

Methadonverabreichung und die Lage der Heroinsüchtigen in den Niederlanden

R. G. M. Vernooy, Methadonteam der Drogenberatungsstelle (CAD) Utrecht

G. F. van de Wijngaarts, Universität Utrecht

Auf gut 14 Millionen Einwohner kommen in den Niederlanden ca. 12 – 20.000 Heroinsüchtige.¹ Hinzu kommen immer mehr Deutsche, die für kurze Zeit in die Niederlande reisen, um dort ohne allzuviel körperliches Leiden den Entzug durchzuführen – meist mit Hilfe von Methadon, das in der BRD für diesen Zweck nicht verwendet wird.² Da es in der Bundesrepublik an gut fundiertem Material über die Praxis der Methadonverabreichung fehlt, stellten vier Utrechter Sachverständige einen Bericht zusammen, der auf Untersuchungsergebnissen über die Methadonverabreichung beruht.³ Der hier folgende Artikel ist eine Bearbeitung des erwähnten Berichts.

I. Einleitung

Drogenhilfe in den Niederlanden zielte in früheren Jahren primär auf den 'motivierten' Klienten; Ziel war der Entzug. Dies galt für Entzugskliniken wie die ersten Methadonprogramme gleichermaßen. Bezogen auf die zahlenmäßig sehr geringe Klientel von 'Elitepatienten' hatten beide Vorgehensweisen auch relativ gute Resultate zu verzeichnen. Mit dem größten Teil der Abhängigen konnte allerdings niemand etwas anfangen; da er zudem die Öffentlichkeit mit steigender Kleinkriminalität verunsicherte, setzten Politiker und Drogenberater eine Weile auf eine Art 'Verelendungstheorie': sie hofften, daß sich die Motivation zu einem suchtfreien Leben von selbst einstellen würde, wenn man die Betroffenen nur immer tiefer ins Elend geraten ließe. Infolge dieses Ansatzes wurden vor allem intramurale Therapieeinrichtungen gefördert, während alle Formen praktischer und unpräziser Hilfeleistungen – also eine nicht auf direkte Resultate ausgerichtete 'Fürsorge' – nur in wenigen Fällen versucht wurde (ein Beispiel hierfür war das 'HUK' in Amsterdam). Inzwischen existierten allerdings schon etliche Methadonprogramme mit relativ niedrigen Eingangsvoraussetzungen – man spricht hier in Holland von Einrichtungen mit 'niedrigen Schwellen' –, die trotz der jahrelang aufrechterhaltenen Überzeugung, daß diese Programme Süchtigen zum Entzug verhelfen und damit als „Behandlungsprogramme“ galten, faktisch eine „Fürsorge“-Funktion erfüllten. Die weniger anspruchsvolle Bezeichnung praktischer

Hilfen als „Fürsorge“ – mit anderen Worten der Verzicht auf das Behandlungsetikett – besitzt Vorteile für Klienten und Drogenberater: 1. *Deutlichkeit für den Klienten*: Wenn ein Klient der „Fürsorge“ zugewiesen wird und wenn ihm klargemacht wird, daß es sich bei den Bemühungen der Drogenberater nicht um eine Behandlung handelt, dann braucht er sich nicht zu drehen und zu winden, um zu beweisen, daß er (hinsichtlich der Behandlung) Fortschritte macht; 2. *Deutlichkeit für die Mitarbeiter in der Drogenhilfe*: Die Einteilung in Fürsorge einerseits und Behandlung andererseits verschafft dem Mitarbeiter insoweit Klarheit, als er keine übertriebenen Ansprüche hinsichtlich des Entzugs und der 'Lösung des Problems' an sich selbst zu stellen braucht. Seine Aufgabe ist es dann, die 'scharfen Kanten' der Sucht abzuschleifen, die Situation des Klienten zu stabilisieren, dafür zu sorgen, daß sich diese Situation nicht verschlechtert. Natürlich hat diese Fürsorge ihre Grenzen. Ein weiterer Grund für die kategoriale Trennung von Fürsorge und Behandlung liegt schlicht im finanziellen Aspekt. Um die Ressourcen – die in keinem Falle unerheblich sind, wie unten gezeigt wird – nicht sinnlos zu vergeuden, ist es erforderlich, für unterschiedliche Klientengruppen jeweils auch verschiedene, ihrer Motivation und Situation angepaßte Angebote zu haben: man kann z. B. dafür sorgen, daß möglichst wenig Fürsorge-Klienten zur Behandlung eingeteilt werden und andersherum. Die Verabreichung von Methadon, und darum geht es in diesem Artikel, ist vor allem in der Kategorie „Fürsorge“ wichtig. Es geht hier hauptsächlich um die Verabreichung von „Instandhaltungsdosierungen“ an langjährige Süchtige, die neben Methadon oft auch noch Heroin konsumieren. Manchmal gelingt es Klienten, mit Hilfe von abnehmenden Dosierungen mit dem Nebenkonsum von Heroin aufzuhören und ebenfalls mit Hilfe von abnehmenden Dosierungen auch das Methadonprogramm zu verlassen.

II. Die Stadt Utrecht und das Utrechter Netz der Drogenhilfe

Utrecht ist die kleinste der vier holländischen Großstädte; sie hat im Stadtgebiet ca. 275.000, im gesamten Versorgungsgebiet ca. 900.000 Einwohner. Die Drogenhilfe CAD (Stiftung der Beratungsstellen für Alkohol und Drogen) besteht aus drei Teams: dem Alkohol-, dem Drogen- und dem Methadonteam sowie einer zentralen Verwaltung.

