten bedeuten meist Entzugssymptome und Nüchternheit. Es entsteht folgender Widerspruch: In der Behandlung verbessert eine hohe Dosis zwar die Haltequote und die Anpassung an die Organisationsregeln und damit die Erreichung der gesellschaftlichen Ziele. Gleichzeitig bewirkt eine hohe Methadondosis vermehrte Sedierung und Verhindert damit Öffnung, Aktivität und Motivation, was wiederum den Ausstieg aus der Abhängigkeit erschwert. Soziale Isolation ist ein weiteres Risiko auch in der Substitutionsbehandlung. Zum einen sollen durch den Wechsel durch illegalen Konsum belastete Bezüge aufgegeben werden, zum anderen erfordern Neuaufbau oder Wiederaufnahme von sozialen Beziehungen unter den Belastungen des Stigmas „drogenabhängig“, das auch für Substituierte gilt (siehe Tabelle 4), tolerante und akzeptierende Interaktionspartner sowie ein erhöhtes Mass an Interaktions- und Beziehungskompetenzen (vgl. ebd. 144f).

Verhalten...	ist regelkonform	verletzt Regel(n)
<b>wird von anderen als abweichend bewertet</b>	<p><b><u>Verdächtigung</u></b></p> <p>Verdächtigungen aufgrund statistischer Wahrscheinlichkeiten: <b>Der Verdacht auf illegalen Beikonsum wird in der Substitution durch Urinkontrollen kontrolliert.</b></p> <p>Vorurteile und Stigmata: <b>Generalverdacht gegenüber Opioidabhängigen.</b></p> <p>Je nach Setting gilt der Beikonsum legalisierter Substanzen wie Zigaretten, Alkohol, Benzodiazepine, Schlafmittel als akzeptabel oder nicht.</p> <p>Konsum von Opioiden in einem legalisierten Setting (Substitution): <b>Zugang zu Substitutionsprogrammen haben laut Definition nur anderweitig nicht Behandelbare. Das gesellschaftliche Stigma „Drogenabhängiger“ bleibt also bestehen. Es wird noch erweitert durch das Stigma anders nicht behandelbar.</b></p>	<p><b><u>Abweichung</u></b></p> <p>Nachgewiesene <b>Fortsetzung des Beikonsum illegalisierter Substanzen</b>, wie Heroin, Kokain, Amphetamine, Cannabis</p> <p><b>Doppeldiagnose/ Komorbidität begründen das Stigma des „hoffnungslosen Falles“</b></p> <p><b>Das gesellschaftliche Stigma „Drogenabhängiger“ bleibt trotz des legalisierten Settings bestehen. Es wird durch die Interventionen und Sanktionen sogar verfestigt.</b></p>

<b>wird von anderen nicht als abweichend bewertet</b>	<b>Regelkonformität</b> Akzeptiertes, als unproblematisch oder tolerierbar geltendes, weitgehend regelgerechtes Verhalten  <b>Beikonsum legalisierter Substanzen</b> , z. B. Zigaretten, Alkohol, Benzodiazepine und Schlafmittel, trotz möglicher Abhängigkeitsverlagerung  <b>Anpassung</b> an die organisatorischen Vorgaben der Substitutionsbehandlung  Der Konsum von Opioiden in einem <b>legalisierten Setting</b> (Substitution) ohne Beikonsum und Komorbidität	<b>Dunkelfeld</b> - Unerkannt gebliebene Regelverletzungen  z. B. <b>unauffälliger Opioidkonsum</b> ist, bei bekannt werden, stigmatisierbar. <b>Negative Folgen</b> sind zu erwarten. Der <b>Zugang zu Hilfsangeboten ist dadurch erschwert.</b>
---	--	---

Tabelle. 4: Typen abweichenden Verhaltens im Rahmen von Substitutionsbehandlungen und die Art des Stigmas in Anlehnung an Becker (1973: 17)

### 7.2.5 Behandlungen nach Zielprozessen

Anhand der Untersuchungsergebnisse unterscheidet Haller vier mögliche Zielprozesse im Behandlungsverlauf.

- Abhängige mit dem Ziel Überwinden besitzen meist genügend Ressourcen. Sie nehmen ihre aktuelle Lage realistisch wahr, entwickeln kurz- und langfristige Lebensentwürfe, können oder möchten auf Beikonsum verzichten. Sie sind weitgehend gesund und leistungsfähig. Ihr Ziel ist der erfolgreiche Ausstieg aus der Abhängigkeit (vgl. ebd.: 103f) durch Aufbauen und Überwinden.
- Ist der Zielprozess auf Weiterleben und Überleben ausgerichtet, bestehen meist grosse Unsicherheit und starke psychische, körperliche und soziale Belastungen. Das Handeln orientiert sich am alltäglichen und kurzfristigen Bedarf. Die Abhängigkeitsarbeit entspricht dem Schema Erhalten und Durchhalten. Die Substitution wirkt unterstützend und kann nicht reduziert werden (vgl. ebd.: 106f).
- Ein fehlender oder zirkulärer Verlauf bedeutet Orientierungslosigkeit. Ziele und Entwürfe können weder ausgearbeitet noch verfolgt werden. Dementsprechend ist das Verhalten uneinheitlich, die Befolgung der Behandlungsregeln fällt schwer, Beikonsum ist häufig. Wenn überhaupt, können diese Menschen nur in niedrigschwellige Beschäftigungsprogramme vermittelt werden (vgl. ebd.: 108f).
- Offene Zielverläufe kennzeichnen die Situation zu Behandlungsbeginn.

### **7.2.6 Gesundheit als Erfolg und Anpassung**

Haller bezieht sich in seiner Untersuchung auf die Krankheitsdefinition von Parsons. Er definiert Gesundheit damit als die Fähigkeit eines Individuums zu erfolgreichem und zweckmässigem Verhalten im Sinne von Selbstregulation und Erfüllung von Rollenerwartungen. Bestimmte Formen der Selbstregulation, also der Sorge um das eigene Wohlergehen, können nach diesem Modell als Krankheit in der Form von Devianz definiert werden. Dies ist der Fall, wenn unterstellt wird, dass diese auf der positiven Motivation beruht, den individuellen Gewinn durch die Krankheit über die Erfüllung der gesellschaftlichen Anforderungen zu stellen.

Wenn Krankheit hingegen als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit definiert wird, bei gleichzeitig unterstelltem Willen zur Anpassung, wird sie sozial besser akzeptiert (Parsons 1964 und 1978, zit. in Haller 2005: 148ff). Wird Krankheit also als Devianz verstanden, bietet sie die Legitimation für gesellschaftliche Interventionen und Sanktionen. Durch die Definition als Beeinträchtigung entsteht die Legitimation für den Anspruch auf Hilfe.

