
Diskussion

Injizierbare Opiatverabreichung zur Behandlung chronischer Drogenabhängiger – das Amsterdamer Morphinumexperiment

Jack Derks, Peter Daansen,
Amsterdam

Einleitung

Von der Öffentlichkeit kaum beachtet und durch die Diskussion über eine eventuelle Heroinverabreichung überschattet, verabreicht das Amsterdamer Gesundheitsamt (GG & GD) seit einiger Zeit an eine kleine Zahl von Süchtigen im Rahmen eines Experimentes neben einer oralen Basisdosis Methadon täglich bis zu 100 mg injizierbares Morphinum sowie ein paar Kanülen. Das Experiment, dessen Patientenzahl auf 40 begrenzt ist, hat pro Teilnehmer eine Laufzeit von zwei Jahren. Aufgenommen werden Süchtige aufgrund einer medizinischen (somatischen und/oder psychiatrischen) Indikation, deren Kriterien von einer Kommission, die sich aus Medizinern und Sozialwissenschaftlern zusammensetzte, schriftlich festgelegt wurden. Das Gesundheitsamt hat die medizinische Behandlung übernommen, der „Stiftung Drogenhilfe Amsterdam (SDA)“ wurde die Verantwortung für die psychosoziale Betreuung der Patienten übertragen. Wissenschaftlich begleitet und später ausgewertet wird das Experiment durch die Stiftung „The Netherlands Institute of Mental Health (NcGv)“ in Utrecht.

Erste Pläne

Die Diskussion über das Verabreichen von natürlichen und semi-synthetischen Opiaten (Morphium und Heroin) wird in den Niederlanden seit den frühen siebziger Jahren von Politikern, Sozialwissenschaftlern und Ärzten geführt. Initiiert wurde diese Diskussion von den Vertretern der sogenannten alternativen Drogenhilfe, die in jener Zeit unter Einfluß des sehr toleranten Zeitgeistes als Reaktion auf die traditionelle Drogenhilfe entstanden war. Letztere konzentrierte sich immer noch hauptsächlich auf Alkoholiker und stand dem Problem der Drogensucht unvorbereitet und nahezu machtlos gegenüber. Die entstandene Lücke wurde alsbald bereitwillig von der alternativen Drogenhilfe aufgefüllt.

Charakterisiert war die alternative Drogenhilfe durch die weitgehende Identifizierung der Drogenhelfer mit den Süchtigen. Beide, Drogenberater und Drogenabhängiger, teilten ideologisch die positive Bewertung des von den Süchtigen geführten Lebensstiles, der von dieser Gegenkultur als eine Art Protest gegen die bestehenden Normen aufgefaßt wurde. Die Vertreter der alternativen Drogenhilfe unterstützten deshalb teilweise dieses als deviant aufgefaßte Verhalten (Leuw 1984). Ihre Beziehungen zu den Klienten waren geprägt von dem Gefühl der Gleichheit; sie lehnten die professionelle Distanz beispielsweise der Ärzte ab und entschieden sich für eine größere Nähe zu den Klienten, die manchmal sogar in Freundschaft mündete. Theoretisch eingebettet wurde dieses Verhalten in das Akzeptierungsmodell, demzufolge der Drogenabhängige und seine Sucht völlig akzeptiert und negative Stigmatisierungen des Süchtigen unterlassen werden. Detoxifikation und anschließende Drogenfreiheit waren nicht länger Ziel der Drogenhilfe (Daansen 1984).

Alle Argumente, die für eine Heroinverabreichung bis dahin genannt wurden, waren ideologisch von diesem Modell gefärbt: Das sich schnell eskalierende Drogenproblem würde durch den illegalen Markt und die sich daraus ergebende Beschaffungskriminalität verursacht. Beide wären ihrerseits für die zunehmende gesellschaftliche Isolation und körperliche Verwahrlosung des Süchtigen verantwortlich. Aus diesem Grunde müßte der Unterwanderung des Schwarzmarktes große Priorität eingeräumt werden, welches mittels einer Heroinverabreichung zu bewirken wäre (Fromberg 1974; Werkgroep Vervangende Middelen 1974).

