

Methadon¹ – Hilfe zur Aufhebung der Unterdrückung der Opiatabhängigen?

Richard Sickinger

1. Deutsche Drogenpolitik – Ausgrenzung und Straftherapie

Psychiatisierung und Kriminalisierung der Heroinabhängigen in der Bundesrepublik Deutschland nehmen weiter zu. Zwangseinweisungen in Entziehungsanstalten („Drogenknäste“) und psychiatrische Krankenhäuser, in denen dann nach Maßregelvollzugsgesetzen (vgl.: Hessischer Landtag 1981; Deutscher Bundestag 1978) ‘therapiert‘ wird, sind Alltag in fast allen Bundesländern (vgl. z. B. Hessischer Landtag 1979). In den Gefängnissen befinden sich weit mehr Drogenabhängige als in ambulanten und stationären Therapieprogrammen. So sind z. B. in Hessen 35 bis 38 Prozent der männlichen und 45 bis 48 Prozent der weiblichen Inhaftierten drogenabhängig (Hessischer Landtag 1982). Grundlage der Kriminalisierung und Ausgrenzung ist das Betäubungsmittelgesetz (BtMG), das in der novellierten Fassung vom 1.1.1982 durch Ausweitung der Straftatbestände und Strafverschärfung zu immer höheren Strafen führt.²

60 bis 70 Prozent der Drogenabhängigen befinden sich mit einer gerichtlichen Therapieauflage in den Langzeittherapieeinrichtungen (vgl. z. B. Con-Drobs e.V. 1981). Therapieabbruch bedeutet sofortige Strafverfolgung und Gefängnis. Die Rückmeldepflicht des Abbruchs an die Strafvollstreckungsbehörde (BtMG § 35,3) wird inzwischen nur noch von drei Einrichtungen verweigert (vgl. Sozialmagazin 11/1982, S. 30–32). Die Voraussetzungen für eine *freie Therapie*, die auch immer eine Entscheidung gegen die Fortsetzung der Therapie beinhalten muß, sind durch die Verzahnung von Therapie und Justiz jetzt auch in den Therapeutischen Wohngemeinschaften stark eingeschränkt: Strafandrohung bei Therapieabbruch führt zur Anpassung an Therapieforderungen und verhindert daher oft die Entwicklung zu einem eigenverantwortlichen Leben.

Diese traurige Bilanz der deutschen Drogenpolitik, an der auch die kleine, aber wachsende Zahl der Drogenabhängigen,

die nach einer Therapie in Wohngemeinschaften (z. B. Jugend hilft Jugend e.V. 1980; Projekt Jork 1980) einen neuen Anfang in ihrem Leben schaffen, nichts ändert, führt nun zu der Forderung nach Einführung einer ambulanten Methadontherapie als ein „notwendiger Schritt auf dem Weg zur Aufhebung der Unterdrückung, der die Süchtigen bis heute ausgesetzt sind“ (Kappel/Scheerer 1980, S. 53; vgl. Sozialmagazin 11/1980).

2. Krankheitsmodell und Kriminalisierung – Legitimation für Medikalisierung, Psychiatisierung und Ausgrenzung

Methadonprogramme werden nicht zu einer Schwächung des dominanten Musters „repressiv-therapeutischer Kontrolle“ (Kappel/Scheerer 1980, S. 54) führen, weil das medizinische Krankheitsverständnis, das der Methadonbehandlung als Erklärungsparadigma der Drogenabhängigkeit zugrundeliegt, selbst wesentlichen Anteil an der Unterdrückung der Heroinabhängigen hat: Der Drogenabhängige, der keine größeren Straftaten begangen hat, wird zumindest am Beginn seiner ‘Drogenkarriere’ solange als ‘Kranker’ behandelt, solange er therapiebereit ist. Diese Einstellung führt zu den immer häufiger werdenden Therapieauflagen der Gerichte. Gerade wegen des Krankenstatus wird dem Drogenabhängigen jede Entscheidungsfähigkeit, freiwillig auf den Gebrauch von Drogen verzichten zu können, abgesprochen.³ Dies führt zur Entmündigung des Drogenabhängigen und legitimiert neben den Verstößen gegen das BtM-Gesetz die Einleitung der Behandlung durch gerichtlichen Zwang. Die Weigerung des Drogenabhängigen, die Krankenrolle anzuerkennen und therapeutische Hilfe anzunehmen, wird auf eine fehlende Krankheitseinsicht zurückgeführt. Diese wird zu einem wichtigen Symptom der ‘Krankheit Drogenabhängigkeit’, und der helfende Zwang „kommt initial als einzige Möglichkeit der Rettung für diejenigen in Betracht, die eine Freiheit der Selbstbestimmung im Sinne des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland nicht mehr besitzen“ (Psychiater Wanke, zit. n.: Scheerer 1980a, S. 32). Je nach Opportunität bezüglich der Effektivität sozialer Kontrolle setzt sich entweder das Stigma ‘kriminell’ (der Abhängige wird bestraft, weil er schlecht und ‘böse’ ist) oder das Stigma ‘krank’ (der Abhängige ist krank und muß daher geheilt werden) durch. Scheitert der Drogenabhängige nach einigen Therapieversuchen bzw. verweigert er die Kooperation in der Therapie, erhält er das Stigma ‘therapieresistent’. Im medizinischen Sinne heißt dies ‘unheilbar’ und bedeutet eine vollständige Entrechtung des Betroffenen hinsichtlich weiterer Hilfsmaßnahmen.⁴ Die Stigmatisierung als ‘therapieresistent’ und jetzt auch wieder verstärkt als ‘kriminell’ wird durch Verwahrung und Ausgrenzung praktisch wirksam: „Zu erwägen

wäre, daß therapieunwillige Drogenabhängige, die trotz intensiver Motivierungsversuche nicht behandlungsbereit sind, in andere Einrichtungen verlegt werden könnten, um die übrigen Suchtkranken vor dem unheilvollen Einfluß dieser Therapieresistenten zu schützen“ (Hessischer Landtag 1979).

