

Aus der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen  
Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie mit Poliklinik  
Ärztlicher Direktor: Professor Dr. G. Buchkremer

**Zur medizinischen und psychosozialen Situation  
drogenabhängiger Patienten in ambulanter  
Substitutionsbehandlung mit Methadon**

Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades  
der Medizin

der Medizinischen Fakultät  
der Eberhard-Karls-Universität  
zu Tübingen

vorgelegt von  
Jens Fabio Galan  
aus  
Aachen

2005

Dekan:

Professor Dr. C. D. Claussen

1. Berichterstatter:  
2. Berichterstatter:

Professor Dr. G. Buchkremer  
Professor Dr. G. Lorenz

## Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
2. Material und Methodik .....	6
3. Ergebnisse	
3.1. Körperlicher Zustand.....	13
3.2. Arbeits- und Unterhaltssituation .....	16
3.3. Alkohol- und Drogengebrauch	
3.3.1. Alkoholgebrauch .....	22
3.3.2. Drogengebrauch .....	23
3.3.3. Beikonsum .....	26
3.3.4. Bisherige Suchttherapien.....	27
3.4. Rechtliche Situation .....	29
3.5. Familie und Sozialbeziehungen .....	32
3.6. Psychischer Zustand.....	42
4. Diskussion .....	54
4.1. Körperlicher Zustand.....	55
4.2. Arbeits- und Unterhaltssituation .....	57
4.3. Alkohol- und Drogengebrauch .....	60
4.4. Rechtliche Situation .....	66
4.5. Familie und Sozialbeziehungen .....	67
4.6. Psychischer Zustand.....	70
4.7. Schlussfolgerungen .....	74
5. Zusammenfassung.....	75
6. Literaturverzeichnis .....	80
7. Danksagung .....	84
8. Anhang.....	85
9. Lebenslauf.....	131

## 1. Einleitung

Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen beschäftigt Mediziner seitdem man um die Wirkungen dieser Substanzen weiß. Alkohol beispielweise wurde durch die Römer schon frühzeitig in unserem Kulturkreis verbreitet. Er wurde als sedativ-hypnotischer Wirkstoff zur Linderung von Spannungs-, Angst- und Erregungszuständen eingesetzt, diente jedoch wegen seiner enthemmenden Wirkung seit je her auch als „Genussmittel“. Diese Eigenschaften wurden im Laufe der Zeit weltweit auch bei anderen Stoffen erkannt, die dementsprechend ge- und missbraucht wurden. Wegen der vergleichbaren Wirkung wurde Opium in anderen Kulturkreisen schon früh in ähnlicher Weise verehrt. Opium, das chemisch gesehen Basis der heute verwendeten Opiate ist, wurde vor allem in Asien verehrt. Da hier jedoch frühzeitig die Gefahr einer Überdosierung bekannt war, beschränkte man sich auf einen gewissen Grad des Konsums, um den medizinisch erwünschten Dämmerzustand zu erreichen. Abhängigkeit von diesem „Genussmittel“ war damals zwar existent, jedoch sicherlich nicht als soziokulturelles Problem erkennbar.

Kurz nach der Entdeckung des synthetisierten Heroins vor über 100 Jahren kam der Handel mit diesem Wirkstoff durch Farbenfabriken bald in Schwung. Lange Zeit war die Suchtgefährdung des „neuen“ synthetischen Wirkstoffes Heroin unter Ärzten nicht bekannt. Erste Warnungen vor dem Suchtpotential wurden damals von der herstellenden Industrie bagatellisiert. Heroin war eigentlich als Mittel gegen Erkrankungen der Atemwege propagiert, stieg jedoch zügig zu einem in der Therapie diverser Erkrankungen von Erwachsenen und Kindern großzügig eingesetzten Medikament auf. Parallel zu dieser therapeutischen Entwicklung wurde die Rauschwirkung des Opiats in entsprechenden Kreisen rasch publik und von einem Schwarzmarkt ausreichend beliefert.

Der Ursprung der heutigen Heroinszene entstammt allerdings nicht diesem geschichtlichen Verlauf: Anfang der 70er Jahre führten professionelle Dealer die synthetisierte Droge in eine experimentierfreudige und somit hierfür empfängliche Jugendkultur ein. Der Missbrauch nahm rasch zu und bereits Mitte der 70er Jahre begann eine Welle von letalen Überdosierungen die Gesellschaft auf dieses „neue“ Problem aufmerksam zu machen.

Heute liegt Deutschland bezüglich der geschätzten Zahl an Heroinabhängigen nach einer Review des „European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction“ (EMCDDA) hinter Großbritannien, Italien und Frankreich mit geschätzten bis zu 152.000 Abhängigen auf dem vierten Platz. Die Zahlen der jährlich gemeldeten Drogentoten in Deutschland sind dabei rückläufig: Nach dem aktuellen Drogen- und Suchtbericht der deutschen Bundesregierung (vergleiche [4]) ist die Zahl der Todesfälle nach dem Konsum illegaler Drogen wie Heroin, Kokain, Amphetamin und Ecstasy trotz steigender Beliebtheit der drei letztgenannten Drogen im Vergleich zum Vorjahr um rund zwei Prozent von 1513 auf 1477 zurückgegangen. In Rheinland-Pfalz, wo die in der vorliegenden Arbeit beschriebenen Drogenabhängigen zuhause sind, ist die Anzahl der Drogentoten im Vergleich zum Vorjahr sogar um über 13 Prozent gesunken (24). Die derzeitige Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marion Caspers-Merk, führte diese bundesweite Entwicklung bei der Vorstellung des aktuellen Suchtberichtes im April 2004 auf die Drogenpolitik zurück, die in den vergangenen Jahren zunehmend auf Behandlung der Abhängigen durch Substitution gesetzt habe. (30)

Die Substitutionstherapie wurde vom Pharmakologen Vincent Dole und der Psychiaterin Mary Nyswander entwickelt, die 1963 am New Yorker Rockefeller Hospital begannen, Drogenabhängige mit Methadon zu behandeln. Die Erfolge des Projekts führten 1970 zur Anerkennung der Methadonbehandlung als eine zweckmäßige Behandlungsmethode, die sich in den USA rasch ausbreitete. In Europa startete das erste Methadonprogramm 1966 im schwedischen Uppsala.

International im Jahr 1965 durch Dole und Nyswander in der Fachpresse als therapeutisches Substitutionsmittel vorgestellt, wurde in Deutschland Anfang der 70er Jahre in Hannover erstmals ein ambulantes „Methadon-Programm“ eingeführt. Allerdings setzte sich diese Therapieform erst zu Beginn der 90er Jahre im Anschluss an vereinzelte Erprobungsphasen in manchen Bundesländern durch und ersetzte das in Deutschland jahrzehntelang propagierte Konzept der stationären Langzeittherapie.

Im Jahr 2001 waren mit zirka 56.000 Personen (30) in Deutschland etwa 60 Prozent der Abhängigen in Substitutionstherapie, was im europäischen Vergleich gemeinsam mit Irland und Spanien vorbildlich ist (4). Für Rheinland-Pfalz ermittelte das Landesministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit zum Zeitpunkt der Datenerhebung der vorliegenden Studie eine geschätzte Zahl von rund 7.000 Drogenabhängigen, wovon nach Informationen der rheinland-pfälzischen Kassenärztlichen Vereinigung 13 Prozent in Substitutionsbehandlung sind. Von diesen 13 Prozent fallen demnach zwei Drittel auf den Bereich der KV Pfalz, in deren Einzugsgebiet auch die Arztpraxis liegt, deren Patienten Gegenstand der vorliegenden Arbeit sind.

Fast alle Länder der EU setzen bei der Substitutionstherapie auf ein primär eingesetztes Substitutionsmittel. Abgesehen von Frankreich, wo Buprenorphin klar bevorzugt ist, wird in 90 Prozent der Fälle Methadon zur Substitution von Heroinabhängigen verwendet. Standardtherapie ist inzwischen in Deutschland die Substitution mit Methadon, während Codein, Buprenorphin und Heroin selbst in Deutschland in kleinerem Rahmen eingesetzt werden.

Methadon wurde 1945 erstmals als Morphinersatz von den IG-Farben (den heutigen Höchst-Werken) als vollsynthetisch hergestelltes Razemat aus rechts- und linksdrehendem 4,4- Diphenyl-6-dimethylamino-3-heptanon hergestellt. Es liegt nach seiner Synthese zu gleichen Anteilen seiner optischen Isomere vor, da es ein Asymmetriezentrum besitzt. Es ist aber vor allem die linksdrehende Form, die in die Opiatrezeptoren passt und damit dem Morphin vergleichbare

Wirkungen und Nebenwirkungen erreicht. Das Razemat ist dem Morphin nahezu äquianalgetisch und hat eine ähnliche atemdepressive, aber eine geringere narkotische Wirkung auf die Patienten. Wegen der guten enteralen Absorption ist die Bioverfügbarkeit sehr hoch (70 bis 95 Prozent). Bei oraler Aufnahme fehlt dem Ersatzmittel die euphorisierende Wirkung.

Auch wegen der im Vergleich zu allen anderen Opiaten sehr langen Halbwertszeit (15-60 Stunden) eignet sich Methadon sehr gut zum kontrollierten Ersatz von Heroin, da die tägliche Einmalgabe ausreicht, den „Heroinhunger“ zu stillen und negative Heroinfolgen (wie Aufmerksamkeitsdefizit, Reaktionszeit und Konzentrationsverlust) fehlen. Wegen der großen Affinität zu den Opiatrezeptoren ist eine gleichzeitige Heroininjektion wirkungslos. Nebenwirkungen des Mittels sind Atemdepression, Schwitzen und Obstipation (siehe 4.1.).

Auf dem Deutschen Ärztetag im Jahr 1928 wurden erstmals „Leitsätze über Suchtgifte und Giftsuchten“ erstellt, in denen Abstinenz als Therapieform postuliert wurde. Dieser Therapieansatz ist - wie oben erläutert - inzwischen überholt.

Heute ist das Ziel der Behandlung der Heroinabhängigkeit zunächst einmal die Fähigkeit zu kontrolliertem Gebrauch einer Substanz zur sozialen Stabilisierung der Substanzabhängigen (33). Erst danach soll versucht werden, die Dosis des Substitutionsmittels auszuschleichen, wobei etliche der heroinabhängigen Patienten über Jahrzehnte mit Methadon substituiert werden müssen. Raschke sieht Substitution als vorübergehende Erhaltung einer Sucht unter legalen Bedingungen. Damit soll eine gesundheitlich, psychisch und sozial verbesserte Situation für den Abhängigen geschaffen werden, mit dem Ziel, nach einer unterschiedlich langen Zeit der Stabilisierung, langfristig aus der Abhängigkeit „herauszuwachsen“ oder aber auch unter Beibehaltung der Substitution ein Leben in möglichst stabilem gesundheitlichen und sozialen Zustand zu ermöglichen (25).

Alle bisher publizierten Studien zu den Erfolgen der Substitutionstherapie beschreiben den positiven Effekt des Substitutionsmittels Methadon anhand von mehr oder weniger groß angelegten Studien, die fast ausschließlich in Ballungszentren beziehungsweise Großstädten durchgeführt wurden.

In der vorliegenden Arbeit wurde dagegen das Klientel einer kleinen Arztpraxis eines Allgemeinmediziners in einer ländlichen Gegend von Rheinland-Pfalz bezüglich der Auswirkungen der Substitutionstherapie auf die psychosozialen Umstände hin untersucht und mit den Ergebnissen einer Metropole (Hamburg) und einem Ballungszentrum rund um Tübingen verglichen.

Nachdem Heroin als Droge in den Großstädten Deutschlands weit verbreitet war, wurde das Thema Drogenabhängigkeit nach und nach auch ein Problem der umliegenden ländlichen Regionen. Ende der 80er Jahre erlebte die Drogenszene in der Vorderpfalz ihren Höhepunkt. Seit Anfang der 90er Jahre werden in der Praxis des Allgemeinmediziners Dr. med. Dirk Schlamp in der 800 Seelengemeinde Ebertsheim Drogenabhängige mit Methadon substituiert. Im Folgenden soll beleuchtet werden, wie die Erfolge beziehungsweise die Misserfolge dieser Therapieform bezüglich der psychosozialen Umstände der Heroinabhängigen nach Beginn der Substitutionstherapie mit Methadon in seiner Landarztpraxis aussehen und ob sie sich von den Untersuchungen in den klassischen Ballungszentren unterscheiden.

## 2. Material und Methodik

Bei der vorliegenden Arbeit ging es schwerpunktmäßig um die Beantwortung der folgenden Fragen:

1. Mit welchen psychosozialen und medizinischen Voraussetzungen kommen drogenabhängige Patienten in einem ländlichen Gebiet in eine Substitutionsbehandlung mit Methadon ?
2. Welche psychosozialen und medizinischen Veränderungen sind bei drogenabhängigen Patienten im Verlauf einer Substitutionsbehandlung mit Methadon zu beobachten?
3. Wie sind diese Ergebnisse im Vergleich zu den bislang aus Ballungszentren und insbesondere aus Hamburg und Tübingen publizierten Ergebnissen zu bewerten ?

Dabei handelt es sich um eine explorative Feldstudie mit naturalistischem Studiendesign. Der Schwerpunkt liegt auf einer standardisierten Deskription der Stichprobe und der beobachteten Veränderungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung. Die deskriptiv-statistische Beschreibung steht im Vordergrund.

Der Vergleich mit anderen Ergebnissen wurde zum einen anhand von Daten aus der weltweiten Literatur gezogen. Zum anderen wurden für einen detaillierten Vergleich Daten zweier ähnlicher Studien aus Hamburg und Tübingen herangezogen, die bezüglich Fragestellung und Auswertung der vorliegenden Arbeit ähnlich sind. Die in Hamburg erhobenen Daten sind dem Buch „Substitutionstherapie – Ergebnisse langfristiger Behandlung von Opiatabhängigen“ von Herrn Prof.Dr.med. Peter Raschke (25) entnommen. Die Vergleichsdaten aus Tübingen entstammen der Diplomarbeit von Herrn

Dipl.psych. J. Mörcke mit dem Titel „Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Substitutionstherapie mit Methadon“ (26).

Die Stichprobe (N= 51 Patienten) der hier vorliegenden Arbeit stammt aus der Praxis Dr. med. Dirk Schlamp, Facharzt für Allgemeinmedizin, Königsring 15, 67281 Ebertsheim. Der Ort liegt in Rheinland-Pfalz im Herzen der Vorderpfalz am Haardtrand. Mainz und Frankfurt sind zirka 80 Kilometer nördlich beziehungsweise nordöstlich entfernt. In der Ost-Westachse sind mit Kaiserslautern und Mannheim/Ludwigshafen Oberzentren in zirka 30 Kilometern Abstand zu erreichen.

Von den 51 befragten Patienten kamen knapp 70 Prozent aus den umliegenden Dörfern - Orten mit einer Einwohnerzahl < 10.000. 22 Prozent kamen aus einem Mittelzentrum (10.000 – 100.000 Einwohner) und 10 Prozent aus einem der umliegenden Oberzentren (siehe oben). Im Vergleich zur Zeit vor der Substitutionstherapie hatte sich die Zahl der in Mittelzentren wohnenden Abhängigen um ein Drittel reduziert. Der Trend ging zu gleichen Teilen in Richtung Großstadt beziehungsweise Dörfer.

Die Stichprobe bestand zu 80 Prozent aus Männern. Insgesamt nahmen 10 weibliche Drogenabhängige an der Studie teil.

Das Durchschnittsalter der Stichprobe betrug rund 31 Jahre (23 bis 47 Jahre). Gut die Hälfte der Patienten waren 30 Jahre und jünger, ein Viertel der Befragten waren über 35 Jahre alt.

Bei 82 Prozent der Patienten waren beide Elternteile Deutsche. Vier Patienten (knapp 8 Prozent) waren Kinder von aus der GUS stammenden Eltern, drei hatten italienische Eltern und jeweils ein Patient entstammte spanischer beziehungsweise kroatischer Abstammung.

Rein opiatabhängig war vor der Substitutionstherapie kein Teilnehmer der Stichprobe. Fast ein Viertel gab aber an, noch nie Drogen injiziert zu haben. Im Durchschnitt waren die Patienten bei der ersten i.v.-Drogeneinnahme 20 Jahre alt (11 bis 31 Jahre). Die Dauer des i.v.-Drogenkonsums wurde im Mittel mit

8,24 Jahren angegeben, wobei knapp ein Drittel der Befragten 10 Jahre oder länger i.v.-drogenabhängig waren.

Keiner der Substituierten befand sich zur Erfüllung einer Rechtsgrundlage in der aktuellen Substitutionstherapie. Der Kontakt zwischen den Substratabhängigen und dem substituierenden Arzt Dr. Dirk Schlamp kam in über der Hälfte der Fälle auf Eigeninitiative des Abhängigen zustande. Bei einem Viertel vermittelte die Familie des beziehungsweise der Abhängigen, in elf Prozent der Fälle ein niedergelassener Kollege. Vier Prozent der Patienten kamen auf Anraten einer Suchtberatung in die Ebertsheimer Praxis. Auffällig ist, dass fast ein Drittel der Substituierten vor der aktuellen Therapie bei Dr. Schlamp schon mindestens einmal bereits in Substitutionsbehandlung war. Dies führte nur in den seltensten Fällen zur Abstinenz. In drogenabhängigkeitbezogener Behandlung überhaupt waren vor der aktuellen Opioid-Substitutionstherapie sogar über 60 Prozent der Patienten: Eine ambulante Entgiftung hatten elf Patienten, die meisten sogar mehrmals, erfolglos versucht. Auch der Versuch einer stationären Entgiftung ist jeweils gescheitert: Knapp ein Drittel der Patienten hatten diese Form der Entgiftung versucht. Auch hier kam es jeweils pro Patient zu mehreren frustranen Versuchen - im Durchschnitt über vier abgebrochene stationäre Entzugstherapieversuche. Vor der aktuellen Therapie haben sich zwei Patienten in einer ambulanten Suchteinrichtung betreuen lassen, In einer stationären Suchteinrichtung acht Patienten. Sechs Patienten gaben einer psychiatrischen Klinik eine Chance, wovon einer die Behandlung auch regelrecht beendete. Einen freiwilligen Selbstentzug führten sechs Patienten erfolgreich durch, sieben Patienten scheiterten bislang auch mit dieser Maßnahme.

Als Resultat aller dieser Behandlungen waren die Befragten im Durchschnitt längstens für 3,2 Monate abstinent. 13 Patienten waren bis zu sechs Monaten abstinent, fünf für bis zu 18 Monaten und zwei für 24 Monate, bevor sie wieder rückfällig wurden.

Rechtlich ist die Opioid-Substitutionstherapie in der BtMVV<sup>1</sup> durch den Gesetzgeber und in den „Richtlinien zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“ („neue NUB-Richtlinien“ beziehungsweise „AUB-Richtlinien“<sup>2</sup>) des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen geregelt. Hier sind strenge Bedingungen an die Voraussetzungen, die Indikation, die Dauer, den genauen Ablauf sowie an die Dokumentation geknüpft. Diese Richtlinien wurden vom Bundesausschusses im Oktober 2002 geändert und nunmehr als „Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ (BUB) geführt. In der Präambel heißt es dort:

„Krankenbehandlung im Sinne des § 27 des fünften Sozialgesetzbuches umfasst auch die Behandlung von Suchterkrankungen. Das alleinige Auswechseln des Opiats durch ein Substitutionsmittel stellt jedoch keine geeignete Behandlungsmethode dar und ist von der Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht umfasst. Oberstes Ziel der Behandlung ist die Suchtmittelfreiheit. Ist dieses Ziel nicht unmittelbar und zeitnah erreichbar, so ist im Rahmen eines umfassenden Therapiekonzeptes, das auch, soweit erforderlich, begleitende psychiatrische und/oder psychotherapeutische Behandlungs- oder psychosoziale Betreuungs-Maßnahmen mit einbezieht, eine Substitution zulässig. Eine Leistungspflicht der Krankenkassen für die begleitende psychiatrische und/oder psychotherapeutische Betreuung besteht nur insoweit, als diese zur Krankenbehandlung erforderlich ist. Die nach der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) vorgesehene psychosoziale Betreuung fällt nicht unter die Leistungspflicht der GKV.“

Im Paragraph 1 wird der Inhalt der „neuen Statuten“ festgelegt:

„Die Richtlinie regelt die Voraussetzungen zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung (im folgenden "Substitution") bei manifest Opiatabhängigen in der vertragsärztlichen Versorgung. Die Richtlinie gilt für alle Substitutionen, unabhängig davon, mit welchen

---

<sup>1</sup> Die „Verordnung über das Verschreiben, die Abgabe und den Nachweis des Verbleibs von Betäubungsmitteln“ (BtMVV) regelt den Umgang mit Betäubungsmitteln, die gemäß Anlage III des Betäubungsmittelgesetzes verkehrs- und verschreibungsfähig sind und enthält die zentralen rechtlichen Bestimmungen für Substitutionsverschreibungen. Seit dem 1. Februar 1998 sind mit der 10. Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften“ weitreichende neue Regelungen für die Durchführung von Substitutionsbehandlungen in Kraft getreten. Neben der Unterstellung von Codein und Dihydrocodein unter die BtMVV enthält diese nun Vorschriften und Aussagen über die Indikation, die Voraussetzungen, die Art, die Regelungen der Therapie und der Rezeptierung sowie die Dokumentation der Maßnahmen im Zusammenhang mit einer Substitutionstherapie. (Gastpar et al., 1998)

<sup>2</sup> „Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ (AUB)

nach der BtMVV zugelassenen Substitutionsmitteln sie durchgeführt werden. Als manifest opiatabhängig im Sinne dieser Richtlinie gelten auch solche Abhängige, die bereits mit einem Drogensatzstoff substituiert werden. Neben den Vorgaben dieser Richtlinie sind die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere des Betäubungsmittelgesetzes (BtmG) und der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) zu beachten.“

Bei zwei Dritteln der Stichprobe der hier vorliegenden Arbeit wurde die Indikation zur Substitutionstherapie nach § 3.1.3 der BUB-Richtlinien gestellt. Dabei handelt es sich um eine chronische Hepatitiserkrankung als Rechtfertigung für eine potentiell dauerhafte Methadon-Therapie. HIV-infiziert war keiner der Substituierten.

Kostenträger der Substitutionsbehandlung war in 84 Prozent der Fälle eine gesetzliche Krankenkasse. In den übrigen Fällen kam das Sozialamt für die entstandenen Kosten auf.

Die in der Stichprobe erfassten Patienten waren durchschnittlich seit vier Jahren in Substitutionstherapie bei Dr. med. Dirk Schlamp (6 Monate bis 7,5 Jahre. Alle 51 Patienten wurden mit Methadon-Razemat oral substituiert. Die durchschnittliche tägliche Dosis betrug 77,16 Milligramm (25 bis 150 Milligramm). Ein Viertel der Patienten erhielt eine tägliche Dosis von 25 bis 50 Milligramm, ein weiteres gutes Viertel erhielten 51 bis 75 Milligramm. Ebenso viele Patienten erhielten täglich 76 bis 100 Milligramm. 10 Patienten (nahezu 20 Prozent) erhielten über 100 Milligramm am Tag.

Als Einschluss-Kriterien für die vorliegende Studie galten Opioidabhängigkeit nach ICD-10 und DSM-IV, die Substitutionsbehandlung mit Methadon sowie die schriftliche Zustimmung nach Aufklärung („informed consent“).

Ausschluss-Kriterien waren mangelnde Sprachkenntnisse der deutschen Sprache sowie massive kognitive Defizite mit Beeinträchtigung von Konzentration, Aufmerksamkeit, Gedächtnis. Zwei Patienten mussten nachträglich wegen im Verlauf der Datenerhebung ausbleibender Compliance ausgeschlossen werden.

Als Erhebungsinstrument diente zum einen ein allgemeiner Selbstbeurteilungsbogen für Patienten (im wesentlichen nominal- oder rangskalierte Variablen), klinische Skalen (Selbstbeurteilung), die mit Unterstützung des Interviewers erhoben wurden, sowie ein Fremdbeurteilungsbogen (Arztfragebogen) für den behandelnden Arzt (nominal- oder rangskalierte und wenige verhältnisskalierte Variablen). Bei der Zusammenstellung der Fragen richtete sich der Autor im Wesentlichen nach dem „Addiction Severity Index“ (ASI). Gleichzeitig wurden jedoch auch ergänzende Fragestellungen aus Fragebögen integriert, die im Rahmen ähnlicher Studien in Hamburg und Tübingen erhoben wurden und von denen sich der Autor weitere Aufschlüsse über den psychosozialen Hintergrund der Stichprobe versprach. Dabei handelte es sich zum einen um den Erstkontaktbogen PREDI (Version 1.0), der von der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Eberhard-Karls Universität Tübingen nach dem Vorbild von Datenerfassungen in Hamburg erhoben wurde. Zum anderen wurden ergänzend Fragen eines vom Bundesministerium für Bildung und Forschung 1998 entwickelten Klientenfragebogens mit integriert. Im Kern vervollständigten diese Fragebögen jedoch den zugrunde gelegten „Addiction Severity Index“. Dabei handelt es sich um ein semi-strukturiertes Interview, welches Daten von Personen mit Suchtproblemen in sieben voneinander unabhängigen Problembereichen erfasst: „Körperlicher Zustand“, „Arbeits- und Unterhaltssituation“, „Alkoholgebrauch“, „Drogengebrauch“, „Rechtliche Situation“, „Familie und Sozialbeziehungen“ sowie „Psychischer Status“.

Für die statistische Auswertung wurden zum einen deskriptiv-statistische Kennwerte herangezogen, zum anderen rangskalierte Daten oder nicht normalverteilte intervall- beziehungsweise verhältnisskalierte Daten mittels Wilcoxon-Rangsummen-Test, verhältnisskalierte Daten mit annähernder Normalverteilung mittels Student t-Test, nominalskalierte Daten (Häufigkeiten) mittels Chi-Quadrat-Test.

Die Daten wurden mittels PC und der Software Microsoft Office 2000 (Excel/Word) und SPSS 10.0 ausgewertet.

### 3. Ergebnisse

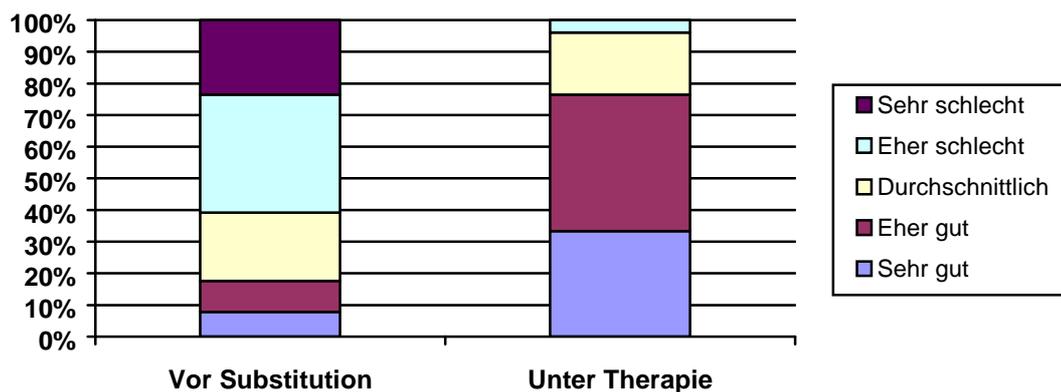
Die Ergebnisse werden im Folgenden jeweils entsprechend der Themenschwerpunkte des Fragen-Kataloges zusammengefasst. Diese sind:

- Körperlicher Zustand
- Arbeits- und Unterhaltssituation
- Alkohol- und Drogengebrauch
- Rechtliche Situation
- Familie und Sozialbeziehungen sowie
- Psychischer Status.

Für alle Angaben gilt die oben beschriebene Stichprobe (n=51).

#### 3.1. Körperlicher Zustand

Abb.: 1 Körperlicher Zustand der Patienten



Den eigenen körperlichen Zustand schätzten vor Therapiebeginn 40 Prozent als eher schlecht, fast ein Viertel sogar als sehr schlecht ein. Wie aus *Abbildung 1* ersichtlich, kam es unter Substitutionstherapie bei nahezu allen Befragten subjektiv gesehen zu einer deutlichen Verbesserung des körperlichen

Allgemeinzustandes. Dementsprechend fallen auch die Angaben des behandelnden Arztes aus: Er sah in der Zeit vor der Substitutionstherapie bei allen 51 Patienten eine behandlungswürdige Erkrankung. Für knapp 30 Prozent der Patienten er dabei ein extremes körperliches Problem, dessen Behandlung absolut dringend indiziert war. Im Gegensatz dazu fand sich nach Meinung des Mediziners unter Substitution bei 51 Prozent der Befragten kein echtes körperliches Problem mehr oder nur leichte, nicht behandlungspflichtige körperliche Probleme. Bei vier Patienten sah auch dann noch aufgrund eines extremen körperlichen Problems eine Behandlung als absolut dringend indiziert.

Abb. 2: Befunde des behandelnden Arztes<sup>3</sup>

Beschwerden / Befunde	unter Substitution					vor Substitution			
	nein	leicht	deutl.	stark		nein	leicht	deutl.	stark
Schwitzen	4	28	39	30		18	18	49	15
Schlafstörungen	21	43	20	16		31	29	26	10
Müdigkeit	43	31	26	0		41	35	6	18
motorische Unruhe	35	43	14	8		41	29	16	14
Atemnot	65	29	0	6		69	24	0	8
Appetitstörung	67	24	10	0		49	29	16	6
Übelkeit	65	31	4	0		55	37	0	8
Obstipation	61	30	8	2		51	16	12	22
diffuse Oberbauch-Beschwerden	69	24	6	2		69	16	8	8
sonst. intest. Beschwerden	92	8	0	0		90	6	0	4
Miktionsstörungen	75	22	0	4		77	10	6	8
Störungen/ Ausbleiben der Regel	88	8	0	4		96	4	0	0
Störungen der Libido/Potenz	73	18	4	6		69	12	14	6
Gliederschmerzen	71	29	0	0		73	12	10	6
keine Venen mehr	78	12	2	8		71	14	6	2
geschädigte Venen	65	10	12	4		53	14	8	16
Abszesse	96	4	0	0		86	10	4	0
Zahnprobleme	35	12	16	37		45	12	18	26

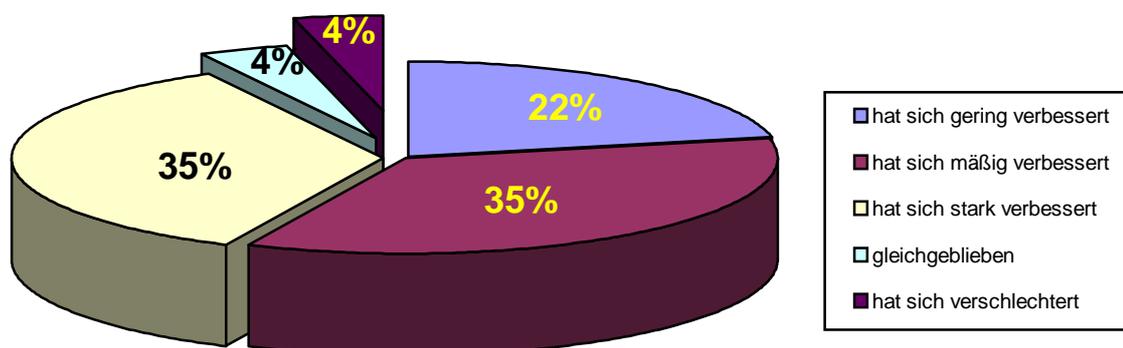
<sup>3</sup> Angaben in Prozent. Durch das Auf- bzw. Abrunden kann die rechnerische Gesamtzahl von 100 Prozent abweichen.

Eine deutliche Zunahme der Beschwerden im Verlauf der Opiat-Substitutionstherapie ist in *Abbildung 2* in den Bereichen „Schwitzen“, „Schlafstörungen“ und „Zahnprobleme“ zu erkennen. In fast allen anderen genannten Beschwerdebereichen zeigen sich dagegen bessere Ergebnisse nach Beginn der Substitutionstherapie.