### **7.2.7 Folgen der Definitionen für die Behandlung Abhängiger in der Substitution**

Die Definition der Opioidabhängigkeit und ihrer Folgen als absichtliche Regelverletzung, also als „Abweichung“ bestimmt die Arbeitsweisen der Substitutionsprogramme als Instanzen sozialer Kontrolle und Sanktionierung in zum Teil paradoxer Weise: Einerseits wirken sie durch Verhaltenskontrollen (z. B. durch Urinkontrollen), Regelkataloge, und harte Strafen bis zum Ausschluss<sup>18</sup>, andererseits wird häufig intensiver Beikonsum legaler psychoaktiver Substanzen toleriert, um das Erfolgskriterium der Haltequote nicht zu gefährden. Sowohl die Erfolge, als auch die Legitimation der Substitutionsbehandlungen beruhen zum grössten Teil auf die Verfolgung gesellschaftlich definierter Interessen in den Bereichen Gesundheit, Ordnung und Sicherheit. Das erklärt die Bedeutung der Haltequote und vor allem die schwer erreichbaren Kriterien für die Beendigung der Abhängigkeit.

Das Projekt Abstinenz darf die der Substitution zugerechneten Erfolge nicht gefährden. Deshalb soll jedes Risiko ausgeschlossen werden. Die Voraussetzungen für den Ausstieg sind dementsprechend im Anspruch die „psychische und soziale Stabilisierung“ (vgl. Roth 2000: 4), in der Praxis eher vollständige Gesundheit und Totalrehabilitation. Dazu kommt noch, dass der Eintritt in ein Methadonprogramm formal freiwillig und je nach Kanton auch vertraglich geregelt erfolgt, während zum Austritt zusätzlich die Zustimmung beteiligter Fachpersonen erforderlich ist.

---

<sup>18</sup> „Bestrafungen sind in wohl einzigartig ungeschminkter Form häufig, was verdeutlicht, wie stark präsent die Dimension der sozialen Kontrolle im therapeutischen Setting der Methadonbehandlung ist.“ (Haller 2005: 160).

Das Erklärt auch die mangelnde Unterstützung oder gar Behinderungen von Entzugsversuchen. Trotzdem kann eine Substitutionsbehandlung die beste Wahl sein für Opioidabhängige, deren Lebenslage nüchtern (noch) nicht zu bewältigen ist. Bei ihnen können Hilfen zur Stabilisierung, (Re-) Integration, Krankheitsbehandlung und vorbereitende Massnahmen Vorrang haben. Allerdings besteht aufgrund der Devianzzuschreibung wenig Aussicht auf den Status eines Menschen mit gesellschaftlich akzeptierter Langzeiterkrankung. Für weitgehend „gesunde Patienten“ (Haller 2005: 161) bedeutet Methadonsubstitution eine unnötige Verlängerung der Abhängigkeit. Sie befinden sich ökonomisch gesehen in einer ungleichen Austauschbeziehung in der sie Methadon erhalten im Tausch gegen Wohlverhalten. Dadurch entsteht ein weiteres Dilemma: Einerseits wird von den Abhängigen gefordert auf die regulierende Wirkung der Opioiden zu verzichten, andererseits wird in der Methadonbehandlung gewünschtes Verhalten durch ein Opioid erzeugt.

### **7.3 Ökonomische Aspekte des Substitutionsparadigmas**

Blaser (2007) versucht einen möglichst vollständigen Kosten-Nutzen Vergleich zwischen Methadonsubstitution und stationärer Therapie anzustellen. Diese Arbeit entstand im Auftrag des Netzwerks Suchtausstieg Nordwestschweiz, einer Organisation zur Interessenvertretung eines Zusammenschlusses abstinenzorientierter Organisationen (vgl. Netzwerk Suchtausstieg Nordwestschweiz 2007). Die Arbeit vergleicht die Kosten für das Erreichen vollständiger Rehabilitation, also Abstinenz, sozialer Integration und wirtschaftlicher Selbständigkeit. Unter den Vorbehalten der Vergleichbarkeit der unterschiedlichen Behandlungsformen und individueller Behandlungsbedarfe kommt der Autor zu dem Schluss, dass bei der gegebenen Zielgrösse Methadonsubstitution wesentlich teurer ist als stationäre Therapieverfahren (vgl. Blaser 2007: 30ff und 45ff). Problematisch finde ich in diesem Zusammenhang die Projektvorgeben der Orientierung an der Totalrehabilitation und die Auslassung weitgehend oder völlig ambulanter Abhängigkeitsbehandlungen (vgl. ebd.: II). Wichtig für meine Arbeit ist hingegen der Verweis, dass die Methadonsubstitution hohe Kosten verursacht. Dabei ist sie nach meinen Ausführungen weder eine Abhängigkeitsbehandlung im Sinne des Abstinenzparadigmas, noch ein niedrigschwelliges Angebot im Sinne des Akzeptanzparadigmas, sondern ein gesellschaftliches Steuermittel zur Verhaltenskontrolle. Legitimation und Hauptzweck dieser Massnahme ist die Bearbeitung gesellschaftlicher Probleme, die sich aus der Opioidabhängigkeit aufgrund von Definition und sozialer Konstruktion ergeben haben. Dabei wird die eigentliche Abhängigkeitsbehandlung vernachlässigt. Die Tatsache, dass die Gesellschaft bereit ist, die dafür nötigen Kosten zu tragen, bestätigt Akzeptanz und Wichtigkeit dieses Instruments zur Verfolgung gesellschaftlicher Interessen. Das bezeichne ich als das Substitutionsparadigma.

## **8 Beantwortung der Fragestellungen**

### **8.1 Die Bedeutung der Unterschiede zwischen Nüchternheit und Sedierung**

Die intensivere Wahrnehmung und das verstärkte Erleben von Emotionen erhöhen die Sensibilität. Diese ermöglicht vielfältigere und genauere Bewertung angenehmer und unangenehmer Erlebnisse. Dieses Erleben ist die Voraussetzung für die Aktivierung der motivationalen Schemata. Und erst, wenn diese ausreichend aktiviert sind können eigene Ansprüche im Handeln geltend gemacht werden. Nüchternheit ist somit eine zentrale Bedingung zur Verbesserung der Möglichkeiten zur eigenen Interessenvertretung.

Für opioidabhängige Menschen ist nüchtern Werden ein intensives aber auch ein ambivalentes Erlebnis. Dieses Erlebnis allein kann schon als Stress erlebt werden. Das macht den Opioidentzug zu einer wichtigen Übergangsphase. Ein leichter Entzug verringert die Belastungen der Entzugssymptome und der erhöhten Sensibilität indem es die Bedürfnisse nach Kontrolle, Bindung, Selbstwert, Lustsuche und Unlustvermeidung gezielt unterstützt. Je leichter der Entzug zu bewältigen ist, desto grösser die Chance für einen gelingenden Einstieg in die nüchterne Welt.