Die Beratungsstelle CAD verfügt insgesamt über 52 Mitarbeiter; ihr Etat von ca. 3,5 Millionen DM wird vom Gesundheitsministerium aufgebracht. 1981 hatte es mit insgesamt 881 Klienten Kontakte gegeben; 445 im Alkohol- und 436 im Drogenbereich. Neben dem CAD gibt es noch die Stiftung „Rode Brug/Blauwe Huis“ (RB/BH). Die „Rode Brug“ macht Freizeitangebote für Drogenabhängige; das „Blauwe

Huis“ ist in einem restaurierten Bauernhof untergebracht und ermöglicht auch längeren Verbleib zur Nachsorge. In dieser Stiftung arbeiten 24 Personen; ihr Etat, der 1982 etwas weniger als 2 Millionen DM betrug, wird zu 90 % vom Ministerium und zu 10 % von der Stadt finanziert. Ein „Auf-fangzentrum“ für surinamesische Abhängige wurde Ende 1981 geschlossen, weil die Betreuung zunehmend durch kriminelle Aktivitäten gestört wurde.

Die oben genannten Institute leisten sogenannte kategoriale Hilfe. Das heißt, daß ihre Aufgaben spezifisch die Kategorie problematischer Alkohol- und Drogengebraucher betreffen. Im nicht-kategorialen Bereich sind noch folgende Institute zu erwähnen: Das Krisenzentrum in Utrecht ist eine psychiatrische Dienststelle, die Tag und Nacht erreichbar ist. Klienten mit einem eindeutigen psychiatrischen Problem werden dorthin verwiesen. Die Alternative Arbeitsvermittlung bietet auch Drogenabhängigen die Möglichkeit, auf andere Weise als über das offizielle Arbeitsamt in den Arbeitsprozeß aufgenommen zu werden. Eine Abteilung von Release in Utrecht vertritt am direktesten die alternative Hilfeleistung. Release stellt z. B. einen Raum zur Verfügung, in dem mit dort ausgehändigten und sterilen Spritzen gespritzt werden kann. Im allgemeinen kann gesagt werden, daß Release sich der größten Problemfälle annimmt. Das Schlafhaus bietet für kurze Zeit Alkohol- und Drogenabhängigen die Möglichkeit, dort zu übernachten.

III. Ambulante Drogenhilfe: Methadonverabreichung⁴

Die wichtigsten Aufgaben der ambulanten Drogenhilfe sind:

1. Die Methadonverabreichung und die Begleitung von Methadonklienten.
2. Das Auffangen und die Begleitung von Klienten, die kein Methadon nehmen.
3. „Outreaching“ arbeiten, das heißt: zu den Klienten gehen, signalisieren, neue Aktivitäten stimulieren.
4. Die Behandlung, einzuteilen in: (a) Planung und Durchführung einer Behandlung, (b) Entwicklung und Durchführung von Plänen für eine oder mehrere ambulante Gruppen in Zusammenarbeit mit RB/BH.
5. Die Organisation und Begleitung von Elterngruppen.
6. Beratung.
7. Entwicklung und Ausführung einer Politik für ethnische Minderheiten.

Allgemeine Drogenberatungs-Aufgaben sind: Aufklärung, Prävention und Resozialisierung.

1. Ausgangspunkte

1978 erteilte das Ministerium den Beratungsstellen die Erlaubnis, ein Methadonprojekt zu entwickeln. Im September 1979 war das Methadonteam hinsichtlich Personal, Planung und Arbeitsweise so weit, daß mit der Methadonverabreichung angefangen werden konnte. Probleme der Unterbringung waren aber leider die Ursache dafür, daß die wirkliche Arbeit erst im September 1980 beginnen konnte. Durch die Beschäftigung mit dem Problem — Praktika bei schon existierenden Methadonprojekten in anderen Städten — und durch den Gebrauch des gesunden Menschenverstandes wurden folgende Ausgangspunkte formuliert:

- Es gibt kein allein richtiges Erklärungsmodell für die Entstehung von Problemen durch den Gebrauch von Alkohol und anderen psychotropen Stoffen. Das bedeutet, daß es auch keine allein richtige Methode der Hilfeleistung gibt. Und spezifisch für ein Methadonprojekt bedeutet dies, daß verschiedene Hilfsprogramme zur Verfügung stehen müssen.
- Um überhaupt irgendeine Form der Hilfeleistung realisieren zu können, muß das Phänomen Sucht und das damit verbundene Verhalten als Tatsache akzeptiert werden.
- Nicht alle Anstrengungen sollten sich darauf richten, den Klienten zur Entwöhnung zu motivieren. Tatsache ist, daß viele der Klienten, die sich für die Methadonverabreichung anmelden, (noch) nicht in der Lage sind, zu entziehen. Geht man von einer Entwöhnung aus, dann würden sie sich zwar dazu bereiterklären, weil sie sonst kein Methadon erhalten würden. Eine solche Situation würde aber in der Beziehung zwischen Klient und Begleiter zu unwirksamen und unwirklichen Verhältnissen führen.
- Regeln in bezug auf das Verhalten von Süchtigen während der Verabreichungsprogramme sollten es den Klienten nicht unnötig schwer machen, sondern sie sollten nur dazu dienen, dem Methadonprojekt die Verabreichung zu ermöglichen.
- Es gibt viele Fragen zur Verabreichung von Methadon an Heroinsüchtige. Deswegen muß einer systematischen Begleitung und Bewertung des Methadonprojekts eine große Priorität zugemessen werden. Die in diesem Arbeitspapier erwähnten Ergebnisse basieren auf diesen Berichten. Demnächst wird eine Analyse der Daten von ungefähr 500 Klienten aus den letzten drei Jahren erscheinen.