Aktuelle rezidivierende körperliche Beschwerden hatten 47 Prozent der Befragten selbst zu beklagen. In den meisten Fällen handelt es sich dabei um leichtere gastrointestinale Beschwerden, wie Übelkeit, Magenschmerzen und Obstipation. Daneben wurden Gicht, Arthrose und Zahnprobleme vereinzelt als weitere körperliche Beschwerden genannt.

51 Prozent der Befragten gaben an, in den vorausgegangenen sechs Monaten wegen dieser körperlicher Beschwerden in ärztlicher Behandlung gewesen zu sein. In den vorausgegangenen 30 Tagen hatten 49 Prozent der Patienten gesundheitliche Probleme zu beklagen: Im Mittel hatten die Befragten an 3,5 der vorangegangenen 30 Tagen gesundheitliche Beschwerden, wobei die meisten (70 Prozent) nur an bis zu fünf Tagen in dieser Zeit von gesundheitlichen Problemen zu berichten wussten.

Abb. 3 : *Wie hat sich die gesundheitliche Situation im Vergleich zur Zeit vor der Substitutionstherapie verändert ?*

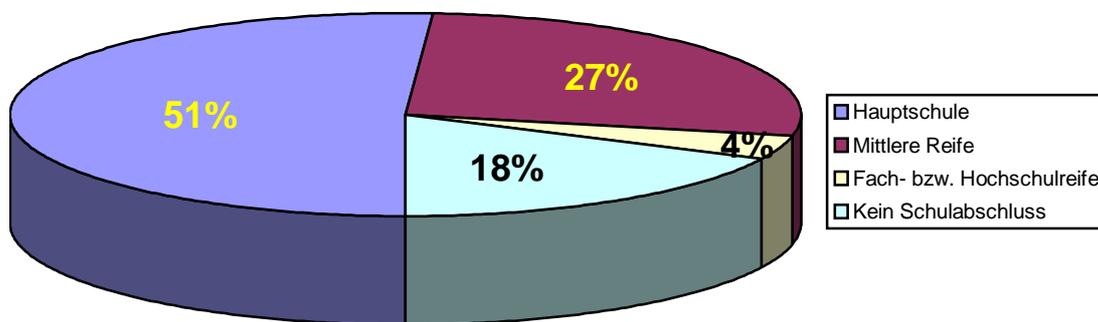


92 Prozent der Befragten stellten seit Beginn der Substitutionstherapie eine Besserung der gesundheitlichen Situation im Allgemeinen fest, wobei 84 Prozent dies auf die Therapie zurückführten.

### 3.2. Arbeits- und Unterhaltssituation

Eine Berufsausbildung haben 57 Prozent der Befragten abgeschlossen, wobei hiervon alle Patienten bis auf einen angegeben, das gewünschte Ausbildungsziel erreicht zu haben.

Abb. 4: Erreichter Schulabschluss



Gut die Hälfte der Befragten (55 Prozent) haben eine Berufsausbildung beziehungsweise einen Studiengang abgebrochen, wovon insgesamt ein Drittel einmal eine Ausbildung beziehungsweise einen Studiengang abgebrochen hat. 18 Prozent der Patienten haben zweimal, vier Prozent (n=2) drei und ein Befragter viermal eine Ausbildung abgebrochen. Der Abbruch der Berufsausbildung beziehungsweise des Studiums ist in fast allen Fällen auf die Drogenabhängigkeit zurückzuführen.

Befragt nach der längsten ununterbrochenen Beschäftigung ergab sich ein Mittelwert von 31,2 Monaten (zirka 2,6 Jahre), wobei 53 Prozent der Befragten eine längste Beschäftigung von bis zu zwei Jahren angaben. Nur ein Fünftel der Patienten hatte ein Arbeitsverhältnis von vier Jahren oder länger, wobei die längste Beschäftigungsdauer mit zehn Jahren angegeben wurde. Zwei Drittel der Befragten waren längstens drei Jahre ohne Arbeit. Vier der Befragten

hatten in den vorausgegangenen zehn Jahren gar keine Beschäftigung mehr gehabt.

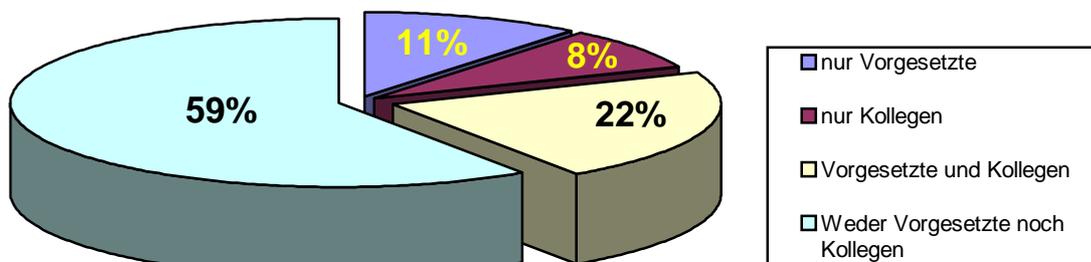
Ebenfalls vier der Befragten waren in den vorausgegangenen 10 Jahren am Stück beschäftigt. Im Mittel waren die Patienten zum Zeitpunkt der Befragung seit 43,8 Monaten durchgehend in Beschäftigungsverhältnissen, was in etwa der durchschnittlichen aktuellen Behandlungsdauer entspricht. Ein Drittel der Patienten war sogar erst seit 12 Monaten beschäftigt.

Abb. 5: *Erwerbstätigkeit*

ganztags beschäftigt		40 %
Teilzeit beschäftigt		10 %
ABM-Maßnahme		4 %
Ausbildung/Studium		4 %
arbeitslos (mit Arbeitslosengeld)	24 %	38 %
arbeitslos (ohne Arbeitslosengeld)	14 %	
Hausfrau/Hausmann		4 %

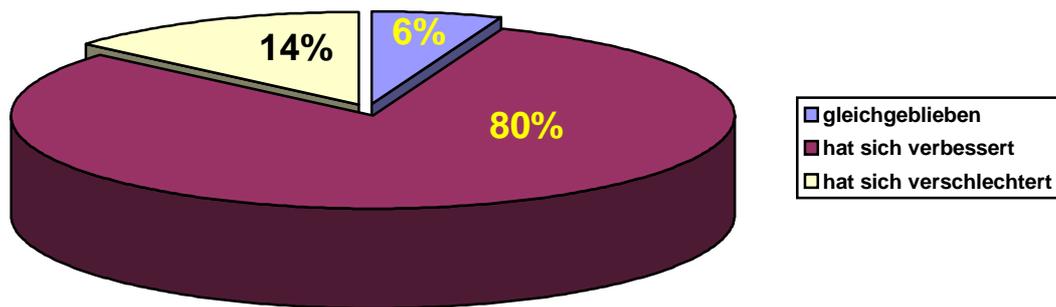
Die Zahl der Arbeitslosen unter den Befragten hat sich von 76 Prozent vor der Substitutionstherapie durch die Behandlung auf die in *Abbildung 3* genannten 38 Prozent halbiert.

Abb. 6: *Wer weiß am Arbeitsplatz vom Drogenproblem ?*



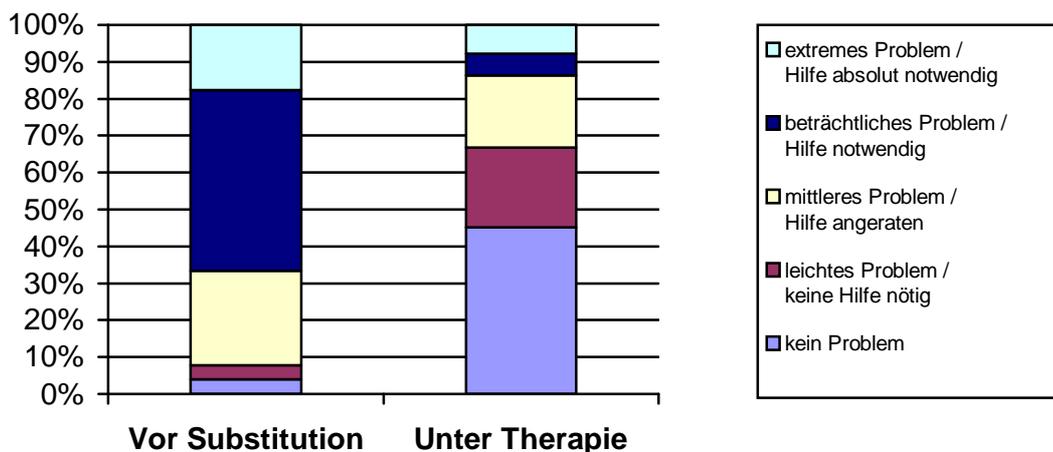
Insgesamt 45 Prozent der Befragten gaben an, ein gutes Verhältnis zu den Arbeitskollegen zu haben. Acht Prozent hatten auch nach Feierabend noch Kontakt zu den Kollegen. Nur ein Patient berichtete von Schwierigkeiten am Arbeitsplatz.

Abb. 7: *Wie hat sich die Arbeitssituation im Vergleich zur Zeit vor der Substitutionstherapie verändert ?*



Trotz der aus *Abbildung 7* hervorgehenden positiven Entwicklung der Arbeitssituation bewerteten dies nur knapp die Hälfte aller Befragten als einen direkten positiven Einfluss der Substitutionstherapie mit Methadon.

Abb. 8: *Ärztliche Bewertung der Arbeitssituation*



Knapp zwei Drittel der Befragten gaben an, in den vorausgegangenen 30 Tagen keine Probleme/Sorgen mit der Arbeitssituation gehabt zu haben. Der behandelnde Arzt sah, wie aus *Abbildung 8* ersichtlich, ebenfalls bei zwei Dritteln seiner Patienten unter therapeutischem Einfluss keinen Handlungsbedarf bezüglich der Arbeitssituation.

Abb. 9: *Quelle für den Lebensunterhalt war*

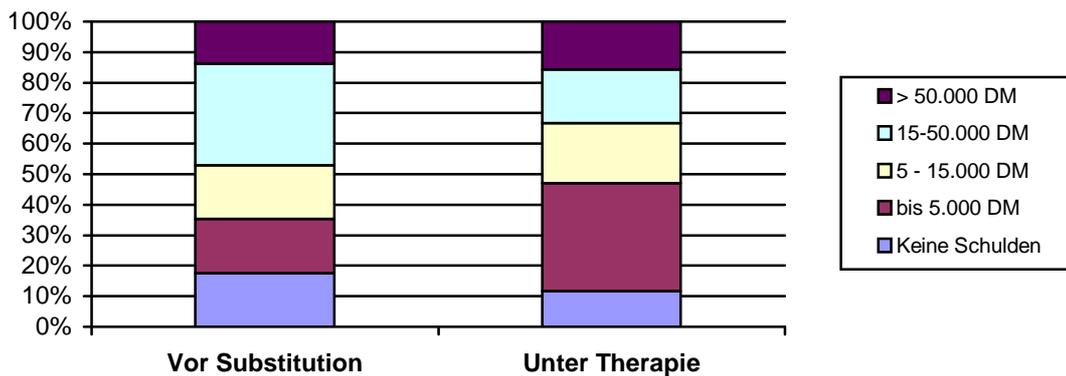
vor der Therapie		während Therapie
16 %	Erwerbstätigkeit (geregelt Arbeit)	51 %
26 %	Erwerbstätigkeit (Gelegenheitsjobs)	14 %
14 %	„Erwerbstätigkeit“ (Schwarzarbeit)	6 %
6 %	Ausbildungsvergütung/Umschulungsgeld	6 %
35 %	Arbeitslosengeld bzw. –hilfe	6 %
33 %	Sozialhilfe	25 %
0	Pension, Rente, Frührente	0
16 %	Wohngeld	8 %
16 %	Unterstützung durch Eltern	16 %
24 %	Unterstützung d. Partner, sonst. Angehörige oder Freunde	24 %
10 %	Dealern/Vermitteln von Deals	0
6 %	Prostitution/Zuhälterei	0
16 %	Hehlerei	4 %
14 %	Diebstahl	0
4 %	Einbrüche	0

Zwei Patienten gaben an, in den vorausgegangenen 30 Tagen kein Geld bezogen zu haben.

Insgesamt gaben jeweils rund 20 Prozent als Haupteinnahmequelle vor Therapiebeginn Erwerbstätigkeit, Arbeitslosengeld und Sozialhilfe an. Illegale

Tätigkeiten waren damals für 16 Prozent der Befragten die Haupteinnahmequelle. Unter der Therapie nannten über die Hälfte der Substituierten (51 Prozent) die geregelte Arbeit als Haupteinnahmequelle, 21 Prozent die Sozialhilfe und nur vier Prozent der Befragten bezogen ihr Geld hauptsächlich aus illegalen Machenschaften.

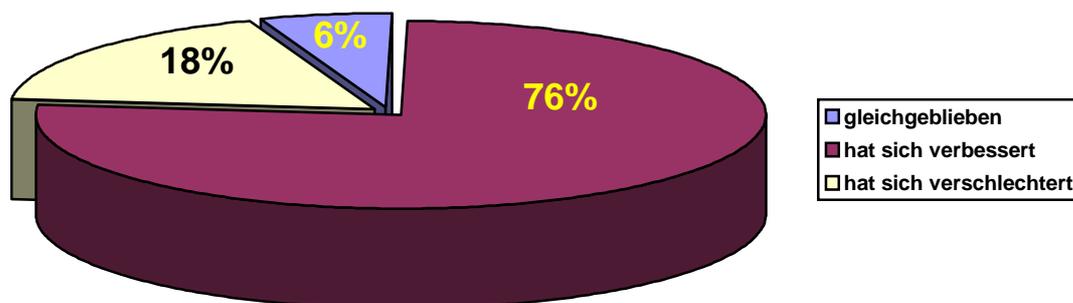
Abb. 10: *Schuldensituation*



Das „Monatseinkommen“ gaben die Befragten für die Zeit vor der Substitutionstherapie im Durchschnitt mit rund 35.500 DM an und für die Zeit während der Therapie mit durchschnittlich 1.500 DM.

Vor der Therapie verwendeten knapp zwei Drittel der Befragten (n=33) über 75 Prozent des Einkommens für Drogen. Während der Therapie gaben 90 Prozent der Befragten unter 10 Prozent des Einkommens für Drogen aus, wobei drei Viertel der Substituierten gar kein Geld für Drogen ausgaben.

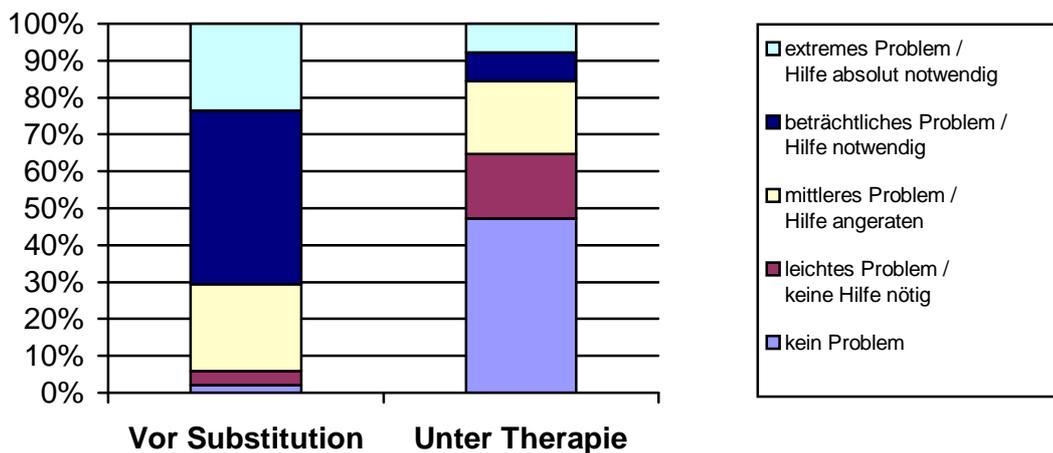
Abb. 11: *Wie hat sich die finanzielle Situation im Vergleich zur Zeit vor der Substitutionstherapie verändert ?*



Fast 60 Prozent der Befragten führten die Veränderung der finanziellen Situation auf den Einfluss der Opioid-Substitutionstherapie zurück, 25 Prozent beschrieben den Einfluss der Therapie sogar als „groß“ bis „sehr groß“.

Vor der Substitutionstherapie empfanden 30 Prozent der Patienten die Verschuldung als belastend versus 73 Prozent zum Zeitpunkt der Befragung unter Substitutionstherapie. Der behandelnde Arzt schätzte die finanzielle Belastung nur bei einem Drittel der Patienten als gravierend ein (siehe *Abbildung 12*).

Abb. 12: *Ärztliche Bewertung der finanziellen Situation*



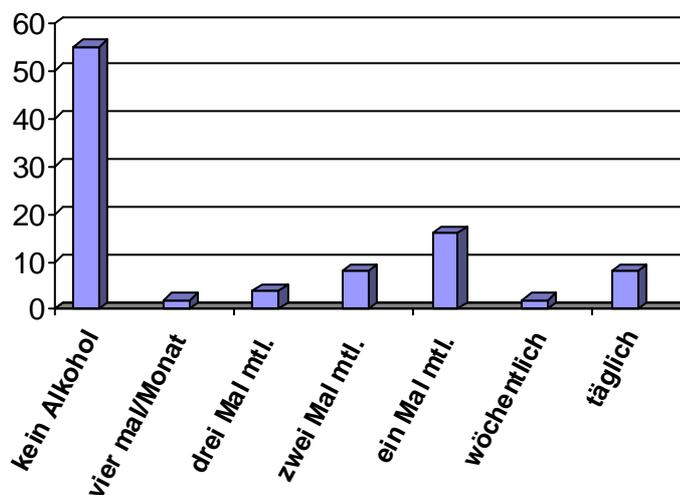
31 Prozent der Befragten gehen (eher) nicht davon aus, dass sich die finanzielle Situation bessern wird, rund 70 Prozent gehen von einer Verbesserung der finanziellen Situation in Zukunft aus.

### 3.3. Alkohol- und Drogengebrauch

#### 3.3.1. Alkoholgebrauch

Alkohol ist für die meisten der befragten Drogenabhängigen zu keinem Zeitpunkt ein Problem gewesen:

Abb. 13: *Wie oft Alkoholkonsum ? (Angaben in Prozent)*



Im Durchschnitt trinken die Patienten 22,5 g Alkohol pro Trinkgelegenheit, wobei 83 Prozent der Alkoholkonsumenten bis zu 20 Gramm pro Trinkgelegenheit zu sich nahmen. Als maximale Alkoholmenge pro Trinkgelegenheit wurden im Durchschnitt 33,7 Gramm angegeben, wobei nur knapp sechs Prozent aller Befragten (n=3) über 100 Gramm als maximale Alkoholmenge für eine Trinkgelegenheit angaben. Die Maximalmenge wird von den meisten (85 Prozent) mit bis zu 60 Gramm angegeben.

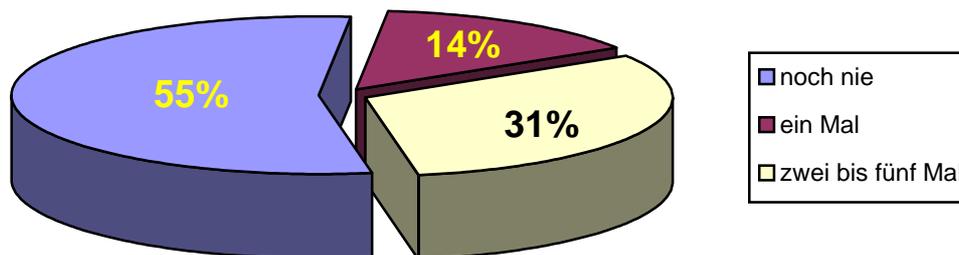
Unter Substitutionstherapie halbierte sich der durchschnittliche Alkoholkonsum, wobei die Anzahl der Alkoholkonsumenten gleich blieb, die Trinkmenge jedoch deutlich reduziert war.

### 3.3.2. Drogengebrauch

Ein Viertel der Substituierten gab an, noch nie Drogen injiziert, das Heroin also auf anderen Wegen konsumiert zu haben.

Bei der ersten intravenösen (i.v.-) Drogeneinnahme waren die Patienten durchschnittlich 20 Jahre alt (minimum 11, maximum 31 Jahre). Die Dauer des i.v.-Drogenkonsums wird im Mittel mit 8 1/4 Jahren angegeben, wobei knapp ein Drittel der befragten Patienten zehn Jahre oder länger i.v.-drogenabhängig waren, bevor sie die aktuelle Substitutionstherapie begonnen hatten.

Abb. 14: *Wie oft hatten Sie eine Heroin-Überdosierung ?*



Das Alter bei der ersten Drogenüberdosierung gaben die Befragten mit durchschnittlich 20,2 Lebensjahren an, also nur kurz oberhalb des durchschnittlichen Einstiegsalters. Auch das genannte Altersspektrum bei dieser Frage gleicht mit elf bis 31 Jahren dem des Einstiegsalters.

In den 30 Tagen vor Beginn der Substitutionstherapie gaben die Patienten zwischen 100 DM und 10.000,-DM für Drogen aus. Sechs Patienten wollten zu dieser Frage keine Auskunft erteilen. Von den übrigen Patienten gaben 60 Prozent über 1.000 DM in diesem Zeitraum für Drogen aus, elf Prozent sogar über 5.000 DM.

Abb. 15: *Durchschnittlich für Drogen in 30 Tagen ausgegebener Betrag*

vor der Substitutionstherapie	während Substitutionstherapie
2902 DM	126 DM

68 Prozent derer, die hierzu eine Angabe machten (n=45), gaben in den letzten 30 Tagen (also unter Substitutionstherapie) kein Geld für Drogen aus. Elf Prozent gaben weniger als 250 DM in diesem Zeitraum für Drogen aus, 20 Prozent zwischen 250 DM und 1.000 DM.

60 Prozent der Befragten hatten in den letzten 30 Tagen ein regelrechtes Verlangen nach Drogen. Für fast 90 Prozent machten sich in dieser Zeit körperliche Beschwerden bemerkbar, die sie an Entzugserscheinungen erinnerten (z.B. innere Unruhe, Herzklopfen, Übelkeit, Zittern, Schwitzen).

Abb. 16: *Wie oft hatten Sie in den letzten 30 Tagen ... (Angaben in Prozent der Befragten)*

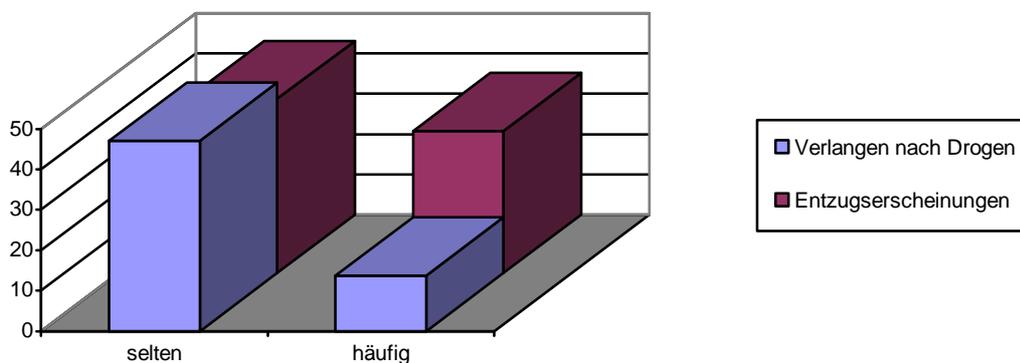
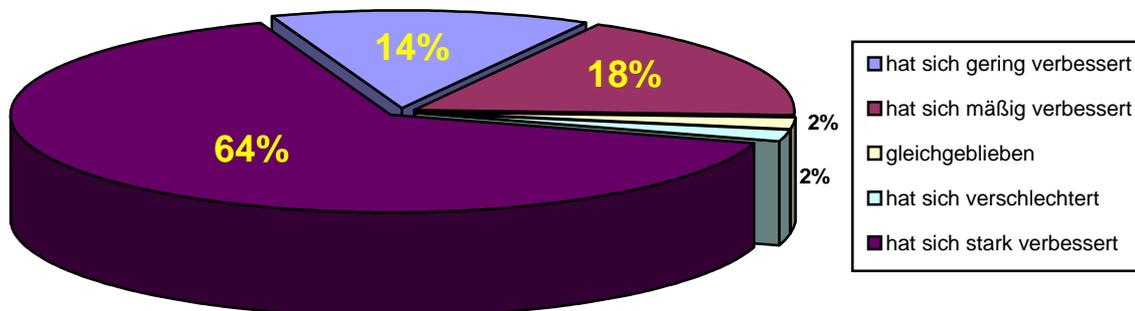
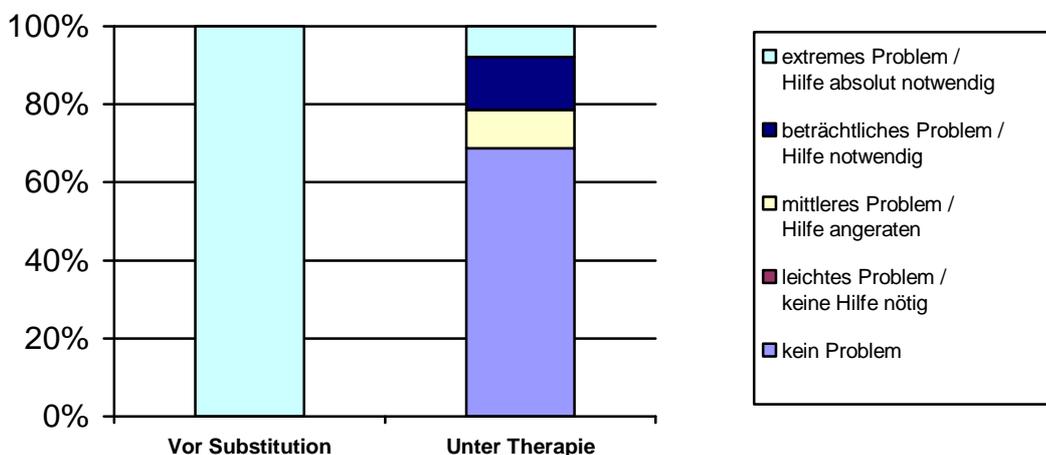


Abb. 17: *Wie hat sich die Fähigkeit mit der Sucht umzugehen im Vergleich zur Zeit vor der Substitutionstherapie verändert ?*



Im Vergleich zur Zeit vor Beginn der Opioid-Substitutionstherapie stellten 96 Prozent der Befragten eine Besserung Fähigkeit fest, mit der Sucht (dem Verlangen etc.) umgehen zu können.

Abb. 18: *Ärztliche Bewertung der Drogen-Situation*



Mit der Einschätzung, dass 68 Prozent seiner Patienten unter Substitution kein Problem mit Drogen haben, liegt er über der Selbsteinschätzung der Patienten selbst, die nur zu 60 Prozent eine Drogenfreiheit unter Substitution bestätigten (siehe oben).

### 3.3.3. Beikonsum

Ein knappes Drittel der Befragten gab an, unter Substitutionstherapie mit Methadon kein Problem mit Drogen zu haben. Jeweils ein weiteres Drittel nannte entweder eine oder mehrere Drogen (Substitutionsmittel nicht mit eingeschlossen) als aktuelles Problem.

In den der Befragung vorausgegangenen 30 Tagen hatten während der Substitutionstherapie 60 Prozent der Patienten keinen i.v.-Drogenkonsum. Insgesamt hatten in dieser Zeit weitere 20 Prozent an weniger als 7 Tagen i.v.-Drogenkonsum. Jeweils ein Patient gab an, an bis zu 15 beziehungsweise bis zu 20 der vorausgegangenen 30 Tage Drogen injiziert zu haben.

Gründe für den Beigebrauch während der laufenden Therapie:

- eine zu niedrige Dosierung des Substitutionsmittels (18 Prozent)
- das fehlende „Feeling“ (10 Prozent)
- „aus Bock“ (14 Prozent)
- aus Gewohnheit (8 Prozent)
- besonders schöne Situationen (6 Prozent)
- besonders schlechte Situationen (10 Prozent)
- ein besseres Zurechtkommen mit Depressionen (30 Prozent)
- ein Abschalten(12 Prozent).

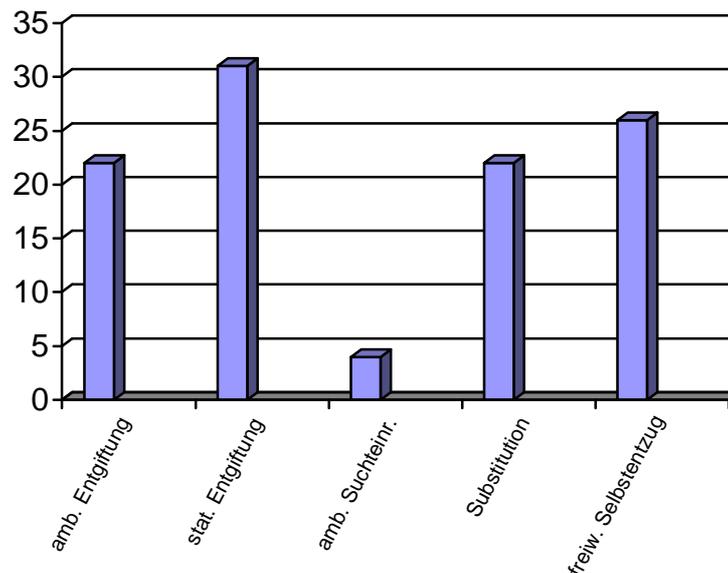
Abb. 19: *Beigebrauch bei laufender Substitutionstherapie (Angaben in Prozent der Befragten)*

Monat	Juni	Juli	Aug.	Sept	Okt.	Nov.	Dez.	Jan.	Febr	März	April	Mai
Opiate	22	24	20	16	18	14	14	8	6	8	6	6
Kokain	18	18	14	10	12	8	10	4	4	6	6	6
Amph.	20	18	14	12	10	6	10	6	4	6	4	4

### 3.3.4. Bisherige Suchttherapie

Rund 63 Prozent der Substituierten waren vor der aktuellen Substitutionstherapie schon in anderen drogenabhängigkeit-bezogenen Behandlungen:

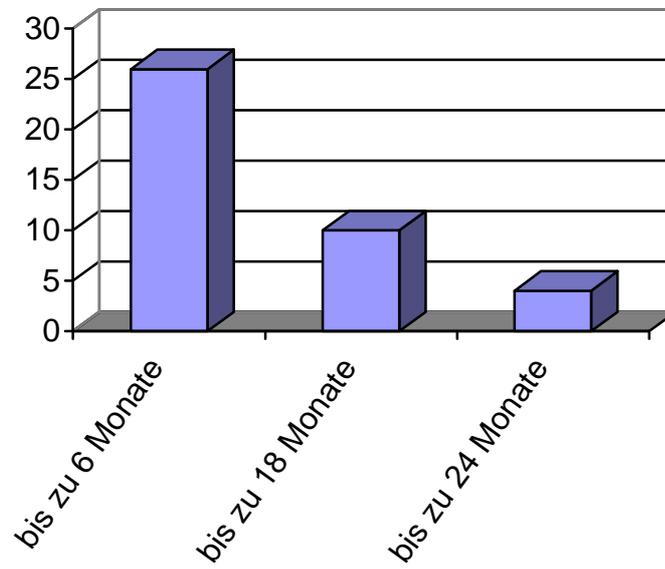
Abb. 20: *Bisherige abhängigkeitsbezogene Behandlungen*  
(Angaben in Prozent der Befragten)



Der behandelnde Arzt wusste nur bei zehn Prozent der Patienten von vorangegangenen Substitutionsbehandlungen, also nur von der Hälfte der nach eigenen Angaben zuvor in Substitutionsbehandlung gewesenen.

Von den Patienten, die überhaupt bereits Therapie-Erfahrungen (siehe *Abbildung 20*) gesammelt hatten, hatten alle mehrere Versuche frustan unternommen. Lediglich beim freiwilligen Selbstentzug sprachen die Betroffenen von einem erfolgreichen Therapieversuch, wenn auch nur vorübergehend: Im Durchschnitt waren die Befragten im Durchschnitt als Resultat einer dieser Behandlungen für längstens 3,2 Monate abstinent.