Die Methadonbehandlung geht auf ein biochemisch-medizinisches Krankheitsverständnis der Heroinabhängigkeit zurück: Nach Dole/Nyswander (1965) kommt es durch den Heroinkonsum zu physiologischen Veränderungen im Organismus, die auch noch nach dem körperlichen Entzug von der Droge für das Bedürfnis nach erneutem Drogenkonsum ('Drogenhunger') verantwortlich sein sollen. Obwohl diese Veränderungen bisher nicht bestimmt werden konnten (vgl. Krauthan 1980), übernehmen Befürworter der Methadonbehandlung diese sog. Metabolismustheorie und sprechen von dem stoffwechselkranken Heroinsüchtigen (Kappel/Scheerer 1980, S. 49). Sie fördern dadurch indirekt die weitere Entmündigung des Opiatabhängigen, da dieser noch mehr als zuvor als Opfer einer Krankheit betrachtet werden wird, auf deren Verlauf er *selbst* keinen Einfluß mehr nehmen könne. Besonders diejenigen, die eine Methadonbehandlung abbrechen bzw. auch weiterhin keine Therapie aufnehmen wollen, werden verstärkt den Zwangsmaßnahmen der Instanzen sozialer Kontrolle ausgesetzt sein. Psychosoziale Erklärungsansätze gerade für die Nichtüberwindung der psychischen Abhängigkeit werden vernachlässigt. Völlig aus dem Blickfeld geraten dabei subjektive Beweggründe des Drogengebrauchs: Drogenkonsumenten erleben zumindest am Anfang den Drogenkonsum auch als eine 'Lebenshilfe'. Trotz der bekannten Gesundheitsrisiken und der Strafverfolgung setzen sie sich der Wirkung der Drogen aus, weil sie die zeitweilige Transzendenz der Alltagsrealität als attraktiver erleben als ihre momentane reale Lebenssituation. Gleichzeitig ist die Drogenabhängigkeit eine Kapitulation vor der Wirklichkeit, in der die Verwirklichung der Sehnsüchte vieler junger Menschen keine Aussicht auf Erfolg hat. „Beim süchtigen, psychischen oder psychosomatischen Krankwerden handelt es sich nie nur um ein *Verhalten*, sondern immer auch um ein *Handeln* von Menschen. In keinem Fall (. . .) ist der Mensch ausschließlich Opfer äußerer Umstände. Vielmehr ist er in jedem Fall auch Subjekt, Täter, der sein Handeln selbst herstellt, wenn auch vielleicht nur deshalb, weil er keine andere Möglichkeit mehr sieht“ (Dörner 1981, S. 11).

Das medizinische Krankheitsmodell vernachlässigt die subjektive Reaktion des Drogenkonsumenten auf seine realen Lebensumstände. Konsequenterweise wird die gleichzeitige Entwicklung von Heroinszene und Jugendarbeitslosigkeit

in den Jahren 1970 bis 1982 in der Bundesrepublik ignoriert (vgl. Sickinger 1982). Die Einführung eines Methadonprogramms wird das 'Drogenproblem' nicht lösen können, es wird eher größer werden, da die sozialen Ursachen der Drogenabhängigkeit immer weniger Beachtung finden werden. In den USA hat sich in den Slums außer dem Aufbau der Methadonkliniken nichts geändert. Methadon kann weder Arbeitsplätze schaffen, noch die Kriminalisierung der Drogenkonsumenten verhindern: Von 158.400 Insassen der Stadt- und Regionalgefängnisse hatten 68 Prozent Erfahrung mit Heroin (Brömer/Schlender 1981, S. 43). Methadon hat die Situation der Drogenabhängigen nicht wesentlich verändert, da es Hoffnungslosigkeit und Perspektivlosigkeit nicht 'ausgleichen' kann. Ebenso wenig kann dies Heroin, aber es ermöglicht zumindest zeitweise den „euphorischen Ausstieg“. Daher wird es für Heroinabhängige immer attraktiver als Methadon sein. So ist es sicher kein Zufall, daß mit der Einführung der Methadonbehandlung in den USA im Jahre 1965 die Zahl der Heroinkonsumenten von 68.000 auf 600.000 bis zum Jahr 1967 angewachsen ist (Time 4.9.1972, n. Brömer/Schlender 1981, S. 43).

Der Heroinabhängige ist nicht 'nur' Opfer einer Droge, sondern auch Subjekt, der seinen Zustand selbst herstellt. Die Geringschätzung dieses Aspektes ist einer der wesentlichsten Gründe für das Scheitern wichtiger Behandlungsziele der Methadontherapien in den USA und die anhaltende Unterdrückung und Ausgrenzung der Opiatabhängigen.

3. Methadonerhaltungsprogramme (MEP)⁵ – Ein Schritt zur Drogenunabhängigkeit?

Die tägliche orale Einnahme von Methadon soll den 'starken Drogenhunger' stillen, die euphorisierende Wirkung zusätzlich konsumierten Heroins blockieren und zur sozialen Stabilisierung des Klienten durch Verminderung der Kriminalisierung und Erhöhung der Arbeitsproduktivität beitragen. Am Anfang des Programms wird der Heroinabhängige auf seine individuelle Methadondosis eingestellt. Diese soll dabei so hoch sein, daß keine Entzugssymptome auftreten. Die Tagesdosis wird in Flüssigkeit aufgelöst und unter Aufsicht des Personals in den anerkannten Methadonkliniken getrunken. Die Wochenenddosierung nimmt er mit nach Hause. Der Heroinabhängige erhält dann erstmals für eine auf ein bis zwei Jahre begrenzte Zeit das Methadon, bevor dann die endgültige Entgiftung eingeleitet werden soll. Dieses Ziel wird aber nur bei einer kleinen Zahl der Klienten erreicht. Warum?