2. Arbeitsweise

Die Prozedur für ein Verabreichungsprogramm ist kurz zusammengefaßt folgende: Der Klient meldet sich bei der Anmeldungssprechstunde an, die an jedem Arbeitstag von 12 — 13.30 Uhr stattfindet. Wenn erforderlich, wird dort ein Aufnahmetermin vereinbart. Da die Kapazität des Pro-

gramms leider nicht ausreichend groß ist, kann die Wartezeit bis zu mehreren Monaten betragen. Die Aufnahme beabsichtigt dreierlei: erstens will man sich ein Bild vom Klienten und seiner Situation machen, zweitens wird eine ausführliche körperliche Untersuchung vorgenommen und drittens wird beschlossen, in welchem Verabreichungsprogramm der Klient untergebracht werden soll – es wird ein vorläufiger Plan für die Hilfeleistung aufgestellt und im Zusammenhang damit wird die Methadondosierung bestimmt. Die Aufnahme kann ein oder mehrere Gespräche umfassen; sie wird von einem Arzt und einem Sozialarbeiter oder Krankenpfleger ausgeführt. In der Regel bekommt der Klient sofort nach dem ersten Aufnahmegespräch Methadon. Normalerweise holt jeder Klient jeden Tag (auch am Wochenende) sein Methadon entsprechend dem für ihn entwickelten Programm ab. Das flüssige Methadon muß an Ort und Stelle eingenommen werden. Regelmäßig werden Urinkontrollen vorgenommen, um den Nebenkonsum von Opiaten oder anderen Mitteln festzustellen. Klienten, die zwei Wochen lang keine Opiate genommen haben, können, wenn sie darum bitten, das Methadon für das Wochenende mit nach Hause nehmen. Die Klienten haben die Möglichkeit, in den Niederlanden Urlaub zu machen. Das Methadonteam organisiert dann die Methadonverabreichung über eine Apotheke an Ort und Stelle. Urlaub im Ausland ist nicht möglich.

Es ist allgemein bekannt, daß Konzentration von Süchtigen in vielen Fällen zu den sogenannten Nebenerscheinungen führen: kleine Kriminalität, Aggressivität, die Anziehung von Dealern und Hehlern usw. Deshalb beträgt die maximale Kapazität eines Verabreichungsprogramms 20 bis 25 Klienten. Um die Nachbarschaft des Methadonprojekt-Gebäudes nicht unnötig zu belasten, hat das Team einen Methadon-Bus angeschafft, der so eingerichtet ist, daß auf verantwortungsvolle Weise Methadon verabreicht werden kann. Auf diese Weise können verschiedene Verabreichungsprogramme, getrennt nach Zeit, Ort und Zielgruppe stattfinden, ohne daß die Nachbarschaft in Mitleidenschaft gezogen wird.

Die Programmeinteilung sieht wie folgt aus:

Bus	1.	11.30 – 12.15	Fixer
	2.	12.35 – 13.25	Raucher/Schnupfer I
	3.	13.45 – 14.30	Raucher/Schnupfer II
	4.	15.30 – 16.15	Fixer II
	5.	16.35 – 17.20	Raucher/Schnupfer III
Gebäude	1.	09.00 – 09.45	Teilnehmer am täglichen Programm bei der RB
	2.	10.00 – 10.45	Entwöhnung (Nebenkonsum verboten)
	3.	11.00 – 11.45	Sonderfälle (z. B. Hepatitis B)
	4.	18.00 – 18.45	Arbeitende und Schüler

Die Gesamtkapazität des Programms liegt bei ungefähr 170 Klienten. Am Wochenende werden alle Programme um eine Viertelstunde gekürzt. Entwöhnungsklienten bekommen ihr Methadon am Freitag mit nach Hause, das gilt ebenfalls für die Klienten, die seit zwei Wochen keinen Nebenkonsum haben. Der Bus wechselt nach jedem Programm den Standort. Im Moment gibt es zwei Standorte, in Zukunft wird es drei geben.

3. Arbeitseinteilung

Wie schon vorher erwähnt wurde, ist die Methadonverabreichung ohne soziale Begleitung zwecklos. Diese Begleitung hängt vom Bedürfnis des Klienten ab, sowohl dem Inhalt als auch der Intensität nach. Die Begleitung reicht von sehr vereinzelt Kontakten in bezug auf materielle Probleme bis zu intensiver therapeutischer Behandlung. Im allgemeinen ist die Begleitung darauf orientiert, die Klienten vorzubereiten für eine nicht-ambulante Behandlung. Die meisten schaffen es bei der ambulanten Behandlung eben doch nicht.

Um die Verabreichung und die Begleitung zu verwirklichen, ist das Methadonteam folgendermaßen zusammengestellt:

7 sozial-psychiatrische Pfleger(innen)	212 Stunden
6 Sozialarbeiter	168 Stunden
3 Ärzte	68 Stunden
3 Busfahrer	65 Stunden
1 Wissenschaftler	40 Stunden
2 Sekretärinnen	68 Stunden
1 Arztgehilfin	20 Stunden
1 Koordinator	40 Stunden

IV. Die Klienten

Die im folgenden beschriebene Klientenpopulation hat sich in der Periode vom 1. Juni 1980 bis zum 1. Februar 1981 angemeldet. Die Untersuchung wurde von P. Bindels vorgenommen.