Abb. 21: *Wie lange waren Sie als Resultat einer dieser Behandlungen clean ?*  
(Angaben in Prozent der Befragten)



### 3.4. Rechtliche Situation

Keiner der Befragten befand sich aufgrund einer Rechtsgrundlage (Richter, Bewährungshelfer etc) in der Substitutionstherapie. 22 Prozent der Patienten wurden noch nie in ihrem bisherigen Leben angeklagt.

Abb. 22: *Folgende Anklagen wurden gegen die Befragten erhoben: (Angaben in Prozent der Befragten)*

Vorwurf	jemals angeklagt	nur einmalig	mehrmals/max.
<b>BtMG-Delikte</b> (Besitz, Handel, Einfuhr von Drogen)	57 %	20 %	37 % / 9x
<b>Beschaffungsdelikte</b> in Zusammenh. mit Sucht (Diebstahl, Hehlerei, Betrug, Raub, Rezeptfälschung, Betteln etc.)	47 %	10 %	37 % / 20x
<b>Gewalttaten</b> unter Alkohol-, Drogeneinfluss (z.B. Körperverletzung, Raubüberfall, Brandstiftung, Vergewaltigung, Totschlag, Mord)	18 %	8%	10 % / 14x

Zwei Patientinnen wurden einmal, eine zweimal wegen Prostitution verurteilt. Wegen Trunkenheit am Steuer wurden vier Patienten einmal und ein Patient zweimal verurteilt. Wegen gravierender Verkehrsdelikte kam es zu vier Verurteilungen.

Abbildung 22 zeigt, dass fast 80 Prozent der Drogenabhängigen wegen drogenbezogener Delikte (zum Teil mehrmals) angeklagt wurden. 18 Prozent der Befragten wurden jeweils freigesprochen.

Abb. 23: *Wie oft wurden Sie verurteilt ?*

ein mal verurteilt	12 %
zwei mal verurteilt	12 %
bis zu zehn mal verurteilt	32 %
öfter als zehn mal verurteilt	6 %

Zum Zeitpunkt der ersten Anklage wegen drogenbezogener Delikte waren die Patienten zwischen 16 und 24 Jahren alt. 14 Prozent standen bereits im Alter von 16 Jahren deshalb vor Gericht. Insgesamt 42 Prozent der Befragten waren bei der ersten Anklage unter 21 Jahre alt.

Abb. 24: *Folgende Strafen wurden verhängt (Anklagen insgesamt):*

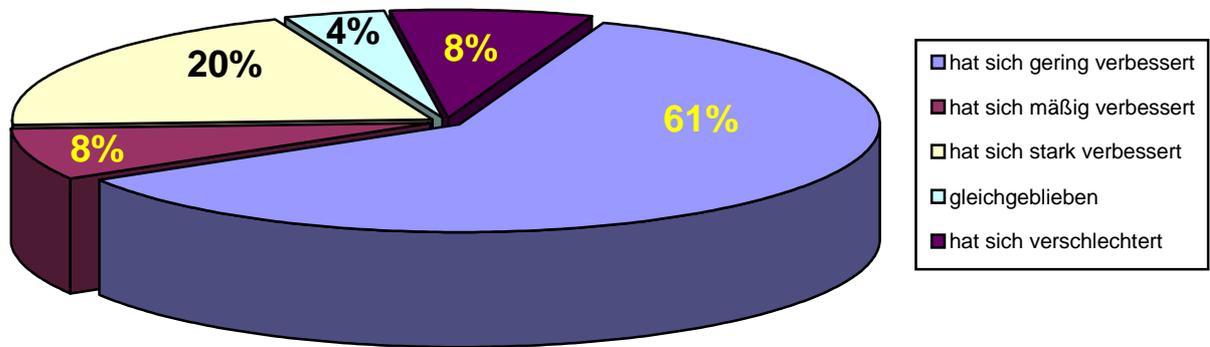
Geldstrafen	31
Führerscheinentzug	19
Widerruf einer Bewährung	8
Freiheitsstrafe mit Bewährung	26
Freiheitsstrafe ohne Bewährung	13
Unterbringung in einer Entziehungseinrichtung	4
sonstige Urteile	3

Knapp 14 Prozent aller Befragten (n= 7) gaben an, in den letzten 30 Tagen in illegale Geschäfte verwickelt gewesen zu sein. Drei nannten einen Tag, jeweils einer vier, sechs, zehn bzw. 30 Tage.

In Straf- beziehungsweise Untersuchungshaft saß seit Beginn der Substitutionsbehandlung ein Patient für neun Monate, nachdem er während der Therapie straffällig geworden war (Besitz von Betäubungsmitteln). Sechs Patienten wollten hierzu keine Aussage machen.

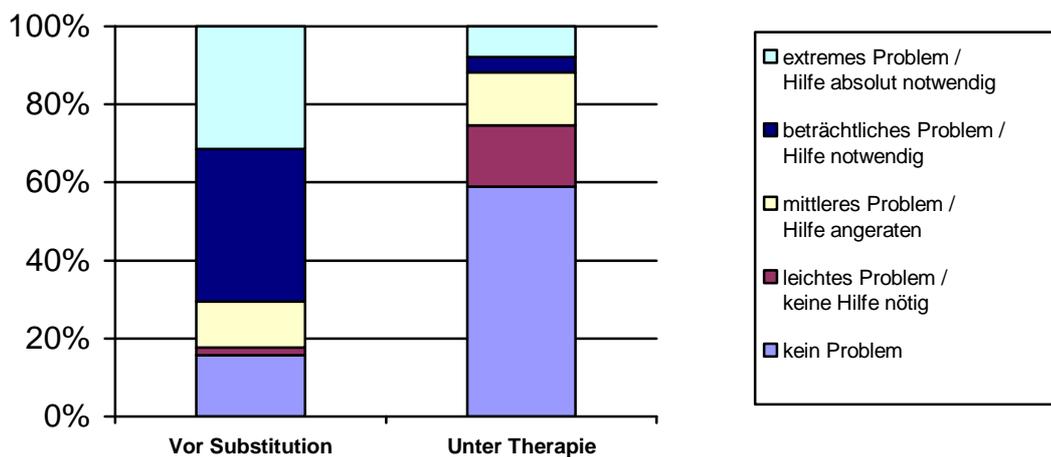
Zum Zeitpunkt der Befragung oblag keiner der Patienten einer rechtlichen Auflage.

Abb. 25: *Wie hat sich die rechtliche Situation im Vergleich zur Zeit vor der Substitutionstherapie verändert ?*



Fast 90 Prozent der Befragten bemerkten in Bezug auf die rechtliche Situation im Vergleich zur Zeit vor der Substitutionstherapie eine Besserung.

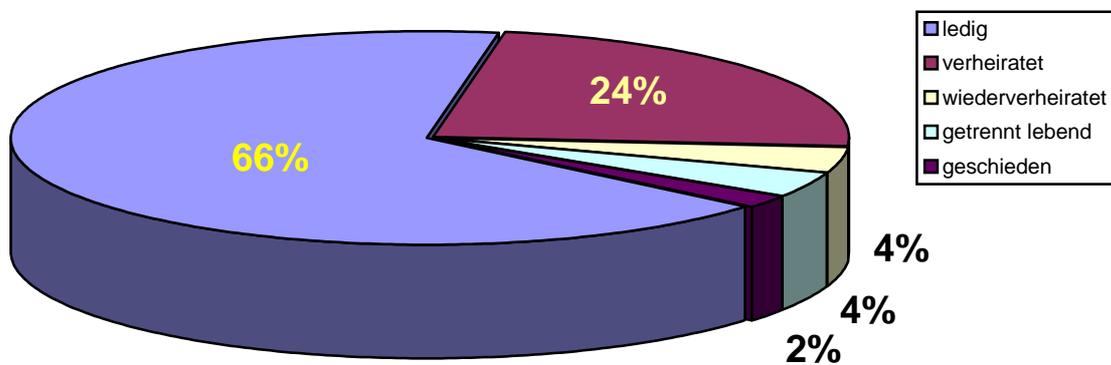
Abb. 26: *Ärztliche Bewertung der rechtlichen Situation*



### 3.5. Familie und Sozialbeziehungen

Knapp drei Viertel der Befragten (72 Prozent) sind mit beiden Elternteilen aufgewachsen, 20 Prozent mit nur einem Elternteil und acht Prozent bei den Großeltern.

Abb. 27: Familienstand der Befragten



77 Prozent der Befragten führen diesen Familienstand auf die Drogenabhängigkeit zurück. Knapp 70 Prozent sind mit dieser Familiensituation zufrieden.

Abb. 28: Wohnverhältnis der Befragten:

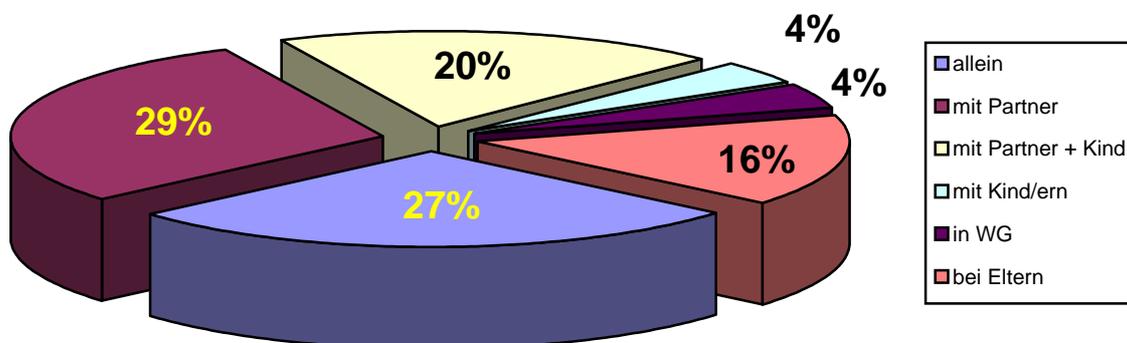
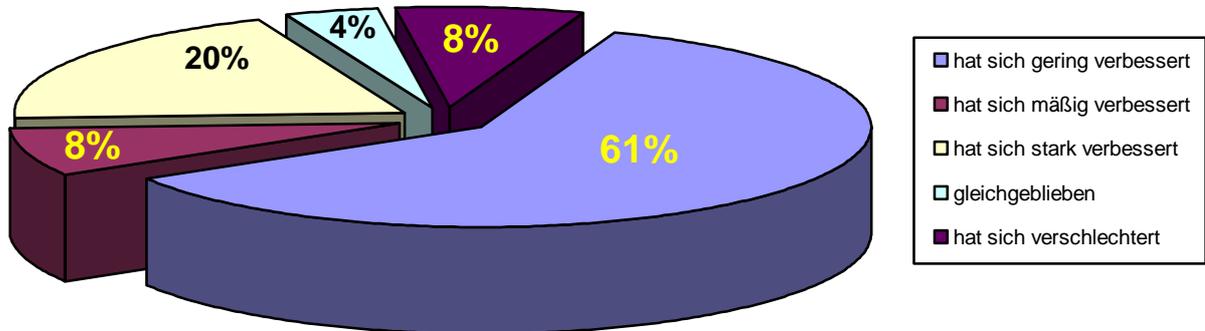


Abb. 29: Wie hat sich die Wohnsituation im Vergleich zur Zeit vor der Substitutionstherapie verändert ?



Über 65 Prozent der Befragten führen diese Veränderung der Wohnsituation auf die Substitutionstherapie zurück. Gut 30 Prozent sehen hier sogar einen sehr starken Einfluss der Therapie.

Mit der aktuellen Wohnsituation sind 60 Prozent der Befragten zufrieden, acht Prozent ist es gleichgültig und 31 Prozent der Patienten sind mit dieser Wohnsituation nicht zufrieden. Dies spiegelt sich ungefähr auch in der ärztlichen Bewertung der Wohnsituation wieder:

Abb. 30: Ärztliche Bewertung der Wohnsituation

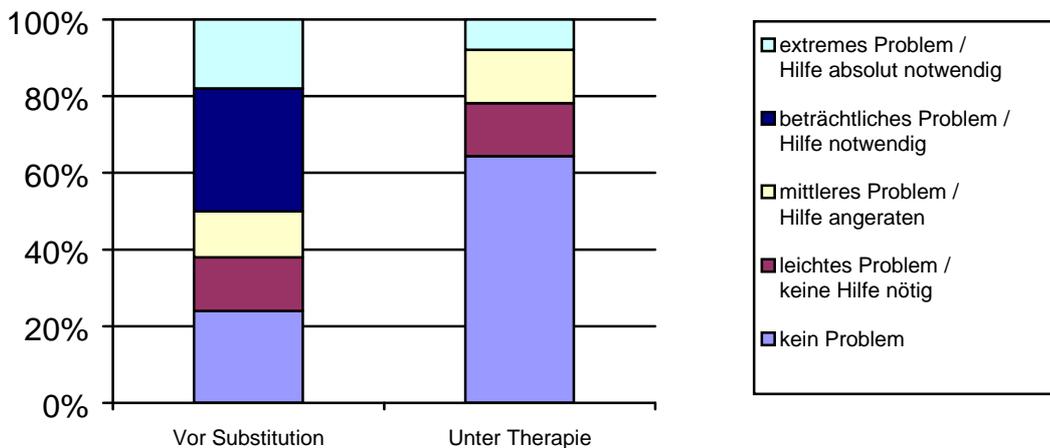
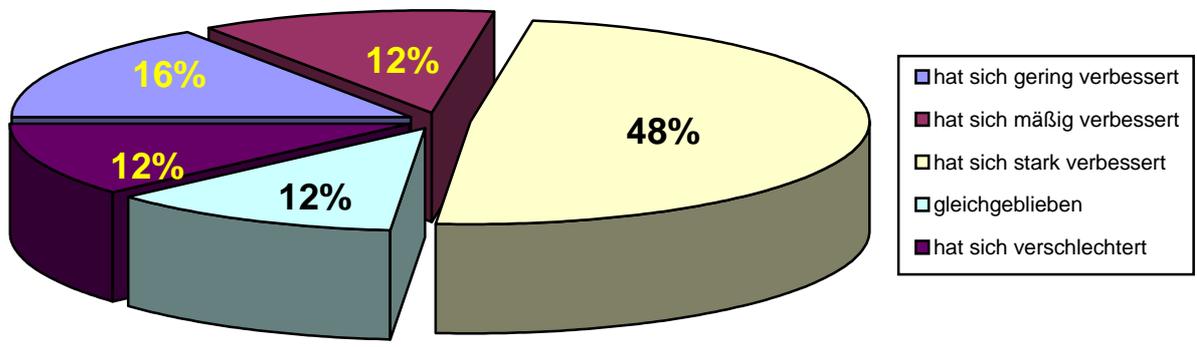


Abb. 31: *Wie hat sich die Partnersituation im Vergleich zur Zeit vor der Substitutionstherapie verändert?*



Drei Viertel der Befragten führen dies auf die Substitutionstherapie zurück. 77 Prozent der lierten Patienten haben einen Partner/eine Partnerin, die zur Zeit abstinent sind beziehungsweise noch nie Drogen genommen haben, wie die folgende Abbildung zeigt:

Abb. 32: *Abhängigkeit des Partners/der Partnerin:*

mein(e) Partner(in) hat nie Drogen genommen	65 %
mein(e) Partner(in) ist clean (hat früher Drogen genommen)	12 %
mein(e) Partner(in) nimmt Drogen	8 %
mein(e) Partner(in) bekommt auch Ersatzmittel	15 %

Abb. 33: *Auf wie viele Menschen konnten/können Sie sich im Ernstfall verlassen ?*

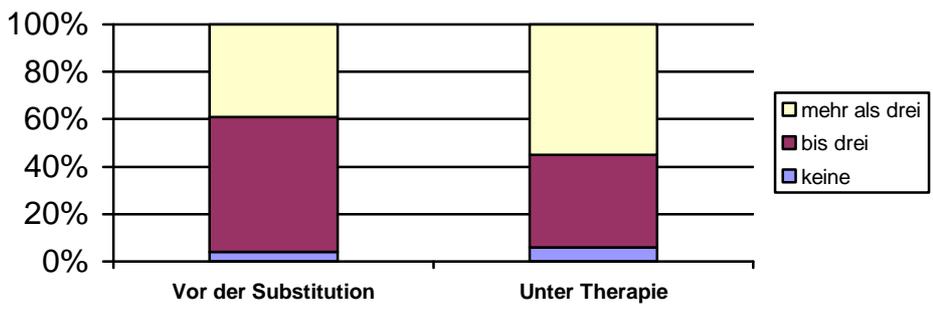
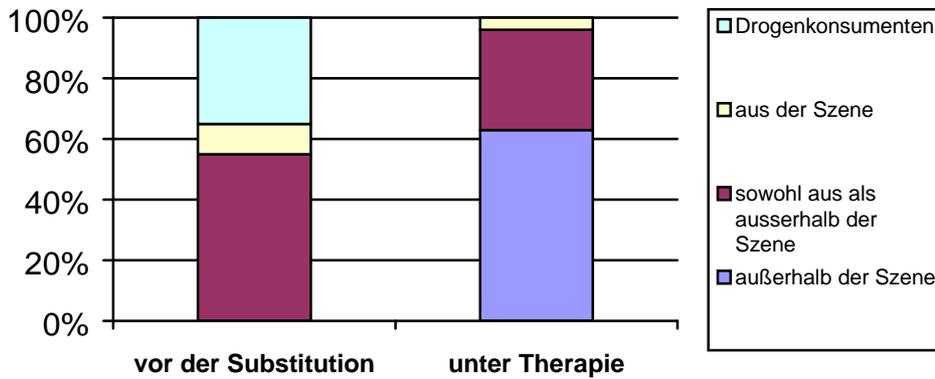
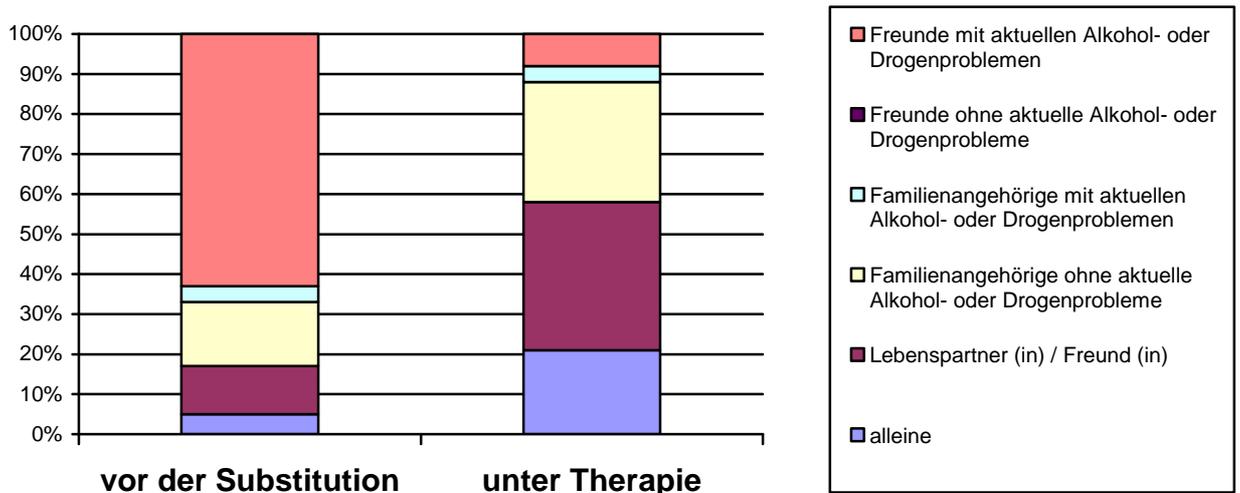


Abb. 34: *Diese Menschen waren/sind:*



Der Freundeskreis stabilisiert sich durch die Opioid-Substitutionstherapie und wird auf den drogenfreien Raum verlagert (siehe *Abbildungen 34* und *35*).

Abb. 35: *Mit wem verbrachten / verbringen Sie den größten Teil Ihrer Freizeit ?*



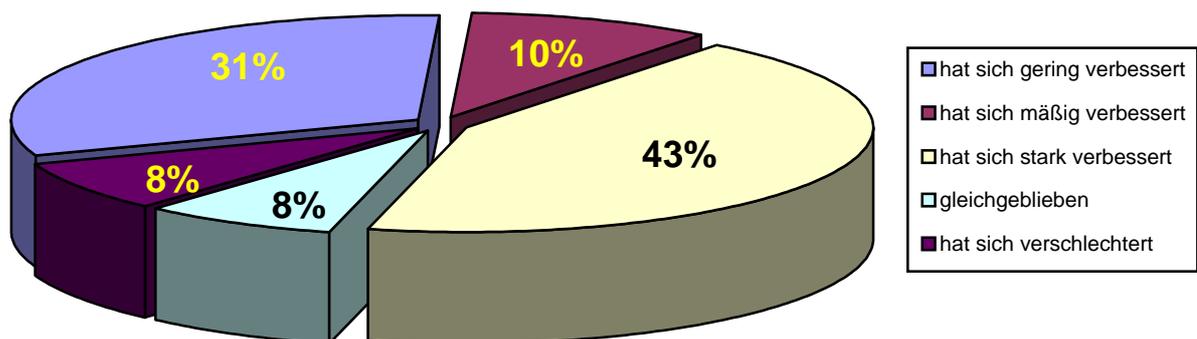
Wie aus *Abbildung 35* ersichtlich, hat sich der Kontakt zu Personen mit aktuellen Alkohol- beziehungsweise Drogenproblemen durch die Substitution drastisch reduziert. Dies veranschaulicht auch die *Abbildung 34*.

Abb. 36: *Mit welcher der folgenden Personen hatten Sie früher / haben Sie jetzt eine gute und langandauernde persönliche Beziehung in Ihrem Leben ? (Mehrfachnennung möglich)*

	früher	unter Therapie
Mutter	51 %	67 %
Vater	37 %	43 %
Bruder/Schwester	43 %	49 %
Lebensgefährte/in, Gatte/in	47 %	53 %
Kind/er	28 %	24 %
Freund/in	61 %	45 %

Viele der Substituierten suchen die feste Bindung einer Partnerschaft und zur Familie. Dies zeigt sich in den *Abbildungen 36 bis 39*.

Abb. 37: *Wie hat sich die Beziehung zu Ihren Verwandten im Vergleich zur Zeit vor der Substitutionstherapie verändert ?*



Über 65 Prozent der Befragten führen diese Veränderungen – bei 84 Prozent hat sich die Beziehung zu den Verwandten gebessert – auf die laufende Substitutionstherapie zurück.

Abb. 38: Wie häufig hatten Sie in der Zeit vor der Substitution persönliche Kontakte zu folgenden Personen ?

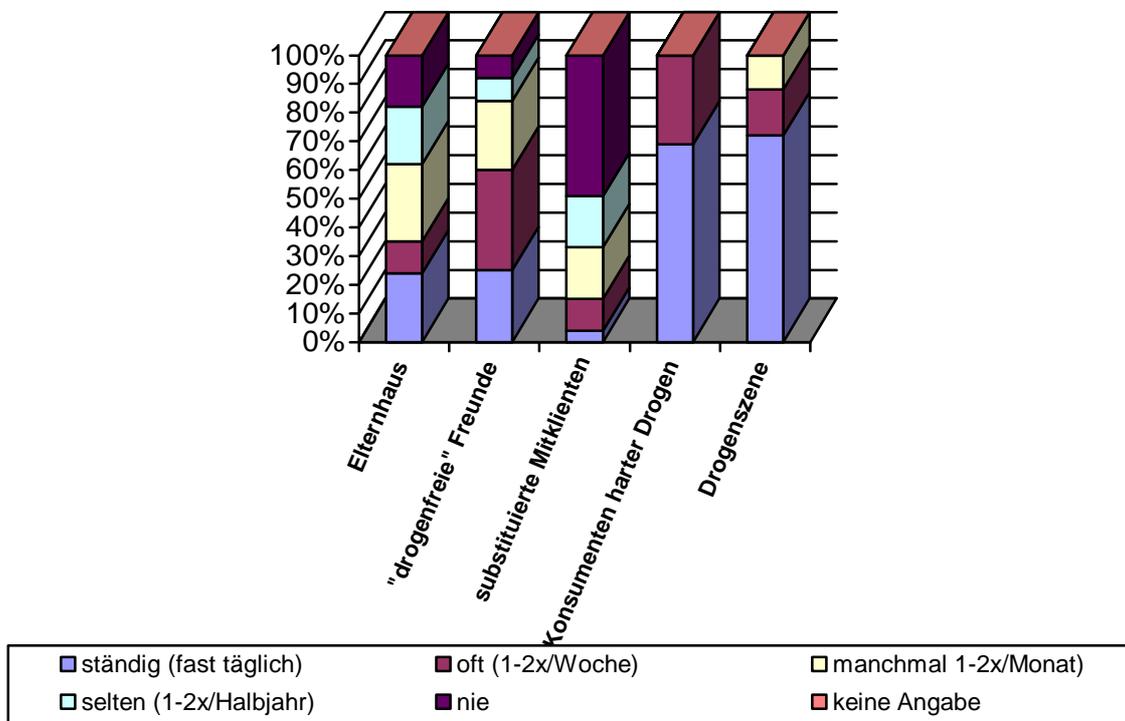


Abb. 39: Wie häufig hatten Sie in der Zeit nach Beginn der Substitution persönliche Kontakte zu folgenden Personen ?

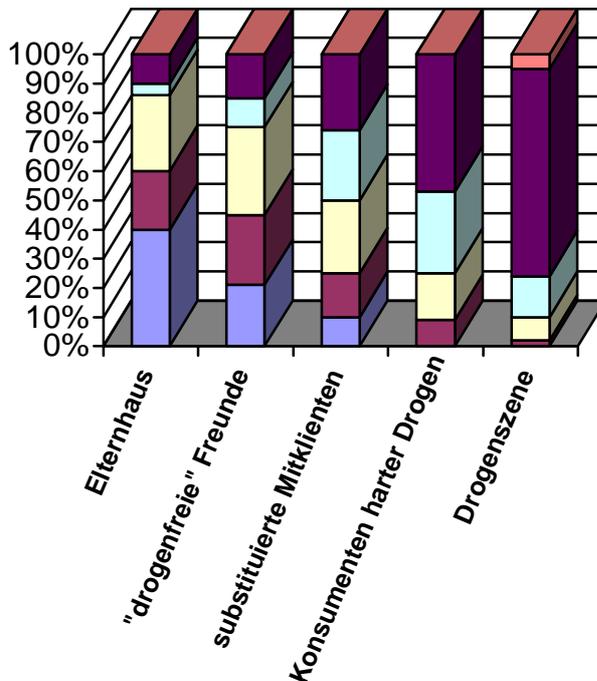
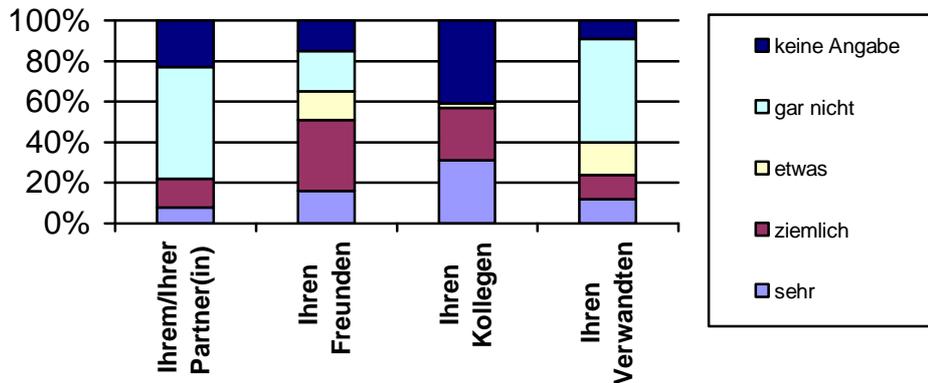


Abb. 40: Inwieweit fühlen Sie sich hinsichtlich Ihres Drogenproblems unterstützt von:



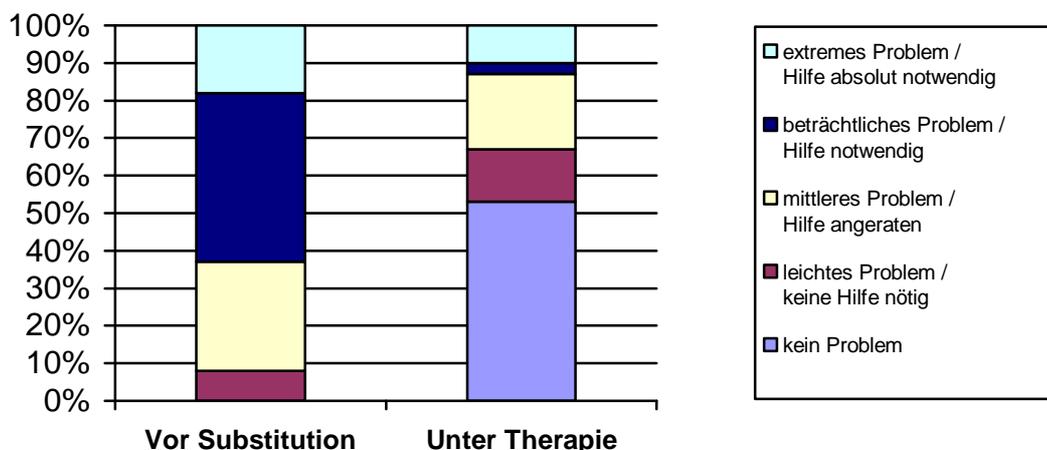
Besonders viel Unterstützung und Rückhalt widerfährt den Patienten von Freunden und Arbeitskollegen. Obwohl der Kontakt zur Familie – wie oben beschrieben – durch die Substitutionstherapie an Bedeutung gewinnt, fühlen sich die Patienten doch durch diese nicht entsprechend unterstützt.

Abb. 41: Fühlten/Fühlen Sie sich von einer Person aus ihrem nächsten Umfeld (Familie, Freunde, Kollegen) missbraucht ? (Mehrfachennung möglich)

	In den letzten 30 Tagen	jemals
emotional bzw. durch harte Worte	18 %	39 %
physisch / körperlich Schaden zugefügt	6 %	18 %
sexuelle Annäherung oder erzwungene Kontakte	4 %	6 %

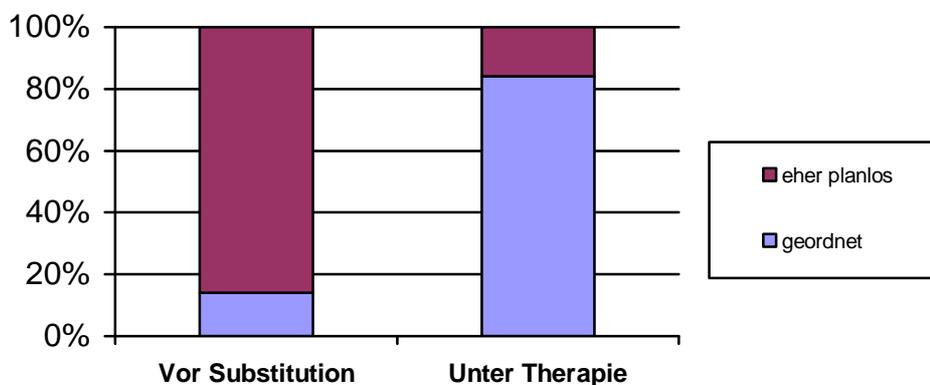
Abbildung 41 zeigt, dass auch die Fälle von (subjektiv empfundenem) Missbrauch durch nahe stehende Personen durch die Substitutionstherapie um über 50 Prozent gesenkt wurde.