Nüchternheit allein ist nicht gleichzusetzen mit Gesundheitsverbesserung. Die erhöhte Sensibilität kann ebenso zur Erkenntnis beitragen, dass ein nüchternes Leben zurzeit noch nicht zu ertragen und zu bewältigen ist. In diesem Fall kann aber das nüchterne Erleben wichtige zu bearbeitende Veränderungspotentiale aufzeigen bevor das Projekt Nüchternheit erneut begonnen werden kann. Das Projekt Nüchternheit bedeutet also für Opioidabhängige eben nicht in erster Linie Normalität, sondern Empfindlichkeit und damit Rückfallgefährdung.

## **8.2 Opioidabhängigkeit als individuelles Problem und ihre Folgen**

Auf der Basis des aktuellen Wissensstands lässt sich Abhängigkeit folgendermassen erklären:

1. Das menschliche Gehirn ist anfällig für die Wirkung der Opioide. Diese Opioide passen zu den Rezeptoren des menschlichen Gehirns. Sie wirken stärker und länger als die körpereigenen Endorphine und bewirken eine extrem hohe Ausschüttung von Dopamin im Belohnungssystem.
2. Die Freiwilligkeit des Einstiegs ist eine Voraussetzung für die Entwicklung einer Opioidabhängigkeit.
3. Die Bereitschaft zum freiwilligen Einstieg wird ermöglicht durch Interaktionen, in denen Akzeptanz und Nutzung psychoaktiver Substanzen wichtiger Bezugspersonen wirksam werden. Diese ermöglichen die Verfügbarkeit von oder Zugang zu Opioiden. Zusätzlich abhängigkeitsfördernd wirken Erwartungen in Bezug auf Wirkung und Nutzen des Opioidkonsums sowie Neugier und Risikobereitschaft.
4. Dies ermöglicht erste Konsumerfahrungen, die zu Konsumwiederholungen führen. Das Konsumerleben stellt eine enorme Belohnung dar oder erfordert das Erlernen verbesserter Anwendung (Dosierung und Konsumform) bis dies erreicht ist. Dieses wird als subjektiver Zustand völligen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens erlebt. Zu Beginn oder bei unregelmässigem Konsum treten kaum Entzugssymptome auf. Der kurzfristige leicht erreichbare Nutzen in den Bereichen Genuss, Belohnung, Entspannung, Entlastung, Leistungsfähigkeit oder Bewältigung überwiegt die Kosten der Gefahren von Abhängigkeit, Stigmatisierung und Verfolgung deutlich. Subjektiv wird der Opioidkonsum als kontrolliert bewertet. Aufgrund der enormen Befriedigung der Bedürfnisse nach Lustgewinn und Unlustvermeidung entwickelt sich der Opioidkonsums zu einem bedeutenden Faktor der Selbstregulation.
5. Starke Aktivierung des Belohnungssystems ermöglicht intensives und nachhaltiges Lernen. Zusammen mit der enormen Belohnungserfahrung des Konsumerlebens werden dessen Begleitumstände als möglicherweise bedeutend bewertet und deshalb nachhaltig und gut vernetzt im so genannten Suchtgedächtnis gespeichert. Sie können nun als Stimulus die Erinnerungen an den Opioidkonsum aktivieren und Suchtverlangen auslösen. Die häufigen Wiederholungen der Konsumerfahrungen führen im Gehirn dazu, dass das Suchtgedächtnis auf neuronaler Ebene gut gebahnt und gut vernetzt wird. Dadurch wird es über viele Stimuli zunehmend leichter aktivierbar.

6. Der Organismus passt sich dem Opioidkonsum an. Oft wiederholter Konsum führt zu Toleranzbildung. Die Dosis muss erhöht werden, um die gewünschte Wirkung zu erreichen. Entzugssymptome treten auf, wenn der Konsum ausbleibt. Es entsteht zusätzlich zu den erwünschten Opioidwirkungen die Konsummotivation der Symptomvermeidung. Im Verlauf der Abhängigkeitsentwicklung nehmen die erwünschten Wirkungen ab. Die Konsummotivation beruht vermehrt auf der Vermeidung der Entzugssymptome. Zweifel an der Beherrschbarkeit der Situation werden durch erneuten Konsum gestoppt.
7. Der Zustand der Abhängigkeit ist erreicht. Es entsteht folgendes Dilemma: Suchtgedächtnis und Belohnungssystem fordern intensive und erfüllende Erfahrungen. Diese sind aufgrund der Anpassung des Gehirns fast unmöglich. Die Negativbilanz des Opioidkonsums wird erkannt. Die Reaktion darauf ist ambivalent: Es entsteht der dringende Wunsch etwas zu ändern, die Alternativen sind Entzug, Substitution oder erneuter Konsum. Je belastender die eigene Situation wird, desto deutlicher wird die Ambivalenz selbst als weitere Belastung erlebt und desto wahrscheinlicher wird der erneute Konsum. Die Abhängigkeit ist zu einer zentralen Funktionsroutine des Gehirns geworden.

Sie erhält sich selbst aufrecht. Ursachen und Entstehungsbedingungen sind ab diesem Zeitpunkt völlig unbedeutend. Von grosser Bedeutung hingegen sind die aktuellen Lebensumstände und deren subjektive Bewertung als bewältigbar oder als übermächtige Belastung.

Folgen der Abhängigkeit:

Opioide verändern die Neurotransmittersysteme des Gehirns nachhaltig. Besonders betroffen sind die Endorphin- und Dopaminsysteme. Diese sind entscheidend für Bedürfnisregulation und Lernen. Die Abhängigkeit verändert das menschliche Bedürfnisgefüge nachhaltig. Zu Beginn überwiegt die Lusterfüllung, später die Unlustvermeidung. Alle anderen Bedürfnisse nach Bindung, Kontrolle und Selbstwert, ja selbst Sexualität und Essen, werden nebensächlich. Das beruht auf der neuronalen Hemmung von Wahrnehmung und Emotionen durch die Opioidwirkungen. Unter Opioiden wirken Abhängige deshalb eher unbeteiligt und desinteressiert. Die Beteiligung am sozialen Miteinander verliert enorm an Bedeutung. Zusammen mit Stigmatisierung und Repression bewirkt dies zunehmende Isolation. Das Bedürfnis zum Schutz des Selbstwörterlebens erschwert soziale Interaktionen zusätzlich. Die Fähigkeit eigene Interessen zu vertreten wird hauptsächlich zu Nachschubsicherung genutzt. Wenn dies legal nicht möglich ist, sehen Opioidabhängige sich häufig zu gesellschaftlich unerwünschten Alternativen gezwungen. Die Wechselwirkungen von Illegalität, Stigmatisierung und Abhängigkeit verschlimmern die Lage zusätzlich.