1. Geschlecht

Die prozentuale Aufgliederung nach Geschlechtern bei der Anmeldung zu dem Programm (N = 218) und bei den Teilnehmern am Programm (N = 164) zeigt die folgende Übersicht:

	Anmeldungen	Programm
männlich	75,2 %	72,0 %
weiblich	24,8 %	28,0 %

2. Alter bei der Anmeldung

Die prozentuale Aufgliederung nach dem Alter bei der Anmeldung (N = 208) und bei den Teilnehmern am Programm (N = 162) zeigt die folgende Übersicht:

	Anmeldungen	Programm
bis 16	0,5 %	0,6 %
16 – 20	15,9 %	17,3 %
21 – 25	49,5 %	48,8 %
25 – 30	28,8 %	28,4 %
31 – 35	3,8 %	3 %
36 – 40	1,4 %	1,8 %

3. Alter bei Beginn des Opiatkonsums

Von den aufgenommenen Klienten (N = 162) hat die Mehrheit im Alter von 16 – 24 Jahren mit dem Opiatenkonsum angefangen (76,5 %). Die Gruppe von Klienten, die unter 16 Jahren angefangen hat (9,3 %), darf zwar nicht übersehen werden, dennoch ist besonders auffallend, daß mehr als die Hälfte (53,7 %) erst nach dem 20. Lebensjahr mit dem Konsum von Heroin angefangen hat. Bemerkenswert ist dies in Anbetracht der vielen Berichte über das „Immer-jünger-Werden“ von Heroinkonsumenten. Weitere Untersuchungen werden ergeben müssen, ob es eine spezifische Altersverteilung gibt bei den Klienten, die für Methadonverabreichung in Betracht kämen. Es wäre möglich, daß die Gesamtpopulation bei den Heroinkonsumenten eine andere Verteilung aufweist und daß dort die Frühanfänger stärker vertreten sind.

Mögliche Erklärungen für Unterschiede in der Altersverteilung der Gesamtpopulation einerseits und der Gruppe der Klienten, die für die Methadonverabreichung in Betracht kämen andererseits, könnten sein:

1. Diejenigen, die jung anfangen, haben eine bessere Chance, selbständig den Gebrauch einzustellen und nehmen daher weniger schnell professionelle Hilfe in Anspruch.
2. Diejenigen, die jung anfangen, nehmen meistens erst Jahre später die professionelle Hilfe in Anspruch, wenn sie den Heroinkonsum nicht selbst „unter Kontrolle“ bekommen haben.
3. Diejenigen, die etwas älter anfangen, tun das aufgrund (enttäuschender) Lebenserfahrungen und werden dadurch schneller abhängig von der Droge. Sie werden sich eher darüber klar werden, in welcher hoffnungslosen Lage sie sich befinden und nehmen deswegen professionelle Hilfe in Anspruch. Man könnte sie existentiell Süchtige nennen.

Eine Bestätigung dafür, daß sich bei den jüngeren Jahrgän-

gen ein Rückgang im Einstieg in den Opiatkonsum abzeichnet, liefert auch die folgende Tabelle:

Das Durchschnittsalter und der Prozentsatz der Klienten von 20 Jahren oder jünger, nach Kalenderjahr, in dem mit dem Opiatenkonsum begonnen wurde.

Anfangsjahr	bis 20 Jahre	Durchschnittsalter
vor '70	100,0 %	18,0 Jahre
'70	87,5 %	18,9 Jahre
'71	100,0 %	17,0 Jahre
'72	80,0 %	18 Jahre
'73	90,9 %	18,1 Jahre
'74	66,7 %	19,6 Jahre
'75	69,2 %	19,6 Jahre
'76	61,5 %	20,0 Jahre
'77	52,3 %	20,4 Jahre
'78	40,0 %	21,4 Jahre
'79	50,0 %	21,6 Jahre
'80	34,7 %	22,5 Jahre

Der Prozentsatz der Klienten, die mit 20 Jahren oder jünger mit dem Konsum von Heroin angefangen haben, zeigt also ein stetiges Sinken im Laufe der Jahre und das Durchschnittsalter steigt. Nachdrücklich wird hier noch einmal darauf hingewiesen, daß diese Zahlen nur für die Personen im Methadonprogramm gelten. Auffallend ist auch der Aufschwung zwischen 1975 und 1977, für den es bis jetzt noch keine Erklärung gibt, und die Gruppe von 1980, als das türkische Heroin auf den Markt kam.

4. Kulturelle Gruppierungen

	Anmeldungen	im Programm
Niederländer	69,6 %	76,2 %
Surinamer	14,0 %	12,8 %
Molukker	10,7 %	5,5 %
Indonesier	1,9 %	2,4 %
Chinesen	1,4 %	1,8 %
Türken	1,4 %	0,6 %
EWG	0,9 %	0,6 %
	99,9 %	99,9 %

Während die Molukker 10,7 % derjenigen ausmachten, die sich angemeldet hatten, sank ihr Anteil bei der Aufnahme in das Programm auf 5,5 %. Anscheinend erfordert diese ethnische Minorität eine besondere Herangehensweise. Andererseits zeigt die heutige Situation einen wachsenden Anteil von Ausländern, insbesondere von Marokkanern.

5. Ausbildung

78,7 % der Klienten des Programms (N = 164) besitzt nur den Grundschulabschluß. Mehr als die Hälfte (55,8 %) hat die Ausbildung nicht abgeschlossen. Ein gutes Drittel (37,7 %) besitzt eine abgeschlossene Ausbildung.