Methadon ist ein synthetisches Morphin-Derivat, das selbst sehr stark suchtbildend ist.⁶ So wird heute kaum noch

bestritten, daß die Entgiftung von Methadon wesentlich schwieriger und komplikationsreicher verläuft als ein Heroin-Entzug⁷: Cushman (1977) weist darauf hin, daß in New York innerhalb von 19 Jahren nur 15 Prozent der Methadonklienten entgiftet werden konnten (Krauthan 1980). Zu den Erfahrungen des Albert-Einstein-Hospitals in New York, das seit 1965 Methadon anwendet, heißt es in einem Bericht des damaligen Innenministers Baum nach einer Informationsreise in die USA im Jahre 1980: „Zum konkreten Behandlungserfolg wurde ausgeführt, daß bei 20 v. H. der Methadonbehandelten eine Beseitigung der Suchtkrankheit möglich sei, von denen wiederum ca. 30 Prozent rückfällig würden. (. . .) Von den restlichen 80 Prozent, die nicht geheilt werden, werden einschließlich der Rückfälligen 40 Prozent voraussichtlich *lebenslang* (Hervorh.: der Verfasser) methadonbehandelt, während die restlichen 40 Prozent heroinsabhängig bleiben“ (Psychologie Heute 11/1980, S. 47).

Die Argumentation, daß „erstaunlich hohe Verbleibquoten (. . .) die fortdauernde Attraktivität“ (Kappel/Scheerer 1980, S. 51) der Methadontherapien beweisen, ist wegen des hohen Abhängigkeitspotentials und der veränderten theoretischen Grundlage der MEP in den USA leichtfertig: „Der Entzug von Methadon ist nicht mehr unbedingtes Ziel von Methadonerhaltungsprogrammen. In vielen Programmen wird die Ansicht vertreten, daß die Klienten unbefristet Methadon erhalten sollen und mäßig Drogen und Alkohol konsumieren können, solange sie arbeiten und nicht kriminell werden“ (Krauthan 1980, S. 7). Diese Aufweichung des Ziels der Opiatfreiheit innerhalb der Substitutionstherapie mit Methadon hat eindeutig einen politischen Hintergrund: So befinden sich vor allem in den Slums der amerikanischen Großstädte die Methadonkliniken. Es gab nur 16 Prozent Weiße in denen von Simpson u. a. untersuchten Methadonprogrammen (Klienten N=11.023), in denen mit unseren Therapeutischen Wohngemeinschaften vergleichbaren Einrichtungen waren dagegen 51 Prozent der Klienten (N=4.505) Weiße (Krauthan 1980). Opiatabhängigkeit kommt verstärkt bei den sozial benachteiligten und unterdrückten Minderheiten vor: Zwei Drittel aller Opiatabhängigen in den verschiedensten Therapieprogrammen in den USA sind Schwarze und 'Hispanic', obwohl sie nur 11 bzw. 5 Prozent der Gesamtbevölkerung umfassen (Strategy Council on Drug Abuse 1979, S. 25).

Die Untersuchung von Skarabis/Becker von 1979 zur Heroinszene in Berlin (siehe dazu: drogen-report 1 (1980)3, S. 3) und die Angaben der Therapeutischen Wohngemeinschaften zur Klientel (z. B.: Jugend hilft Jugend e. V. 1979) zeigen die zunehmende Proletarisierung und soziale Deklassierung

der Opiatabhängigen in der Bundesrepublik. Es ist zu befürchten, daß diese Klientel bei Fortdauer der Kriminalisierung durch das BtM-Gesetz dann nach dem bei uns praktizierten 'Therapie als Strafe-Prinzip' in die MEP hineingezwungen werden wird.

Viele der ambulanten Methadonkliniken in den USA sind zu reinen Ausgabenstellen für das Methadon heruntergekommen. Die Unterstützung durch Sozialarbeiter und Psychologen bei „Gründung von Selbsthilfegruppen, der Wohnungs- und Stellensuche, der Besprechung psychosozialer Probleme“ (Kappel/Scheerer 1980, S. 49) ist in den meisten Programmen nicht mehr gegeben. So waren z. B. in Indianapolis (Indiana) in dem dortigen MEP 250 Klienten in Behandlung. Nach Auskunft eines Mitarbeiters reichte das vorhandene Personal bestenfalls zu einem Gespräch im Monat; von einer intensiven Unterstützung konnte – trotz konzeptioneller Absicht – keine Rede sein. Jede ehrliche und ernsthafte Diskussion über die Einführung eines MEP mit einer intensiven sozialen Betreuung muß die zunehmende Praxis der kapitalistischen Staaten, die soziale Kontrolle perfekt und total, aber angesichts der 'Finanzkrise' möglichst billig (vgl. Scull 1980; Wambach/Hellerich 1980) durchführen zu wollen, berücksichtigen.