Abb. 42: Ärztliche Bewertung der familiären und der Partnersituation



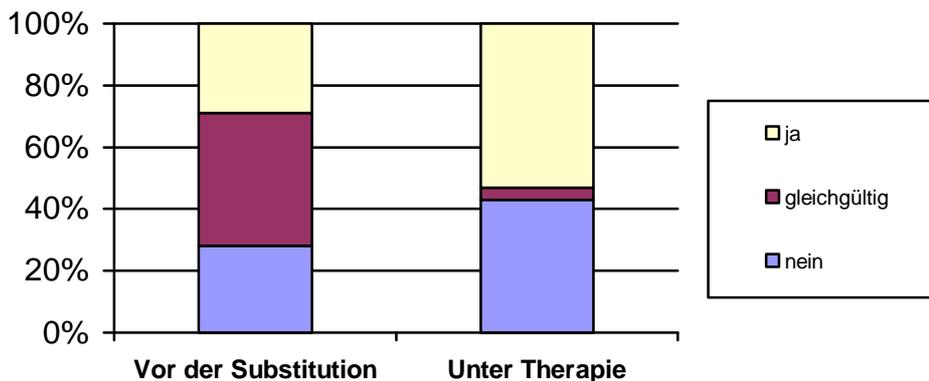
Die positive Entwicklung der familiären und der Partnersituation, die in den oben dargestellten Abbildungen bereits dargestellt ist, wird auch durch die Einschätzung des behandelnden Arztes dokumentiert.

Abb. 43: Der Tagesablauf war / ist:



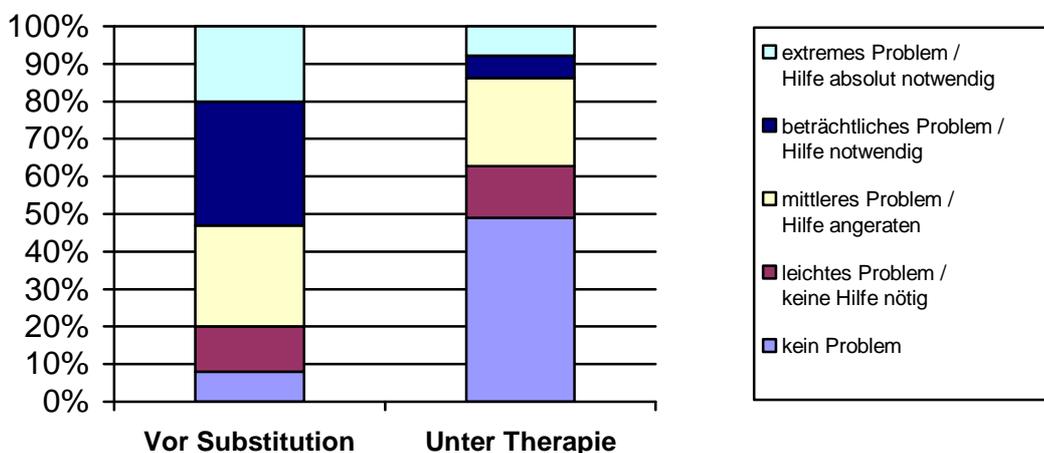
Langeweile verspürten im Alltag vor Beginn der Opioid-Substitution mit zirka 75 Prozent etwa genau so viele Patienten, wie nach Therapiebeginn. Trotzdem ist die Gleichgültigkeit bezüglich des Tagesablaufs stark gesunken, wie *Abbildung 44* zeigt:

Abb. 44: Waren / sind Sie zufrieden damit, wie Sie Ihre Freizeit verbringen ?



Der Anteil derer, die mit ihrem Tagesablauf zufrieden sind (=Stabilität) ist ebenso gestiegen, wie der Anteil derer, die mit ihrem Tagesablauf unzufrieden und dadurch eventuell. motiviert zur Veränderung sind. Auch hier deckt sich das subjektive Empfinden der substituierten Patienten mit der Einschätzung des behandelnden Arztes:

Abb. 45: Ärztliche Bewertung der Freizeit-Situation



Die folgende *Abbildung 46* zeigt, dass sich etliche der Substituierten seit Beginn der Therapie viele Gedanken über die Zukunft und über notwendige Veränderungen in ihrem Leben gemacht haben. Vieles wurde bereits versucht, nur in wenigen Fällen ohne Erfolg, und vieles haben die Patienten fest im Auge.

Abb. 46: Welche Initiativen haben Sie, seit Sie in Substitution sind, ergriffen ? Mit welchem Erfolg ? Was sind Ihre Ziele für die nächste Zeit ? (Mehrfachnennung möglich)

	Habe ich versucht		Habe ich vor
	erfolgreich	- ohne Erfolg	
Etwas für meine Gesundheit tun.	26 %	4 %	49 %
Die Beziehung zu meinem Partner verbessern.	24 %	4 %	14 %
Einen Partner zu finden	20 %	6 %	26 %
Den Kontakt zu meinen Kindern zu verbessern	8 %	10 %	6 %
Kinder zu bekommen.	8 %	8 %	30 %
Das Verhältnis zu meinen Eltern zu verbessern.	45 %	18 %	24 %
Eine andere Wohnung zu finden	14 %	10 %	35 %
Eine Schulausbildung zu beginnen oder fortzusetzen	0 %	18 %	24 %
Zu studieren	0 %	4 %	14 %
Eine Berufsausbildung/Umschulung zu beginnen oder fortzusetzen	0 %	14 %	35 %
Eine (neue) Arbeitsstelle zu finden	24 %	22 %	28 %
Einen Gelegenheitsjob zu finden	0 %	6 %	14 %
Neue „drogenfreie“ Freunde zu	26 %	8 %	28 %
Mich von der Drogenszene zu lösen	31 %	0 %	4 %
Den Drogenkonsum zu reduzieren.	37 %	0 %	8 %
Clean zu leben	35 %	12 %	37 %
Sport zu treiben	8 %	10 %	28 %
Meine Freizeit sinnvoller zu nutzen	28 %	0 %	39 %
Ein „normales“ geregeltes Leben zu führen	28 %	6 %	29 %

### 3.6. Psychischer Status

Abb. 47: Seelischer Zustand vor und nach Beginn der Substitutionstherapie

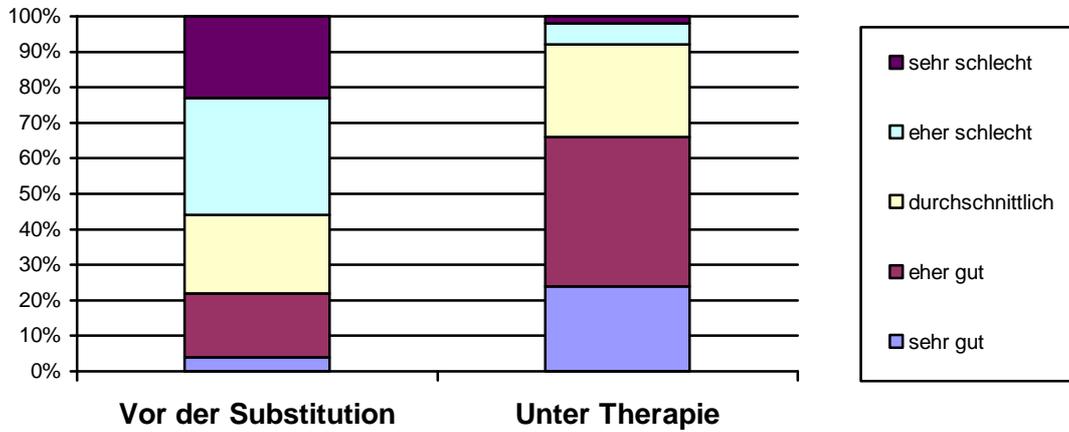
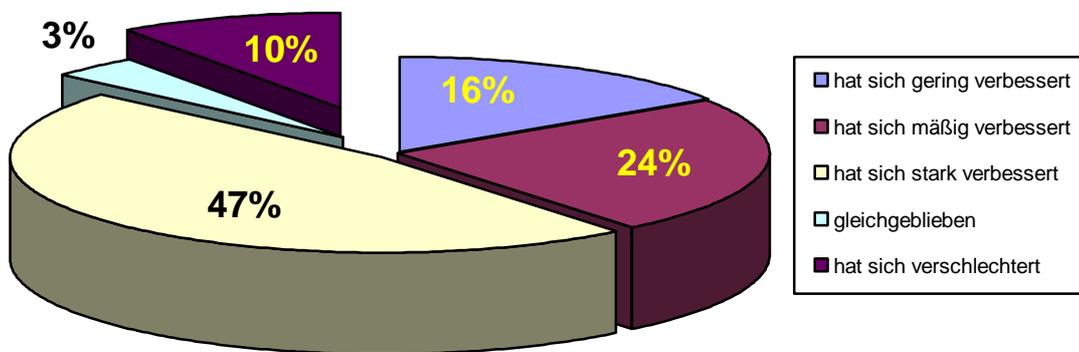


Abb. 48: Wie hat sich die seelische Situation im Vergleich zur Zeit vor der Substitutionstherapie verändert ?



Bezüglich der seelischen Verfassung in der Zeit vor und nach Therapiebeginn stellten 85 Prozent der Befragten eine Besserung fest. 90 Prozent führten diese Veränderung auf die Substitutionstherapie zurück, fast 60 Prozent sprachen der Therapie sogar einen starken bis sehr starken Einfluss zu.

Eine Besserung des Selbstwertgefühls und der eigentlichen Grundstimmung stellten 86 Prozent beziehungsweise 82 Prozent der Befragten nach Beginn der Substitutionstherapie fest, wobei knapp ein Drittel beides nicht auf die Therapie zurückführte.

Abb. 49 : *Wie hat sich das Selbstwertgefühl im Vergleich zur Zeit vor der Substitutionstherapie verändert ?*

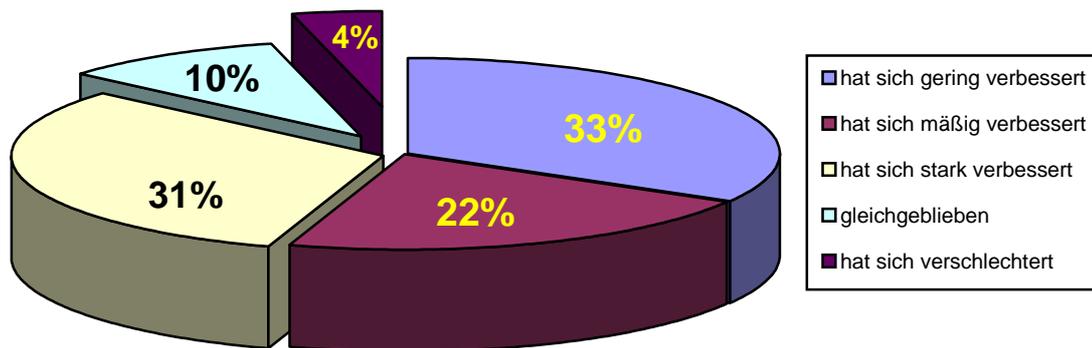


Abb. 50 : *Wie hat sich die Grundstimmung im Vergleich zur Zeit vor der Substitutionstherapie verändert ?*

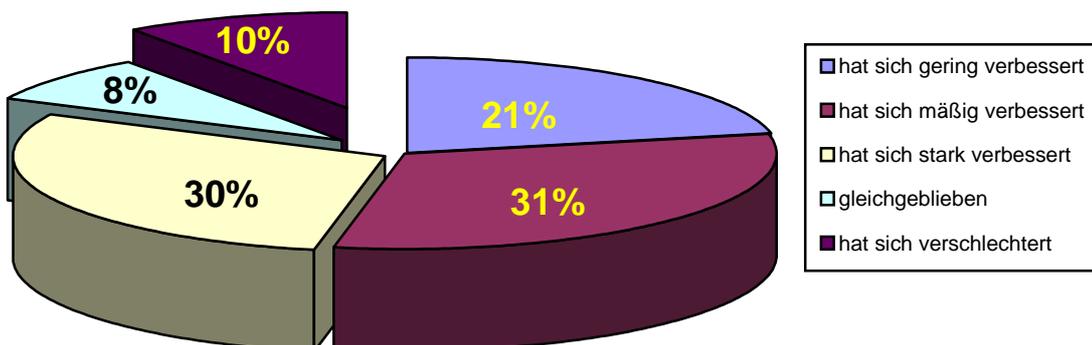


Abb. 51: Wann oder in welchen Situationen treten traurige Stimmung beziehungsweise Depressionen bei Ihnen auf ? (Angaben in Prozent aller Befragten)

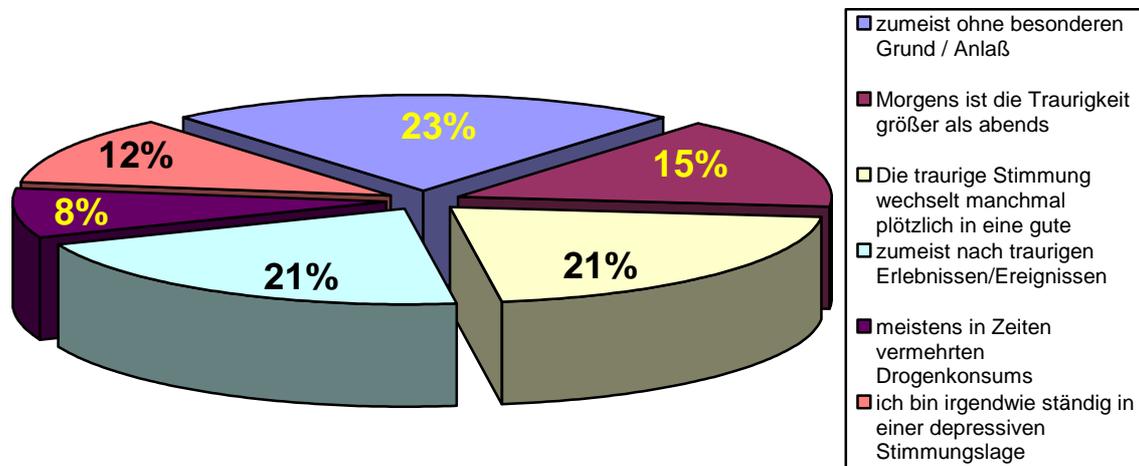
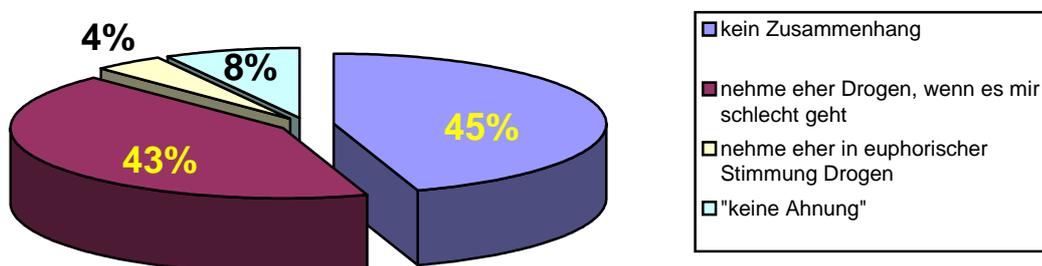


Abbildung 51 zeigt, dass nur ein sehr geringer Anteil der Patienten nach dem vermehrten Genuss von Drogen in schlechte Gemütsstimmung kommt. Fast die Hälfte der Befragten gaben sogar an Drogen vor allem dann zu nehmen, wenn es mit der Gemütslage nicht so gut bestellt ist beziehungsweise war (siehe Abbildung 52).

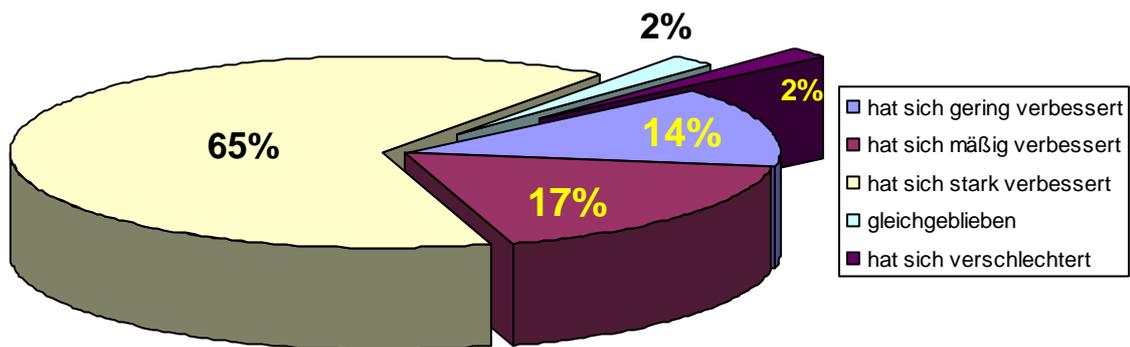
Abb. 52 : Zusammenhang zwischen Drogenkonsum und Wohlbefinden (Angaben in Prozent)



Durch die Opioid-Substitutionstherapie änderte sich (erwartungsgemäß) auch die Fähigkeit, mit der Sucht an sich klar zu kommen. Aus Abbildung 53 geht

hervor, dass fast alle Patienten nunmehr glauben, gut mit der Sucht (dem Verlangen etc.) umgehen zu können.

Abb. 53 : *Wie hat sich die Fähigkeit mit der Sucht (dem Verlangen etc.) umgehen zu können im Vergleich zur Zeit vor der Substitutionstherapie verändert ?*

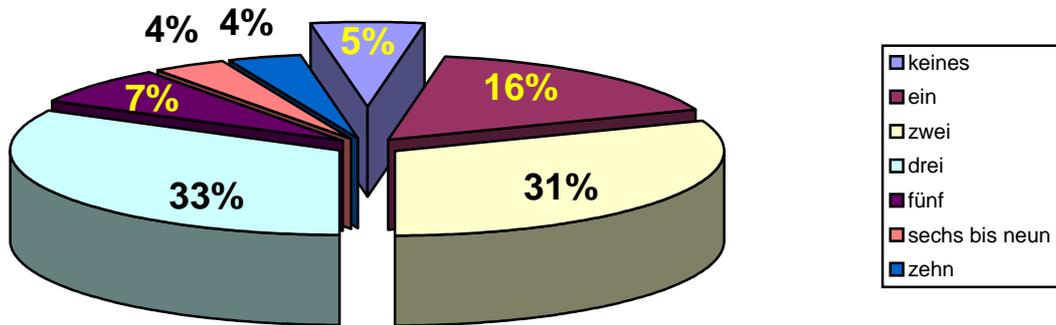


Die Befragten hatten in den vorausgegangenen sechs Monaten im Durchschnitt fast drei der im Folgenden genannten belastenden Ereignisse (positiv wie negativ) erlebt, 80 Prozent zwischen einem und drei (siehe *Abbildung 54*):

Abb. 54 a: *Erlebte belastende Ereignisse (positiv wie negativ)*

Verlust des Arbeitsplatzes	Geburt eines Kindes	Gerichtsverhandlung
Neuer Arbeitsplatz	Krankheit	Verhaftung
Prüfung	Unfall	Verurteilung
Verlust oder Wechsel der Wohnung	Behinderung	Entlassung aus Untersuchungs- bzw. Strafhaft
Ende einer persönlichen Beziehung / neue Beziehung	Genesung von einer Krankheit / Unfall	Entlassung aus stationärer psychiatrischer Behandlung
Heirat	Rückfall	HIV-Testergebnis erfahren

Abb. 54 b: Häufigkeit der in den vorausgegangenen sechs Monaten erlebten belastenden Ereignisse (positiv wie negativ, wie oben aufgelistet).



85 Prozent der Patient lernten durch die Substitutionstherapie besser mit solchen (wie den oben beschriebenen) Belastungssituationen zurechtzukommen:

Abb. 55 : Wie hat sich die Fähigkeit mit Belastungssituationen umgehen zu können im Vergleich zur Zeit vor der Substitutionstherapie verändert ?

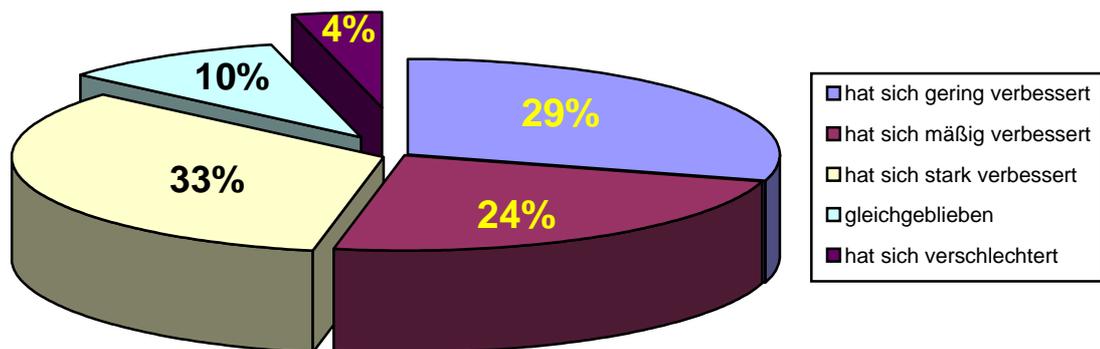
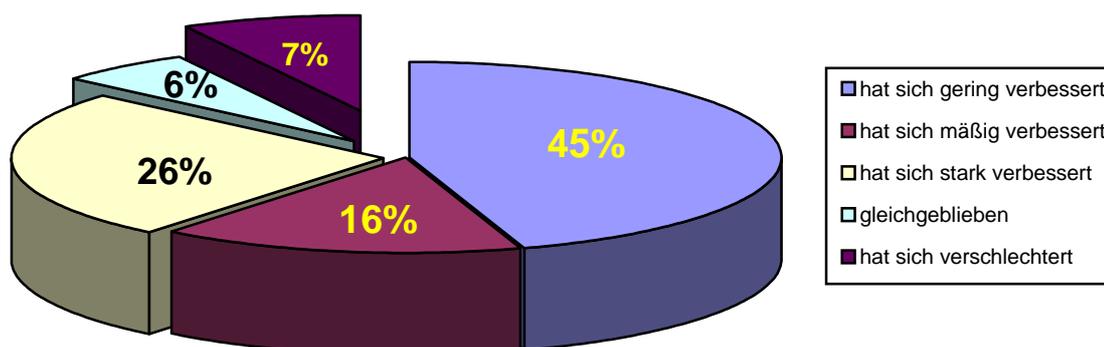


Abb. 56: Gab es eine bedeutsame Zeitspanne, in der Sie unter folgenden psychischen Problemen litten ? (nicht als direktes Resultat eines Drogen- / Alkoholmissbrauchs Angaben in Prozent aller Befragten)

	Vor der Substitution	Jetzt	In den letzten 30 Tagen	Insgesamt
Schwere Depression	57	16	24	
Schwere Angst- und Spannungszustände	41	24	29	51
Schwierigkeiten mit Verständnis, Gedächtnis oder Konzentration	26	22	20	37
Halluzinationen	20	0	0	20
Schwierigkeiten gewalttätiges Verhalten zu kontrollieren	16	8	8	16
Verschreibung von Medikamenten für ein psychisches Problem	35	14	16	35
Ernsthafte Selbstmordgedanken	24	4	14	24

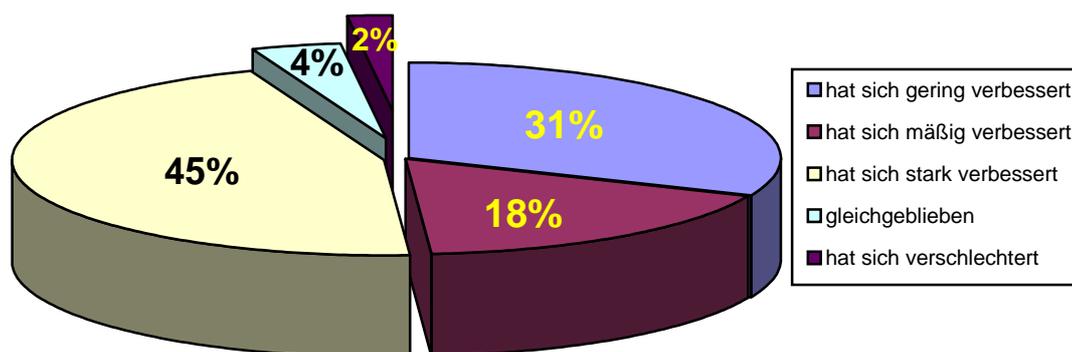
Abb. 57 : Wie haben sich die Ängste im Vergleich zur Zeit vor der Substitutionstherapie verändert ?



Im Bereich der Ängste führten nur knapp 60 Prozent der Befragten Veränderungen nach Therapiebeginn auf diese zurück. Trotzdem sprachen 87 Prozent der Befragten von einer Verbesserung diesbezüglich. Noch mehr Patienten gaben an, nach Beginn der Substitutionstherapie über eine bessere

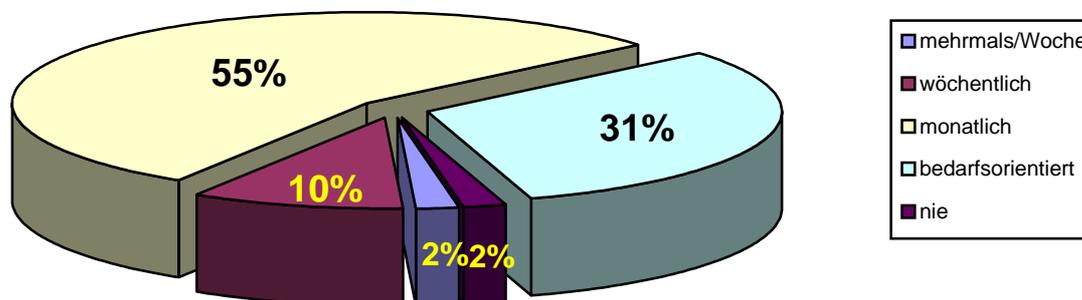
Einsichtsfähigkeit in eigene Verhaltensweisen zu verfügen (siehe *Abbildung 58*). Drei Viertel der Befragten führten dies auf die Therapie zurück.

Abb. 58 : *Wie hat sich die Einsichtsfähigkeit in eigene Verhaltensweisen im Vergleich zur Zeit vor der Substitutionstherapie verändert ?*



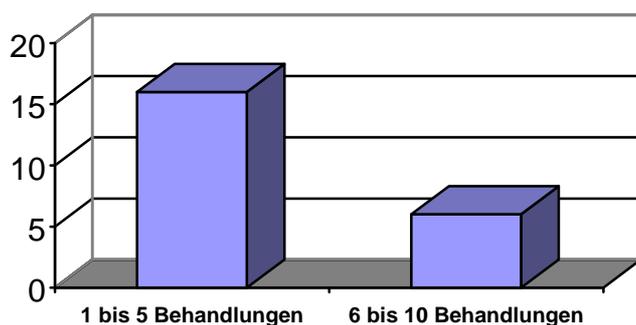
Eine große Bedeutung wird in der Opioid-Substitutionstherapie den längeren Gesprächen zwischen substituierendem Arzt und drogenabhängigem Patienten zugesprochen. Der hier befragte substituierende Arzt hält diese Gespräche bedarfsorientiert ab: Individuell wird die Häufigkeit dieser Gespräche an die Bedürfnisse des jeweiligen Patienten angepasst.

Abb. 59: *Häufigkeit von Arzt -> <- Patienten-Gesprächen > 20 Minuten*



Zwei Patienten waren wegen psychischer oder emotionaler Probleme (ohne direkt drogenbedingte Probleme) jeweils einmal in stationärer Behandlung. Ambulant waren aus diesem Grund 22 Prozent der Befragten bereits in Behandlung:

Abb. 60: Anzahl ambulanter Behandlungen wegen psychischer oder emotionaler Probleme (ohne direkt drogenbedingte Probleme, Angaben in Prozent aller Befragter)



Neben der ärztlichen Behandlung durch den substituierenden Arzt waren zum Zeitpunkt der Befragung 14 Prozent der Patienten nach eigener Auskunft in weiterer psychosozialer Betreuung. Der Arzt selbst wusste von keinen sonstigen psychosozialen Kontakten seiner Patienten zu diesem Zeitpunkt.

Weitere 12 Prozent der Befragten waren früher in psychosozialer Betreuung. Zehn Prozent gaben an, diese Betreuung „nur bei Bedarf“ in Anspruch genommen zu haben. Sechs Prozent der Befragten befanden beziehungsweise befinden sich einmal im Monat, vier Patienten einmal pro Woche in psychosozialer Betreuung.

Abb. 61: *Wo befanden/befinden Sie sich in psychosozialer Betreuung ? (Angaben in Prozent der Patienten mit psychosozialer Betreuung)*

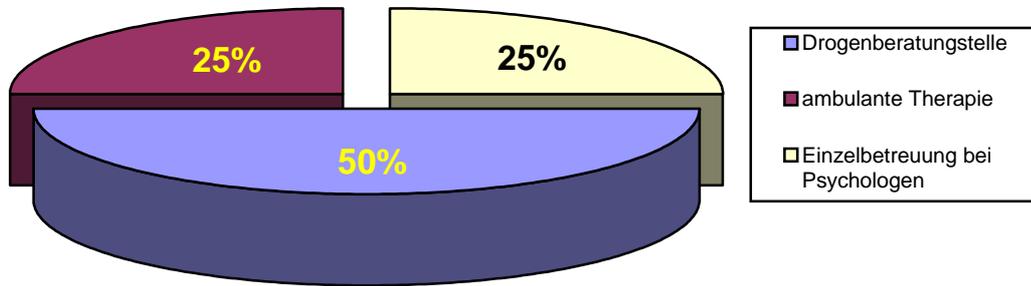
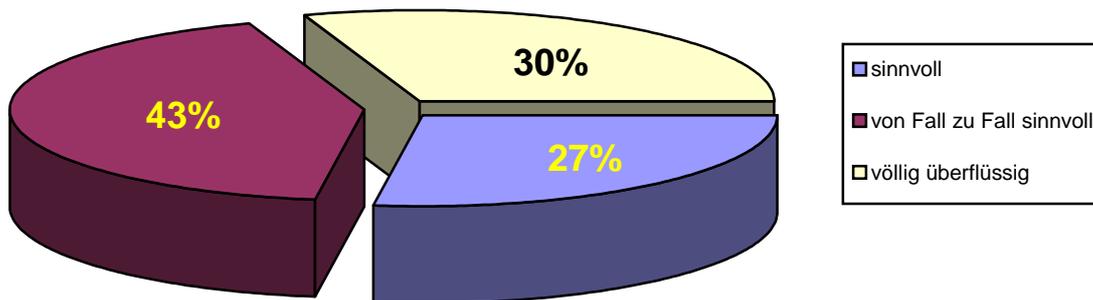


Abb. 62: *Für wie sinnvoll halten Sie diese Therapieform für sich selbst ? (Angaben in Prozent aller Befragten)*



Die Substitutionstherapie hat dieser Datenerhebung zufolge offenbar keinen wesentlichen Einfluss auf die psychiatrischen Diagnosen: Lediglich bei den Depressionen zeigt die in der folgenden *Abbildung 63* dargestellte Liste aller diagnostizierter Erkrankungen nach ICD 10 eine deutliche Zunahme. Einzig bei den Essstörungen zeigt sich ein deutlicher Rückgang der betroffenen Patientenzahlen. Ansonsten halten sich vor Beginn der Therapie und bei laufender Therapie festgestellte psychiatrische Diagnosen in etwa die Waage.