Bei zunehmender Nüchternheit werden sowohl bestehende Belastungen, als auch die Ambivalenz der eigenen Lage verstärkt wahrgenommen. Ausstiegswunsch und Konsumverlangen wirken deshalb gleichzeitig. Wenn Behandlungsangebote zusätzliche Belastungen bedeuten, erhöhen sie die Tendenz

zu Konsum und Rückfall und erschweren den freiwilligen Zugang aufgrund ihrer Kontrollfunktion, die den Bedürfnissen der Abhängigen entgegenwirkt.

Unter der Wirkung der Opioide hingegen stellen Opioidabhängige eher weniger Ansprüche an ihr Umfeld. Insbesondere die gleich bleibende Sedierung durch Methadon erleichtert ihre Steuerbarkeit und macht sie „pflegeleichter“.

### **8.3 Opioidabhängigkeit als gesellschaftliches Konstrukt**

Die gesellschaftlichen Probleme des Themas Opioidabhängigkeit sind eine Folge sozialer Interaktionen. Es beruht weitgehend auf den Folgen von Definitionen, deren Geltungsansprüchen sowie dem Bedarf und der Macht diese durchzusetzen.

Der Diskurs über die Opioidabhängigkeit und den Umgang mit den Folgen erzeugt die Probleme durch die zugeschriebene Doppelbedeutung als Krankheit und Fehlverhalten:

Wird Opioidabhängigkeit als Devianz definiert, bietet dies die Legitimation für gesellschaftliche Interventionen und Sanktionen in Form sozialer Kontrolle. Durch die Definition als Beeinträchtigung entsteht die Legitimation für den Anspruch auf Hilfe. An diesem Punkten entstehen die Auseinandersetzungen um das Phänomen der Abhängigkeit. Definitionsmacht, Definitionsgeltung und Definitionsdurchsetzung bestimmen neben der Frage wer die Kosten trägt weitgehend über die Art der Behandlung im Bereich der Arbeit mit Opioidabhängigen Menschen.

Die Freiwilligkeit des Konsumbeginns und jedes weiteren Konsums begründet Devianz und Zwanghaftigkeit der Abhängigkeit. Dadurch, dass im Diskurs um die Definition von Abhängigkeit diese beiden Aspekte schlecht auseinander zuhalten sind, misslingt meist auch die Trennung in individuelle und gesellschaftliche Probleme. Die Nutzung der aktuellen Ansätze aus den Neurowissenschaften hingegen ermöglicht dies, indem sie aufzeigen, dass Opioidabhängigkeit ein Lernvorgang ist, der auf ganz spezifischen neuronalen Anpassungen beruht. Sobald das Stadium der Abhängigkeit erreicht ist, ist sie eine gut eingeübte und weitgehend autonome Regulationsroutine des Gehirns. Oder eben eindeutig eine Krankheit des Gehirns. Die direkten Folgen dieser Krankheit sind an sich schon stark belastend. Die indirekten Folgen, die die Zuschreibung Devianz und die damit verbundenen Kontrollen und Sanktionen begründen erschweren die Lage zusätzlich. Sie beruhen dabei weitgehend auf gesellschaftlichen Konstrukten:

Das Drogenproblem wurde zu Beginn des 20. Jahrhunderts politisch und gesellschaftlich eingeführt. Es sollte zur Stärkung der Gemeinschaft dienen. Der in der Normalbevölkerung weit verbreitete Alkoholkonsum, das Interventionsfeld der Abstinenzbewegungen des 19. Jahrhunderts, wurde dadurch gesellschaftsfähiger. Neues Verfolgungsobjekt wurde der „Drogenabhängige“. Da es damals kaum Opioidabhängige konnten diesem Phantom unzählige Eigenschaften zugeschrieben werden. Durch die Zunahme der Opioidkonsumierenden in den Sechziger- und Siebzigerjahren des 20. Jahrhunderts im Zusammenhang mit alternativen Gesellschaftskonzepten wurde dieses Phantom Realität.

Es übertraf die ohnehin schon grossen Befürchtungen der Schweizer Bevölkerung.

Es treffen hier zwei Faktoren zusammen:

1. Stigmatisierung: Die Themen Rebellion, Emanzipation, freie Liebe, freie Drogen und die damit verbundene Nutzung öffentlicher Räume für Demonstrationen, Liebesakte und Drogenkonsum wurden als Bedrohung der öffentlichen Ordnung, Gesundheit und Sicherheit bewertet.
2. Illegalität und unerwünschtes Verhalten: Die Illegalität von Konsum und Handel führte zu einem illegalen Markt mit überhöhten Preisen und unkontrollierter Qualität. Diejenigen, die den Konsum nicht mehr aus eigenen Mitteln finanzieren konnten mussten sich das Geld durch illegale oder gesellschaftlich geächtete Handlungen beschaffen. Je mehr Abhängige auf illegalen Handel, Schmuggel, Beschaffungskriminalität oder Prostitution angewiesen waren, desto grösser wurde der Druck etwas dagegen zu unternehmen.

Die Reaktionen darauf bestanden zuerst in Abschreckung (Prävention), Verfolgung und Inhaftierung (Repression) sowie Behandlung (abstinenzorientierte Therapie). Der Erfolg war gering, die Zahl der Abhängigen stieg stetig an. Offene Szenen entstanden. Sie wurden sowohl toleriert, als auch kontrolliert. Die Methoden der Versorgungseinrichtungen beruhten weiterhin auf Repression und Abstinenzorientierung. Erste Veränderungen in der Behandlung der Abhängigen entstanden im Autonomen Jugendzentrums Zürich, das einen geduldeten Injektionsraum ermöglichte.

Injektionsräume und Spritzentausch wurden später zu einem wichtigen Element der Überlebenshilfe für Abhängige und zur Verhinderung der Ausbreitung von Infektionskrankheiten.

Die wichtigsten Veränderungen haben mit der Behandlung der Abhängigkeit eigentlich nichts zu tun. Die gefürchtete Verbreitung von HIV in der Normalbevölkerung und der Imageschaden der Schweiz im In- und Ausland durch die Verbreitung der Bilder von Verelendung und Gettobildung in Zürich erzeugten den nötigen Handlungsdruck und bestätigten gleichzeitig das Stigma der Abhängigen. Die offenen Szenen wurden geräumt, die Abhängigen in ihre Heimatgemeinden gebracht. Das Problem wurde dadurch dezentralisiert. Der Handlungsdruck führte also dazu, dass die davon betroffenen Gemeinden und Kantone die Versorgung ihrer abhängigen Mitbürger regeln mussten. Dies führte zur Gründung etlicher neuer Versorgungsorganisationen. Zudem wurden viele Abhängige in die schon fünf Jahre zuvor als Element der Schadensminderung ausgebauten Methadonprogramme aufgenommen. Inzwischen gilt die Substitution als Therapie im Rahmen des aktuellen Viersäulenmodells der Drogenpolitik.