6. Stimmen die gesellschaftlichen Vorurteile?

In diesem Abschnitt werden die Untersuchungsergebnisse mit dem allgemeinen Vorurteil gegenüber Heroinsüchtigen verglichen. Das Vorurteil sieht ungefähr so aus: Heroinsüchtige sind bemitleidenswerte, gefährliche Menschen. Oft kommen sie aus zerrütteten Ehen, d. h. die Eltern sind geschieden. Sie haben schon früh das Elternhaus verlassen (im Streit), sind in Heime gekommen oder haben keinen festen Wohnsitz. Einsam treiben sie sich herum, ständig auf der Suche nach Dope. Sie haben nur Kontakt mit Artgenossen, aber echte Freundschaften gibt es nicht. Ihr Interesse gilt einzig und allein dem nächsten rechtzeitigen Schuß, und da sie nicht arbeiten und das Arbeitslosengeld absolut nicht für ihr Heroinbedürfnis reicht, müssen sie sich allerlei ungesetzlicher Mittel bedienen, um dieses Bedürfnis befriedigen zu können (scoren). Das hat zur Folge, daß sie regelmäßig festgenommen und verurteilt werden für Stehlen, andere Eigentumsdelikte, Mißhandlung, Prostitution usw. Sie haben im allgemeinen keine Kinder, und wenn sie sie doch haben, wohnen diese irgendwo anders, z. B. in Heimen oder bei den Großeltern. Sie pflegen sich nicht. Sie sehen schlecht und schmutzig aus. Sie sind aggressiv, vor allem, wenn es um Dope geht. Sie halten ihre Verabredungen nicht ein, und wenn man schon mal mit ihnen sprechen kann, reden sie so verworren, daß ein echtes Gespräch unmöglich ist. Vielleicht ist ihnen vage bewußt, wie tief sie gesunken sind, aber es macht ihnen eigentlich nichts aus, wenn sie nur Heroin haben. Sie wollen und können ihre Situation nicht ändern. — Soweit das Bild, das unserer Meinung nach viele Menschen von Süchtigen haben.

Die folgenden Resultate widersprechen den herrschenden Vorurteilen:

- Ein Drittel der Klienten wohnt noch zu Hause bei den Eltern.
- Die Hälfte der Klienten hat noch regelmäßigen Kontakt mit den Eltern.
- Es kommt nur sporadisch vor, daß jemand keinen festen Wohnsitz hat.
- Eine ziemlich große Gruppe hat ein oder mehrere Kinder, die bei den süchtigen Eltern wohnen.
- Man kann sehr wohl mit den Klienten Gespräche führen.

Die folgenden Punkte bestätigen das Vorurteil:

- Zwei Drittel der Klienten sind arbeitslos, ebenso viele erhalten Sozialhilfe.
- Die meisten sind relativ unzufrieden mit ihrer Lage und gleichzeitig nicht motiviert, daran etwas zu ändern.
- Die Freizeitbeschäftigung ist ein Problem.

Zwischen Bestätigung und Widerspruch liegen die folgenden Punkte:

- Es gibt viele Kontakte mit der Justiz, aber kaum wegen Gewaltverbrechen.
- Es gibt eine Gruppe, die einen Teil ihrer Jugend in Heimen verbracht hat.
- Ein Viertel der Klienten hat süchtige Geschwister (gehabt).

7. Täglicher Heroinkonsum

Die folgende Tabelle informiert über die Heroinmengen, die die Klienten (N = 166) zur Zeit der Aufnahme in das Programm konsumierten.

0 g	:	8,4 %
0,00 – 0,25 g	:	48,8 %
0,25 – 0,50 g	:	26,5 %
0,50 – 0,75 g	:	6,0 %
0,75 – 1,00 g	:	7,2 %
mehr als 1 g	:	3,0 %
		99,9 %

8. Art der Einnahme

Zur Art der Heroineinnahme läßt sich folgendes sagen: 73,0 % rauchen, schnupfen oder „chinesen“ (den Rauch des verbrannten Heroins mit einem Röhrchen einatmen) Heroin, 25,1 % spritzen und 1,9 % nehmen es auf alle möglichen anderen Arten ein.

Beim Entwurf dieses Programms hatten wir einen so großen Anteil von Klienten, die 'chinesen' oder rauchen, keine Rechnung getragen. Das Fixerprogramm wurde darum gekürzt und ein zweites Raucher/Schnupfer-Programm aufgestellt.

Von den 23,8 % der Klienten, die kulturellen Minderheiten zuzurechnen sind, spritzt nur ein Klient Heroin. Dies stimmt mit den Erwartungen überein. Von den niederländischen Klienten spritzt nur ein Drittel. Das Vorurteil, daß nahezu alle Süchtigen spritzen, stimmt also nicht mit der Realität überein.

V. Untersuchung der Effekte

Von Juni 1980 bis April 1982 haben insgesamt 385 Personen mit dem Methadonteam Kontakt aufgenommen. 20 von ihnen kamen nicht für ein Aufnahmegespräch in Frage. Von den 365 Personen, die dafür in Frage kamen, sind 289 (79 %) auch tatsächlich erschienen.