Abb. 63: Diagnostizierte psychiatrische Erkrankungen

Erkrankung (ICD 10)	vor Therapie	unter Therapie	keine eindeutige Zuordnung vor Therapiebeginn mögl.
Intelligenzminderung (F7)	6 %	6 %	
bipolare affektive Störung nach (F31)	4 %	6 %	4 %
Rezidivierende Depressionen (F33)	4 %	8 %	
Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4)	10 %	12 %	
Panikstörungen (episodisch paroxysmale Angst, F11.0)	0 %	4 %	4 %
Generalisierte Angststörungen (F41.1)	4 %	4 %	
Zwangsstörung (Zwangsgedanken, -handlungen, F42)	4 %	4 %	
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)	10 %	8 %	
Somatoforme Störungen (multiple ps.somat. Beschwerden, F45)	6 %	6 %	
Essstörung	12 %	4 %	
Missbrauch von Substanzen, die keine Abhängigkeit hervorrufen (z.B. Antidepressive, Laxantien, Analgetika, ..., F55)	10 %	10 %	
Schizoide (Anhedonie, emotionale Kühle, Einzelgänger, wenig vertrauensvolle Beziehungen, exzentrisches Verhalten, F60.1)	2 %	4 %	
Dissoziale Persönlichkeitsstörungen (Missachtung sozialer Normen, Reizbarkeit, geringe Frustrationstoleranz, niedrige Schwelle für aggressives Verhalten, F60.2)	4 %	4 %	
emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline, F60.2)	2 %	2 %	
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit/Jugend (F9)	4 %	4 %	
Störungen des Sozialverhaltens (F91)	2 %	2 %	

Abb. 64: Häufigkeit von geplanten und vorbereiteten Suizid-Versuchen (ohne letztendliche Durchführung, Angaben in Prozent)

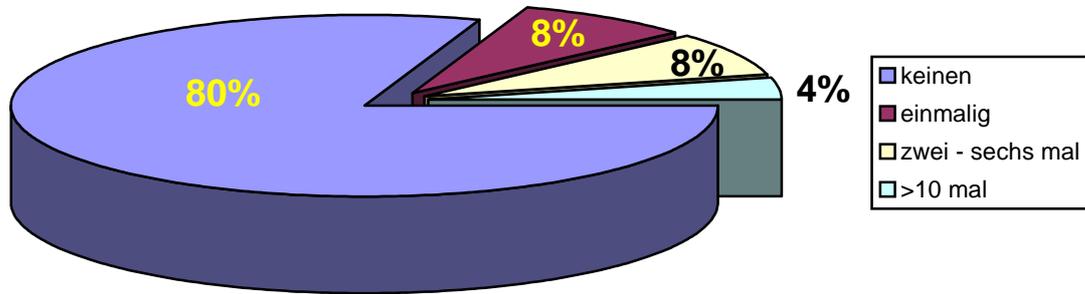


Abb. 65: Häufigkeit von tatsächlich durchgeführten Suizid-Versuchen (Angaben in Prozent)

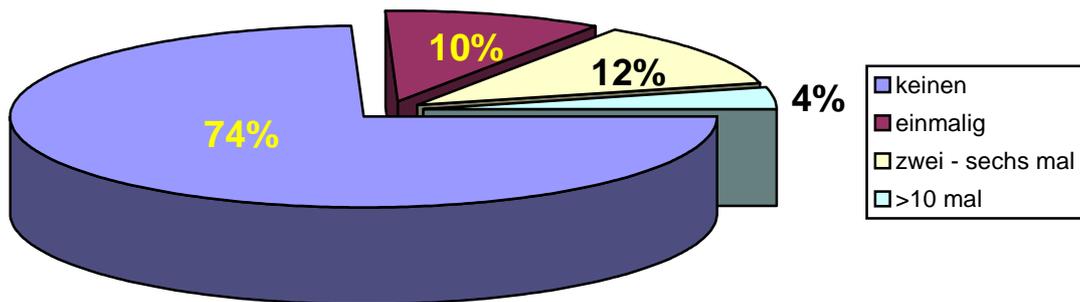


Abb. 66: Häufigkeit von Selbstmordgedanken in den vorausgegangenen 30 Tagen (Angaben in Prozent)

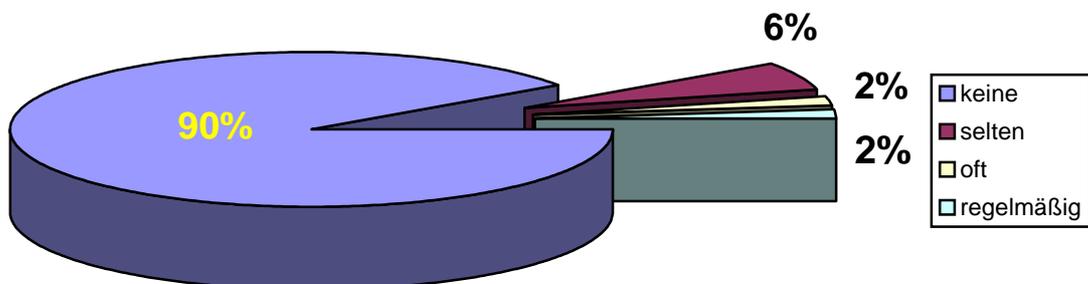
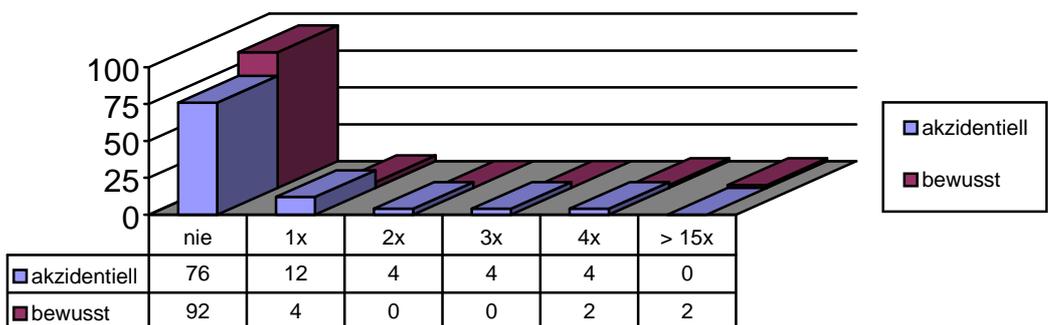
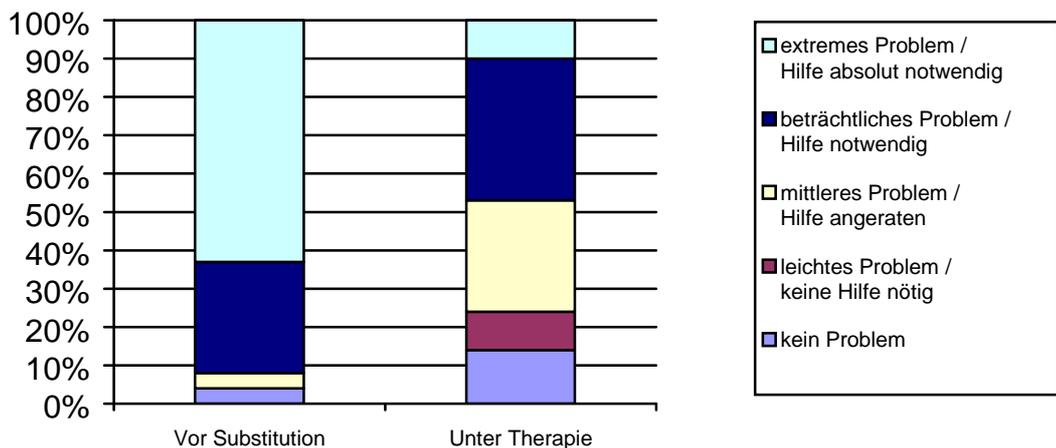


Abb. 67: Häufigkeit von Heroin-Überdosierungen (Angaben in Prozent)



In der abschließenden Bewertung der psychischen Situation seiner Patienten sah der substituierende Arzt zwar eine deutliche Besserung (die Problemfälle hatten sich im Verlauf der bisherigen Therapie fast halbiert). Trotzdem stellte er bei fast der Hälfte der Patienten eine Indikation zur weiteren Therapie (siehe *Abbildung 68*).

Abb. 68: Ärztliche Bewertung der psychischen Situation



## 4. Diskussion

In der folgenden Diskussion sollen zunächst die zuvor beschriebenen Ergebnisse analysiert und mit der diesbezüglichen Literatur verglichen werden. Ein besonderes Augenmerk ist dabei auf den Vergleich gerichtet, der zwischen der für die vorliegende Arbeit untersuchten Patientengruppe (aus dem ländlichen Bereich) und Methadon-substituierten Patientengruppen aus einer Großstadt (Hamburg) und aus einem Mittelzentrum (Tübingen) gezogen wird. Die in Hamburg erhobenen Daten sind dem Buch „Substitutionstherapie – Ergebnisse langfristiger Behandlung von Opiatabhängigen“ von Herrn Prof.Dr.med. Peter Raschke entnommen (25). Die Vergleichsdaten aus Tübingen entstammen der Diplomarbeit von Herrn Dipl.psych. Joachim Mörcke mit dem Titel „Zur psychosozialen Situation drogensubstituierter Patienten im Landkreis Tübingen“. (26)

Auch die Diskussion gliedert sich nach den Themenschwerpunkten des Fragen-Kataloges:

- Körperlicher Zustand
- Arbeits- und Unterhaltssituation
- Alkohol- und Drogengebrauch
- Rechtliche Situation
- Familie und Sozialbeziehungen sowie
- Psychischer Status.

Die Altersspanne der Patienten reicht in der untersuchten Gruppe von 23 bis 47 Jahren. Dieses Spektrum spiegelt auch in etwa die angegebene Dauer der Abhängigkeit beziehungsweise der Suchttherapie wieder. Einige versuchten frühzeitig von der Drogensucht loszukommen, andere waren schon seit Jahrzehnten bemüht. Die Bandbreite des Alters ist etwas geringer als in Hamburg oder Tübingen (18 bis 46 Jahre). Der Altersdurchschnitt liegt bei der Stichprobe aus dem ländlichen Gebiet jedoch mit 31 Jahren sogar knapp unter

dem der Vergleichsstudien aus den Städten (jeweils 33 Jahre). Die Angaben in der Literatur liegen zwischen 28 und 41 Jahren (1,3,10,11,12,13).

Die Geschlechterverteilung war in den beiden städtischen Vergleichsgruppen mit dem Verhältnis von Männern zu Frauen mit 2:1 gleich. In der vorliegenden Patientengruppe lag die Verteilung mit 4:1 zugunsten der Männer etwas anders, jedoch ganz im internationalen Trend. (1,3,7,10,12,13)

Ein signifikanter Einfluss der Abstammung ließ sich weder in der Literatur, noch in den Vergleichsstudien eruieren: Wo überhaupt erwähnt entsprach der Ausländeranteil in den meisten beschriebenen Quellen in etwa der soziodemographischen Bevölkerungsstruktur des Einzugsgebietes der Substitutionsorte. In Hamburg fiel der Ausländeranteil jedoch auffallend gering aus, was die Autoren auf erschwerte Zugangsbedingungen zur Substitutionstherapie auf Grund sprachlicher und kultureller Barrieren zurückführen (25).

#### **4.1. Körperlicher Zustand**

Das physische Wohlbefinden ist einer der wichtigsten Verlaufsparemeter der Stabilisierung unter der Substitutionstherapie. Das körperliche Wohlbefinden ist ein wichtiger Bestandteil des Rehabilitierungsprozesses im Allgemeinen. Nicht zuletzt bei der (Wieder-) Herstellung der Erwerbsfähigkeit spielt die gesundheitliche Stabilität eine wesentliche Rolle.

Nahezu alle körperlichen Probleme, die von den Patienten in der Zeit vor Therapiebeginn beklagt wurden, empfanden die Patienten nach Beginn der Substitutionstherapie als deutlich weniger gravierend, wenn nicht sogar als geheilt. Die Vermutung liegt nahe, dass dies allein auf eine geänderte Krankheitswahrnehmung durch die insgesamt verbesserte Lebenssituation zurückzuführen sein könnte. Aber auch der behandelnde Arzt hat im Verlauf der Substitutionstherapie eine deutliche Abnahme der körperlichen Beschwerden festgestellt. Nur noch acht Prozent seiner Patienten stufte er aufgrund eines körperlichen Problems als dringend behandlungsbedürftig ein (versus 51

Prozent vor Substitutionsbeginn). Schon eine geringe Strukturierung des Alltags und das Loslösen des Patienten von dem fast zwanghaften Tagesziel der Beschaffung von genügend Drogen („Beschaffungsstress“) durch die Substitution scheinen dem Abhängigen ein Mindestmaß an Hygiene und regelmäßiger Ernährung zu ermöglichen. Allein hierdurch lassen sich zahlreiche der von den Patienten beklagten Beschwerden „lindern“. Abgesehen davon trägt sicherlich auch der durch die Substitutionstherapie regelmäßige Arztbesuch zu einer insgesamt verbesserten gesundheitlichen Situation bei.

Eine deutliche Zunahme der Beschwerden während der Substitutionstherapie wurde lediglich in den Bereichen „Schwitzen“ und „Schlafstörungen“ angegeben. Erklärbar ist dies durch Nebenwirkungen des Substitutionsmittels: Methadon verursacht – wie Heroin auch – als Opioid bekanntermaßen sowohl zentralnervöse Störungen (z.B. Schlafstörungen) und vegetative Dysfunktionen (z.B. Schwitzen).

Bei fehlendem i.v.-Konsum hat sich durch die Substitutionstherapie auch der Zustand der Venen verbessert und die Zahl der Abzedierungen drastisch reduziert. Gleichmaßen stellt die durch die Substitutionstherapie erreichte Reduktion von i.v.-Konsum und Prostitution auch eine Primärprävention von Krankheiten wie Hepatitiden, HIV und anderen übertragbaren Erkrankungen dar, die somit zu einem nicht unerheblichen Teil den volkswirtschaftlichen Schaden (siehe unten) für die Gesellschaft deutlich einschränkt.

Auch die Vergleichsstudien aus Hamburg und Tübingen kommen bezüglich der physischen Situation der Substituierten zu ähnlichen Ergebnissen: In Hamburg fiel vor allem die Zunahme der vegetativen Begleitsymptomatik auf, wohingegen das Schwitzen in Tübingen eher seltener angegeben wurde.

Auch in der Literatur finden sich hierzu widersprüchliche Angaben: Während einige Studien die Abnahme der Injektions-bezogenen Erkrankungen in den Vordergrund stellen und keine Verschlechterung des körperlichen Zustands feststellen können (7,8,11,23) gibt es andererseits auch Berichte, die von einer

leichten Zunahme der Opioid-Nebenwirkungen wie in der vorliegenden Studie berichten (1).

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass durch die Substitutionstherapie der körperliche Zustand der Substituierten durch diese Therapieform drastisch verbessert und auf einem im Vergleich zur Ausgangslage vor Substitutionsbeginn hohen Niveau stabilisiert wird. Damit wird eine Grundvoraussetzung für die (Wieder-) Herstellung der Erwerbsfähigkeit und damit der beruflichen und sozialen Reintegration erreicht.

#### **4.2. Arbeits- und Unterhaltssituation**

Eine weitere wichtige Voraussetzung für die Rehabilitation und die Reintegration in den „normalen“ gesellschaftlichen Alltag ist die Arbeitssituation und damit fast unweigerlich verknüpft: der finanzielle Status der Patienten.

Eine berufliche Reintegration wird durch die Methadonsubstitution an sich vor allem dadurch erst möglich, weil bei dem Ersatzmittel Aufmerksamkeit, Reaktionszeit und Konzentrationsfähigkeit – im Gegensatz zu den Heroinwirkungen – nicht eingeschränkt werden (34).

Schon die Ausgangsvoraussetzungen für eine berufliche Reintegration der Patienten sind als eher ungünstig zu beurteilen: Das Schulbildungs- und Berufsausbildungsniveau liegt deutlich unter dem der Gesamtbevölkerung in der Bundesrepublik: Knapp ein Fünftel der Stichprobe dieser Arbeit hat gar keinen Ausbildungsabschluss, über die Hälfte der Patienten hat immerhin einen Hauptschulabschluss vorzuweisen und 27 Prozent erreichten die Mittlere Reife. Nur vier Prozent der Patienten konnten ihre berufliche Laufbahn auf ein Abitur aufbauen. Gut die Hälfte hatte bereits zu Substitutionsbeginn als Folge des Drogenkonsums ein bis viermal eine Ausbildung/Studium abgebrochen.

Vor Beginn der Substitutionstherapie befanden sich die meisten der Abhängigen in einer aussichtslos erscheinenden Lage: Ohnehin isoliert durch ihren Alltag in der Drogenszene hatten viele von ihnen hohe Schulden (siehe unten), nur 16 Prozent eine geregelte Arbeit und drei Viertel der Drogenabhängigen mussten zur Finanzierung ihres (drogenkonzentrierten) Lebens auf illegale Einnahmequellen (Dealen, Prostitution, Hehlerei, Diebstahl und Einbrüche) zurückgreifen. Für 16 Prozent war die Beschaffungskriminalität sogar die alleinige Einnahmequelle. Eine Verschiebung der Einkommensquellen ist hier offensichtlich: Nach dem Beginn der Substitutionstherapie fanden fast 60 Prozent aller Patienten in ein mehr oder weniger geregeltes Arbeitsleben und bemerkten damit erste Erfolge bei der Reintegration. Insgesamt hat sich der Anteil der arbeitslosen Patienten von 76 Prozent bei Substitutionsbeginn auf 38 Prozent unter Therapiebedingungen halbiert. Haupteinnahmequelle war somit für die meisten der Patienten entweder eine geregelte Arbeit (51 Prozent), Gelegenheitsjob (14 Prozent) oder Ausbildungsvergütungen (sechs Prozent).

Die Beschaffungskriminalität wurde durch die Substitution stark reduziert und auch der gesamtwirtschaftliche Schaden, der zusätzlich zur Beschaffungskriminalität durch illegale Beschäftigung („Schwarzarbeit“), Arbeitslosengeld (und –hilfe), Wohngeld und Sozialhilfe entstand, konnte durch die Therapie drastisch gesenkt werden. Vor diesem Hintergrund sollte nach Meinung des Autors die Frage nach der Finanzierung der Substitutionstherapie durch unsere auf dem Solidaritätsprinzip basierende Gesellschaft doch in den Hintergrund gerückt werden.

Die finanzielle Situation hat sich allein durch den Wegfall der für die Drogenbeschaffung notwendigen Ausgaben deutlich gebessert: Auf den ersten Blick verschlechterte sich die Einkommenssituation drastisch. Das durchschnittliche Monatseinkommen hat sich im Vergleich zur Zeit vor Substitutionsbeginn auf  $\frac{1}{20}$  reduziert. Jedoch liegt der von den Patienten als positive Entwicklung empfundene Netto-Gewinn vor allem darin, dass seit

Beginn der Substitutionstherapie nicht mehr 90 Prozent des Einkommens für Drogen ausgegeben werden (müssen).

Die finanzielle Situation bewerteten daher insgesamt drei Viertel der im Rahmen dieser Studie befragten Patienten als verbessert, und das, obwohl deutlich über die Hälfte von ihnen auch unter der Therapie mit all den gerade genannten positiven Entwicklungen über 5.000 DM Schulden haben, ein Drittel sogar über 15.000 DM. Nach Einschätzung des Autors, die vom behandelnden Arzt und von 70 Prozent der Patienten geteilt wird, sind die Aussichten auf eine (weitere) Besserung der finanziellen Lage erfreulich positiv einzuschätzen.

Auch im Bereich der Unterhaltssituation zeigt sich also bei der hier untersuchten Stichprobe eine durch die Substitutionstherapie erst ermöglichte positive Entwicklung mit weiter steigender Tendenz.

Ähnliche Verbesserungen der Arbeits- und Unterhaltssituation beschreiben auch internationale Studien (1,7). Eine deutschlandweite Expertise zur Methadonsubstitution (24) kommt in beiden Bereichen (Arbeits- und Unterhaltssituation) im Durchschnitt auf ein ähnlich viel versprechendes Ergebnis wie die vorliegende Studie: In beiden Bereichen wird hier eine deutlich positive Bilanz gezogen. Nur vereinzelt wird in der Gesamtliteratur von nur geringem Einfluss der Substitutionstherapie auf diesen Bereich (3) beziehungsweise sogar von weiterer Verschlechterung der diesbezüglichen Lage (8) berichtet.

Auch die Vergleichsstudien aus Hamburg und Tübingen ziehen eine zurückhaltendere Bilanz in der Arbeits- und Unterhaltssituation: In Tübingen liegt die Verbesserung der Finanzlage (in der Ebertsheimer Probandengruppe war dies bei drei Vierteln der Substituierten der Fall) immerhin bei zwei Dritteln der Probandengruppe. Noch mehr Teilnehmer dieser Studie sah sich jedoch bezüglich der beruflichen Situation in einer im Vergleich zur Zeit vor Therapiebeginn unveränderten (54 Prozent) oder sogar verschlechterten Arbeitssituation (14 Prozent). In Hamburg sieht die Situation sogar noch schlechter aus: Hier sind auch unter Substitutionstherapie drei Viertel der

Patienten auf staatliche Hilfen (Sozialhilfe, Arbeitslosengeld) angewiesen. Nur ein Fünftel hat den Weg in eine geregelte Arbeit gefunden (versus 51 Prozent der hier untersuchten Patientengruppe). Die einzige positive Tendenz liegt hier in der Beschaffungskriminalität: Sie konnte in Hamburg von zuvor 80 Prozent auf - wie bei der in dieser Arbeit untersuchten Patientengruppe - vier Prozent reduziert werden. Auch der finanzielle Status der Substituierten in Hamburg ähnelt dem der Patienten im ländlichem Raum: Das durchschnittliche Einkommen liegt bei 1.000 DM (versus 1.500 in der vorliegenden Studie, siehe oben). Die Hälfte der an der Hamburger Studie Beteiligten hat die Schulden auf 10.000 DM senken können.

Daß die Substituierten im hier untersuchten ländlichen Raum bezüglich Arbeits- und Unterhaltssituation deutlich bessere Erfolge erzielen, ist für den Autor überraschend. Erklärungsversuche könnten aus einer These genährt werden, wonach in den Städten im Durchschnitt ein niedrigeres Niveau bezüglich der psychosozialen Bedingungen vorzufinden ist, und dadurch die Patienten stärker in einen negativen Kreislauf zwischen Arbeits-, Finanz- und Wohnsituation eingebunden sind. (siehe unten)

### **4.3. Alkohol- und Drogengebrauch**

Alkohol spielte im Leben der untersuchten Patientengruppe eine untergeordnete Rolle: Deutlich über die Hälfte aller Substituierten verzichtete ganz auf den Alkoholgenuss. Ein „Alkoholproblem“ war keinem der Patienten zuzusprechen. Auffallend war, dass sich unter Substitutionstherapie der Alkoholkonsum je Patient weiter halbierte.

Zu einem ähnlichen Ergebnis kam auch die Vergleichsstudie Tübingen. In der diesbezüglichen Literatur spielt das Alkoholproblem ebenfalls eine untergeordnete Rolle. Lediglich drei Quellen berichten von einer Zunahme des Alkoholkonsums während der Substitutionstherapie (1,7,8). Eine Zunahme im Alkohol-Konsummuster verzeichnet auch die Hamburger Vergleichsstudie:

Zwar kommt es hier ebenfalls zu keinem exzessiven Missbrauch, jedoch wird – vor allen Dingen in der Gruppe der so genannten „Multiuser“ (mit mehrfachem Beigebrauch) – von einer Zunahme des Alkoholkonsums berichtet. Alkohol ist in dieser Situation nach Meinung des Autors nicht als ein gesellschaftsfähiges Genussmittel anzusehen, sondern als (legale) Droge im Beikonsum zur Substitutionstherapie.

Bezüglich des Heroin-Konsummusters unterscheiden sich die hier untersuchte Stichprobe und die Studienteilnehmer aus Hamburg und Tübingen nur marginal. Interessant ist die Tatsache, dass in Tübingen und im ländlichen Bereich über 40 Prozent der Patienten von einem Zusammenhang zwischen Drogengebrauch und schlechtem Wohlbefinden berichten. Nahezu ebenso viele sahen jedoch keinen Zusammenhang zwischen Wohlbefinden und Drogenkonsum. Hier dürfte sich nach Meinung des Autors zum Teil der ständige Zwang nach Sucht-Befriedigung zum einen, und Drogenkonsum zum „Überdecken“ der schlechten Situation eine große Schnittmenge dieser Gruppen ausmachen. Nur 19 Prozent in Tübingen und acht Prozent in der vorliegenden Studie gaben an, Drogen eher in euphorischer Stimmungslage zu konsumieren. Aus Hamburg lagen hierzu keine eindeutig zuzuordnenden Daten vor. Ähnliche Items bestätigen jedoch diese These.

Das durchschnittliche Einstiegsalter wird ubiquitär mit 19 bis 20 Jahren angegeben. Auch in der Dauer des Drogenkonsums gleichen sich die drei Stichproben (durchschnittlich 8,25 Jahre im hier untersuchten ländlichen Raum bis zirka zehn Jahre in Tübingen und Hamburg). Selbst bei den Applikationsformen des Heroins (drei Viertel als i.v.-Konsumenten, der Rest nasal beziehungsweise inhalativ) liegen die Zahlen nicht weit auseinander. Auch das Problem der Polytoxikomanie besteht in allen drei Substitutionsorten: Während in Hamburg und Tübingen noch ein geringer Anteil der Patienten rein Heroin-abhängig war, mussten alle im ländlichen Ebertsheim behandelten Abhängigen als Polytoxikomane eingestuft werden. Dies stellt den behandelnden Arzt vor große Schwierigkeiten: Wie bei allen anderen suchtspezifischen Behandlungsansätzen auch, stellt sich hier das Problem des

Beigebrauchs. Die pharmakologisch anders wirkenden Drogen wie Kokain und Benzodiazepine sprechen nicht auf die Substitution durch das die Opiat-Rezeptoren besetzende Methadon an. So sind die von den Patienten geäußerten Gründe für den Beikonsum und die genannten Entzugserscheinungen unter der Substitutionstherapie zum Teil erklärbar. Nötig ist hier ein therapeutisches Feingefühl, mit dem der substituierende Arzt die Balance zwischen medikamentösem Befriedigen der verschiedenen Suchtformen und gleichzeitigem Behandeln all dieser Suchtformen neben der Opioidabhängigkeit finden muss – möglichst ohne den Patienten durch Über- oder Unterdosierung in den Beikonsum beziehungsweise in die Incompliance zu treiben. Problematisch ist dabei, dass der Übergang von unerwünschtem Beigebrauch und therapeutischer Medikation (wie beispielsweise der Einsatz von Rohypnol) meist fließend ist (8). Erschwerend kommt hinzu, dass nicht alle Patienten gleichartig auf die Substitutionsmittel wie auch auf Methadon reagieren (17). Auch in allen anderen diesbezüglichen Studien stellt der Beikonsum ein großes Problem dar. (1,3,6,7,8,11,12,17,24,25,26). Eine Metaanalyse aus den USA kommt zu dem Ergebnis, dass auch nach jahrelanger Substitutionstherapie der Beikonsum, auch der von Heroin, an der Tagesordnung steht (11).

Raschke stellt bei der Auswertung der Hamburger Vergleichsstudie hierzu fest, dass „die Verminderung des Beikonsums von Heroin nicht schlagartig von einem Tag auf den anderen erfolgt, sondern graduell und zeitlich gestreckt“ (25). In seiner auch den Verlauf bewertenden Studie kristallisiert sich ein typischer Verlauf des Beikonsums heraus, wonach der Heroin-Beikonsum in den ersten Monaten sehr stark ausgeprägt ist, um dann innerhalb eines Jahres auf ein deutlich niedrigeres Niveau zu sinken, das zirka bei 30 Prozent liegt. Nach einem weiteren Jahr waren in der Hamburger Studie nur noch 20 Prozent der diesbezüglichen Urinproben positiv. (25)

In der Tübinger Vergleichsstudie lag der im Querschnitt gezählte Anteil der Patienten mit Heroin-Beikonsum bei vergleichbaren 31 Prozent.

In der vorliegenden Studie gaben 40 Prozent der Patienten i.v.-Beikonsum während der laufenden Substitutionstherapie zu. Auch wenn der Beikonsum

sich nach Angaben der Patienten auf wenige Tage im Monat beschränkt, sind dies für den Autor auf den ersten Blick beeindruckend hohe Zahlen. In der Gesellschaft könnte und wird dies als Argument gegen die Substitutionstherapie gewertet werden, da die Patienten trotz Therapie weiter zu harten Drogen (Heroin) greifen. Streng genommen stellt dies auch eine Ausschlussindikation aus dem Methadon-Programm dar.

Dennoch widerspricht die hohe Rate an Beikonsum nach Meinung des Autors nicht dem Ziel dieses Therapieverfahrens: der langfristigen Reintegration und Stabilisierung der Patienten in die Gesellschaft (siehe auch „Schlussfolgerung“).

Bei der Frage nach anderen Therapieversuchen zeigte sich, dass im Vergleich zu den Substituierten in Hamburg und Tübingen die Zahl derer, die als ersten Ausstiegsversuch die aktuelle Substitutionstherapie gewählt haben, im ländlichen Raum deutlich höher liegt, als in den Städten. Fast jeder der in Hamburg und Tübingen substituierten Patienten hatte mindestens einen Anlauf genommen, von der Drogensucht loszukommen. In der hier untersuchten Stichprobe befanden sich dagegen 37 Prozent der Patienten in der ersten Abhängigkeit-bezogenen Therapie. Die übrigen Patienten hatten (zum Teil bereits mehrfach) langfristig erfolglos versucht, von der Droge Heroin loszukommen. Nach der stationären Entgiftung wurde dabei der freiwillige Selbstentzug mit 26 Prozent am zweit-häufigsten genannt.

Zum Vergleich: In Hamburg und Tübingen lag der prozentuale Anteil der Patienten, die bereits einen freiwilligen Selbstentzug versucht hatten, bei jeweils über 80 Prozent. Dies Ergebnis entspricht nach Meinung des Autors dem oben beschriebenen Unterschied zwischen den beiden Stadt-Stichproben und der des ländlichen Gebietes, wonach viele der hier untersuchten Patienten mit der aktuellen Therapie den ersten Therapieversuch durchführen. Der Autor vermutet eine Korrelation zwischen der Infrastruktur des Wohnortes und dem Konsumverhalten beziehungsweise dem Therapiedruck: Unter Drogenabhängigen wird nach Auskunft der hier untersuchten Patienten der Selbstentzug als „einfachste“ Form des Entzuges gehandelt. Die Teilnahme an

anderen Therapieformen erfordert die längerfristige Compliance des Abhängigen. Diese steht nach Ansicht des Autors in klarem Zusammenhang zur psychosozialen Stabilität des Patienten, die – wie diese Studie zeigt – teilweise abhängig ist von der Größe und Infrastruktur des Wohnbeziehungsweise Substitutionsortes

Im Durchschnitt endeten alle bisherigen Therapieversuche im ländlichen Gebiet nach 3,2 Monaten Abstinenz im so genannten „Rückfall“.

Auffallend ist die Diskrepanz zwischen Angaben der Patienten gegenüber ihrem behandelnden Arzt und den Angaben, die von den Patienten gegenüber dem Autor als Interviewer geäußert wurden: 22 Prozent der Befragten gaben im Interview an, zuvor bereits an einer Substitutionstherapie teilgenommen zu haben. Der behandelnde Arzt wusste nur in der Hälfte dieser Fälle von vorangegangenen Substitutionstherapien. Offenbar befürchtete ein Teil der bereits zuvor Substituierten negative Folgen wegen vorausgegangenen Problemen mit einem substituierenden Arzt beziehungsweise gar wegen eines vorausgegangenen Ausschlusses aus einem Methadonprogramm.

Zusammenfassend stellt der Autor fest, dass trotz Beikonsums und vorausgegangener frustanter Therapieversuche die aktuelle Substitutionstherapie geeignet scheint, den Drogenkonsum der Patienten – wenn auch nur langsam – zu reduzieren und auch dadurch zu einer Stabilisierung der Gesamtsituation beizutragen. Die Unterschiede zu den Vergleichsgruppen in städtischen Gebieten sind nur marginal.

#### **4.4. Rechtliche Situation**

Trotz der inzwischen weitläufigen Aufklärung über Sucht und deren Folgen ist Drogenkonsum nach weitläufiger Meinung, vor allem in den konservativeren Schichten unserer Gesellschaft, unweigerlich mit Illegalität und Delinquenz

verbunden. Dieses Klischee gipfelt zum Teil in der Kriminalisierung von Konsumenten von Cannabis, einer vergleichsweise „harmlosen“ und dennoch verbotenen Droge. Die Frage, ob es sich bei Drogenkonsumenten generell um Menschen handelt, die wegen ihres psychosozialen Hintergrundes ohnehin eher zu kriminellen Verhalten neigen, oder ob – wie etwa bei Heroinabhängigen wie den hier untersuchten – die Kriminalität der Beschaffung und damit Befriedigung ihrer Sucht dient, wird dabei in der Bevölkerung kontrovers diskutiert. Umso mehr werden Behandlungserfolge der Suchttherapie am für die Gesellschaft sichtbaren Erfolg gemessen: Zum einen an der Minderung des volkswirtschaftlichen Schadens für die Gesellschaft, zum anderen an der Reintegration eines jeden Süchtigen. Diese lässt sich auch anhand der Legalbewährung unter Substitution messen, womit die These der Delinquenz als Persönlichkeitsmerkmal abhängiger Menschen widerlegt ist.