Aktuell befinden sich deshalb mehr als die Hälfte der Opioidabhängigen in Therapie.

Die Erfolge der Schweizer Drogenpolitik bestehen in der Auflösung der offenen Szenen und der Überführung weiter Teile der illegalisierten Abhängigen in Settings mit legalisierter Sedierung.

Als deren Erfolge gelten die Verbesserung der Hygiene, Erreichbarkeit und Haltequote der Abhängigen. Sie bieten Chancen zur Stabilisierung der Lebenssituation und tragen zur Verringerung der Sterberate bei.

Auf den ersten Blick klingt das nach einer Behandlungsform in der beide Seiten profitieren. Allerdings hat die Lösung gesellschaftlicher Probleme offensichtlich Vorrang. Die Erfolge beruhen auf der Behandlung unerwünschten Verhaltens. Deswegen wird die Behandlung der Abhängigkeit auch bei weitgehend „gesunden Patienten“ in Substitutionseinrichtungen eher hinausgezögert oder als unheilbar stigmatisiert, um diese Erfolge nicht zu gefährden.

#### **8.4 Methadonsubstitution in der Schweiz soll Regeln durchsetzen**

Substitution gilt als Therapie zur Verbesserung der Lebenslage opioidabhängiger Menschen in den Bereichen Gesundheit und Integration durch opioidgestützte Behandlung und psychosoziale Begleitmassnahmen. Sie wird durchgeführt in spezialisierten Substitutionsorganisationen oder durch Kooperation medizinischer und psychosozialer Fachkräfte.

Die Klientinnen und Klienten der Substitution verfügen im Allgemeinen über wenig Ressourcen zur Lebensbewältigung. Sie erhoffen sich von der Behandlung eine Verbesserung ihrer Lage durch materielle, medizinische und psychosoziale Unterstützung. Bedingungen für den Eintritt und den Verbleib in der Substitution ist die Befolgung der Organisationsregeln, insbesondere die Aufgabe des Beikonsums. Die Substitutionsbehandlungen erzeugen dabei folgende Widersprüche:

1. Einerseits wird von den Abhängigen gefordert auf die regulierende Wirkung illegalisierter Opioiden und anderer illegalisierter psychoaktiver Substanzen zu verzichten, andererseits wird in der Methadonbehandlung gewünschtes Verhalten durch ein Opioid erzeugt.
2. Der Beikonsum illegalisierter psychoaktiver Substanzen wird kontrolliert. Er kann zu Sanktionen bis zum Ausschluss aus dem Programm führen, während der Konsum der legale Beikonsum häufig toleriert wird.

Die Regelbefolgung wird damit wichtiger als die Behandlung selbst. Oder zugespitzt formuliert: die Behandlung dient der Durchsetzung der gesellschaftlichen Regeln.

Die Erfolge der Substitutionsbehandlungen bestehen weitgehend in der Vermeidung gesellschaftlich unerwünschter Folgen der Opioidabhängigkeit, wie Infektionskrankheiten, Beschaffungskriminalität, Schwarzmarkt, Todesfälle und öffentliche Sichtbarkeit. Substitution kann helfen, die Voraussetzungen für Abstinenz zu verbessern, dieses ist aber nicht das Hauptziel. Als unheilbar definierte Abhängige können für den Rest des Lebens substituiert werden.

Wichtiger ist die Haltequote als Erfolgskriterium, weil der Ausstieg als Risiko gilt, das die Erfolge gefährden kann. Die Kriterien kein illegaler Beikonsum und weitgehende Gesundheit und (Re-) Integration, die erfüllt sein müssen, bevor das Projekt Opioidfreiheit begonnen werden soll, sind bewusst hoch angesetzt und sollen den Verbleib in der Behandlung sichern. Substitution bedeutet für

weitgehend „gesunde Patienten“ eine unnötige Verlängerung der Abhängigkeit. Das erklärt einerseits die Schwierigkeiten substituierter Abhängiger, die eigenmächtig, also ohne Einverständnis der zuständigen Fachkräfte Opioidfreiheit anstreben. Andererseits erklärt es auch die Entwicklung, dass die Methadonsubstitution vermehrt zu einer Langzeitbehandlung wird.

Die Forschung in diesem Bereich widmet sich weitgehend den Eintrittsbedingungen und der Verbesserung der Substitutionsbehandlung unter dem Aspekt der Verbesserung der Kontrolle. Die Themenbereich Diagnose und Übergang zur Abstinenz bedürfen weiterer Forschung.

Substitution ist nach diesen Ausführungen weder eine Abhängigkeitsbehandlung im Sinne des Abstinenzparadigmas, noch ein niedrigschwelliges Angebot im Sinne des Akzeptanzparadigmas, sondern ein gesellschaftliches Steuermittel zur Verhaltenskontrolle. Legitimation und Hauptzweck dieser Massnahme ist die Bearbeitung gesellschaftlicher Probleme, die sich aus der Opioidabhängigkeit aufgrund von Definition und sozialer Konstruktion ergeben haben. Die Verantwortlichen befürchten, dass die Abhängigkeitsbehandlung diese Erfolge gefährdet. Die Tatsache, dass die Gesellschaft bereit ist, die dafür nötigen Kosten zu tragen, bestätigt Akzeptanz und Wichtigkeit dieses Instruments zur Verfolgung gesellschaftlicher Interessen. Die Substitution in ihrer aktuellen Form fungiert weitgehend als Regeldurchsetzer. Das bezeichne ich als das Substitutionsparadigma.

### **8.5 Was bedeuten die Erkenntnisse für die Arbeit mit opioidabhängigen Menschen?**

Soziale Arbeit mit opioidabhängigen Menschen bedeutet Kooperation mit und für Menschen, die aufgrund neurologischer Veränderungen im Dilemma der Abhängigkeit gefangen sind:

Die Negativbilanz des Opioidkonsums wird erkannt. Die Reaktion darauf ist ambivalent. Es entsteht Bedarf für Veränderung. Die Wahlmöglichkeiten bestehen aus Entzug, Substitution oder erneutem Konsum. Dabei gilt: Je grösser die Stressbelastung, desto wahrscheinlicher wird erneuter Opioidkonsum. Wichtig in diesem Zusammenhang ist also auch die subjektive Bewertung der eigenen Lebenslage als bewältigbar oder als übermächtige Belastung.