Aber selbst eine intensive Betreuung gewährleistet keine soziale Stabilisierung, auch wenn auf die Opiat(Methadon)-Freiheit als Therapieziel nicht verzichtet wird: Auf die sedierende Wirkung des Methadons⁸, welche die entscheidenden Motivationsfaktoren zur Auseinandersetzung mit persönlichen Problemen in Einzel- und Gruppengesprächen unterdrückten, führen Lotze u. a. (1978) das Scheitern des bisher einzigen unter kontrollierten Bedingungen durchgeführten Methadonprogramms in der Bundesrepublik⁹ zurück. Trotz der intensiven Betreuung während der zweijährigen Behandlung mit Methadon (vgl. zum Konzept: Lotze u. a. 1974) konnte nach dem Entzug des Methadons ein großer Teil der bis dahin erreichten Ziele (Ausbildungs- und Arbeitsverhältnisse, Lösung aus dem Drogenmilieu, Entkriminalisierung) von den Klienten (N=11) „nicht gehalten bzw. nicht darauf aufgebaut werden“ (Lotze u. a. 1978).

Durch die legale Abgabe von Methadon kommt es logischerweise zu einer Reduktion der unmittelbaren Rauschgiftkriminalität. So berichten viele Untersuchungen über einen Rückgang der bekanntgewordenen Kriminalität und eine verbesserte Arbeitsproduktivität derjenigen Klienten, die im MEP verbleiben und die Behandlung nicht abbrechen¹⁰ (Dole u. a. 1968; Gearing 1970; Jaffe 1970; siehe auch: Nell 1975). Die Reduktion der Kriminalität bezieht sich nur auf die bekanntgewordenen Verhaftungen und Verur-

teilungen. Ob wirklich eine Reduktion der Kriminalität eingetreten ist, kann aber nicht sicher gesagt werden, da z. B. ein verändertes Verhalten der Instanzen sozialer Kontrolle gegenüber Klienten in MEP eintreten kann oder aber auch das Verhaftungsrisiko bei Methadonklienten trotz begangener Straftaten geringer ist (vgl. Kemper 1980; Lennard u. a. 1974). Selbst von Befürwortern der MEP in den USA wird eingeräumt, daß die positiven Ergebnisse von Dole u. a. (1968) mit einem Rückgang der Verhaftungen um 98 Prozent und der Verurteilungen um 90 Prozent, auf die sich Scheerer (1980b) noch bezieht, durch die beträchtliche Ausweitung der MEP und der Verschlechterung der begleitenden Betreuung von neueren Untersuchungen nicht mehr bestätigt werden (vgl. dazu: Bourne 1975). Außerdem wird auf die hohe Motivationsprüfung im Dole/Nyswander-Programm verwiesen: Von den 1.233 ursprünglich vorgesehenen Personen wurden nur 521 aufgenommen und diese mußten noch 6 Monate auf einer Warteliste bleiben. Ebenfalls wird Zweifel an der Signifikanz der Ergebnisse geäußert: So waren 80 Prozent der Klienten im letzten Jahr *vor* der Aufnahme ins Programm nicht festgenommen worden, so daß die Tatsache von 94 Prozent nicht festgenommener Klienten im ersten Jahr der Behandlung über die kriminalitätsreduzierende Wirkung der Methadonprogramme wenig Rückschlüsse zuläßt (Bourne 1975, S. 7).

Es gibt aber auch Untersuchungen, die keine Kriminalitätsreduktion nachweisen konnten (siehe Kemper 1980; Krauthan 1980). Auch zu den Zahlen über die Arbeitsproduktivität gibt es nicht nur positive Untersuchungen: So schreibt Lukoff 1980 nach Auswertung umfangreicher Daten von Klienten in MEP in den USA, „daß sowohl bei der Aufnahme wie bei der Entlassung 60 % arbeitslos waren, weitere 5 %, die Arbeit hatten, wurden arbeitslos und 8 %, die arbeitslos waren, hatten Arbeit gefunden“ (zit. n. Keup 1980b).¹¹ Dies ist ein effektiver Zuwachs von 3 Prozent. Insgesamt werden in den meisten Untersuchungen die Therapieabbrecher bei Darstellung der Ergebnisse der Kriminalitätsreduktion und Arbeits- und Ausbildungsaufnahme nicht berücksichtigt. Dadurch sind die Ergebnisse über die positiven Wirkungen der Methadonbehandlung verzerrt.

Die Hoffnung, daß Methadonprogramme prinzipiell alle Süchtigen erreichen können (Kappel/Scheerer 1980, S. 50), ist utopisch¹² und wird durch die amerikanischen Erfahrungen nicht bestätigt: In den USA sind nur 10 bis 15 Prozent der geschätzten 650.000 Heroinkonsumenten in Methadonprogrammen (Heckmann 1979). Wegen der fehlenden Kreuztoleranz des Methadons gegen fast alle anderen Drogen einschließlich Alkohol kommen für die Methadonbehandlung nur sog. monotoxikomane Opiatabhängige in

Frage. Viele Heronabhängige sind aber polytoxikoman: So betrug der Anteil der polyvalent Abhängigen von illegalen Drogen z. B. 1981 bei den Aufnahmen in einer psychiatrischen Klinik in Berlin 41,4 Prozent (Keup 1982, S. 28). Da MEP also nur für eine sehr kleine Klientengruppe in Frage kommen (vgl. Schenk 1975), befürchtet Krauthan (1980), daß die Klienten für Methadonprogramme aus den bisher drogenfreien Therapieprogrammen kommen werden.