1. Methadon als Mittel bei kurzer ambulanter Verabreichung

Das Entzugsprogramm wurde anfänglich für sehr motivierte

Klienten aufgestellt. Es konnten denn auch nur 10 bis 20 Personen gleichzeitig an dem Programm teilnehmen. Nebenkonsum wurde nicht toleriert. Es bestand die Möglichkeit einer intensiven Begleitung. Die Frage stellt sich jetzt, ob ein derartiges Programm für die Klienten, die schnell entziehen und entwöhnen wollen, sinnvoll ist. Für die Antwort auf diese Frage wurde nicht untersucht, wieviele Klienten während der Aufnahme *sagen*, daß sie schnell von der Droge herunterkommen wollen. Es besteht nämlich die Vermutung, daß viele denken, eine solche Aussage sei Voraussetzung für die Methadonverabreichung. In der Anfangsphase war das auch so: wenn der Klient bei dieser Aussage bleibt, dann wurde das — auch wenn die Mitarbeiter Zweifel an der Ernsthaftigkeit dieser Motivation hatten — zugunsten des Klienten berücksichtigt und der Klient wurde in das Entwöhnungsprogramm aufgenommen. Die Tatsache der Aufnahme in das Entwöhnungsprogramm sagt deshalb nichts über die tatsächliche Motivation des Klienten aus. Es werden darum hier nur die Klienten aufgeführt, denen es tatsächlich gelungen ist, innerhalb von drei Monaten (genauer: 100 Tagen) die Einnahme abzubauen. Dem Kriterium des „erfolgreichen Entzugs“ entsprachen nur die Klienten, die innerhalb von 100 Tagen die Methadon-Einnahme abgebaut, danach für einige Zeit das Programm verlassen hatten und im letzten Monat vor dem Verlassen des Programms auf den Opiate-Test negativ reagierten. Bei den Klienten, die aufgrund dieses Kriteriums ausgewählt wurden, hat man auch, soweit das möglich war, den weiteren Verlauf der Ereignisse verfolgt (bis September 1982). So konnten von 281 Personen 27 ausgewählt werden, von denen der größte Teil (19) zur Zeit der Auswertung (September 1982) wieder am Programm teilnahm. und zwar in einigen Fällen schon seit mehr als einem Jahr. Die Dauer ihrer Abwesenheit nach der Entwöhnung variiert von einer Woche bis zu gut einem Jahr. Oft haben sie nach dem Wiederbeginn des Drogenkonsums noch ein oder mehrere Entwöhnungsversuche unternommen, in mehreren Fällen wurden in der Zwischenzeit andere Mittel eingenommen. Vier der Klienten haben sich zwischenzeitlich in anderen Einrichtungen aufnehmen lassen. Von den meisten wird in naher Zukunft kein weiterer Entwöhnungsversuch erwartet. Nur wenige von diesen 19 Klienten machen einen motivierten Eindruck. Die Abwesenheitsdauer der 8 Personen, die zur Zeit der Auswertung nicht am Programm teilnahmen, variiert von zwei Monaten bis zu anderthalb Jahren.

Aufgrund der obigen Daten kann man ohne weitere Umschweife feststellen, daß die Brauchbarkeit einer ambulanten Methadonverabreichung für eine *schnelle Entwöhnung* minimal ist. Ebenso läßt sich die These kaum stützen, daß jemand erst auf diese Weise einen Fehlschlag erlebt haben

muß, bevor er so motiviert ist, daß er den Entzug wirklich will. Es ist sehr wahrscheinlich, daß nach einem oder mehreren mißlungenen ambulanten Versuchen der Mut aufgegeben wird. Möglicherweise hat dies aber langfristig sehr wohl einen positiven Einfluß. Wenn einer der Klienten nach längerer Zeit wieder einen Entwöhnungsversuch unternehmen will, könnte er die (einfache) ambulante Behandlungsart außer Betracht lassen und sich dafür nach anderen (aussichtsreicheren) Behandlungsarten umschauen. In einigen Fällen zeigt sich eine derartige Tendenz, aber in vier von den fünf Fällen, in denen sich jemand aus der Gruppe hat aufnehmen lassen, blieb das bisher ohne dauerhaften Erfolg. Weiterhin bleibt natürlich die Frage unbeantwortet, welche Bedeutung Methadon für die Klienten gehabt hat, denen die Entwöhnung bisher gelungen ist. Hätten sie es ohne Methadon auch geschafft?

2. Methadon als Kontaktmittel

Die Zeitspanne, welche die Kontakte umfassen, ergibt sich aus der Anzahl der Monate, in denen die Klienten das Programm besuchen, beziehungsweise besucht haben. Dabei wird nicht auf eventuelle zwischenzeitliche Perioden geachtet, in denen Klienten für einige Zeit abgemeldet waren. Die Frage, die hier beantwortet wird, lautet also: Mit wievielen Klienten hat es in der Erhebungsperiode (von September 1980 bis Mai 1982 = 20 Monate) Kontakte gegeben und wieviele Monate dauerten diese Kontakte? Hierbei wird noch ein Unterschied gemacht zwischen den Klienten, die seit April 1982 (dem letzten Monat der Erhebung) am Programm teilnehmen/teilgenommen haben und den Klienten, die im April 1982 abgemeldet waren.

Zeitspanne der Verabreichungsperiode

Anzahl Monate	Anzahl Klienten, die per April 1982 das Programm besuchten	Anzahl Klienten, die per April 1982 das Programm nicht (mehr) besuchten	Gesamtzahl aller Klienten, die das Programm je besuchten
bis 3	21 (7,5 %)	55 (19,6 %)	76 (27,1 %)
4 bis 6	25 (8,9 %)	38 (13,5 %)	63 (22,4 %)
7 bis 9	18 (6,4 %)	18 (6,4 %)	36 (12,8 %)
10 bis 12	16 (5,7 %)	17 (6,0 %)	33 (11,7 %)
13 bis 15	11 (3,9 %)	16 (5,7 %)	27 (9,6 %)
16 bis 18	25 (8,9 %)	3 (1,1 %)	28 (10,0 %)
19 bis 20	18 (6,4 %)	0 (0,0 %)	18 (6,4 %)
Total	134 (47,7 %)	147 (52,3 %)	281 (100 %)

3. Unterbrechungen

Mit 69 Klienten (das sind 24,5 % aller Klienten, die je am Programm teilgenommen haben) besteht/bestand Verabreichungskontakt von einem halben bis zu einem Jahr. Mit 75 Klienten (26 %) besteht/bestand länger als ein Jahr Verab-

reichungskontakt, zusammen sind das also 50,5 % mit einem Verabreichungskontakt von mehr als einem halben Jahr. Per April nahmen 34 (12,1 %) respektive 54 Klienten (19,2 %) mit diesen längeren Kontakten am Programm teil. Es handelt sich also um eine ziemlich große Gruppe, mit der man über längere Zeit Verabreichungskontakte unterhielt, wenn man in Betracht nimmt, daß das Methadonprojekt per April 1982 seit eindreiviertel Jahren lief. Dem steht gegenüber, daß viele Personen (93 = 33,1 %) zum Zeitpunkt der Erhebung schon nach spätestens drei Monaten wieder abgemeldet waren.