Eine grosse Chance zur Entstigmatisierung bietet hierbei die volle gesellschaftliche Anerkennung der Abhängigkeit als Krankheit des Gehirns. Damit verbunden wäre auch die notwendige Umgestaltung der Hilfesysteme zu leicht zugänglichen und gut bewältigbaren Dienstleistungen. Bildung und Aufklärung, insbesondere für die Abhängigen, können helfen, die Auswirkungen moralischer Verurteilungen und Schuldzuweisungen zu verringern. Die Fragen welche Abhängigkeiten gesellschaftlich akzeptabel sein sollen und welche Arten der Abhängigkeit gesellschaftlich nützliche Folgen haben ist in diesem Zusammenhang hochinteressant, sprengt aber den Rahmen dieser Arbeit. Ebenso die Frage, ob und in welcher Weise Opioide legalisiert werden sollen: Die negativen Folgen der Illegalisierung und Verfolgung sprechen für eine Legalisierung unter strengen Abgabeauflagen, die Gefahr der Entmündigung aufgrund des hohen Abhängigkeitspotentials eindeutig dagegen.

Es gibt Menschen, die unauffällig Opiode konsumieren und genauso unauffällig wieder aufhören. Sie verfügen im Allgemeinen über genügend Ressourcen, um den Konsum zu verheimlichen und über ausreichend soziale Unterstützung, um ihn zu beenden. Die Klientel der Sozialen Arbeit hingegen verfügt im Allgemeinen über zu wenig Ressourcen zur Abhängigkeitsbewältigung ohne professionelle Hilfe. Ausserdem gelingt es ihnen offenbar schlechter sozial unauffällig zu agieren. Deswegen soll Soziale Arbeit in diesem Bereich Kontrolle und Hilfe leisten. In der Schweiz bestehen unterschiedliche Modelle zur Behandlung:

Substitution mit Opioiden, meist Methadon, bietet die Chance Lebensbedingungen und Fähigkeiten zu verbessern mit dem Ziel der Reintegration. In ihrer aktuellen Ausprägung erfüllt sie hingegen eher gesellschaftliche Ansprüche nach Anpassung durch Sedierung und Gängelung.

Die meisten abstinenzorientierte Verfahren hingegen bestehen zuerst auf der Überwindung der Hürden Dosisabbau oder Entzug. Beide Varianten sind mit Entzugssymptomen und Nüchternheit verbunden, zwei bedeutenden Risiken für Rückfälle. Aus der Perspektive Opioidabhängiger wirken konventionelle Entzüge nach wie vor als Prüfung des Willens und der Motivation sowie als Strafe. Erleichterungen sind nicht zu erwarten, da dieser Bereich im gesamten Prozess als unbedeutend angesehen wird. In der Planung der Schweizer Drogenpolitik wird er nicht einmal mehr erwähnt. Aus der eigenen Praxiserfahrung weiss ich, dass der Opioidentzug so durchführbar ist, dass er gut bewältigbar ist und damit den Übergang zur Nüchternheit erleichtert. Damit verbessert sich die Ausgangslage für den Erhalt des Erreichten beträchtlich.

Unabhängig, ob das Ziel lebenslängliche Substitution oder Abstinenz ist, sind bedeutende Gesundheitsverbesserungen erreichbar, wenn die Behandlungsangebote besser an die Bedürfnisse der Klientel angepasst werden und dabei beachten, ob die Anforderungen den Fähigkeiten entsprechen. Diese Forderungen können erreicht werden durch vermehrt partizipative Einbindung der Betroffenen in Diagnose und Behandlungsprozess. Einbindung mit der Möglichkeit zur Vertretung eigener Interessen im Sinne des psychologischen Empowerments ist eine Chance, sowohl das Kohärenzgefühl und damit die Gesundheit zu verbessern, als auch die Akzeptanz des jeweiligen Verfahrens zu erhöhen. Dies erfordert, dass Kontrollen und Sanktionen wenn überhaupt, dann nur im Einverständnis mit den Betroffenen anhand gemeinsam ausgehandelter Regelkataloge erfolgen.

Ich sehe eine weitere wichtige Aufgabe der Sozialen Arbeit darin, sich als Interessenvertretung mit ihren Ansprüchen von Partizipation und Empowerment, Bedürfnis- und Bedarfs- und Ressourcenorientierung für die Verbesserung von Gesundheit, Integration, Akzeptanz, Emanzipation und Gerechtigkeit in den Diskurs um die Doppeldefinition der Opioidabhängigkeit als Abweichung und Krankheit einzumischen.

## **9 Zusammenfassung und Ausblick**

### **9.1 Zusammenfassung**

Die neueren Modelle und Theorien zur Erklärung der Opioidabhängigkeit zeigen auf, dass Abhängigkeit auf den gleichen Lernvorgängen beruht, wie jedes andere Lernen auch. Allein die Intensität der erfahrenen Belohnungen ermöglicht die Entwicklung eines Suchtgedächtnisses. Häufige Wiederholungen führen durch Anpassung des Gehirns zur Toleranzbildung.

Opioide sind kompatibel zu den körpereigenen Endorphinen und bewirken zusätzlich hohe Dopaminkonzentrationen im so genannten Belohnungssystem. Sie verändern im Abhängigkeitsverlauf die Konsistenz der menschlichen Annäherungsbedürfnisse nach Kontrolle, Bindung, Selbstwerterleben sowie Lustsuche und Unlustvermeidung in Richtung der Vermeidungsbedürfnisse nach Rückzug, Selbstwertschutz und, vor allem Vermeidung der Entzugssymptome und der Nüchternheit. Diese hat für Opioidabhängige eine ganz eigene Bedeutung. Unter der Wirkung der Opioide sind Wahrnehmung der Sinne und Emotionen verringert. Dies erschwert einerseits die Wahrnehmung und Verfolgung der eigenen Interessen, dient aber andererseits zur Stressregulation, indem Belastungen und Anforderungen an Bedeutung und Gewicht verlieren.

In der aktuell meistgenutzten Behandlungsform Opioidabhängiger, der Substitution, wird diese Wirkung gezielt eingesetzt, um unerwünschtes Verhalten, wie Beikonsum und Beschaffungskriminalität zu verringern, die Haltequote zu verbessern und die Abhängigen, aus der Sicht der behandelnden Stellen, behandlungsfähig zu machen. Dies geschieht oft durch Druck in Form von Drohungen, Interventionen, Sanktionen oder sogar Ausschluss. Die Behandlung der Abhängigkeit gilt als mögliches Nebenziel, ist aber nicht zwingend. Um die Erfolge der Substitution im Rahmen der Schweizer Drogenpolitik nicht zu gefährden, gelten vollständige (Re-)Integration und Gesundheit als Zielkriterien. Erst wenn diese erreicht sind soll die Substitution und damit die Abhängigkeit beendet werden. Die Substitutionsstellen verlängern damit die Abhängigkeit. Dies beruht allerdings nicht auf mangelnden Fachkenntnissen, sondern beruht auf der Priorität des Nutzens der Substitutionsbehandlung zur Erfüllung gesellschaftlicher Anforderungen.