Wenn Kappel/Scheerer (1980, S. 51) schreiben, daß die MEP „nicht zum Ausweichen der Süchtigen auf andere Drogen“ führen, so widerlegt allein die Mortalitätsrate bei Heroinabhängigen und die dafür verantwortlichen Gründe diese Behauptung: Keup (1980b) erfuhr aus New York, daß bei den etwa 400 Drogentodesfällen pro Jahr ein positiver Methadonbefund bei der Autopsie häufiger ist als ein positiver Heroinbefund. 1977 wurden in den USA über 200 Methadontote gezählt. Die zusätzliche Einnahme anderer Drogen wird von amerikanischen Fachleuten als die Hauptursache angesehen (Strategy Council on Drug Abuse 1979, S. 10). Da sich an den persönlichen und sozialen Ursachen der Drogenabhängigkeit durch ein Methadonprogramm in den USA nichts ändert, der Abhängige deswegen auch nicht auf den Zustand des 'Zu-seins' verzichten will, ist es nicht überraschend, daß Untersuchungen bei 50 bis zu über 80 Prozent der Methadonklienten zusätzlichen Drogenkonsum feststellen (vgl. Krauthan 1980). Nach meiner eigenen Erfahrung in der Arbeit mit Heroinabhängigen sind diese oft nur dann bereit, ein Leben ohne diese Droge zu versuchen, wenn sie für sich persönlich einen 'Grund zum Leben', eine positive Lebensperspektive erkennen können. Die Forderung holländischer Heroinabhängiger nach ärztlicher Verschreibung von Heroin und die Ablehnung der staatlichen Methadonprogramme mit der Bedingung des Verzichts auf Heroin (päd. extra sozialarbeit 7-8/1982) erscheint mir daher aus der Sichtweise der Abhängigen ehrlich und konsequent.

In den USA bildet sich trotz scharfer Kontrollen ein Schwarzmarkt für Methadon. Methadonklienten verkaufen ihre Methadondosis und kaufen sich dafür Heroin. Dies ist wegen der 'take-home-dosis' an Wochenenden möglich. Verschiedene Therapieeinrichtungen in New York berichteten, daß 15 Prozent ihrer Klienten mit einer Primärabhängigkeit von Methadon zur Behandlung kamen (Boune 1975).¹³

4. Verzicht auf Strafe und Aufbau ambulanter Hilfen – Alternativen zur Methadonbehandlung

Wirkliche Aufhebung und Beendigung der Unterdrückung der Opiatabhängigen kann nur durch den Verzicht der

Strafverfolgung des Drogengebrauchs aufgrund des BtM-Gesetzes erreicht werden. Ein MEP wäre dann überflüssig, da es ja vor allem mit der Kriminalisierung der Abhängigen gerechtfertigt wird. Daß das BtM-Gesetz und nicht die Folgekriminalität wegen der Drogenabhängigkeit Hauptursache der Kriminalisierung ist, verdeutlichen folgende Zahlen von 1981: Von 61.802 festgestellten Rauschgiftdelikten werden nur 4.790 als direkte Beschaffungskriminalität eingestuft und die Strafverfolgungen wegen Verstöße gegen das BtM-Gesetz führten zu 54,6 % (N=10.445) Urteilen mit Freiheitsstrafen von 2 Monaten bis über 10 Jahre (Keup 1982, S. 16–17).

Aufhebung der Strafverfolgung bedeutet nicht Freigabe aller Drogen, sondern Verzicht des Staates auf seinen Strafanspruch bei gleichzeitigem Aufbau ambulanter sozialer, pädagogischer und psychologischer Hilfsmaßnahmen. Diese Forderung an den Staat aus strategisch-taktischen Gründen zurückzustellen, weil erst die Einstellung gegenüber den Süchtigen geändert werden müsse, um sie durchzusetzen (Kappel/Scheerer 1980, S. 47), erscheint mir nicht schlüssig: Wie soll sich die Einstellung gegenüber Drogenabhängigen ändern, wenn sie weiterhin in geschlossenen „totalen Institutionen“ aufbewahrt werden und dies besonders dann geschieht, wenn sie nicht behandlungsbereit sind? Die Differenzierung der Drogenabhängigen in 'Therapiewillige' und 'Therapieresistente' wird durch ein Methadonprogramm weiter zunehmen. Ein von den Drogenabhängigen nicht 'angenommenes Methadonprogramm' bedeutet die moralische Legitimation für Staat und Behandler, die immer noch Unvernünftigen endgültig auszugrenzen. Die Medikalisierung der Drogenabhängigkeit durch ein MEP führt dazu, daß in der sedierenden Wirkung des Betäubungsmittels Methadon der unbewußte oder bewußte Protest gegen eine zunehmend lebensfeindlichere Umwelt 'betäubt' und das menschliche Leiden an dieser Gesellschaft seines anklagenden, gesellschaftskritischen Potentials 'beraubt' wird, ohne das sich an der Unterdrückung etwas ändern wird. Psychiatrisierung (Zwangstherapie) und Medikalisierung als die einzigen Antworten der Gesellschaft auf den Drogenkonsum werden weiter dazu führen, daß Drogenabhängige Therapieangebote ablehnen, da sie für die Verwirklichung *ihrer* Sehnsüchte keine Hoffnung haben. Sie mit Mitteln des Zwanges vom Wert der vorherrschenden gesellschaftlichen Vernunft zu überzeugen, sie zum Leben zu zwingen, ist auch Ausdruck eines zweifelhaften Heilungsanspruchs¹⁴ der Gesellschaft und eines 'omnipotenten' Helferverständnisses der Behandler.

Eine mögliche Alternative zu Methadonprogrammen sehe ich im verstärkten Aufbau eines ambulanten Therapieprogramms, wie es von Marx (1982) in Berlin durchgeführt

wird¹⁵: Opiatabhängige leben mit Nichtabhängigen in Wohngruppen zusammen. Von Beginn der Therapie an können sie sich an dem Leben der Laienhelfer orientieren. Die Herausforderung durch die Laienhelfer, die ohne die selbstzerstörerische Einnahme von Drogen sich mit der gesellschaftlichen Realität auseinandersetzen, kann für den Drogenabhängigen Anstöße für eigene Lebensperspektiven ohne Opiate ermöglichen. Der Abhängige verbleibt innerhalb der Gesellschaft. Veränderung findet nicht im gesellschaftlichen 'Asyl' statt, sondern da, wo Drogenabhängigkeit entstanden ist. Die tägliche Interaktion mit Süchtigen verändert auch Einstellungen der Gesellschaft. Im Gegensatz zu den Methadonprogrammen kann der Abhängige aber hier die entmündigende Patientenrolle wirklich aufgeben, da er nicht der staatlich-medizinischen Macht durch die Methadonabgabe ausgeliefert ist.