Wenn man allerdings die Daten über die Kontinuität der Kontakte hinzuzieht, stellt sich heraus, daß es schwierig ist, aufgrund dieser Daten Schlußfolgerungen zu ziehen in bezug auf den permanenten Charakter dieses 'Abgemeldet-Seins'. Denn es gibt viele Lücken in den Verabreichungskontakten:

– Von den 134 Personen, die per April am Programm teilnahmen, hatten sich 70,9 % schon einmal abgemeldet. Bei 41 % betrug die Zeitspanne bis zur Wiederanmeldung mehr als einen Monat.

– Von den 147 Personen, die per April nicht (mehr) am Programm teilnahmen, sind 56,4 % schon einmal abgemeldet und später wieder angemeldet gewesen. Bei 29,9 % betrug die Zeitspanne der Nicht-Teilnahme mehr als einen Monat. Hieraus kann gefolgert werden, daß der Klientenbestand des Methadonteam in Wirklichkeit größer ist, als die Anzahl der Personen, die zu einem bestimmten Zeitpunkt einen Verabreichungskontakt haben. Es darf erwartet werden, daß ein großer Teil der Personen, die per April abgemeldet waren, sich später wieder anmeldet. Hierbei muß auch noch erwähnt werden, daß der Kontakt mit den Klienten oft noch nicht beendet ist, wenn die Methadonverabreichung aufhört. Es gibt eine Gruppe von Klienten, die danach noch eine zeitlang Begleitkontakte unterhält. Genaue Zahlen dazu stehen uns aber nicht zur Verfügung.

Um die obigen Schlußfolgerungen zu untermauern, wird noch eine detailliertere Übersicht über die Zeitspannen hinzugefügt, die zwischen der Abmeldung und der Wiederaufnahme im Programm liegen.

Zeitspannen zwischen der Abmeldung und erneuter Teilnahme am Programm

	Anzahl der Fälle
8 Tagen bis 1 Monat	304
1 Monat bis 2 Monaten	47
2 Monate bis 1/2 Jahr	57
1/2 Jahr bis 1 Jahr	28
länger als 1 Jahr	5

441

Aus der obigen Tabelle wird deutlich, daß, obwohl weitaus die meisten Klienten innerhalb eines Monats wieder ins Programm zurückkehren, Zwischenperioden von mehreren Monaten gewiß keine Ausnahmen sind. Es ist ebenfalls ersichtlich, daß viele Klienten schon mehrere Male abgemeldet waren (die Gesamtzahl liegt weit über 281). Letzteres gilt vor allem für die kürzeren Zwischenperioden von acht Tagen bis zu einem Monat (die höchste Abmeldungsquote bei einem Klient, liegt bei 11 mal länger als eine Woche).

Was die Kontinuität der Verabreichungskontakte betrifft, gibt es einen deutlichen Unterschied zwischen den beiden Gruppen „Abgemeldete“ und „Angemeldete“ per April, was den Grad des 'unregelmäßigen Programmbesuchs' betrifft. Bei den „Abgemeldeten“ liegt der Prozentsatz ansehnlich höher. Möglicherweise ist der Grad des unregelmäßigen Programmbesuchs eine Indikation für die spätere Abmeldung vom Programm.

Bezüglich den Inhalts der Kontakte sind die folgenden Eindrücke entstanden:

1. Im allgemeinen bitten die Klienten während der Verabreichung selten um Betreuung.
2. Während der Verabreichung haben die Klienten vor allem untereinander Kontakt, wobei alle schon erwähnten Nebeneffekte eine Rolle zu spielen scheinen.

Das Verhalten der Klienten während der Verabreichung gibt einen Hinweis auf die Art und den Grad ihrer Beziehung zur „Szene“: Gerade die motivierteren Personen wollen oft nichts mit den anderen Klienten zu tun haben und gehen sofort nach der Methadoneinnahme weg.

	Ermittlungen	Positive Ergebnisse	Prozentsatz positiv
Methadon	13558	11425	84,3 %
Opiate	19916	13784	69,2 %
Benzodiazeph.	7127	1379	19,9 %
Kokain	12368	1081	8,7 %
Amphetamin	7883	339	4,3 %
Barbiturat	5376	151	2,8 %
Methaqualon	869	39	4,5 %

Aufgrund der obigen Daten kann man die folgenden Schlußfolgerungen ziehen:

- Der Nebenkonsum von Heroin ist im allgemeinen sehr hoch. Der Prozentsatz von ungefähr 70 % an positiven Resultaten wird nicht nur bei allen Klienten festgestellt, er taucht auch immer wieder bei der Gruppeneinteilung nach Teilnahme-Monaten am Programm auf. Mit anderen Worten: ein durchschnittlicher Prozentsatz von 70 % ist ziemlich normal. Aus diesen Daten darf keineswegs gefolgert werden, daß 30 % der Klienten nicht zusätzlich konsumieren. Nur 7