Drogenhilfe und Soziale Psychiatrie

Nur ein Jahr später setzte jedoch eine Änderung in den Ansichten ein. Obwohl das Akzeptierungsmodell immer noch Ausgangspunkt aller Maßnahmen der alternativen Drogenhilfe war, wurde dem Gesundheitsaspekt und der notwendigen sozial-pädagogischen Betreuung größere Bedeutung zugemessen, denn die gesundheitliche und soziale Verwahrlosung führte zu ernststen Krankheiten, die manchmal sogar den Tod des Abhängigen zur Folge hatten. Diesem vorzubeugen wurde Aufgabe der alternativen Drogenhilfe, deren Arbeit sich immer mehr auf Süchtige beschränkte, die nicht bereit oder nicht in der Lage waren, aus eigener Kraft zu entziehen. Die „Stichting Drugs Informatie“ (1975) berücksichtigte diese neue Entwicklung und schloß auch eine Entgiftung des Süchtigen nicht aus, wenn sie als wichtigste Argumente für eine Heroinverabreichung folgende Ziele anführte:

- Die Detoxifikation des Süchtigen soll mittels eines strengen Abbauschemas von verabreichtem Heroin durchgeführt werden.
- Heroinverabreichung soll eine mögliche, zeitlich unbefristete Behandlung von chronisch süchtigen Patienten sein.

Aber auch die traditionelle Drogenhilfe, von der alternativen Drogenhilfe in die Defensive gedrängt, griff ihrerseits das Thema auf: Goos (1975 und 1977) berichtete beispielsweise von den britischen Erfahrungen mit der Heroinverabreichung, und 1977 fand sogar eine gemeinsame Konferenz statt, die von der alternativen Drogenhilfe organisiert wurde. In dem Bericht (Stichting Kontakt Sentra 1977) finden wir weitere Argumente für eine Verabreichung.

Es fällt dabei auf, daß das Verabreichen von Heroin als ein Wundermittel verstanden wird, das alle Probleme, die mit der Drogensucht zusammenhängen, lösen kann: die Begrenzung der Anzahl von Süchtigen, die Entmythologisierung von Heroin, die Verbesserung der Lebensumstände des Süchtigen und die Reduzierung der Kriminalität bzw. die Verhinderung, daß Süchtige in ein kriminelles Milieu abrutschen. J. Derks (1984) stellt fest, daß im Laufe der Zeit die anfänglich rudimentären Ziele eine weitgehende Explizierung erfahren haben. Die Bekämpfung des Schwarzmarktes wird nicht länger als wichtigstes Ziel aufgeführt. Das Interesse hat sich mehr auf die unmittelbare Problematik des Süchtigen verschoben, die sozialpädagogische und medizinische Hilfe notwendig macht.

Colaço Belmonte, ein Gegner der Verabreichung von Opiaten an Drogenabhängige, wiederholt 1980 seine bereits zwei Jahre vorher gestellten Fragen: Falls die Pläne realisiert werden sollen, an wen soll verabreicht werden? Wer soll sie durchführen? Wo soll die Verabreichung stattfinden? Wie soll sie stattfinden und welche Menge soll verabreicht werden (Colaço Belmonte 1978 und 1980)? Spätestens 1981, als der Stadt Amsterdam von der Haager Regierung die Erlaubnis erteilt wird, ein Morphinverabreichungsexperiment zu beginnen, wird die Diskussion innerhalb des Bereiches der „Sozialen Psychiatrie“ geführt. Unter Bezug auf den sozialen Kontext wird versucht, theoretisch das Vorhandensein und die Entstehung von psychiatrischen Problemen zu erklären und daraus dann Behandlungsmodelle zu entwickeln.