Für die Ursachen der Drogenabhängigkeit, die ihren Ursprung nicht in der Psyche des Einzelnen, sondern im konkreten gesellschaftlichen Sein haben (z. B. Jugendarbeitslosigkeit), ist die Veränderung dieser Lebensumstände die einzige Indikation. Allerdings können weder Gesellschaftsveränderungen noch Helferberufe den menschlichen Wunsch „die Begrenztheit sozialer, psychischer und körperlicher Realität zu überwinden, sich der drängenden Notwendigkeiten des Augenblicks zu entledigen“ (Therapiehilfe Hamburg e. V. 1980, S. 3) beseitigen. Er ist Teil menschlicher Existenz. Dies anzuerkennen, ist ein wichtiger Schritt – neben der Entkriminalisierung des Drogengebrauchs und der ambulanten Hilfen –, Ausgrenzung und weitere Entpersonalisierung der Opiatabhängigen zu verhindern.

Anmerkungen

(1) Methadon ist in der BRD als l-Polamidon im Handel. Die Indikation für die Methadon-Anwendung bei Opiatabhängigen ist bei uns sehr stark eingegrenzt (siehe dazu: Keup 1980a; Urteil des BGH v. 8.5.1979 – 1 StR 118/79 – LG München I). Methadonbehandlungsprogramme deutscher Ärzte (siehe dazu: Kapuste 1978; Friedrich 1981; Rink 1980) wurden wegen strafrechtlicher Interventionen (vgl. z. B. zum 'Fall Kapuste: Moebius 1978) bzw. der Androhung von Strafe eingestellt.

(2) So berichteten Drogenberater auf der Fachtagung der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) im Oktober 1982 in Darmstadt, daß die Strafen über zwei Jahre Freiheitsentzug stark zugenommen haben; damit ist die Möglichkeit, nach § 35 BtMG eine Therapie zu beginnen (sog. 'Therapie statt Strafe – Prinzip' im novellierten BtMG), nicht mehr gegeben.

(3) Wer mit Drogenabhängigen schon einmal gearbeitet hat, der weiß, daß nahezu jeder Drogenabhängige selbständig körperliche Entzüge durchführt und oft für eine gewisse Zeit auch keine Opiate mehr nimmt. Häufig scheitert der Abhängige aber dann wieder an seiner sog. psychischen Abhängigkeit von der Droge: Er ist (noch) nicht in der Lage bzw. oft auch nicht bereit, sich mit seinen persönlichen, sozialen und wirtschaftlichen Lebensumständen ohne den Gebrauch

von Drogen auseinanderzusetzen. Über diejenigen Drogenabhängigen, die ohne die professionelle Hilfe sich von ihrer Abhängigkeit der Droge dauerhaft gelöst haben, gibt es bisher nur Vermutungen. Viele ehemalige heroinabhängige amerikanische Soldaten, die in Vietnam waren, haben nach ihrer Rückkehr aus Vietnam auch mit dem Konsum von Heroin aufgehört, ohne therapeutische Hilfen etc. in Anspruch zu nehmen.

(4) Kostenträger verweigern die Kostenübernahme für eine weitere Therapie wegen fehlender Aussichten auf einen 'Behandlungserfolg'. Dies ist eine beinahe tägliche Erfahrung in einer Drogenberatungsstelle.

(5) Diese Substitutionstherapien haben zwar auch das Ziel der Drogenfreiheit, sind aber nicht mit den Reduktionstherapieprogrammen zu verwechseln: Hier wird Methadon als unterstützendes Medikament für die mögliche schnelle Entgiftung bei einer Heroinabhängigkeit angewendet. Nach spätestens 2 Wochen soll kein Methadon verabreicht werden.

(6) Schon einmal sollte eine Droge des Opiattyps zur Überwindung der Abhängigkeit von einer Droge des Opiattyps führen: Heroin wurde erfolgreich zur Vermeidung der Entzugssymptome bei einer Morphinabhängigkeit angewandt. Der 'Erfolgsschritt des Heroins' als eine Droge der Wahl für viele junge Menschen war sicher nicht beabsichtigt, als der Firma Bayer die Synthetisierung des Heroins 1898 gelang und Heroin u. a. auch als Hustenmittel im Medical Observer 1906 angepriesen wurde (Amendt 1981). Aber die Tatsache, daß Primärabhängigkeit von Methadon in den USA existiert und die Methadonabhängigkeit eine Abhängigkeit des Morphintyps ist, sollte den Sinn der Behandlung einer Drogenabhängigkeit des Opiattyps mit einer Droge des Opiattyps in Frage stellen.

(7) Die Wissenschaftler wollen anscheinend nicht aus den Erfahrungen der Vergangenheit lernen: Zwar prüft das National Institut of Drug Abuse (NIDA) wegen der wachsenden Kritik an Methadon in den USA nach einer Meldung der New York Times vom 18.5.1981 ein neues synthetisches Ersatzmittel zur Behandlung der Heroinabhängigkeit. Das Ersatzmittel (Buprenorphin) ist aber ebenfalls aus Opium synthetisch hergestellt.