Die Alternative der abstinentorientierten Behandlung jedoch führt im Allgemeinen über den Weg des konventionellen Entzugs. Dieser bedeutet für opioidabhängige Menschen ebenfalls eine Belastung, die gerade in der sensiblen Phase des nüchtern Werdens die Rückfallwahrscheinlichkeit erhöht. Im Rahmen der Abhängigkeitsbehandlung gilt er als nahezu bedeutungslos. Die Möglichkeit Entzüge symptomarm und damit für die Betroffenen bewältigbarer zu gestalten wird kaum beforscht.

Der Grund für diese Befunde liegt im Dilemma der Doppelbedeutung der Opioidabhängigkeit als Krankheit und Abweichung. Wird Opioidabhängigkeit als Devianz definiert, bietet dies die Legitimation für gesellschaftliche Interventionen und Sanktionen in Form sozialer Kontrolle. Durch die Definition als Beeinträchtigung entsteht die Legitimation für den Anspruch auf Hilfe.

Die Betrachtung der historischen Entwicklung zeigt auf, dass problemdefinierende und regeldurchsetzende gesellschaftliche Instanzen entscheidend zur Konstruktion dieses sozialen Problems und zu Stigmatisierungen beigetragen haben. Die Analyse der aktuellen Behandlungsformen zeigt, dass diese Doppelbedeutung die Behandlung opioidabhängiger Menschen in den zuständigen Organisationen konkret beeinflusst, indem sie im Rahmen der Substitution unterstützungsbedürftige Abhängige sediert und gängelt. Dies erschwert die Implementierung moderner Ansätze der Sozialen Arbeit.

Und das, obwohl gerade Partizipation und psychologisches Empowerment bedeutenden Einfluss auf das Kohärenzgefühl, die Gesundheit und vor allem auf die Chance zur Vertretung eigener Interessen leisten könnten, um opioidabhängigen Menschen zu Entstigmatisierung durch Eigenständigkeit und Integration zu ermöglichen. Dies erfordert sowohl Einforderung und Umsetzung, als auch anwaltschaftliche Einmischung in den Diskurs um die Bedeutung der Opioidabhängigkeit.

## **9.2 Ausblick**

Vor dem Hintergrund der Erkenntnisse dieser Arbeit, denke ich, dass im Bereich der Arbeit mit opioidabhängigen Menschen enorme Verbesserungspotentiale vorhanden sind. Dazu muss sich die Arbeit allerdings vermehrt auf bedürfnisorientierte und individuell angepasste Prozesse der Abhängigkeitsüberwindung konzentrieren. Wichtig ist ebenfalls, den Betroffenen Lebensumstände und ausreichende Ressourcen zu vermitteln, die ein nüchternes Leben subjektiv mindestens erträglich, also bewältigbar machen, auch trotz zusätzlich bestehender Belastungen. Kontrolle und Strafen in diesem Arbeitsfeld sollen zwar die politischen Erfolge sichern, wirken sich aber auf die Abhängigkeitsbehandlung kontraproduktiv aus. Sie erschweren Partizipation und selbständige Interessenvertretung, wichtige Aspekte zur Verbesserung der Prozessverläufe und Ergebnisse. Aufklärung und Bildung zum aktuellen Stand, insbesondere der neurowissenschaftlich orientierten Forschung, können helfen

- die Betroffenen vor moralischen Vorwürfen zu schützen,
- die Akzeptanz der Opioidabhängigkeit als vollwertige Krankheit mit vollständigem Anrecht auf eine adäquate Behandlung zu verbessern,
- die Einsicht fördern, dass Opioidabhängige eigentlich Ausstiegswillig sind aber aufgrund neurologischer Veränderungen, belastender Lebenslagen und der Doppelfunktion der Behandlungsangebote eher zu Konsumwiederholung als zum Übergang zur Opioidfreiheit tendieren.
- Behandlungsformen zu entwickeln, die sich akzeptierend am Bedarf der Abhängigkeitsbehandlung und weniger am Bedarf der Behandlung Abhängiger als Verhaltensnormierung durch Standardverfahren orientieren.

Der Forschungsschwerpunkt auf dem Gebiet der Opioidabhängigkeit liegt aktuell auf den Phasen Behandlungseinstieg und Verbesserung der Behandlungsprozesse. Solange der Gesamtbereich aber als Kontrolle und Hilfe definiert ist, trägt die Forschung häufig dazu bei Steuerungs-, Kontroll-, und Sanktionierungsmethoden zu verfeinern anstatt die Chancen für Verfahren auszuloten, die den Weg in die Opioidfreiheit erleichtern, indem sie den Bedürfnissen opioidabhängiger Menschen nach Hilfe entsprechen und auf Kontrolle und Gängelung verzichten.

## **10 Literatur**

**Aarburg von, H. P. / Stauffacher, M.** (2004) Von Verfolgung hin zu Betreuung: Bedeutungswandel schweizerischen Heroinkonsums in zeit- und lebensgeschichtlicher Perspektive. In Suchttherapie 2004: 5. Stuttgart/ New York.

**Amendt, Günter** (1984) Sucht Profit Sucht. Frankfurt.

**Becker Gary S. / Murphy Kevin M.** (2006) A Theory of Rational Addiction. University of Chicago In: Journal of Political Economy, 1988 vol. 96 no. 4 Online-Publikation des Artikels. „<http://www.drugtext.org/library/articles/becker02.htm>“, Download Dezember 2006.

**Becker, Howard S.** (1973) Aussenseiter. Zur Soziologie abweichenden Verhaltens. Frankfurt.

**Blaser Reto** (2007) Kostenauswertung von Abhängigen. [http://www.suchtausstieg-nwch.ch/anschlagbrette\\_spezial/diplomarbeit.pdf](http://www.suchtausstieg-nwch.ch/anschlagbrette_spezial/diplomarbeit.pdf) Download Februar 2007

**Böning, Jobst** (2007) Neurobiologische Perspektiven für die Suchtforschung und –behandlung am Beispiel des „Suchtgedächtnisses“. „[http://www.sucht.de/fachthemen/su\\_all/boening\\_neurobio\\_2002.pdf](http://www.sucht.de/fachthemen/su_all/boening_neurobio_2002.pdf)“, Download Januar 2007.

**Bourdieu, Pierre** (2003) Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt.

**Bundesamt für Gesundheit (BAG) (Hg.)** (2000) Die Schweizer Drogenpolitik. Bern.

**Bundesamt für Gesundheit (BAG) (Hg.)** (2006) Die Drogenpolitik der Schweiz. Drittes Massnahmenpaket des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro III). Bern.