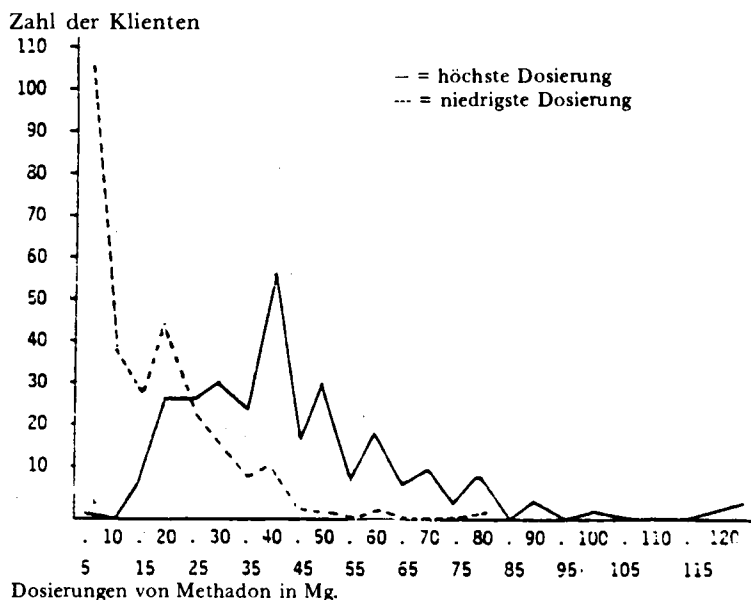
Klienten (2,7 %) haben nie positiv auf Opiate reagiert, und 16 Klienten (7,3 %) haben nur in 20 % der Kontrollen positiv reagiert.

— Angesichts des Nebenkonsums kann behauptet werden, daß es keine allgemeine Tendenz zur Abnahme des zusätzlichen Konsums von Opiaten während der Teilnahme am Methadonprogramm gibt. Beim durchschnittlichen Prozentsatz positiver Reaktionen auf Opiate während der Teilnahme am Methadonprogramm wurden Schwankungen konstatiert. Gerade das Auftreten derartiger Schwankungen bildet einen wichtigen Punkt für weitere Untersuchungen. Dabei muß untersucht werden, wovon diese Schwankungen abhängen.

— Angesichts der Dosierungen gilt, daß hierin pro Gruppe keine Veränderungen während der Teilnahme am Methadonprogramm auftreten. Oft beträgt der Unterschied zwischen den durchschnittlichen Dosierungen während vieler Monate nur ein paar Zehntel eines Milligramms. Allerdings weisen die Gruppen untereinander ansehnliche Unterschiede in Höhe der eingeführten Dosierung auf. Diese Unterschiede existieren aber schon im ersten Monat der Teilnahme und bleiben bloß erhalten. Im allgemeinen kann aus den Resultaten gefolgert werden, daß die Klienten desto länger im Programm bleiben, je höher die verabreichte Dosierung ist. Das ist an und für sich nicht so verwunderlich, da der Klient desto abhängiger von Methadon ist, je höher die Dosierung ist.

5. Methadondosierung

Über die Dosierungen bei der Methadon-Verabreichung gibt folgende Grafik Auskunft:



Unsere Schlußfolgerung lautet: Obwohl es Mengenschwankungen im Opiatenkonsum gibt, läßt sich keine systematische Tendenz zur Abnahme des Opiatkonsums während der Teilnahme am Methadonprogramm während der Erhebungsperiode feststellen. Die Schwankungen im Konsum äußern sich im allgemeinen kaum in der Höhe der durchschnittlichen Methadondosierung, dafür eher in der Höhe des durchschnittlichen Nebenkonsums von Heroin. Angesichts der Tatsache, daß der Nebenkonsum ziemlich hoch bleibt, wird das 'scoring'-Verhalten der meisten Klienten auch bestehen bleiben. Bei den Klienten, bei denen man wohl Veränderungen feststellen kann, muß man die Gründe hierfür nicht einfach in der Methadonverabreichung suchen, sondern in der Art der Begleitung, den Umweltfaktoren und in Persönlichkeitsmerkmalen.

VI. Resultat

Es wird einleuchten, daß die Methadonverabreichung keine Lösung bietet für das Heroinproblem. Es sieht immer mehr danach aus, daß das Heroinproblem unlösbar ist. Unserer Auffassung nach ist es denn auch sinnlos, weiterhin neue Modelle zur Lösung dieses Problems zu entwickeln: das medizinische Modell prägt den Süchtigen als Patienten, das psychiatrische Modell präsentiert ihn als Geisteskranken und dem gerichtlichen Modell nach ist er ein Krimineller. Die Gesellschaft wird sich mit dem Heroinproblem abfinden müssen, ob sie will oder nicht. Diskussionen zu einem Vorgehen müßten sich beziehen auf eine Verbindung von Humanität und Beherrschbarkeit: Humanität in bezug auf den Süchtigen und seine direkte Umgebung; Beherrschbarkeit in dem Sinne, daß die negativen Folgen der Sucht sowohl für den Süchtigen selbst und für seine direkte Umgebung als auch für die Gesellschaft, in der der Süchtige lebt, auf ein Minimum reduziert werden.

Anmerkungen

- (1) Zu den genannten Zahlen vgl. G. F. van de Wijngaart / R. G. M. Vernooij, „Heroin addiction in the Netherlands“, Vortrag auf dem 33. Internationalen Kongreß über Alkoholismus und Rauschgiftsucht (ICAA, Tanger, Oktober 1982); R. Vernooij / G. van de Wijngaart, „Het 33e Internationale Congres voor Alcohol- en Drugverslaving“, Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 38(1983), Nr. 2.
- (2) R. Vernooij / G. van de Wijngaart, „Drugs in Duitsland“, Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 37(1982), Nr. 11.
- (3) P. Bindels / H. Fluyt / R. Vernooij / G. van de Wijngaart, „Methadonverabreichung in Utrecht“, Utrecht, Mai 1983.
- (4) Zum Thema Methadon vgl. die zwei Sonderhefte folgender Fachzeitschriften: J. H. van Epen / P. J. Geerlings (Red.), „Themanummer Methadon“, Tijdschrift voor Alcohol, Drugs en andere Psychotrope stoffen 5(1979) Nr. 4; W. R. Buisman / A. Cramer / C. J. M. Goos (Red.), „Methadon-special“, F. Z. A. — Kwartaalberichten; Bilthoven, Mai 1983.