(8) Weitere Nebenwirkungen: starke Schweißausbrüche, Schlaflosigkeit, Reduktion des Sexualtriebes, Depressionen (bei höheren Dosen), Entzugserscheinungen neugeborener Kinder von methadon-behandelten Müttern (vgl.: Riedesser 1974; Krauthan 1980).

(9) Methadonprogramme gibt es in Europa in der Schweiz, in Holland und Schweden (siehe dazu: drogen-report 1. J., Nov. 1980, Sonderausgabe 'Methadon'). Es sind im Vergleich zu den Programmen in den USA sehr kleine, auf einige Großstädte beschränkte Programme.

(10) Die Abbruchquoten in den MEP in den USA liegen zwischen 22 bis 79 Prozent. Sie sind abhängig von den unterschiedlichen Aufnahmebedingungen. Viele Programme haben eine Abbruchquote um die 50 Prozent (vgl. Bourne 1975, S. 5).

(11) Diese Daten beziehen sich auf die Klienten der durch Bundesmittel geförderten Einrichtungen: Der Client Oriented Data Acquisition Process (CODAP) erfaßt Klientendaten von mehr als 1.500 Einrichtungen. Daher geben die Zahlen von Lukoff einen guten Einblick in die tatsächliche Verbesserung der Arbeitsproduktivität von Klienten in MEP.

(12) Dies geben auch Kappel/Scheerer indirekt zu, da sie zur Voraussetzung der Erreichbarkeit aller Süchtigen neben dem Methadon selbst auch die psychosoziale Hilfe, die „frei von einer wie auch immer verkappten Strafideologie“ (Kappel/Scheerer 1980, S. 56) sein muß, machen. Wie aber soll dies bei fortdauernder Kriminalisierung des Drogenkonsums außerhalb der staatlich anerkannten Methadonkliniken erreicht werden? Die in den USA praktizierte direkte Vermittlung aus dem Gefängnis in ein Methadonprogramm und die bei

Therapieabbruch sofortige Zurückverlegung ins Gefängnis erscheint mir wesentlich problematischer als die bei uns üblichen Therapieauflagen für drogenfreie Programme.

(13) Ein Sozialarbeiter einer sog. 'drug-free' Beratungsstelle im Midtown Community Mental Health Center in Indianapolis berichtete mir, daß vor allem Jugendliche mit geringen finanziellen Mitteln mit einer Methadonabhängigkeit – meist auf Druck der Eltern – zur Behandlung kamen. Diese Klienten hatten vorher keine Erfahrungen mit Heroin. Das Schwarzmarktmethadon kam offensichtlich von der Methadon-Klinik (take-home-dosis) desselben Trägers in derselben Stadt.

(14) Es stellt sich die Frage, warum sich dieser Anspruch von Helfern und Staat, Leben retten zu wollen, so stark bei den Opiatabhängigen manifestiert. Es scheint so, daß diejenigen, die nicht so offensichtlich und provokativ gegen die Werte und Normen dieser Gesellschaft 'verstoßen', sondern eher 'lautlos und unauffällig' aus dieser Gesellschaft durch Selbsttötung (1978: 13.620 Menschen in der BRD, n.: Schmidt 1981) 'aussteigen', dies relativ unbehelligt tun können. So ist die Selbsttötung dieser großen Zahl von Menschen selbst, als auch die Hintergründe dafür ein gesellschaftliches Tabu, dagegen werden die Drogentoten in den Tageszeitungen 'exakt' gezählt.

(15) Auch die Jugend- und Drogenberatung Braunschweig hat ein außerstationäres Therapieprogramm in Anlehnung an das Berliner Modell entwickelt; zum Konzept siehe Sickinger (1982).

Literatur

AMENDT, G.: Sucht – Profit – Sucht, in: konkret (1981) 1, S. 26–28
BOURNE, P.G.: Methadone. Benefits and Shortcomings, Washington D. C. 1975 (Drug Abuse Council, Inc. 1828 L. Street, N. W., Washington, D. C. 20036)

BRÖMER, H. / SCHLENDER, J.-U.: Intramurale Rehabilitation Heroinabhängiger in den USA. Ergebnisse einer Forschungsreise, Berlin 1981 (über: Horst Brömer Aachener Str. 2–3, 1 Berlin 31)

CON-DROBS e. V. (Hrsg.): Tätigkeitsbericht 1981, München 1981 (über: Con-Drobs e. V., Konradstr. 2, 8000 München 40)

CUSHMAN, P.J.R.: Ten Years of Methadone Maintenance Treatment: Some Clinical Observations, in: Am. J. Drug Alcohol Abuse (1977) 4, S. 543–553

DEUTSCHER BUNDESTAG: Rahmenentwurf zu einem Maßregelvollzugsgesetz. Drucksache 8/2565, Bonn 1978

DÖRNER, K.: Sucht, psychische und psychosomatische Störungen als menschliche Möglichkeit – Krankheit als Grenze, in: Hermann, O. (Hrsg.): Sucht und Psyche, Freiburg 1981

DOLE, V. P. / NYSWANDER, M. E.: A Medical Treatment for Diacetylmorphine (Heroin) Addiction, in: J. Am. Med. Association (1965) 193, S. 646–659

DOLE, V. P. / NYSWANDER, M. E. / WARNER, A.: Successful Treatment of 750 Criminal Addicts, in: J. Am. Med. Association (1968) 206, S. 2708–2711

FRIEDRICH, G.: Am Rande der Legalität, in: Sozialmagazin (1981), Nr. 4, S. 44–47

GEARING, F. R.: Evaluation of Methadone Maintenance Treatment Programs, in: Internat. J. Addictions (1970) 5, S. 171–197

HECKMANN, W.: Wenn der Dealer einen weißen Kittel trägt, in: Psychologie Heute (1979), Nr. 3, S. 40–44