Nebeneinander existieren fortan eine allgemeine, eine auf Entzug ausgerichtete Drogenhilfe und eine spezifische Drogenhilfe für chronisch Süchtige, die oft bereits eine sehr lange Suchtkarriere aufwiesen und bei denen schwere Persönlichkeitsstörungen zu konstatieren waren. Zusätzlich rückte neben der Reduzierung des Risikos, welches mit dem Konsum von Drogen verbunden ist, auch die Reduzierung des Risikos für die unmittelbare Umwelt des Süchtigen und die Gesellschaft im allgemeinen in den Blickpunkt des Interesses (Min. v. Volksgezondheid en Milieuhygiëne 1978 und 1980). Mit der Erkenntnis, daß die Hilfe für chronisch Süchtige anders geartet sein muß als die Hilfe für andere Süchtige, schuf das Ministerium gleichzeitig die Basis für die langjährige Verabreichung

von Opiaten. Die Methadonerhaltungsprogramme gehörten nun zu den legitimierte Hilfsprogrammen.

Das Morphinumverabreichungsexperiment

Das heutige Amsterdamer Morphinumverabreichungsexperiment beruht auf den ersten Erfahrungen mit der Verabreichung von Morphinum an fünf Süchtige durch den Arzt Havas. In seinem Artikel (1983) beschreibt er seine Überlegungen und Ergebnisse. Entsprechend der Anfang der achtziger Jahre gängigen Meinung bezweckt Havas die Verbesserung der Gesundheit und der sozialen Situation des Süchtigen; der Drogenabhängige soll aus seiner sozialen Isolation befreit werden, ohne daß irgendwelche Bedingungen über einen etwaigen zusätzlichen Drogenkonsum formuliert werden. Vergleicht man die Verabreichungsziele von Havas mit den ersten Plänen, dann fällt auf, daß die Detoxifikation nicht mehr als Ziel der Verabreichung erwähnt wird (Derks, J. 1985). Ursprünglich wollte Havas seinen Patienten Heroin verschreiben. Die Apotheken weigerten sich jedoch, entsprechende Rezepte anzunehmen. Deshalb entschied er sich für das leichter erhältliche Morphinum. Havas nennt selbst die Behandlung von vier seiner fünf Patienten erfolgreich, d.h. seiner Meinung nach wurden seine Erwartungen erfüllt.

Der im Laufe der Verabreichung zunehmende Druck seitens der Patienten auf den Arzt, um größere Mengen verschrieben zu bekommen, und der entstehende Rollenkonflikt – einerseits wird man als Arzt, andererseits als Dealer angesprochen – veranlaßten Havas, das städtische Gesundheitsamt um Hilfe zu bitten. Wenn man als Arzt Opiate verschreibt, dann muß eine unterstützende Organisation für die notwendige Struktur sorgen. Mulder (1981), als Sozialpsychiater dem Gesundheitsamt verbunden, versuchte, die Verabreichung in eine total medizinische Behandlung einzubinden: Die Verabreichung sollte aufgrund medizinischer Indikation mit dem Ziel geschehen, die Abhängigkeit des Süchtigen von der Droge in den Griff zu bekommen.

Die endgültige Form erhielt das Experiment von Mitarbeitern des städtischen Gesundheitsamtes, von Vertretern der Drogenhilfe, vom niederländischen Gesundheitsministerium und vom Forschungsinstitut NcGv. Sie beruht u.a. auf der inzwischen durchgeführten sozialwissenschaftlichen Begleitforschung zu den spezifischen Zielen der Morphinumverabreichung (Derks, J. 1984):

- Eine adäquate medizinische Behandlung der sogenannten extrem-problematischen Süchtigen soll durch das Verabreichen von Methadon und Morphinum ermöglicht werden.
- Der Lebensstil des Süchtigen soll durch Hilfsangebote geändert werden.
- Es soll aufgezeigt werden, daß die bei der Zielgruppe auftretenden somatischen und psychiatrischen Symptome behandelbar sind.

- Es soll vermieden werden, daß die Betroffenen sich selber noch mehr Schaden zufügen.
- Die Abhängigkeit des Individuums vom allgemeinen Suchtverhalten in der Gruppe soll durchbrochen werden.
- Das individuelle Suchtverhalten soll reguliert werden.
- Der Süchtige soll aktiviert werden.
- Die progressive Selbstverwahrlosung soll aufgehalten und eventuell sogar umgekehrt werden.
- Die Selbständigkeit soll vergrößert werden.