Das durchschnittliche Alter bei der ersten Anklage lag in der hier untersuchten Stichprobe nur wenig oberhalb des durchschnittlichen Einstiegsalters für den Drogenkonsum. Nachdem auch in den Vergleichsstudien in Hamburg und Tübingen eine ähnliche Datenlage auffällt, ist der Zusammenhang nach Meinung des Autors eindeutig bewiesen: Die jugendlichen Drogenkonsumenten werden aufgrund der ihnen begrenzt zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel auf dem Weg in die Spirale der Drogensucht bei steigendem Bedarf in die Beschaffungskriminalität getrieben. Durch verstärkten Kontakt zu Drogen und der damit verbundenen „Szene“ fallen die auch im Umgang mit den Gesetzeshütern noch unerfahrenen Konsumenten zusätzlich bereits frühzeitig auf und geraten in Konflikt mit der Justiz.

Über 20 Prozent der für die vorliegende Arbeit befragten Patienten wurden noch nie einer Straftat beschuldigt. Damit steht die Stichprobe aus dem ländlichen Gebiet erneut im Widerspruch zu den Patientengruppen der Städte Hamburg und Tübingen, wo nahezu alle beteiligten Patienten straffällig mit der Justiz in Konflikt geraten sind. Die hohe Quote in Hamburg erklärt Raschke neben der Beschaffungskriminalität mit der Strafverfolgung der Abgabe von selbst

kleinsten Mengen harter Drogen als Kleindealer (25). Nach Meinung des Autors könnte diese Differenz tatsächlich auf unterschiedlichen Schwerpunkten der polizeilichen Arbeit in Stadt und Land beruhen: In Stadtgebieten erscheint es nach Meinung des Autors wesentlich schwieriger, sich unbemerkt zum Kleinhandel mit Drogen an öffentlichen Plätzen zu treffen. Der Grund dafür liegt darin, dass die Polizei in den Städten diese – meist einschlägig vorbekannten – kennt und dort mehr Präsenz zeigt, als auf dem Lande. Laut einem Pressebericht in der örtlichen Lokalzeitung ist der Besitz, Handel und Konsum harter Drogen erst in den vergangenen Jahren Schwerpunkt der polizeilichen Arbeit im Einzugsbereich der hier analysierten Substitutionspraxis geworden (27).

Wenig verwunderlich ist die Tatsache, dass der überwiegende Teil der Anklagen auf drogenbezogene Delikte (Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG), Beschaffungsdelikte und Gewalttaten unter Drogeneinfluss) fällt. Fast zwei Drittel der überhaupt jemals angeklagten Patienten wurden mehrfach angeklagt und verurteilt. Auch dies erschließt sich aus der Beschaffungskriminalität beziehungsweise dem ständigen Umgang mit illegalen Drogen. Umso erstaunlicher ist es für den Autor, dass kein einziger Patient in der von ihm beobachteten Stichprobe aufgrund einer Rechtsgrundlage an der Substitutionstherapie teilnimmt. Dies widerspricht den Erfahrungen der Substituierten in Hamburg und Tübingen.

Behandelnder Arzt und Patienten selbst bemerkten in der hier untersuchten Stichprobe zu 90 Prozent eine deutliche Besserung der rechtlichen Situation. Nur knapp 14 Prozent der Befragten waren nach eigener Auskunft zum Zeitpunkt der Befragung in illegale Geschäfte verwickelt und bedurften nach Arzteinschätzung Hilfe in diesem Bereich. Diese Zahlen sieht der Autor im Zusammenhang mit dem im vorausgegangenen Kapitel beschriebenen reduzierten Beikonsum-Verhalten der Patienten und der damit verbundenen wegfallenden Beschaffungskriminalität. Nur ein Patient saß während der Substitutionsbehandlung in Untersuchungs- beziehungsweise Strafhaft,

nachdem er während der Therapie straffällig gewesen war (Besitz von Betäubungsmittel gemäß BtmG).

Diese drastische Verbesserung im Rahmen der Legalbewährung wird in der gesamten Literatur zu diesem Thema bestätigt (5,8,11,12,15,20,21,23,25,26). Auch die Vergleichsstudien in Hamburg und Tübingen berichten von einem deutlichen Rückgang der Straffälligkeit der Patienten unter Substitutionstherapie.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Drogenabhängigen zumindest im ländlichen Raum nicht aufgrund ihres psychosozialen Hintergrundes von vorneherein zu kriminalisieren sind. Vielmehr ist die Straffälligkeit, die im ländlichen Bereich deutlich unter den Vergleichswerten aus den Städten Hamburg und Tübingen liegt, als Folge des sozialen und finanziellen Abstieges durch die Drogensucht zu werten. Im Rahmen des Rehabilitationsprozesses durch die Substitutionstherapie stabilisiert sich auch die rechtliche Lage der Patienten und der volkswirtschaftliche Schaden der Gesellschaft durch illegales Verhalten der Substituierten wird auf ein Minimum reduziert. Auch in diesem Punkt wird ein wichtiger Schritt in Richtung Reintegration durch die Substitutionstherapie erzielt.

#### **4.5. Familie und Sozialbeziehungen**

Eine der zentralen Ziele der Substitutionstherapie mit allen damit verbundenen Maßnahmen ist der Abbruch der Beziehungen zum Drogenmilieu und der Aufbau neuer Bekanntschaften und Beziehungen. Dies erscheint dem Autor als eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine erfolgreiche Suchttherapie, die – wie mehrfach erwähnt – die Reintegration des Abhängigen in das gesellschaftliche Leben und damit die Stabilisierung des Alltages der Betroffenen zum Ziel hat. Nur wer auch in seinem engen Umfeld stabile und perspektivengebende Persönlichkeiten hat, kann sich selbst in labilen Phasen

auch wirklich auf deren Meinungen und Ratschläge verlassen. Der Aufbau neuer Beziehungen im drogenfreien Umfeld ist also mehr als ein bloßer Wechsel der Personen. Dies erfordert von den Patienten Änderungen im eigenen Verhalten und eine deutliche soziale Neuorientierung.

Der Vergleich der Kontakthäufigkeiten zu Familienmitgliedern, (neuen) Partnern und zur Drogenszene, beziehungsweise zu Einzelpersonen, die noch in der Szene verhaftet sind, zeigt in der hier untersuchten Patientengruppe eine deutliche Abkehr vom ehemaligen Umfeld. Der Anteil der Patienten mit Kontakt zu Drogenkonsumenten und zur Drogenszene hat drastisch abgenommen. Positiv sind auch die Entwicklungen im Bereich der Beziehungen zu Freunden und Bekannten: Die meisten der Substituierten haben im Verlauf der aktuellen Therapie neue drogenfreie Freunde gefunden und können sich nach eigenen Angaben im Ernstfall auf wesentlich mehr Menschen verlassen als vor der Substitutionstherapie.

Auch im Fall einer Partnerbindung schafften es 65 Prozent der Befragten, eine Partnerschaft zu Menschen aufzubauen, die noch nie Drogen konsumiert hatten. Nur in acht Prozent der Partnerschaften nimmt der Partner aktuell Drogen zu sich. In den übrigen Fällen ist der Partner entweder inzwischen abstinent oder er nimmt selbst an einer Substitutionstherapie teil.

Der Kontakt zur eigenen Familie (Eltern, Geschwister etc.) hat sich durch die aktuelle Therapie deutlich verbessert. Im Vergleich zu den freundschaftlichen Kontakten hat der Kontakt zu Partner und Familie für die Substituierten deutlich an Bedeutung gewonnen. Offenbar konnten zuvor bestehende Konflikte mit Eltern und Geschwistern während der Teilnahme am Methadon-Programm thematisiert, problematische Beziehungen geklärt und gegenseitige Vertrauensverhältnisse (neu) bestärkt werden. 84 Prozent haben bei dem Verhältnis zur Familie durch die Substitutionstherapie eine deutliche Verbesserung gegenüber vorher bemerkt.

Die positive Entwicklungen der sozialen Kontakte spiegelt sich auch im Wohnverhältnis wieder: Knapp die Hälfte der Patientengruppe wohnt

inzwischen mit dem Partner beziehungsweise mit Partner und Kind zusammen. Nur noch ein Viertel der Patienten wohnt alleine. Auch hier haben sich also stabile Verhältnisse entwickelt.

Auch die Vergleichsgruppen in Hamburg und Tübingen berichten von positiven Entwicklungen in den familiären und sozialen Beziehungen: Laut Raschke empfinden es viele Substituierte „als einen persönlichen Gewinn, im Verlauf der Substitution die Kontakte zur Drogenszene reduziert oder ganz beendet zu haben und sich einen Bekanntenkreis aufgebaut zu haben, in dem Drogen keine Rolle spielen“ (25). Allerdings sind in beiden Städten die Ergebnisse bei weitem nicht so gut wie im ländlichen Raum: Während zirka 80 Prozent der für die vorliegende Arbeit aus dem ländlichen Raum kommenden Patienten keinen Kontakt mehr zum Drogenmilieu haben, haben dieses Ziel in Hamburg nur 33 Prozent und Tübingen nur 53 Prozent erreicht. Der Autor sieht hier einen Zusammenhang zur Arbeits- und Unterhaltssituation, die – wie oben erwähnt – ebenfalls im ländlichen Bereich deutlich bessere Erfolge vorzuweisen hat. Demnach hängen Wohn-, Arbeits- und Finanzsituation unmittelbar zusammen und bilden mit den jeweiligen Abhängigkeiten einen *Circulus vitiosus* ([gegebenenfalls: keinen Partner →] keine Wohnung → kein Arbeitsvertrag → keine finanziellen Ressourcen → keine Wohnung). Diese „Spirale“ gilt es durch zusätzlich zur Substitutionstherapie anzubietende Betreuung (Beratung und Hilfestellungen verschiedenster Art) zu durchbrechen, um die Reintegration letztendlich zu ermöglichen. Es ist dabei die originäre Aufgabe der Substitutionstherapie, dem Patienten durch die Stabilisierung seiner Suchtproblematik trotz dieser ihm auf den ersten Blick ausweglos erscheinenden „Spirale“ Alternativen zu einer (erneuten) Flucht in die Drogen-Welt aufzuzeigen und zugänglich zu machen.

Bezüglich der Wohnverhältnisse fällt beim Vergleich der drei Studiengruppen entsprechend des eben beschriebenen *Circulus vitiosus* auf, dass in der Metropole Hamburg 13 Prozent der Patienten auch nach Beginn der Substitutionstherapie noch keinen festen Wohnsitz haben, was also die nur

zögerliche Loslösung aus dem Drogenmilieu erklären könnte. Dies trifft auf keinen Patienten der anderen beiden Patientengruppen zu. Ansonsten finden sich bei den Wohnverhältnissen keine wesentliche Unterschiede.

In den diesbezüglich veröffentlichten Studien ist ein sehr positiver Effekt auf Familien- und Sozialbeziehungen von Substituierten beschrieben: Die Patienten haben kaum noch Kontakt zur Drogensubkultur und stabilisieren die Beziehungen zur drogenfreien Umwelt, zur Familie und zu (neuen) Partnern (1,8,16,20,23). Beides ist mit einer guten Prognose behaftet (16).

Die Substitutionstherapie hat also zusammenfassend gesehen einen großen Einfluss auf die Abkehr vom Drogenmilieu und auf die soziale Neuorientierung der Patienten, was maßgeblich zur Stabilisierung und Reintegration der Substituierten beiträgt. Der diesbezüglich größere Fortschritt im ländlichen Raum liegt an günstigeren Voraussetzungen im Kreislauf von Wohn-, Arbeits- und Finanzsituation.

#### **4.6. Psychischer Status**

Mehrere Studien haben bereits gezeigt, dass eine Stabilisierung des psychischen Wohlbefindens sich positiv auf die Prognose der Substitutionstherapie auswirkt (8,12,19,20). Nach Meinung des Autors der vorliegenden Arbeit stellt die Stabilisierung des psychischen Zustandes sogar den zentralen Ausgangspunkt für eine Stabilisierung des Patienten und für dessen Reintegration in die Gesellschaft dar. Um so bedeutender sind diesbezügliche Erfolge der Substitutionstherapie.

In der vorliegenden Untersuchung empfanden weit über 90 Prozent der Befragten ihren psychischen Zustand nach Beginn der Substitutionstherapie als „durchschnittlich“ bis „sehr gut“. Ähnlich große Erfolge gaben die Substituierten bei den Punkten „Selbstwertgefühl“ „Grundstimmung“ und „Ängste“ sowie in

der Einschätzung ihrer „Fähigkeit mit der Sucht und psychischen Belastungssituationen umgehen zu können“ an. Die medizinische Begutachtung durch den behandelnden Arzt fällt im Vergleich dazu eher nüchtern aus: Im Vergleich zur Zeit vor der Substitutionstherapie zeigt sich lediglich bei den Essstörungen ein deutlicher Rückgang der betroffenen Patientenzahlen. Dies lässt sich durch das oben bereits erwähnte Mindestmaß an „Ernährungsbewusstsein“ erklären, dass sich nach einer Strukturierung des Tagesablaufes - als meist ersten Erfolg der Substitutionstherapie – deutlich verbessert. Die Anzahl der übrigen psychiatrischen Diagnosestellungen hält sich jedoch nach Einschätzung des Arztes die Waage. Eine deutliche Zunahme der Diagnosen fällt nur bei den Depressionen auf. Dies kann zum einen als Reaktion auf das „Loch“ gedeutet werden, dass durch die neue Freiheit des wegfallenden Beschaffungsstressses empfunden wird. Zum anderen spielt nach Meinung des Autors sicherlich auch der bereits mehrfach in der Literatur beschriebene „demaskierende Effekt“ der Substitutionstherapie eine große Rolle, wonach Depressionen besonders auf psychiatrische Erkrankungen hinweisen, an denen die Patienten vor Substitutionsbeginn bereits litten und welche sich erst danach erst „demaskieren“ (8,25,27). Die oben beschriebene überaus positive Selbsteinschätzung der psychischen Situation lässt sich also mit der objektivierbaren Lage so nicht bestätigen. Den Wegfall des Beschaffungsstressses, den der Autor gerade als „Loch“ und damit als Auslöser der steigenden Zahl von Depressions-Diagnosen gedeutet hat, sieht Raschke in einem völlig anderen Zusammenhang: Seiner Meinung nach entsteht durch den Wegfall des Beschaffungsstressses zunächst ein großes Befreiungsgefühl, das im weiteren Verlauf steigender Depressivität weicht. Raschke sieht hier eine Ambivalenz in der psychischen Entwicklung (25). Dem widerspricht aber die Tatsache, dass die in der vorliegenden Arbeit befragten Patienten unterschiedlich lange in der laufenden Therapie sind (im Durchschnitt vier Jahre) und damit zum einem Großteil schon über die von Raschke im Hamburg bemerkte „Euphorie“ hinweg sein müssten. Ein größerer Anteil an negativen Selbsteinschätzungen hätten also die Folge sein müssen.

Insgesamt wird die psychische Situation in Hamburg bei nur 77 Prozent als „durchschnittlich“ (42 Prozent) bis „gut“ (25 Prozent) beschrieben. In der vorliegenden Patientengruppe bezeichneten dagegen deutlich weniger Patienten ihren psychischen Zustand nur als „durchschnittlich“ (26 Prozent). Der überwiegende Anteil befand ihn für „gut“ (42 Prozent) beziehungsweise als „sehr gut“ (22 Prozent). Die Tübinger Vergleichsgruppe lag bei der Bewertung des psychischen Zustands als „durchschnittlich“ bis „sehr gut“ bei dem gleichen prozentualen Anteil wie Hamburg (77 Prozent) – versus 90 Prozent der hier untersuchten Patientengruppe. Die genauere Verteilung (elf Prozent „sehr gut“, 49 Prozent „gut“ und 17 Prozent als „durchschnittlich“) ähnelt jedoch mehr den Ergebnissen des ländlichen Bereichs. Die psychische Verfassung scheint also mit der Größe beziehungsweise der Infrastruktur der Aufenthaltsorte zu korrelieren. Die Literaturangaben, die ausschließlich Abhängige in Ballungszentren beschreiben, widersprechen dem nicht (8,12,20).

Die Ergebnisse bezüglich Suizidalität und psychiatrischem Erkrankungsmuster scheinen diese These zu belegen: In der hier vorgestellten Stichprobe hatten rund 75 Prozent der Patienten noch nie ernsthafte Selbstmordgedanken. In der Tübinger Vergleichsgruppe traf dies auf knapp 30 Prozent der Patienten zu. In Hamburg wurden sogar während der laufenden Substitutionstherapie 60 Prozent als suizidgefährdet eingestuft. Vor Substitution waren hier nahezu alle Abhängigen mit Suizidgedanken behaftet. Die Hamburger Studie kam zu dem Ergebnis, das sich gute soziale Kontakte zum Elternhaus und zu drogenfreien Freunden positiv auf die Suizidalität auswirken. Auch hier findet sich nach Meinung des Autors der hier vorliegenden Arbeit also ein Beleg für die Korrelation zwischen Infrastruktur beziehungsweise Wohnortgröße und den psychosozialen Grundgrundvoraussetzungen, denn in Tübingen liegt die Suizidalität deutlich unterhalb der gerade genannten Zahlen aus Hamburg, und im ländlichen Raum noch deutlich weiter unterhalb der Tübinger Ergebnisse.

Die Bedeutung der psychosozialen Betreuung und Therapie begleitend zur Substitutionstherapie ist in der Literatur schon mehrfach belegt (19,20,25,29).

Nach Auswertung mehrerer großer Studien in Hamburg kommt Verthein zu dem Schluss, dass eine Stabilisierung der Therapieerfolge für viele Substituierte nur mit Hilfe einer beratend betreuenden oder psychotherapeutischen Unterstützung erreichbar ist (28).

Dass auch die hier untersuchte Patientengruppe der psychosozialen Betreuung große Bedeutung beimisst, erkennt man an der Tatsache, dass 14 Prozent der Befragten neben der aktuellen Substitutionsbehandlung und der von dem substituierenden Arzt angebotenen psychosozialen Betreuung ohne dessen Wissen weitere diesbezügliche Angebote in Anspruch nahmen. Nur 30 Prozent der hier befragten Abhängigen bezeichnete diese Therapieform für sich selbst als „völlig überflüssig“. Die Gründe hierfür sind in fehlendem Bedarf oder in zuvor gemachten negativen Erfahrungen zu suchen. Ebensovors ist der Anteil der in Tübingen Substituierten, die keine psychosoziale Betreuung beanspruchen. In Hamburg ist diese Zahl deutlich niedriger (zehn Prozent).

Zusammenfassend ist auch für den psychischen Status der Patienten eine klare Stabilisierung durch die Substitutionstherapie festzustellen. Nach Auswertung der diesbezüglichen Daten sieht der Autor neben dem Bereich Arbeits- und Unterhaltssituation auch hier eine Verbesserung des Outcomes durch bessere psychosoziale Rahmenbedingungen in kleineren Wohnorten. Dabei bestätigt sich die Korrelation zwischen kleiner Wohnortgröße und besseren Therapieerfolgen. Dies kann anhand der Ergebnisse bezüglich Selbsteinschätzung der psychischen Gesamtsituation, der diagnostizierten psychiatrischen Erkrankungen und anhand der Daten im Bereich Suizidalität belegt werden.

#### 4.7. Schlussfolgerungen

1. Die Substitutionstherapie mit Methadon hat bei der in der vorliegenden Arbeit untersuchten Stichprobe in den Bereichen „Körperlicher Zustand“, „Arbeits- und Unterhaltssituation“, „Alkohol- und Drogengebrauch“, „Rechtliche Situation“, „Familie und Sozialbeziehungen“ sowie „Psychischer Status“ beachtliche Erfolge erzielt. Sie stabilisiert die Rahmenbedingungen für die Reintegration der Abhängigen in die „zivilisierte“ Gesellschaft und macht diese dadurch erst möglich. Sowohl für die Patienten selbst als auch für die Gesellschaft lohnen sich Kosten und organisatorische Anstrengungen dieser meist langwierigen Therapieform. Für die Patienten ermöglicht sie ein geordnetes Leben mit deutlich höherem Lebensstandard und deutlich höherer Lebensqualität als vor Substitutionsbeginn. Für die Gesellschaft entfallen durch die erfolgreiche Therapie volkswirtschaftlicher Schaden (unter anderem entstanden durch Beschaffungskriminalität und soziale Grundsicherung der Abhängigen) und ein Teil der desozialisierten Gesellschaftsschicht.
2. Im Vergleich zu den Vergleichsstudien aus den Ballungszentren Tübingen und Hamburg sieht der Autor deutliche Anzeichen für die Existenz einer Korrelation zwischen Größe des Wohn- beziehungsweise Substitutionsortes und psychosozialem Outcome. Deutlich bessere Ergebnisse der hier vorliegenden Studie sprechen demnach für bessere Rahmenbedingungen und damit auch für bessere Erfolgchancen der Substitutionstherapie mit Methadon „auf dem Lande“. In Folgestudien sollten die Unterschiede der Infrastruktur, des gesellschaftlichen Aufbaus und therapeutischer Rahmenbedingungen von verschiedenen großen Wohn- und Substitutionsorten untersucht werden, um gegebenenfalls Therapiekonzepte zu entwickeln, die bessere Erfolge in ländlichen Gebieten berücksichtigen.

## 5. Zusammenfassung

Die Therapie von Drogensucht hat in den vergangenen drei Jahrzehnten eine rasante Entwicklung durchlebt. Sie war und ist in dieser Zeit weltweit Gegenstand zahlreicher Untersuchungen.

Bereits in den sechziger Jahren wurde in den USA eine Substitutionstherapie mit Methadon eingeführt. Schon in den ersten Studien zeigten sich große Erfolge in den Bemühungen, Opioidabhängigen durch Stabilisierung von Psyche und Gesundheit eine Reintegration in die Gesellschaft zu ermöglichen.

In Deutschland wurde Heroin vor allem in den siebziger Jahren zu einem gesellschaftlichen Problem: Eine experimentierfreudige Jugendgeneration öffnete sich dem Drogenkonsum. Rasant steigende Zahlen von Abhängigen und Drogentoten waren die Folge.

Methadon ist zur Zeit in Deutschland das Mittel der Wahl bei der Behandlung der Opiatabhängigkeit. Es ist dem Morphin pharmakologisch und chemisch sehr ähnlich. Deswegen eignet sich dieses Mittel dazu, die Sucht der Abhängigen mit einem Mittel zu befriedigen, das jedoch eine geringere narkotische Wirkung hat und damit der Versuch des Abhängigen, sich aktiv am gesellschaftlichen Leben zu beteiligen, nicht an der drogenbedingten Apathie zu scheitern droht. Durch die Therapie erfolgt also eine Umstellung der Abhängigkeit auf ein anderes Mittel.

Wegen persistierender Abhängigkeit und starkem Beikonsum kam diese Form der Suchttherapie immer wieder in die Kritik der Öffentlichkeit. Aus mehreren Großstädten wurde in Studien belegt, dass erst durch die Substitutionstherapie ein Loslösen der Abhängigen aus dem Drogenmilieu und eine Reintegration in das anerkannte soziale Leben (mit fester Wohnung und Arbeit) möglich werden kann und dass nicht die Abstinenz als alleiniges Ziel der Suchttherapie angesehen werden darf. In der Literatur fanden sich bislang nur Studien aus Großstädten beziehungsweise Ballungszentren.

In der hier vorliegenden Arbeit wurde der psychosoziale Hintergrund von Heroinabhängigen in einer ländlichen Gegend analysiert, die Erfolge beziehungsweise Misserfolge der Methadon-Substitutionstherapie aufgezeigt und die Resultate mit den Ergebnissen der Literatur im Allgemeinen und zweier Vergleichsstudien aus der Metropole Hamburg zum einen und dem Ballungsraum Tübingen zum anderen verglichen.

Vergleichbar waren die Daten aufgrund des jeweils gleichen zugrunde liegenden Fragenkatalogs aus dem „Addiction Severity Index“ (ASI). Dabei handelt es sich um ein semi-strukturiertes Interview, welches Daten von Personen mit Suchtproblemen in sieben voneinander unabhängigen Problembereichen erfasst: „Körperlicher Zustand“, „Arbeits- und Unterhaltssituation“, „Alkoholgebrauch“, „Drogengebrauch“, „Rechtliche Situation“, „Familie und Sozialbeziehungen“ sowie „Psychischer Status“.

Die vorliegende Arbeit bestätigt, dass der körperliche Zustand der Substituierten durch diese Therapieform drastisch verbessert und auf einem im Vergleich zur Ausgangslage vor Substitutionsbeginn hohen Niveau stabilisiert wird. Hierbei wirkt sich auch positiv aus, dass die „Ersatzdroge“ Methadon oral appliziert wird und somit die Injektion-bedingte Gefahr von Abzederungen und Infektionen gemindert ist. Auch durch die mit der Substitutionstherapie verbundenen regelmäßigen Arztbesuche kommt es zu einer deutlichen Besserung der gesundheitlichen Lage.

Damit wird eine Grundvoraussetzung für die (Wieder-) Herstellung der Erwerbsfähigkeit und damit der beruflichen und sozialen Reintegration erreicht.

Durch die Methadonsubstitution ist es in der hier beschriebenen Stichprobe gelungen, einen Großteil der Patienten in ein mehr oder weniger geregeltes Arbeitsleben zu führen. Dadurch und wegen der für den Abhängigen kostenlose Abgabe des Ersatzmittels wurde die Beschaffungskriminalität als Einnahmequelle irrelevant. Somit konnte der bislang entstandene gesamtwirtschaftliche Schaden, der zusätzlich zur Beschaffungskriminalität durch illegale Beschäftigung („Schwarzarbeit“),

Arbeitslosengeld (und –hilfe), Wohngeld und Sozialhilfe entstand, durch die Therapie drastisch gesenkt werden. Auch im Bereich der Unterhaltssituation zeigt sich also bei der hier untersuchten Stichprobe eine durch die Substitutionstherapie erst ermöglichte positive Entwicklung mit weiter steigender Tendenz. Dabei fällt auf, dass die Substituierten im hier untersuchten ländlichen Raum bezüglich Arbeits- und Unterhaltssituation deutlich bessere Erfolge erzielen, als die Vergleichsgruppen aus den Ballungszentren Hamburg und Tübingen. Dies ist für den Autor überraschend. Erklärungsversuche des Autors führen dies auf eine festere Einbindung der Abhängigen der Ballungszentren in einen Circulus vitiosus ([gegebenenfalls: keinen Partner →] keine Wohnung → kein Arbeitsvertrag → keine finanziellen Ressourcen → keine Wohnung) zurück, der die enge Verknüpfung der einzelnen hier untersuchten Teilaspekte der psychosozialen Situation der Abhängigen widerspiegelt. Diese „Spirale“ gilt es durch weiterführende Betreuung (Beratung und Hilfestellungen verschiedenster Art) zu durchbrechen, um die Reintegration letztendlich zu ermöglichen. Ermöglicht wird dies allerdings nur durch die Substitutionstherapie, die dem Patienten durch die Stabilisierung seiner Suchtproblematik trotz dieser ihm auf den ersten Blick ausweglos erscheinenden „Spirale“ Alternativen zu einer (erneuten) Flucht in die Drogen-Welt aufzeigt und zugänglich macht.

Ein großes Problem für den Substituierenden Arzt sieht die vorliegende Arbeit (wie auch die Vergleichsstudien) in der Polytoxikomanie: Wie bei allen anderen suchtspezifischen Behandlungsansätzen auch, stellt sich hier das Problem des Beigebrauchs. Die pharmakologisch anders wirkenden Drogen (wie Kokain und Benzodiazepine) sprechen nicht auf die Substitution des die Opioid-Rezeptoren besetzenden Methadons an. Dies erfordert vom substituierenden Arzt ein therapeutisches Feingefühl, mit dem er die Balance zwischen medikamentösem Befriedigen der verschiedenen Suchtformen und gleichzeitigem Behandeln all dieser Suchtformen neben der Opiatabhängigkeit finden muss – möglichst ohne den Patienten durch Über- oder Unterdosierung in den Beikonsum beziehungsweise in die Incompliance zu treiben.

Der in der Literatur bereits beschriebene starke Beigebrauch bestätigt sich auch im ländlichen Raum. Der Autor stellt jedoch fest, dass trotz Beikonsums und vorausgegangener frustanter Therapieversuche die Substitutionstherapie mit Methadon geeignet scheint, den Drogenkonsum der Patienten – wenn auch nur langsam – zu reduzieren und auch dadurch zu einer Stabilisierung der Gesamtsituation beizutragen. Angesichts der großen Erfolge bei der psychosozialen Stabilisierung spielt der Beikonsum also eine nur untergeordnete Rolle.

Nach Meinung des Autors dürfen die Drogenabhängigen zumindest im ländlichen Raum nicht aufgrund ihres psychosozialen Hintergrundes von vorneherein kriminalisiert werden. Vielmehr ist die Straffälligkeit, die im ländlichen Bereich deutlich unter den Vergleichswerten aus den Städten Hamburg und Tübingen liegt, als Folge des sozialen und finanziellen Abstieges durch die Drogensucht zu werten. Im Rahmen des Rehabilitationsprozesses durch die Substitutionstherapie stabilisiert sich auch die rechtliche Lage der Patienten. Der volkswirtschaftliche Schaden der Gesellschaft durch illegales Verhalten der Substituierten wird auf ein Minimum reduziert. Auch in diesem Punkt wird ein wichtiger Schritt in Richtung Reintegration durch die Substitutionstherapie erzielt.

Erreicht wird durch die Opioid-Substitutionstherapie auch die Abkehr vom Drogenmilieu und die soziale Neuorientierung der Patienten hin zu verbesserter Wohnsituation, zu familiären Beziehungen und zu (neuen) Freunden, die keinen Kontakt zum Drogenmilieu haben. Dadurch trägt diese Therapieform auch im ländlichen Bereich zur Stabilisierung und Reintegration der Substituierten bei. Dabei wird auch in diesem Bereich im ländlicheren Gebiet ein größerer Fortschritt erzielt, als in den Ballungszentren. Dies führt der Autor auf die hierfür günstigeren Grundvoraussetzungen im Kreislauf von Wohn-, Arbeits- und Finanzsituation (siehe oben) zurück.

Auch für den psychischen Status, dem der Patienten lässt sich eine klare Stabilisierung durch die Substitutionstherapie festzustellen. Depressionen werden zwar unter Substitutionstherapie häufiger diagnostiziert, jedoch kann dies auf „Demaskierungseffekte“ unter Vorenthaltung der auch hier zentral entgegenwirkenden Droge Morphin zurückgeführt werden.

Nach Auswertung der diesbezüglichen Daten sieht der Autor auch im Bereich der psychischen Situation eine Korrelation zwischen Wohnortgröße und -infrastruktur auf der einen Seite sowie psychosozialem Outcome andererseits. Dies kann anhand der Ergebnisse bezüglich Selbsteinschätzung der psychischen Gesamtsituation, der diagnostizierten psychiatrischen Erkrankungen und anhand der Daten im Bereich Suizidalität belegt werden.

Der Autor kommt nach Auswertung der vorliegenden Arbeit zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. Die Substitutionstherapie mit Methadon ermöglicht über eine Stabilisierung in allen hier analysierten Bereichen die Reintegration der Abhängigen in die Gesellschaft.
2. In der hier vorgestellten Stichprobe konnten deutlich bessere Ergebnisse erzielt werden, als in den Vergleichsstudien aus Hamburg und Tübingen. Der Autor schließt auf einen Zusammenhang zwischen Wohnortbeziehungsweise Substitutionsortgröße und Outcome und empfiehlt weitere Studien, die zu Therapiekonzepten führen könnten, die bessere Therapieerfolge in ländlichen Gebieten berücksichtigen.