HESSISCHER LANDTAG: Drucksache 9/1264 v. 25.7.1979. Antwort der Landesregierung auf die große Anfrage der Abg. Strumpf, Weghorn (F.D.P.) und Fraktion betreffend Drogensucht in Hessen, Wiesbaden 1979

HESSISCHER LANDTAG: Drucksache 9/5587 v. 20.11.1981. Beschlußempfehlung und Bericht des Rechtsausschusses zum Maßregelvollzugsgesetz, Wiesbaden 1981

HESSISCHER LANDTAG: Drucksache 9/6091 v. 25.2.1982, Wiesbaden 1982

JAFFE, J.A.: Further Experience with Methadone in the Treatment of Narcotic Users, in: Internat. J. Addictions (1970) 5, S. 29–40

JUGEND HILFT JUGEND e. V.: Untersuchung und Dokumentation zum Drogenproblem, Hamburg 1979 (über: Max-Bauer-Allee 116, 2000 Hamburg 50)

JUGEND HILFT JUGEND e. V.: Zusammenarbeit mit Drogenabhängigen in Form therapeutischer Wohngruppen, Info 4/April, Hamburg 1980

KAPPEL, S. / SCHEERER, S.: Das Fiasko der deutschen Drogenpolitik, in: Kriminologisches Journal (1980), Nr. 1, S. 46–58

KAPUSTE, H.: Münchner Freiheit I, in: Psychologie Heute (1978), Nr. 9, S. 61–66

KEMPER, H.: Die kriminalitätsreduzierende Wirkung der Methadon-Behandlungsprogramme, in: Kriminologisches Journal (1980), Nr. 1, S. 59–68

KEUP, W.: Methadon-(Polamidon)-Verschreibung bei Heroin-Abhängigkeit, in: Suchtgefahren (1980a) Nr. 2 (als Sonderdruck)

KEUP, W.: Methadon-Erhaltungsprogramme?, in: DHS-Informationsdienst (1980b) Nr. 3/4, S. 21

KEUP, W.: Zahlen zur Gefährdung durch Drogen und Medikamente, in: DHS-Informationsschrift (1982) Nr. 1/2, S. 13–40

KRAUTHAN, G.: Einführung von Methadon-Erhaltungsprogrammen in der Bundesrepublik Deutschland? Eine kritische Literaturübersicht, in: DHS-Informationsdienst (1980) Nr. 3/4, S. 1–20

LENNARD, H. L. / EPSTEIN, L. J. / ROSENTHAL, M.S.: Die Methadon-Illusion, in: Scheidt, J. von (Hrsg.): Die Behandlung Drogenabhängiger, München 1974

LOTZE, J. u. a.: Konzeption des Ambulanten Therapieprogramms unter Verwendung von Methadon (ATM), in: Petzold, H. (Hrsg.): Drogentherapie, Paderborn 1974, S. 450–456

LOTZE, J. u. a.: Ambulantes Therapieprogramm mit Methadon, in: Niedersächsisches Ärzteblatt (1978) 9, S. 289 (Sonderdruck)

MARX, H.: Teilstationäre Therapie mit Opiatabhängigen, in: Heckmann (Hrsg.): Praxis der Drogentherapie, Weinheim 1982, S. 65–75

MOEBIUS, M.: Münchner Freiheit II, in: Psychologie Heute (1978) Nr. 12, S. 52–60

NELL, R.: Erfolge und Mißerfolge in der Rehabilitation Drogensüchtiger und Drogengefährdeter in den USA, in: Waldmann, H. / Zander, W. (Hrsg.): Zur Therapie der Drogenabhängigkeit, Göttingen 1975, S. 49–76

PROJEKT JORK (Hrsg.): Sozialtherapie für Drogenabhängige – eine humane Alternative. Drei Jahre Projekt Jork, Hamburg 1980 (Osterjork 49a 2155 Jork)

RIEDESSER, P.: Methadonprogramme in den USA, in: Medizinische Klinik 69 (1974), S. 671–680

RINK, O.: Mehr als erzwungene Abstinenz, in: Sozialmagazin (1980), Nr. 11, S. 32–33

SCHEERER, S.: Therapie als Strafe. Therapie als Kontrolle, in: Sozialmagazin (1980a), Nr. 7–8, S. 22–32

SCHEERER, S.: Eine letzte Chance? Argumente für eine ambulante Therapie, in: Sozialmagazin (1980b), Nr. 11, S. 24–30

SCHENK, J.: Droge und Gesellschaft, Berlin 1975

SCHMIDT, H.-G. (Hrsg.): Jahrbuch zur Frage der Suchtgefahren 1981, Hamburg 1981

SCULL, A.T.: Die Anstalten öffnen? Decarceration der Irren und Häftlinge, Frankfurt / New York 1980

SICKINGER, R.: Drogenhilfe, München 1982

STRATEGY COUNCIL ON DRUG ABUSE: Federal Strategy For Drug Abuse And Drug Traffic Prevention 1979, Washington D. C. 1979 (U. S. Government Printing Office, Washington D. C. 20402)

THERAPIEHILFE HAMBURG e.V.: Therapeutische Wohngemeinschaften „Do it!“. Konzeption vom 1.10.1980 (über: Zippelhaus 5, 2000 Hamburg 11)

WAMBACH, M. M. / HELLERICH, G.: 'Arme Irre' im Wohlfahrtsstaat: Decarceration, Deinstitutionalisierung und Entmarktung in den USA, in: Wambach, M. M. (Hrsg.): Die Museen des Wahnsinns und die Zukunft der Psychiatrie, Frankfurt 1980, S. 142–160

Richard Sickinger, Breitestr. 7, 65 Mainz