**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.)** (2007) Was erhält Menschen Gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; Eine Expertise von Jürgen Bengel, Regine Strittmatter und Hildegard Willmann im Auftrag der BZgA. „[http://www.bzga.de/bzga\\_stat/pdf/60606000.pdf](http://www.bzga.de/bzga_stat/pdf/60606000.pdf)“. Download Januar 2007.

**Erfolg der Drogenpolitik = Fehlschlag der Abhängigkeitsbehandlung?**

Diplomarbeit der Fachhochschule Nordwestschweiz. Hochschule für Soziale Arbeit. Studiengang Sozialpädagogik 2002

© Jörg Lübbert 2007 Kontakt: joerg.luebberstedt@gmx.ch

**Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI** (2006) ICD-10-GM. Version 2007. Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10.Revision – German Modification - .Online-Publikation. „<http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-gm/version2007/systematik/x1gbp2007.zip>“. Download Dezember 2006

**Dimpfel, Wilfried/ Stucki André** (2007) Funktionelle Bildgebung im Rahmen des Drogenentzugs durch Elektrostimulation. <http://www.proadicta.ch/pdf/science/science.pdf> Download Februar 2007

**Edelmann, Walter** (2000) Lernpsychologie. Weinheim.

**Flick, Uwe** (2004) Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek.

**Goffman, Erving** (1973) Asyl. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt a. Main.

**Grawe, Klaus** (2004) Neuropsychotherapie. Göttingen/ Bern/ Toronto/ Seattle/ Oxford/ Prag.

**Haller, Dieter** (2005) Illegaler Substanzkonsum, Abhängigkeit und Therapie im gesellschaftlichen Kontext: Das Beispiel Methadon. Fakten und Grundlagen zur Weiterentwicklung der Suchtbehandlung. Zürich.

**Heckhausen, H./ Gollwitzer, P. M./ Weinert, F. E. (Hg.)** (1987) Jenseits des Rubikon. Der Wille in den Humanwissenschaften. Berlin.

**Herriger, Norbert** (2002) Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Stuttgart.

**Jaeggi, Jennifer/ Lübbert, Jörg** (2005) Evaluation der Patientenbefragungsbögen des Escape – Ambulatoriums. 1996 -2004  
“<http://www.proadicta.ch/pdf/science/Auswertung%20Patientenecho%20Fachhochschule%20Aargau.pdf>” Download Mai 2005

**Leshner, Allan I.** (2006) Addiction is a Brain Disease. Dallas.  
„<http://www.issues.org/17.3/leshner.htm>“ Download Dezember 2006.

**Erfolg der Drogenpolitik = Fehlschlag der Abhängigkeitsbehandlung?**

Diplomarbeit der Fachhochschule Nordwestschweiz. Hochschule für Soziale Arbeit. Studiengang Sozialpädagogik 2002

© Jörg Lübbberstedt 2007 Kontakt: joerg.luebberstedt@gmx.ch

**Mayring, Philipp** (2002) Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken. Weinheim/ Basel.

**Netzwerk Suchtausstieg Nordwestschweiz** (2007) Portrait. <http://www.suchtausstieg-nwch.ch/portrait.php> Download Februar 2007

**Otto, Hans-Uwe/ Thiersch, Hans (Hg.)** (2005) Handbuch Sozialarbeit Sozialpädagogik. München/ Basel

**Quensel, Stephan** (1985) Mit Drogen leben. Erlaubtes und Verbotenes. Frankfurt/ New York.

**Roth, Gerhard** (2002) Das Gehirn und seine Wirklichkeit. Kognitive Neurobiologie und ihre philosophischen Konsequenzen. Frankfurt.

**Roth, Gerhard** (2005) Fühlen, Denken, Handeln. Wie das Gehirn unser Verhalten steuert. Frankfurt.

**Roth, Martin. Kanton Aargau. Gesundheitsdepartement. Kantonsärztlicher Dienst** (2000) Merkblatt zur Behandlung Opiatabhängiger im Kanton Aargau. Aarau

**Schweizerische Eidgenossenschaft** (2006) Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. „[http://www.admin.ch/ch/d/sr/0\\_810\\_1/](http://www.admin.ch/ch/d/sr/0_810_1/)“. Download Dezember 2006

**Seidenberg, Andre/ Honegger, Ueli** (1998) Methadon, Heroin und andere Opioide. Bern/ Göttingen/ Toronto/ Seattle.

**Seidenberg, Andre** (2006) Methadon. „<http://www.seidenberg.ch/drogen.htm#Drogen>“, Download Dezember 2006.

**Skinner, Burrhus Frederic** (1973) Wissenschaft und menschliches Verhalten. Science and Human Behavior. München.

**Smith, Trenton/ Tasnadi, Attila** (2006) A Theory of Natural Addiction. „<http://repositories.cdlib.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1002&context=international>“ Download Dezember 2006.

**Stimmer, Franz (Hg.)** (2000) Suchtlexikon. München/ Wien/ Oldenbourg

**Vader, John-Paul/ Hämmig, Robert/ Besson, Jaques/ Eastus, Christopher/ Eggenberger Christina/ Burnand, Bernard** (2006). Angemessenheit der Methadon-Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigkeit. Evaluation durch ein Experten-Panel.  
„<http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00629/00798/01190/index.html?lang=de&download=M3wBPgDB/8ull6Du36WenojQ1NTTjaXZnqWfVpzLhmfhnappmmc7Zi6rZnqCkklN1gH5/bKbXrZ6lhuDZz8mMps2gpKfo>“. Download Dezember 2006.

**Weber, Max** (1984) Soziologische Grundbegriffe. 6., erneut durchgesehene Auflage. Tübingen.

**WHO Europa** (2007a) Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. WHO-autorisierte Übersetzung: Hildebrandt/ Kickbusch auf der Basis von Entwürfen aus der DDR und von Badura sowie Milz  
„[http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827\\_2?language=German](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German)“ Download Januar 2007.

**WHO Europa** (2007b) Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit. Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. <http://www.euro.who.int/document/mnh/gdoc06.pdf>  
Download Januar 2007.

**Zimbardo, Philip G./ Gerrig, Richard J.** (2004) Psychologie. München.

## **Anhang**

### **Abbildungsverzeichnis**

Abb.1: Das Rubikon-Modell Seite 10

### **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Grade der Partizipation nach Arnstein Seite 8  
Tabelle 2: Typen abweichenden Verhaltens nach Becker Seite 36  
Tabelle 3: Schematische Darstellung des Verlaufs der Methadonbehandlung nach Haller Seite 49  
Tabelle. 4: Typen abweichenden Verhaltens im Rahmen von Substitutionsbehandlungen Seite 51