## 6. Literaturverzeichnis

- 1 Cushman, P., Dole, V. (1973)  
Detoxification of Rehabilitated Methadone-Maintained Patients  
JAMA, Vol 226, No 7, 747-752
- 2 Dole, V., Nyswander, M. (1976)  
Methadone Maintenance Treatment – A Ten-Year Perspective  
JAMA, Vol 235, No.19, 2117-2119
- 3 Liechti, F., Falcato, L., Dürsteler-Mac Farland, K., Rössler, W., Stohler, R. (2002)  
Psychosoziale Charakteristika, Methadondosierung und  
Heroinkonsum in ambulanten Methadonbehandlungen – ein Matched  
Pair Design  
Soz.-Präventivmed. 47, 44-47
- 4 Nilson, M., Solberg, U., Ballotta, D., Wiessing, L. (2002)  
Drugs in Focus – Key role of substitution in drug treatment  
European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, in  
<http://www.emcdda.org>
- 5 Weiler, D., Vogt, M., Kufner, H. (2000)  
Anwendung des European Addiction Severity Index (EuropASI) im  
Rahmen einer ambulanten Behandlung von Drogenabhängigen  
Sucht, 46, 197-208
- 6 Vogt, M., Kufner, H., Weiler, D. (2000)  
Katamnestische Ergebnisse zur ambulanten medizinischen  
Rehabilitation unter Methadon-Substitution.  
Suchtmedizin, 2, 93-102
- 7 Reuter, B., Kufner, H. (2002)  
Ergebnisse der Methadonsubstitution in Deutschland – eine qualitative  
und quantitative Zusammenfassung  
Suchtmedizin, 4, 31-45
- 8 Kraus, L., Müller-Kalthoff, T. (2002)  
Psychosoziale Vorbelastung bei Drogentoten  
Das Gesundheitswesen, 64, 548-553

- 9 Kunstmann, W. (2003)  
Rechtliche Grundlagen der Substitutionstherapie Opiatabhängiger  
Vortrag gehalten am 26.06.2003 auf dem Hauptstadtkongress der  
Bundesärztekammer in Berlin
  
- 10 Backmund, M. ,Meyer, K., Eichenlaub, D., Schütz, C. (2001)  
Predictors for completing an inpatient detoxification program among  
intravenous heroin users, methadone substituted and codeine substituted  
patients  
Drug and Alcohol Dependence, 64, 173-180
  
- 11 Magura, S., Rosenblum, A. (2001)  
Leaving Methadone Treatment: Lessons learned, lessons forgotten,  
lessons ignored  
Mt Sinai J Med, 68 (1), 62-74
  
- 12 Cacciola, J., Alterman, A., Rutherford, M., McKay, J., Mulvaney, F.  
(2001)  
The relationship of psychiatric comorbidity to treatment outcomes in  
methadone maintained patients  
Drug Alcohol Depend, 61, 271-280
  
- 13 Stein, M., Friedmann, P. (2002)  
Need for Medical and psychosocial services among injection Drug users:  
A comparative study of needle exchange and Methadone Maintenance  
The American Journal on Addiction, 11, 262-270
  
- 15 Kott,A., Habel, E., Nottingham, W. (2001)  
Analysis of behavioural patterns in five cohorts of patients retained in  
methadone maintenance programs  
Mt Sinai J Med, 68 (1), 46-54
  
- 16 Havassy, B., Hall, S., Wasserman, D. (1991)  
Social support and relapse: commonalities among alcoholics, opiate  
users and cigarettes smokers  
Addict Behav, 16 (5), 235-246
  
- 17 Dyer, K., White, J. (1997)  
Patterns of symptoms complaints in methadone maintenance patients  
Addiction, 92 (11), 1445-1455
  
- 18 Brewer, D., Catalano, R., Haggerty, K., Gainey, R., Fleming, C. (1998)  
A meta-analysis of predictors of continued drug use during and after  
treatment for opiate addiction  
Addiction, 93 (1), 73-92

- 19 Weber, I. (1997)  
Studie des Zentralinstituts: Drogensubstitution in der Arztpraxis  
Dtsch Arztebl, 94, 2803
- 20 Verthein, U., Kalke, J., Raschke, P. (1994)  
Results of international and federal German evaluation studies of  
methadone substitution therapy – an overview  
Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 44 (3),  
128-136
- 21 Baumann, T. Battegay, R., Rauchfleisch, U. (1993)  
Heroin addicts in substitution programs  
Schweizerische Medizinische Wochenschrift, 123 (20), 1020-1026
- 22 Renggli, R., Ladewig, D. (1983)  
Methadone – resocialization of heroin dependent patients  
Sozial- und Präventivmedizin, 28 (6), 318-320
- 24 Caspers-Merk, M. (2004)  
Drogen- und Suchtbericht 2004 der Drogenbeauftragten der  
Bundesregierung  
Druckerei Wende, Berlin
- 25 Raschke, P. (1994)  
Substitutionstherapie – Ergebnisse langfristiger Behandlung von  
Opiatabhängigen  
Lambertus Verlag, Freiburg
- 26 Mörcke, J. (1999)  
Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Substitutionstherapie mit  
Methadon  
Diplomarbeit an der Psychiatrischen Fakultät der Universität Tübingen  
Eigendruck, Tübingen
- 27 Werdelis, W. (2004)  
Vor der Rauschfahrt in den Tod  
In: „Die Rheinpfalz“, Ausgabe Südwest vom 14.07.2004  
Rheinpfalz-Verlag, Ludwigshafen
- 28 Verthein, U. (1994)  
Die psychische Situation  
in: Raschke, P. (1994)  
Substitutionstherapie – Ergebnisse langfristiger Behandlung von  
Opiatabhängigen, 87-98  
Lambertus Verlag, Freiburg

- 29 Günthner, A. (1999)  
Behandlung und Rehabilitation Suchtkranken: Zusammenarbeit von Arzt und psychosozialer Betreuung im regionalen Verbund, 127-138  
In: Zerdick, J. (Hrsg): Suchtmedizin aktuell, Schriftenreihe der DGDS e.V. Band 3, VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin
- 30 Behrent, K. (1996)  
Beziehung zwischen Arzt und Patient – Ziele und Grenzen in der Praxis, 151-160  
In: Nowak, M., Schiffmann, R., Brinkmann, R. : Drogensucht – Entstehungsbedingungen und therapeutische Praxis  
2. Auflage, Schattauer, Stuttgart/New York
- 31 Bühringer, G. (1995)  
Methadon-Expertise: Expertise zum Einsatz von Methadon bei der Behandlung von Drogenabhängigen in Deutschland  
In: Künzel, J., Spies, G., Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit  
Band 55, Nomos-Verlags-Gesellschaft, Baden-Baden
- 32 Czock, H. Ferencz, A. Rösinger, C. (1995)  
Modellvorhaben „Medikamentengestützte Rehabilitation i.v. Opiatabhängiger“  
In: Künzel, J., Spies, G., Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit  
Band 55, Nomos-Verlags-Gesellschaft, Baden-Baden
- 33 Ullmann, R. (1999)  
Die differenzierte Substitutionsbehandlung mit Methadon, 215-221  
In: Zerdick, J. (Hrsg): Suchtmedizin aktuell, Schriftenreihe der DGDS e.V. Band 3, VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin
- 34 Gölz, J. (1996)  
Substitutionstherapie in der Praxis, 173-186  
In: Nowak, M., Schiffmann, R., Brinkmann, R. : Drogensucht – Entstehungsbedingungen und therapeutische Praxis  
2. Auflage, Schattauer, Stuttgart/New York

## 7. Danksagung

Mein herzlicher Dank gilt all denen, die mir bei der Erstellung der vorliegenden Dissertationsschrift behilflich waren. Insbesondere bedanke ich mich bei

**Dr.med.Dipl.Psych. Arthur Günthner**, Oberarzt der psychiatrischen Abteilung der Universitätsklinik Tübingen und später Chefarzt der LVA-Fachklinik in Eußerthal. Er stellte den Kontakt zu Professor Buchkremer her und hat auch nach Verlassen der Universitätsklinik jederzeit mit Rat und fachlicher Kompetenz wesentlich zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen.

**Dr.med. Dirk Schlamp**, Facharzt für Allgemeinmedizin, Sport- und Suchtmedizin. In seiner Ebertsheimer Praxis wurden und werden die hier analysierten Opiatabhängigen mit Methadon substituiert. Er hat mir den Einblick in die Arbeit seiner Methadon-Sprechstunde gewährt und die Durchführung der Datenerhebung an „seinen“ Patienten unterstützt.

**Dr.med. Dino Schlamp**, Facharzt für Allgemeinmedizin und Internist. Er hat mir bei der Idee und Durchführung der Datenerhebung für diese Arbeit geholfen und mir auch nach seinem Umzug nach Norwegen stets beratend zur Seite gestanden.

**Praxisteam der Praxis Dr. Schlamp**. Die Arzthelferinnen der Methadonsprechstunde vereinfachten mir den Kontakt zu den Patienten und waren mir in vielen organisatorischen Details bezüglich der Datenerhebung eine große Hilfe.

## **8. Anhang**

Anschreiben an Patienten

Fragebogen

Arztfragebogen

## Liebe Patientin, lieber Patient,

wir bitten Sie um Ihre Mitarbeit an einer **wissenschaftlichen Untersuchung**. Der **Datenschutz ist gewährleistet**. Die Ergebnisse dienen ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken.

Die folgenden Fragen und Aussagen beziehen sich auf Ihre Situation vor Beginn der Behandlung mit Methadon und Ihre jetzige Situation. Ziel dieser Untersuchung ist es, die **Bedingungen und Auswirkungen der Methadon-Substitution** zu erfassen und entsprechend zu verbessern.

Bitte lesen Sie die **Fragen und Aussagen nacheinander** durch und geben Sie jeweils die für Sie zutreffende Antwort an.

Sie finden verschiedene **Antwortmöglichkeiten** vor:

- Besteht nur eine Antwortmöglichkeit, tragen Sie bitte die entsprechende Zahl der für Sie zutreffenden Antwort in das Kästchen ein.

**Beispiel:** Sind Sie zur Zeit erwerbstätig ? 1 – ja 2 – nein

- Bestehen mehrere Antwortmöglichkeiten, kreuzen Sie bitte die Kästchen der für Sie zutreffenden Antworten an und/oder tragen Sie Ihre Antworten auf den vorgesehenen Linien ein.

**Beispiel:** Welche Freizeitaktivitäten haben Sie ?

Lesen  Sport  Fernsehen  \_\_\_\_\_

- Wird nach einem zahlenmäßig anzugebenden Sachverhalt gefragt, tragen Sie bitte die für Sie zutreffende Zahl in das Kästchen ein.

**Beispiel:** An wie vielen Tagen hatten Sie während der letzten 30 Tage

Gesundheitliche Probleme

- Auf den beiden letzten Seiten bitten wir Sie um die Bewertung Ihrer Situation an Hand einer vorgegebenen Skala. Kreuzen Sie bitte die für Sie zutreffende Antwort (bitte nur eine) an.

**Beispiel:** Wie sehr hat Sie das Problem belastet ?

Berufliche Situation ...       
Gar nicht kaum mittelmäßig beträchtlich extrem

Bearbeiten Sie bitte **alle Fragen und Aussagen** ! Geben Sie **bitte wahrheitsgemäß Auskunft** ! Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten, es kommt nicht darauf an, einen „guten Eindruck“ zu machen.

Für **Rückfragen** stehen wir Ihnen in der Sprechstunde gerne zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !

Jens Galan, Dr. D. Schlamp

# Allgemeine Angaben

Patientennummer:.....

## 1. Größe des Wohnortes

vor Substitution

jetzt

1 – Großstadt (>100.000)

2 – mittelgroße Stadt (10-100.000)

3 – Kleinstadt (< 10.000)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 2. Wie lange leben Sie schon unter der derzeitigen Adresse ?

seit:

(Monat / Jahr)

## 3. Gehört dieser Wohnsitz Ihnen bzw. Ihrer Familie ?

0 – nein, 1 – ja

\_\_\_\_\_

## 4. Geburtsland

Patient:

\_\_\_\_\_

Vater :

\_\_\_\_\_

Mutter:

\_\_\_\_\_

## 5. Wer hat den Kontakt zwischen Ihnen und Ihrem substituierenden Arzt vermittelt ? (Bitte ankreuzen)

\_Selbstmelder

\_ Partner,Familie,Freunde

\_ Schule, Arbeitgeber

\_ niedergel. Arzt

\_ Beratungsstelle

\_ stat. Entzugseinrichtung

\_ stat. Drogentherapie

\_ stat. Nachsorge

\_ ambulante Nachsorge

\_ Krankenhaus. (keine Entgiftung)

\_ JVA/Justiz

\_ Gesundheitsamt

\_ Rentenversicherungsträger

\_ Krankenkasse

\_ Selbsthilfegruppe

\_ unklar/unbekannt

\_.....

**6. Was waren für Sie die Gründe, auf einen Ersatzstoff umzusteigen ? (Bitte ankreuzen)**

**Ziel erreicht ?**

	eher ja		eher nein	
	ja	ja	nein	nein
<input type="checkbox"/> - ich habe weniger Beschaffungsstreß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> - Stabilisierung/Verbesserung meiner Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> - Verbesserung/Erhaltung meiner sozialen Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> - Ich bin mit einer „Cleantherapie“ nicht klargekommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> - Ich lehne eine „Cleantherapie“ ab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> - Die Substitution ist für mich der einzige Ausweg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> - Ich habe eine Therapieauflage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> - Ich wollte damit einer drohenden Haftstrafe entgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> - Mein(e) Partner(in) ist auch in Substitution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> - ich habe mich freiwillig dazu entschlossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> - ich habe meinem/r Partner/in zuliebe damit begonnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> - _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7. Waren Sie früher schon in Substitutionsbehandlung ?**

0 – nein, 1 – ja

\_\_\_\_\_

wenn ja:

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_  
(Arzt, Ort)

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_  
(Arzt, Ort)

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_  
(Arzt, Ort)

**8. Gab es mal oder gibt es zur Zeit Probleme mit der Dosierung Ihres Ersatzmittels ?**

0 – Nein

\_\_\_\_\_

1 – Ja, früher mal

2 – Ja, zur Zeit

3 – Ja, immer wieder mal

**9. Wie kommen Sie insgesamt mit dem Ersatzmittel zurecht ?**

1 – sehr gut

2 – eher gut

3 - eher schlecht

4 – sehr schlecht

**10. Welche Vorteile hat Ihnen die Substitutionsbehandlung tatsächlich gebracht ?(Bitte ankreuzen !)**

- Stabilisierung/Besserung meiner Gesundheit
- Stabilisierung/Besserung der Psyche
- Stabilisierung der Beziehung zum/r Partner/in
- Besserer Kontakt zu meinen Kindern
- Besserer Kontakt zu meinen Eltern
- Besserung meiner Wohnsituation
- konnte Schul-/Berufsausbildung beginnen/abschl.
- habe geregelte Arbeit
- habe gelegentlich einen Job
- Kontakte zu drogenfreien Freunden zu haben
- Keine Kontakte zur Szene mehr zu haben
- Keine Probleme mit Polizei/Gerichten mehr
- keinen Beschaffungstreß mehr zu haben
- haben meinen Drogenkonsum verringert
- habe mehr Ruhe/Zeit Sachen zu erledigen
- „normales“ geregeltes Leben zu haben
- Sport/Hobbys zu haben
- Nachdenken über meine Zukunft zu können
- habe keinen besonderen Vorteile durch Substitution
  
- \_\_\_\_\_

**11. Was empfinden Sie im Vergleich zur Zeit vor der Substitution jetzt als besonders nachteilig ? (Bitte ankreuzen)**

- Das „Feeling“ vom Heroin ist weg
- empfinde öfter ein „Loch“ oder Innere Leere
- Es ist jetzt alles „so normal“
- Weiß mit meiner Zeit nichts anzufangen.
- Habe die früheren Kontakte alle verloren
- Bin allein – fühle mich einsam
- Habe so viele Verpflichtungen
  
- \_\_\_\_\_

## 12. Bitte ankreuzen:

Ziele / Wunsch des Patienten nach	nein	leicht-	deutl.	stark
Abstinenz (ohne Substitution)				
Wunsch nach ambulanter Reha				
Wunsch nach stationärer Reha				
Verzicht auf weiche Drogen				
Verzicht auf harte Drogen				

## 13. Was denken Sie, wie lange Sie in der Substitution bleiben werden ? (Bitte ankreuzen)

- Ich denke, daß ich für immer dabeibleiben werde
- Ich werde bestimmt noch 5 Jahre oder länger dabei bleiben
- Ich werde bestimmt noch für 3-4 Jahre dabeibleiben
- Ich werde bestimmt noch etwa 1-2 Jahre dabeibleiben
- Ich will das Mittel innerhalb des nächsten Jahres absetzen
- Ich werde zur Zeit herunterdosiert um das Mittel abzusetzen
- Ich werde die Substitution in den nächsten 30 Tagen abzubrechen.

## 14. Was empfinden Sie zur Zeit als die wichtigsten Nachteile der Substitutionsbehandlung und ihrer Regelungen ?

- Mich immer als Patient/Klient fühlen zu müssen.
- Weiterhin von einem Mittel abhängig zu sein.
- Verpflichtungen, die mit der Substitution verbunden sind (z.B. tägliche Anreise etc.)
- Die Nebenwirkungen der Ersatzmittel.
- Täglich so viele Tabletten schlucken zu müssen.
- Ich sehe keine Nachteile in der Substitution.
- \_\_\_\_\_

## 15. Welche Art von Hilfen fehlt Ihnen zur Zeit am meisten ? (Bitte ankreuzen)

- Ich habe nicht genug Möglichkeiten, mit jemandem (Sozialarbeiter, Psychologe o.ä.) zu reden und mich mitzuteilen.
- Ich bekomme zu wenig Unterstützung bei sozialen Problemen (Wohnung, Arbeit, Ausbildung).
- Ich bekomme zu wenig Soforthilfe und Unterstützung in Situationen, in denen es mir schlecht geht
- Ich habe zur Zeit genügend Unterstützung und Hilfe.
- Ich habe zur Zeit keine besonderen Probleme und Schwierigkeiten.
- \_\_\_\_\_

**16. Sind Sie insgesamt mit Ihrem Arzt zufrieden ?**

1 – sehr zufrieden

2 – zufrieden

3 – teils/teils

4 – unzufrieden

5 – sehr unzufrieden



# Körperlicher Zustand

17. Wenn Sie sich zurückerinnern: Wie ging/geht es Ihnen in der Zeit vor der Substitutionstherapie bzw. heute körperlich?

	Vor der Substitutionstherapie	jetzt
1 – sehr gut	_____	_____
2 – eher gut		
3 – durchschnittlich		
4 – eher schlecht		
5 – sehr schlecht		

18. Wie oft in Ihrem Leben waren Sie aufgrund von körperlichen Problemen stationär in einem Krankenhaus untergebracht ?  
(einschließlich Überdosis, Delirium Tremens, ausschließlich Entgiftung)

\_\_\_\_\_ mal

19. Wann war Ihr letzter Krankenhausaufenthalt aufgrund eines körperlichen Problems ?

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Monat                      Jahr

20. Nachdem Sie begonnen hatten, Drogen zu nehmen: Wann waren Sie danach zum ersten Mal aufgrund körperlicher Probleme im Krankenhaus?

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Monat                      Jahr

**21. Haben Sie gesundheitliche Probleme, die Ihr Leben immer wieder störend beeinflussen ?**

0 – nein, 1 – ja

\_\_\_\_\_

wenn ja, welche ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**22. Sind Ihnen zur Zeit noch andere Medikamente ärztlich verordnet, z.B. zum Schlafen (Benzos o.ä.) bzw. aufgrund einer körperlichen Erkrankung ? (Bitte ankreuzen)**

	vor der Substitution	jetzt
Schlafmittel (Benzos etc.)	—	—
<b>Antidepressiva</b> (Aponal, Saroten)	—	—
<b>andere Mittel</b>	—	—

wenn ja:

Medikament	Dosierung früher/jetzt	verschrieben von früher/jetzt	Diagnose früher/jetzt
_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____
_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____
_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____

**23. Waren Sie während der letzten sechs Monate wegen eines körperlichen Problems in ärztlicher Behandlung ?**

0 – nein, 1 – ja

\_\_\_\_\_

**24. An wievielen Tagen hatten Sie während der letzten 30 Tage gesundheitliche Probleme ?**

\_\_\_\_\_ mal

## Arbeits- und Unterhaltssituation

25. Abgeschlossene Schulbildung in Jahren ? \_\_\_\_\_ Jahre

26. Höher Schulbildung (FH, Uni) ? \_\_\_\_\_ Jahre

27. Höchster erzielter Abschluß ?

1 – keiner

2 – Hauptschulabschluß

3 – Mittlere Reife

4 – Abitur, Fachhochschulreife

5 – Berufsfachschule, Akademie, Fachakademie

6 – Hochschulabschluß, Fachhochschulabschluß

\_\_\_\_\_

28. Haben Sie eine Berufsausbildung ?

0 – nein, 1 – ja

\_\_\_\_\_

wenn ja: Beruf/Studium ? \_\_\_\_\_

29. Haben Sie Ihr gewünschtes Ausbildungsziel erreicht ?

0 – nein, 1 – ja

\_\_\_\_\_

30. Wie viele Ausbildungen/Studiengänge haben Sie abgebrochen?

\_\_\_\_\_ Ausbildungen bzw. Studiengänge abgebrochen

**31. Haben Sie eine gültige Fahrerlaubnis ?**

0 – nein, 1 – ja

\_\_\_\_\_

Wenn ja: Seit wann ? seit \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Monat Jahr

Führerscheinklasse(n): \_\_\_\_\_

**32. Wurde Ihnen der Führerschein jemals entzogen ?**

0 – nein

\_\_\_\_\_

1 – ja

2 – wg. polizeilich bek. Drogenmißbrauch nie erteilt

Wenn ja: Wie oft wurde der Führerschein entzogen ?

\_\_\_\_\_ mal

Für wie lange ? \_\_\_\_\_ Monate \_\_\_\_\_ Jahre

Grund ? (bitte ankreuzen)

\_ Alkohol

\_ Drogen, welche \_\_\_\_\_

\_ auffälliges Verkehrsverhalten

**33. Wie lange dauerte Ihre längste Beschäftigung in Festanstellung am Stück ?**

\_\_\_\_\_ Jahre und \_\_\_\_\_ Monate



**38. Wieviele Tage haben Sie während der letzten 30 Tage gearbeitet ?**  
(ohne Dealen, Prostitution und anderer illegaler Tätigkeiten )

\_\_\_\_\_ Tage

**39. Sind Sie zur Zeit erwerbstätig ?**

1 – Ja

0 – nein

**Wenn ja: Wie ist Ihr Verhältnis zu den Arbeitskollegen ?**

1 – Ich verstehe mich gut mit den Kollegen, wir sehen uns auch außerhalb der Arbeitszeit

2 – Ich verstehe mich gut mit den Kollegen, aber wir sehen uns nur während der Arbeitszeit

3 – Ich habe kaum Kontakt zu meinen Arbeitskollegen

4 – Ich habe eher Schwierigkeiten/Ärger mit meinen Kollegen

5 -sonstiges: \_\_\_\_\_

**40. Wer weiß an Ihrem Arbeitsplatz, daß Sie Drogenprobleme haben/hatten? (bitte ankreuzen)**

Ihr Chef

Ihr(e) Kolleginnen und Kollegen

Chef und Kollegen

Niemand

Sonstige: \_\_\_\_\_

**41. Haben Sie während der letzten 30 Tage für Ihren Lebensunterhalt Geld aus folgenden Quellen bezogen ?**

0 – nein, 1 – ja

\_\_\_\_\_

Bitte ankreuzen:

	vor der Substitution	jetzt	keine Antwort
a) Erwerbstätigkeit (geregelt Arbeit)	–	–	–
b) Erwerbstätigkeit (Gelegenheitsjobs)	–	–	–
c) „Erwerbstätigkeit“ (Schwarzarbeit)	–	–	–
d) Ausbildungsvergütung/Umschulungsgeld	–	–	–
e) Arbeitslosengeld bzw. –hilfe	–	–	–
f) Sozialhilfe	–	–	–
g) Pension, Rente, Frührente, Altersruhegeld	–	–	–
h) Wohngeld	–	–	–
i) Unterstützung durch Eltern	–	–	–
j) Unterstützung d. Partner, sonst. Angehörige oder Freunde	–	–	–
k) Dealen/Vermitteln von Deals	–	–	–
l) Prostitution/Zuhälterei	–	–	–
m) Hehlerei	–	–	–
n) Diebstahl	–	–	–
o) Einbrüche	–	–	–
p) andere Einkünfte _____	–	–	–

**42. Welches war/ist die Hauptquelle Ihres Lebensunterhaltes ?**

(Bitte Buchstaben von Frage 41 eintragen)

vor der  
Substitution                      jetzt

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**43. Wieviel Einkommen (aus allen genannten Quellen) hatten/ haben Sie insgesamt im Monat ?**

vor der Substitution

jetzt

\_\_\_\_\_ DM

\_\_\_\_\_ DM

**44. Wieviel Prozent Ihrer monatlichen Einkünfte gaben/geben Sie vor der Substitution/jetzt für Drogen aus?**

vor der Substitution

jetzt

\_\_\_\_\_ %

\_\_\_\_\_ %

**45. Hatten/Haben Sie Schulden ? (bitte ankreuzen)**

vor der Substitution

jetzt

keine Schulden

keine Schulden

bis 5.000 DM

bis 5.000 DM

bis 10.000 DM

bis 10.000 DM

bis 15.000 DM

bis 15.000 DM

bis 20.000 DM

bis 20.000 DM

bis 50.000 DM

bis 50.000 DM

über 50.000 DM

über 50.000 DM

**46. Bei wem hatten/haben Sie Schulden ? (bitte ankreuzen)**

	vor der Substitution	jetzt
Bank	—	—
Eltern	—	—
Sonstigen Verwandten	—	—
Partner/in	—	—
Sonstige Freunde	—	—
Dealer	—	—
Arbeitgeber	—	—
_____	—	—

**47. Ihre Schuldensituation belastet(e) Sie heute bzw. in der Zeit vor der Substitution wie stark ?**

	vor der Substitution	jetzt
0 – gar nicht	—	—
1 – etwas		
2 – ziemlich		
3 – stark		
4 – war/ist mir egal		

**48. Erwarten Sie, daß Sie Ihre Schuldensituation in Zukunft stark belastet ?**

1 – kaum	—
2 – möglicherweise	
3 – wahrscheinlich	
4 – ziemlich sicher	

**49. Hat sich Ihre finanzielle Situation im Vergleich zur Zeit vor der Substitution verbessert ?**

1 – Situation ist gleichgeblieben

2 – Situation hat sich verbessert

3 – Situation hat sich verschlechtert

\_\_\_\_\_

**50. Haben Sie eine Verbesserung Ihrer finanziellen Situation in Aussicht ?**

0 - nein

1 – eher nein

2 – eher ja

3 – ganz sicher

\_\_\_\_\_

**51. Wieviele Menschen waren/sind bezüglich Ernährung, Wohnung usw. hauptsächlich auf Sie angewiesen ?**

vor der  
Substitution

jetzt

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**52. An wievielen Tagen hatten Sie während der letzten 30 Tage berufliche Probleme bzw. Probleme wegen Arbeitslosigkeit ?**

an \_\_\_\_\_ Tagen

**53. Wie hat sich Ihre Arbeits-/Ausbildungssituation im Vergleich zu der Zeit vor der Substitutionstherapie verändert ?**

1 – Situation ist gleichgeblieben

2 – Situation hat sich verbessert

3 – Situation hat sich verschlechtert

\_\_\_\_\_

## Drogen- und Alkoholgebrauch

**54. Wenn Sie zusätzlich zu den Ersatzstoffen weitere Drogen nehmen:  
Aus welchem Grund ? (bitte ankreuzen)**

- Die Dosierung des Substitutionsmittels reicht bei mir nicht aus.
- Wegen der Nebenwirkungen des Substitutionsmittels.
- Wegen des fehlenden „Feelings“
- aus „Bock“
- Ich nehme es aus Gewohnheit weiterhin.
- In der Clique und mit Freunden
- In schönen Situationen, zu besonderen Anlässen, wenn ich mich gut fühle
- In schwierigen Situationen, bei Problemen od. Konflikten (in der Partnerschaft/ Beratungsstelle o.ä.)
- Um mit depressivem Stimmungen besser zurecht zu kommen.
- Um abzuschalten, weniger mitzukriegen.
- \_\_\_\_\_

**55. Wie oft trinken Sie Alkohol (z.B. täglich oder x-mal pro Woche / Monat) ?**

- ich trinke gar keinen Alkohol
- täglich                      \_\_\_\_\_ - mal pro Woche                      \_\_\_\_\_ - mal pro Monat

**56. Was und wieviel trinken Sie pro Trinkgelegenheit im Durchschnitt?**

- ich trinke gar keinen Alkohol

Liter Bier

Liter Wein

Liter Spirituosen

Liter \_\_\_\_\_

**57. Was und wieviel trinken Sie pro Trinkgelegenheit MAXIMAL ?**

- ich trinke gar keinen Alkohol

Liter Bier

Liter Wein

Liter Spirituosen

Liter \_\_\_\_\_

**58. Haben Sie je injiziert ?**

0 – nein, 1 – ja

**59. Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Injektion ?**

Jahre

**60. Wie lange haben Sie in Ihrem Leben insgesamt injiziert ..?.**

\_\_\_\_\_ Jahre

**61. In wievielen Monaten haben Sie in den vergangenen 6 Monaten injiziert ?**

\_\_\_\_\_ Monate

**62. An wievielen Tagen haben Sie in den vergangenen 30 Tagen injiziert ?**

\_\_\_\_\_ Tage

**63. Haben Sie in den letzten sechs Monaten**

1 – ausschließlich eigene saubere Nadeln benutzt ? \_\_\_\_\_

2 – manchmal die Nadeln mit anderen geteilt ?

3 – oft die Nadeln mit anderen geteilt ?

**64. Woher bekamen Sie vor der Substitution Ihre Spritzen ?**

(Bitte ankreuzen)

- Ich habe sie mir in der Szene besorgt

- Ich habe die Spritzen getauscht (z.B. Drogenberatungsstelle).

- Ich habe sie mir in der Apotheke gekauft.

- Ich habe nie gedrückt.

**65. Wie oft in Ihrem Leben hatten Sie...**

**... ein alkoholbedingtes Delirium Tremens ?** \_\_\_\_\_ mal

Alter beim ersten Delirium: \_\_\_\_\_ Jahre

**... eine Drogenüberdosis ?** \_\_\_\_\_ mal

Alter bei der ersten Überdosis \_\_\_\_\_ Jahre

**66. Haben Sie direkt vor der Substitutionsbehandlung eine der folgenden (s. Frage 66) Behandlungen mitgemacht ?**

0 – nein, 1 – ja

\_\_\_\_\_

**67. Wie oft haben Sie insgesamt folgende Behandlungen erhalten ?**

	<b>Alkohol</b>		<b>/</b>		<b>Drogen</b>	
	Begonnen	/ abgeschlossen/	beg.	/	abgeschl.	
1 – ambulante Entgiftung	___ mal	/ ___ mal	/ ___ mal	/ ___ mal		
2 – stationäre Entgiftung	___ mal	/ ___ mal	/ ___ mal	/ ___ mal		
3 – Substitution	___ mal	/ ___ mal	/ ___ mal	/ ___ mal		
4 – ambulante Suchteinrichtung	___ mal	/ ___ mal	/ ___ mal	/ ___ mal		
5 – stationäre Suchteinrichtung	___ mal	/ ___ mal	/ ___ mal	/ ___ mal		
6 – Tagesbetreuung	___ mal	/ ___ mal	/ ___ mal	/ ___ mal		
7 – Psychiatrische Klinik	___ mal	/ ___ mal	/ ___ mal	/ ___ mal		
8 – andere Klinik/andere Station	___ mal	/ ___ mal	/ ___ mal	/ ___ mal		
9 – freiwilliger Selbstentzug (Versuch)	___ mal	/ ___ mal	/ ___ mal	/ ___ mal		
10- Sonstiges:.....	___ mal	/ ___ mal	/ ___ mal	/ ___ mal		

**68. Wie lange waren Sie als Resultat o.g. Behandlungen längstens clean bzw. abstinent ?**

<b>Alkohol</b>	<b>Drogen</b>
_ schon immer	_ noch nie
_____ Monate	_____ Monate

**69. Welches Substanz stellt das Hauptproblem dar ?**

00 – kein Problem \_\_\_\_\_

15 – Alkohol und Drogen (doppelabhängig)

16 – mehrere Drogen (politoxikoman)

17 – eine Droge \_\_\_\_\_

**70. Wie lange waren Sie freiwillig clean bzw. abstinent, ohne das dies das Resultat von o.g. Behandlungen war ?**

\_ \_ – nie abstinent

\_\_\_\_\_ Monate clean

**71. Vor wievielen Monaten endete diese Abstinenz ?**

\_ \_ – noch abstinent

vor \_\_\_\_\_ Monaten

**72. Wenn Sie eine Behandlung erfolgreich abgeschlossen haben: Wie lange waren Sie nach der Behandlung clean ?**

BEISPIEL:

__ 2 __	mal für	__ 0 __	Jahre, __ 6 __	Monate, __ 2 __	Wochen, __ 2 __	Tage clean gewesen
__ 5 __	mal für	__ 0 __	Jahre, __ 0 __	Monate, __ 6 __	Wochen, __ 0 __	Tage clean gewesen
__ 1 __	mal für	__ 1 __	Jahre, __ 6 __	Monate, __ 0 __	Wochen, __ 0 __	Tage clean gewesen

\_\_\_\_\_ mal für \_\_\_\_\_Jahre, \_\_\_\_\_Monate, \_\_\_\_\_Wochen, \_\_\_\_\_Tage clean gewesen

\_\_\_\_\_ mal für \_\_\_\_\_Jahre, \_\_\_\_\_Monate, \_\_\_\_\_Wochen, \_\_\_\_\_Tage clean gewesen

\_\_\_\_\_ mal für \_\_\_\_\_Jahre, \_\_\_\_\_Monate, \_\_\_\_\_Wochen, \_\_\_\_\_Tage clean gewesen

\_\_\_\_\_ mal für \_\_\_\_\_Jahre, \_\_\_\_\_Monate, \_\_\_\_\_Wochen, \_\_\_\_\_Tage clean gewesen

**73. In welchem der vergangenen 12 Monate waren Sie clean ?**

Bitte kreuzen Sie jeweils in der Monatsspalte an, bei welchem „Stoff“ Sie in dem betreffenden Monat clean waren.

(x = in diesem Monat clean (kein Gebrauch der Droge) / o=keine Angabe)

Monat	06/99	07/99	08/99	09/99	10/99	11/99	12/99	01/00	02/00	03/00	04/00	05/00
Opiate												
Kokain												
Amph.												

**74. Wieviel Geld haben Sie schätzungsweise in den letzten 30 Tagen vor der Substitution / jetzt in den letzten 30 Tagen ausgegeben für**

	vor der Substitution	i.d. letzten 30 Tagen
<b>Alkohol</b>	_____ DM	_____ DM
<b>Drogen</b>	_____ DM	_____ DM

**75. Wie häufig haben Sie in den letzten 30 Tagen Alkohol- oder Drogenverlangen gespürt ?**

0 – nie

1 – selten (weniger als ein mal pro Woche)

2 – häufig (einmal und mehr pro Woche)

\_\_\_\_\_

**76. Wie häufig haben Sie in den letzten 30 Tagen körperliche Beschwerden gespürt, die Sie an Entzugserscheinungen erinnern könnten ? (z.B. innere Unruhe, Herzklopfen, Übelkeit, Zittern, Schwitzen)**

0 – nie

1 – selten (weniger als ein mal pro Woche)

2 – häufig (einmal und mehr pro Woche)

\_\_\_\_\_

**77. Wie oft haben Sie in den letzten 30 Tagen körperlicher Erscheinungen gespürt, die Sie an Drogen- oder Alkoholkwirkungen erinnern könnten ? (z.B. körperliche Wärmeempfindung, trockener Mund, bitterer Geschmack, Trockenrauch)**

0 – nie

1 – selten (weniger als ein mal pro Woche)

2 – häufig (einmal und mehr pro Woche)

\_\_\_\_\_

**78. An wie vielen Tagen hatten Sie in den letzten 30 Tagen ...**

**Alkoholprobleme**

an \_\_\_\_\_ Tagen

**Drogenprobleme**

an \_\_\_\_\_ Tagen

## Rechtliche Probleme

79. **Gibt es für Ihre Behandlung eine Rechtsgrundlage ?  
(Wurde diese Behandlung von einem Richter, Bewährungshelfer  
usw. vorgeschlagen oder veranlaßt ?)**

0 – nein, 1 – ja

\_\_\_\_\_

80. **Wie häufig wurden Sie in Ihrem Leben wegen folgender Delikte  
angeklagt ?**

\_\_ - ich bin nie angeklagt worden

**BtMG-Delikte** (Besitz, Handel, Einfuhr von Drogen) \_\_\_\_\_ mal

welche: \_\_\_\_\_

**Beschaffungsdelikte** in Zusammenhang mit Sucht \_\_\_\_\_ mal  
(Diebstahl, Hehlerei, Betrug, Raub, Rezeptfälschung, Betteln etc.)

**Gewalttaten** unter Alkohol-, Drogen- oder Medikamenteneinfluß \_\_\_\_\_ mal  
(z.B. Körperverletzung, Raubüberfall, Brandstiftung, Vergewaltigung,  
Totschlag, Mord)

welche: \_\_\_\_\_

**sonstige Delikte** \_\_\_\_\_ mal

welche: \_\_\_\_\_

81. **Wieviele dieser Anklagen resultierten in einer Verurteilung ?**

\_\_\_\_\_ Verurteilungen

**82. In welchem Alter standen Sie zum ersten mal vor Gericht ?**

\_\_ - nie vor Gericht

**Wegen BtmG-Verstoß** im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren

**Wegen anderer Delikte** im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren

**83. Welche Urteile/Verwaltungsbeschlüsse wurden jemals ausgesprochen ? (Bitte ankreuzen)**

kein Urteil \_\_\_\_\_

Geldstrafen \_\_\_\_\_

Führerscheinentzug \_\_\_\_\_

Widerruf einer Bewährung \_\_\_\_\_

Freiheitsstrafe mit Bewährung \_\_\_\_\_

Freiheitsstrafe ohne Bewährung \_\_\_\_\_

Unterbringung in einer Entziehungseinrichtung \_\_\_\_\_

Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik \_\_\_\_\_

sonstige Urteile \_\_\_\_\_

**84. Wie oft wurden Sie folgender Delikte angeklagt ?**

\_\_ - Ich wurde nie wegen einem der folgenden Delikte angeklagt.

ordnungswidriges Verhalten, Landstreicherei \_\_\_\_\_ mal

Prostitution \_\_\_\_\_ mal

Trunkenheit am Steuer \_\_\_\_\_ mal

gravierende Verkehrsdelikte \_\_\_\_\_ mal

**85. Wieviele Tage waren Sie während der letzten 30 Tage in illegale Geschäfte verwickelt ?**

Ich war an \_\_\_\_\_ Tagen in illegale Geschäfte verwickelt.

**86. Waren Sie seit Beginn der Substitutionsbehandlung in Straf- oder Untersuchungshaft ? (Bitte ankreuzen)**

- nein

- ja, ich hatte noch Reststrafe (von \_\_\_\_\_ Monaten)

- ja, ich bin während der Therapie straffällig geworden

(\_\_\_\_\_ Monate wegen: \_\_\_\_\_)

**87. Obliegen Ihnen zur Zeit noch rechtliche Auflagen ?**

0 – nein

1 - ja,  
folgende:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Familiärer Hintergrund

### 88. Wie sind Sie aufgewachsen ?

- 1 – mit beiden Eltern aufgewachsen
- 2 – allein mit Mutter/Vater aufgewachsen
- 3 – bei den Großeltern/Verwandten
- 4 – bei Pflegeeltern
- 5 – in Heimen
- 6 – sonstiges: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 89. Familienstand ?

- 1 – verheiratet
- 2 – wiederverheiratet
- 3 – verwitwet
- 4 – getrennt lebend
- 5 – geschieden
- 6 – ledig

\_\_\_\_\_

### 90. Wie lange besteht dieser Familienstand schon ?

\_\_ - schon immer

\_\_\_\_\_ Jahre und \_\_\_\_\_ Monate

### 91. Führen Sie diesen Familienstand auf Ihren Drogenkonsum zurück ?

- 0 – nein
- 1 – ja

\_\_\_\_\_

**92. Sind Sie mit dieser Situation zufrieden ?**

0 – nein

1 – ja

\_\_\_\_\_

**93. Wohnsituation in den letzten drei Jahren:**

1 – mit Lebensgefährte/in und Kindern (Wieviele \_\_\_\_\_)

2 – mit Lebensgefährte/in allein

3 – mit Kind(ern) allein (Wieviele \_\_\_\_\_)

4 – mit Eltern

5 – mit Familienangehörigen

6 – mit Freunden in einer Wohngemeinschaft

7 – allein

8 – in institutioneller Umgebung (Klinik, Therapie, Gefängnis usw.)

9 – keine feste Wohnsituation

10 - obdachlos

\_\_\_\_\_

**94. Wie lange besteht diese Wohnsituation schon ?**

\_\_ - schon immer

... seit \_\_\_\_\_ Jahren und \_\_\_\_\_ Monaten

**95. Sind Sie mit der jetzigen Wohnsituation zufrieden ?**

0 – nein

1 – gleichgültig

2 – ja

\_\_\_\_\_

**96. Leben Sie mit jemandem zusammen, der/die derzeit Alkoholprobleme hat ?**

0 – nein

1 – ja

\_\_\_\_\_

**97. Leben Sie mit jemandem zusammen, der/die derzeit Drogen oder Ersatzmittel konsumiert ?**

0 – nein, mein(e) Partner(in) hat nie Drogen genommen

1 – nein, mein(e) Partner(in) ist clean (hat früher Drogen genommen)

2 – ja, mein(e) Partner(in) nimmt Drogen

3 – ja, mein(e) Partner(in) bekommt auch Ersatzmittel

\_\_\_\_\_

**98. Wenn Ihr Partner/Ihre Partnerin auch Ersatzmittel bekommt: Hat sich das Verhältnis zu Ihrem Partner/in im Vergleich zu der Zeit vor der Substitution verändert ?**

1 – Situation ist gleichgeblieben

2 – Situation hat sich verbessert

3 – Situation hat sich verschlechtert

\_\_\_\_\_

**99. Hat sich Ihre Wohnsituation im Vergleich zu der Zeit vor der Substitution verändert ?**

1 – gleichgeblieben

2 – verbessert

3 – verschlechtert

\_\_\_\_\_

**100. Auf wieviele Personen können Sie sich im Ernstfall verlassen ?**

vor der Substitution

jetzt

1 – keine

2 – bis drei Personen

3 – mehr als drei Personen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**101. Diese Personen sind ....**

vor der Substitution

jetzt

0 – aus der Szene

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1 – keine Drogenkonsumenten

2 – sowohl als auch

**102. Mit wem verbringen Sie den größten Teil Ihrer Freizeit ?**

vor der Substitution

jetzt

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1 – Familienangehörige ohne aktuelle Alkohol- oder Drogenprobleme

2 – Familienangehörige mit aktuellen Alkohol- oder Drogenproblemen

3 – Freunde ohne aktuelle Alkohol- oder Drogenprobleme

4 – Freunde mit aktuellen Alkohol- oder Drogenproblemen

5 – Lebenspartner (in) / Freund (in)

6 – alleine

**103. Wie häufig haben Sie zur Zeit persönliche Kontakte zu folgenden Personen ? (Bitte pro Zeile ein Kreuz)**

	<b>Ständig</b> (fast) täglich	<b>Oft</b> 1-2 mal/Woche	<b>Manchmal</b> 1-2 mal/Monat	<b>Selten</b> 1-2 mal/Halbjahr	<b>nie</b>
Elternhaus					
„drogenfreie“ Freunde/Bekannte					
Substituierte Mitklienten					
Fixer/Konsumenten harter Drogen					
Drogenszene					

**104. Wie häufig hatten Sie in der Zeit vor der Substitution persönliche Kontakte zu folgenden Personen ?**

	<b>Ständig</b> (fast) täglich	<b>Oft</b> 1-2 mal/Woche	<b>Manchmal</b> 1-2 mal/Monat	<b>Selten</b> 1-2 mal/Halbjahr	<b>nie</b>
Elternhaus					
„drogenfreie“ Freunde/Bekannte					
Substituierte Mitklienten					
Fixer/Konsumenten harter Drogen					
Drogenszene					

**105. War/Ist Ihr Tagesablauf ...**

	vor der Substitution	jetzt
1 - „geordnet“ und struktuiert oder	_____	_____
2 - eher „planlos“ (Abhängen)		

**106. Hatten/Haben Sie oft Langeweile?**

	vor der Substitution	jetzt
0 – nein	_____	_____
1 – ja		

**107. Sind/waren Sie damit zufrieden, wie Sie Ihre Freizeit verbringen ?**

	vor der Substitution	jetzt
0 – nein	_____	_____
1 – gleichgültig		
2 – ja		

**108. Wie viele gute Freunde hatten Sie früher / haben Sie jetzt ?**

früher \_\_\_\_\_ gute Freunde / jetzt \_\_\_\_\_ gute Freunde

**109. Mit welcher der folgenden Personen hatten Sie früher / haben Sie jetzt eine gute und langandauernde persönliche Beziehung in Ihrem Leben ? (Bitte ankreuzen)**

	früher	jetzt
Mutter	—	—
Vater	—	—
Bruder/Schwester	—	—
Lebensgefährte/in, Gatte/in	—	—
Kind/er	—	—
Freund/in	—	—

**110. Wie oft hatten Sie während der letzten 30 Tage schwer-wiegende Konflikte mit...**

Ihrer Familie \_\_\_\_\_ mal

Anderen Personen..... \_\_\_\_\_ mal

**111. Bei welchen Personen hatten Sie Phasen, in denen Sie erhebliche Schwierigkeiten hatten, mit ihnen auszukommen ? (Bitte ankreuzen)**

	letzte 30 Tage	insgesamt
a Mutter	—	—
b Vater	—	—
c Bruder/Schwester	—	—
d andere Familienangehörige: _____	—	—
e Lebensgefährte/in, Gatte/in	—	—
f Kind/er	—	—
g gute(r) Freund/in	—	—
h Nachbarn	—	—
i Kollegen	—	—

**112. Hat eine dieser Personen Sie missbraucht ?**

Bitte tragen Sie die entsprechenden Buchstaben a-i von Frage 110 ein.

	letzte 30 Tage	insgesamt
emotional/durch harte Worte	_____	_____
physisch / körperlich Schaden zugefügt	_____	_____
sexuell / Annäherung oder erzwungene Kontakte	_____	_____

**113. Inwieweit fühlen Sie sich hinsichtlich Ihres Drogenproblems unterstützt von: (Bitte ankreuzen)**

	sehr	ziemlich	etwas	gar nicht
... Ihrem/Ihrer Partner(in)				
... Ihren Freunden				
... Ihren Kollegen				
... Ihren Verwandten				

**114. Haben Sie eine Idee/Vorschlag wie Ihnen noch besser geholfen werden könnte, als mit d. Substitutionstherapie ?**

---



---



---



---

**115. Welche Initiativen haben Sie, seit Sie in Substitution sind, ergriffen ? Mit welchem Erfolg ? Was sind Ihre Ziele für die nächste Zeit ?**  
(Bitte ankreuzen)

	Habe ich versucht Erfolgreich	versucht nicht erfolgreich	möchte ich anfangen
Etwas für meine Gesundheit tun.	—	—	—
Die Beziehung zu meinem Partner verbessern.	—	—	—
Einen Partner zu finden	—	—	—
Den Kontakt zu meinen Kindern zu verbessern	—	—	—
Kinder zu bekommen.	—	—	—
Das Verhältnis zu meinen Eltern zu verbessern.	—	—	—
Eine andere Wohnung zu finden	—	—	—
Eine Schulausbildung zu beginnen oder fortzusetzen	—	—	—
zu studieren	—	—	—
Eine Berufsausbildung/Umschulung zu beginnen oder fortzusetzen	—	—	—
Eine (neue) Arbeitsstelle zu finden	—	—	—
Einen Gelegenheitsjob zu finden	—	—	—
Neue „drogenfreie“ Freunde zu	—	—	—
Mich von der Drogenszene zu lösen	—	—	—
Meinen Drogenkonsum zu reduz.	—	—	—
Clean zu leben	—	—	—
Sport zu treiben	—	—	—
Meine Freizeit sinnvoller zu nutzen	—	—	—
Ein „normales“ geregeltes Leben zu führen	—	—	—
_____	—	—	—

# Psychischer Status

**116. Wenn Sie sich zurückerinnern: Wie ging es Ihnen in der Zeit vor der Substitutionstherapie seelisch ?**

1 – sehr gut

\_\_\_\_\_

2 – eher gut

3 – durchschnittlich

4 – eher schlecht

5 – sehr schlecht

**117. Wie geht es Ihnen jetzt seelisch ?**

1 – sehr gut

\_\_\_\_\_

2 – eher gut

3 – durchschnittlich

4 – eher schlecht

5 – sehr schlecht

**118. Wenn Sie sich jetzt anders fühlen: Führen Sie diese Veränderung auf die Substitutionstherapie zurück ?**

0 – nein

\_\_\_\_\_

1 – ja

**119. Wie oft waren Sie wegen psychischer oder emotionaler Probleme in Behandlung ?** (Ausnahme: direkt drogenbedingte Probleme)

Stationär

\_\_\_\_\_ mal

Ambulant

\_\_\_\_\_ mal

**120. Sind Sie zur Zeit neben der ärztlichen Behandlung in weiterer psychosozialer Betreuung ? (Bitte ankreuzen)**

– keine weitere Betreuung

– zeitweise in weiterer Betreuung

und zwar seit \_\_\_\_\_ Jahren, wie oft ? \_\_\_\_\_ mal

– seit ca. \_\_\_\_\_ Jahren, \_\_\_\_\_ Monaten in Behandlung

– ich war in Behandlung, und zwar von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
und \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**121. Wie oft ist/war bei der psychosozialen Betreuung (Einzel- bzw. Gruppengespräch) der Kontakt ?**

1 – mehrmals pro Woche \_\_\_\_\_

2 – einmal pro Woche

3 – einmal pro Monat

4 – nur bei Bedarf

**122. Wenn Sie in psychosozialer Betreuung waren/sind: in welcher Einrichtung fand/findet sie statt ?**

1 – Drogenberatungsstelle \_\_\_\_\_

2 – ambulante Therapie

3 – Einzelbetreuung bei Psychologen o.a.

4 – anderes: \_\_\_\_\_

**123. Was halten Sie von weiterer psychosozialer Betreuung ?**

1 – für mich sinnvoll

2 – von Fall zu Fall sinnvoll

3 – für mich völlig überflüssig

**124. Sind oder waren Sie in einer psychotherapeutischen Behandlung?**

0 – nein

\_\_\_\_\_

1- ja

wenn ja: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

wegen \_\_\_\_\_

**125. Wieviele der folgenden belastenden Ereignisse (positiv oder negativ) haben Sie im letzten halben Jahr erlebt ?**

1 – Verlust des Arbeitsplatzes

\_\_\_\_\_

2 – neuer Arbeitsplatz

3 – Prüfung

4 – Verlust oder Wechsel der Wohnung

5 – Ende einer persönlichen Beziehung /neue Beziehung

6 – Heirat

7 – Geburt eines Kindes

8 – Krankheit, Unfall, Behinderung, Genesung von einer Krankheit/Unfall

9 – Rückfall

10 – Gerichtsverhandlung, Verhaftung, Verurteilung

11 – Entlassung aus der Untersuchungs- oder Strafhaft

12 – Entlassung aus einer stationären psychiatrischen Behandlung

13 – HIV-Testergebnis erfahren

14 – sonstiges Ereignis, und zwar: .....

**126. Haben Sie sich mal bewußt oder versehentlich eine Überdosis gesetzt ?**

\_\_ - noch nie

\_\_ - versehentlich, etwa \_\_\_\_\_ mal

\_\_ - bewußt, etwa \_\_\_\_\_ mal

**127. Gab es eine bedeutsame Zeitspanne, in der Sie unter folgenden psychischen Problemen litten ? (nicht als direktes Resultat eines Drogen- Alkoholmißbrauchs)**

0 – nein  
1 – ja

Bitte in jedes Kästen „1“ oder „0“ eintragen.

	Vor der Substitution	jetzt	In den letzten 30 Tagen	insgesamt
schwere Depression				
schwere Angst- und Spannungszustände				
Schwierigkeiten mit Verständnis, Gedächtnis oder Konzentration				
Halluzinationen				
Schwierigkeiten gewalttätiges Verhalten zu kontrollieren				
Verschreibung von Medikamenten für ein psychisches Problem				
ernsthafte Selbstmordgedanken				
Selbstmordversuche				

**128. Wie oft haben Sie schon Selbstmordversuche unternommen ?**

\_\_\_\_\_ mal

**129. Wie oft haben Sie einen Selbstmordversuch geplant oder vorbereitet ?**

\_\_\_\_\_ mal

**130. Spielten Sie in den letzten 30 Tagen manchmal mit dem Gedanken, sich umzubringen ?**

0 – nein, nie  
1 – selten  
2 – oft  
3 – regelmäßig

\_\_\_\_\_

**131. Wenn bei Ihnen Depressionen auftreten, können Sie sagen, wann oder in welchen Situationen diese traurige Stimmung bei Ihnen auftritt ?**

- zumeist ohne besonderen Grund / Anlaß
- Morgens ist die Traurigkeit größer als abends
- Die traurige Stimmung wechselt manchmal plötzlich in eine gute (euphorische)
- zumeist nach traurigen Erlebnissen/Ereignissen
- meistens in Zeiten vermehrten Drogenkonsums
- ich bin irgendwie ständig in einer depressiven Stimmungslage
- \_\_\_\_\_

**132. An wie vielen Tagen haben Sie während der letzten 30 Tage unter diesen psychischen/emotionalen gelitten ?**

\_\_\_\_\_ Tage

**133. Wie wirkt sich Ihr Wohlbefinden auf den Drogenkonsum aus ?**

- 1 – Hat bei mir nichts miteinander zu tun. \_\_\_\_\_
- 2 – Wenn es mir schlechter geht, nehme ich eher Drogen
- 3 – Wenn es mir besser geht, nehme ich eher Drogen
- 4 – Keine Ahnung

# Arztfragebogen

Datum: \_\_\_\_\_ Pat. Code: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_

Geschlecht: m O w O

Kranken-Vers.: Soz.amt O Gesetzl. KV O

Private KV O

Erstkontakt mit Pat.(Datum): \_\_\_\_\_

Derzeit (letzte 30 Tage) substituiert mit: Methadon-Racemat O L-Pola. O Sonstiges: O:

\_\_\_\_\_

- Dosis: \_\_\_\_\_
- Substitution seit \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)
- nach NUB: nein O ja O, u.z. Ziffer: \_\_\_\_\_
- falls nach NUB 2.3: Begründung: \_\_\_\_\_

## Regelmäßige psychosoz. Begleitung (mind. 1 mal im Monat durchschn.):

Derzeit: nein O ja O , seit .....	Früher: nein O ja O wie lange?: ..... Monate
-----------------------------------	--

Früher substituiert mit: Methadon-Racemat O L-Pola O Dihydrocodein O  
O \_\_\_\_\_

Wie lange ? (Schätzung) ..... Monate ..... Jahre bzw . zum ersten Mal seit: .....19....

Aktuelle weitere Medikation? Nein O Ja O, und zwar:

	Handelsname	Dosis / Zeit	Medikationsbeginn (Monat/Jahr)

Entzugsbehandlungen: nein O ja O, Anzahl: \_\_\_\_\_ - Wann zum 1. Mal ? \_\_\_\_\_

stat. Entwöhnung: nein O ja O, Anzahl: \_\_\_\_\_ - Wann zum 1. Mal ? \_\_\_\_\_

amb. Abstinenz-Thp: nein O ja O, Anzahl: \_\_\_\_\_ - Wann zum 1. Mal ? \_\_\_\_\_

psychiatrische Behandlung ambulant: derzeit O früher O- Wann zum 1. Mal ? \_\_\_\_\_

stationär: derzeit O früher O- Wann zum 1. Mal ? \_\_\_\_\_

Psychiatrische Diagnose(n): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hepatitis: HAV: nein O ja O HBV: nein O ja O  
HCV nein O ja O sonst. nein O ja O

- akut O rezidiv. O chronisch O ausgeheilt O

- Festgestellt wann ? (Monat/Jahr) ..... 19.....

**HIV pos.:**            nein O ja O , seit: \_\_\_\_\_ weiß nicht O            - Festgestellt  
wann ? (Monat/Jahr) ..... 19.....  
*falls ja:* asymptom. O            Symptome, kein AIDS O            AIDS O

**Wie infiziert ?** Nadel O            GV O            unbek. O            sonst. \_\_\_\_\_ O

**Wann** war letzter Test ?    vor \_\_ Jahre \_\_ Mon.            **Ergebnis:** pos O            neg. O    n. bek. O

**Körpergröße:** \_\_\_\_\_ cm.    Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Beschwerden / Befunde	derzeit (letzte 30 d)					zu Beginn der Substitution am.....(Mon./Jahr)				
	nein	leicht	deutl.	stark	?	nein	leicht	deutl.	stark	?
Schwitzen										
Schlafstörungen										
Müdigkeit										
motorische Unruhe										
Atemnot										
Appetitstörung										
Übelkeit										
Obstipation										
diffuse Oberbauch-Beschwerden										
sonst. intest. Beschw.										
Miktionsstörungen										
Störungen / Ausbleiben der Regel										
Störungen der Libido/Potenz										
Gliederschmerzen										
keine Venen mehr										
geschädigte Venen										
Infektionen										
Hepatitis / Leberleiden										
HIV										
Abszesse										
Zahnprobleme										
Konzentrations- oder Gedächtnisprobleme										
depressive Stimmung										
Schuldgefühle										
Suizidgedanken										
Suizidversuche										
Angst allgemein										
Angst spezifisch / Phobie										
Halluzinationen										
Wahngedanken/-vorst.										
sonst. psychot. Sympt.										
mangelnde Impulskontr.										
Gewaltandrohung										
Gewaltanwendung										
Sonst: _____										
Sonst: _____										

	Status zu Beginn der Substitution					Aktueller Status				
	sehr schlecht	eher schlecht	eher gut	sehr gut	?	sehr schlecht	eher schlecht	eher gut	sehr gut	?
Frustrationstoleranz										
Durchhaltevermögen										
Therapie-Compliance										
Selbstwertgefühl										
soziale Integration										

**Früherer und aktueller Substanzgebrauch:**

Besteht aktueller i.v.-Drogenkonsum?: ja Onein O

Mißbrauch oder Abhängigkeit in der Anamnese				aktueller Beigebrauch							
M = Mißbrauch A = Abhängigkeit	M	A	seit (Monat/ Jahr)	Auf nah mea rt	ständig (tgl.)	oft (1-2x/w)	manchmal (1-2x/Mon.)	selten (1-2x/halbes Jahr)	nie	?	Auf nah mea rt
Opiate											
Methadon											
andere Opiate/Analgetika											
Kokain											
Amphetamine											
Designer-Drogen											
Cannabis											
Halluzinogene											
Benzodiazepine											
Barbiturate											
Schnüffelstoffe											
Alkohol: max. %: ____											
Nikotin											
Sonst.: _____											
mehr als eine Substanz											

Art und Weise der Einnahme:

- 1 – oral
- 2 – nasal
- 3 – Rauch
- 4 – nicht i.V. Injektion
- 5 – i.V. Injektion

falls kein aktueller Beigebrauch (Cannabis zählt hierbei nicht) → seit wann nicht mehr?: \_\_\_\_\_

**Zusammenfassende Bewertung der Probleme des Patienten:**

Probleme	derzeit					zu Subst.beginn					0 kein echtes Problem, keine Behandlung erforderlich 1 leichtes Problem, Behandlung evtl. nicht notwendig 2 mittleres Problem, Behandlung empfohlen 3 beträchtliches Problem, Behandlung notwendig 4 extremes Problem, Behandlung absolut erforderlich
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
körperlich											
Arbeit/Unterhalt											
Freizeitgestaltung											
Wohnen/Wohn-Sit.											
Finanzen/Schulden											
Alkohol											
Drogen											
Medikamente											
rechtliche											
familiäre/ Partner											
sonst. soziale Probl											
psychische											

**Längere** (≥ 20min) **Gespräche** ? Öfter pro Woche O, einmal pro Woche O ca. 1x/Monat O  
 nur bei Bedarf O z.Zt. keine O

**Bemerkungen** (z.B. bes. Behandlungsverlauf, bes. Merkmale oder Lebensumstände des Patienten  
 [stichwortartig])

Sonstige Diagnosen (nach ICD-10) (nur wenn sie **nicht** direkt durch Substanzgebrauch bedingt sind!):

ICD10	Diagnose	Derzeit			Lifetime			vor Drog		
		+	-	?	+	-	?	+	-	?
F0	Organisch bedingte psychische Störung	+	-	?	+	-	?	+	-	?
F2	Schizophrenie	+	-	?	+	-	?	+	-	?
F3	affektive Störung	+	-	?	+	-	?	+	-	?
F30	manische Episode	+	-	?	+	-	?	+	-	?
F31	biopolare affektive Störung	+	-	?	+	-	?	+	-	?
F32	depressive Episode	+	-	?	+	-	?	+	-	?
F33	rezidivierende depressive Störungen	+	-	?	+	-	?	+	-	?
F4	• Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störung	+	-	?	+	-	?	+	-	?
F40	Phobie	+	-	?	+	-	?	+	-	?
F41.0	Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst)	+	-	?	+	-	?	+	-	?
F41.1	generalisierte Angststörung	+	-	?	+	-	?	+	-	?
F42	Zwangsstörung (Zwangsgedanken, -handlungen)	+	-	?	+	-	?	+	-	?
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	+	-	?	+	-	?	+	-	?
F45	somatoforme Störungen (multiple ps.somat. Beschwerden)	+	-	?	+	-	?	+	-	?
F50	Eßstörung	+	-	?	+	-	?	+	-	?
F51	nicht-organische Schlafstörungen	+	-	?	+	-	?	+	-	?
F55	Mißbrauch von Substanzen, die keine Abhängigkeit hervorrufen (z.B. Antidepressive, Laxantien, Analgetika, ...)	+	-	?	+	-	?	+	-	?
F60	spezifische Persönlichkeitsstörung (auffällige, anhaltende, starre Verhaltensmuster, Beginn in der Kindheit / Jugend)	+	-	?	+	-	?	+	-	?
F60.0	paranoide P.	+	-	?	+	-	?	+	-	?
F60.1	schizoide P. (Anhedonie, emotionale Kühle, Einzelgänger, wenig vertrauensvolle Beziehungen, exzentrisches Verhalten)	+	-	?	+	-	?	+	-	?
F60.2	dissoziale P. (Mißachtung sozialer Normen, Reizbarkeit, geringe Frustrationstoleranz, niedrige Schwelle für aggressives Verhalten)	+	-	?	+	-	?	+	-	?
F60.3	emotional instabile P. (impulsiv, Borderline)	+	-	?	+	-	?	+	-	?
F63.0	pathologisches Spielen	+	-	?	+	-	?	+	-	?
	sonstige Verhaltenstörung?:	+	-	?	+	-	?	+	-	?
F7	Intelligenzminderung	+	-	?	+	-	?	+	-	?
F8	Entwicklungsstörung (z.B. Sprache)	+	-	?	+	-	?	+	-	?
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit/Jugend	+	-	?	+	-	?	+	-	?
F90	hyperkinetische Störungen	+	-	?	+	-	?	+	-	?
F91	Störungen des Sozialverhaltens									