Zielgruppe des Experimentes

In den Rahmenrichtlinien für das Experiment (GG & GD 1983) werden die extrem-problematischen Drogenabhängigen (chronisch Süchtige) als Zielgruppe aufgeführt. Zu den somatischen Indikationen gehören hauptsächlich Störungen aus dem Bereich der inneren Medizin, die eine progressive Selbstverwahrlosung bewirken, z.B. eine schwierig zu kontrollierende Diabetis Mellitus, Epilepsie, eine rezidivierende Endocarditis. Eine adäquate medizinische Behandlung dieser Krankheiten hat sich bei der Zielgruppe als Folge der Selbstverwahrlosung und der langjährigen Drogenanamnese als besonders schwierig erwiesen. Als psychiatrische Indikation wird das Leiden an einer chronischen Psychose oder einer ersten Entwicklungsstörung (z.B. anti-soziale oder Borderline-Persönlichkeit) genannt, die oftmals schwere Verhaltensstörungen nach sich ziehen. Der Heroinkonsum kann bei diesen Menschen als eine Art der Eigenmedikation gedeutet werden: Die Betroffenen unterdrücken die psychotischen Symptome oder Ängste mit dem Opiat.

Bei allen Patienten, die fast ausnahmslos länger als zehn Jahresüchtig sind, haben entsprechende Behandlungen in Fachkliniken oder psychiatrischen Krankenhäusern nicht zu einem befriedigenden Resultat, nämlich einer anhaltenden Drogenfreiheit, geführt. Die Patienten sind nicht in der Lage, ihr soziales Leben zu strukturieren, so daß ernste soziale Probleme wie Kriminalität, Verlust der Wohnung und der Verlust von Kontakten auftreten. Ernste Ernährungsmängel und schwere somatische Verwahrlosung sind häufig bei diesen Patienten zu beobachten.

Aufnahme in das Experiment

Alle am Experiment Beteiligten und die es kontrollierenden Instanzen waren sich der Notwendigkeit bewußt, daß ein ausführlicher Anamnesekatalog zusammengestellt werden mußte, anhand dessen entschieden werden konnte, ob eine Aufnahme indiziert war. Außerdem war man sich einig, daß die Personen, welche später das Experiment tatsächlich ausführen, nicht gleichzeitig diese Entscheidung fällen sollten, um einem eventuellen Druck seitens der poten-

tiellen Patienten vorzubeugen. Havas hatte entsprechende Erfahrungen gesammelt. Aus diesem Grunde wurde ein Zweistufenmodell entwickelt. Es wurde einerseits eine sogenannte Prüfungskommission zusammengestellt, die immer die endgültige Entscheidung über die Aufnahme eines Patienten zu fällen hatte.

Die Kommissionsmitglieder, die die spätere Behandlung nicht selber ausführen, erhalten den ausgefüllten Fragekatalog vom behandelnden Arzt und vom SDA-Mitarbeiter sowie einen gemeinsam erarbeiteten Behandlungsvorschlag für den Patienten. Der Arzt beschränkt sich auf eine somatische Anamnese, der SDA-Mitarbeiter stellt die biographische Anamnese auf, wobei Familiengeschichte, Drogenkarriere und eventuelle Arbeitserfahrung im Vordergrund stehen. Zusätzlich wird auf Entzugsversuche und deren Verlauf, auf Kontakte mit den Justizbehörden und auf das gegenwärtige Niveau des sozialen Funktionierens eingegangen. Ein unabhängiger Psychiater gibt als Konsulent schließlich noch seinen Befund. Diese gebündelte Information wird dann schriftlich bei der Prüfungskommission eingereicht, die in Anwesenheit des Arztes, des Psychiaters und des SDA-Mitarbeiters ihre Entscheidung trifft.

Für das Experiment kann sich im Prinzip jeder Amsterdamer Drogenabhängige bei den Ärzten des Gesundheitsamtes oder bei den Mitarbeitern der SDA anmelden. Gemeinsam wird eine erste Auswahl der Patienten getroffen, wobei auf Alter, Dauer des Drogenkonsums, soziales Funktionieren und auf den Gesundheitszustand geachtet wird. Diese Vorauswahl findet statt, damit nur Süchtige, die möglichst die Indikationskriterien erfüllen, d. h. chronisch süchtig sind, tatsächlich der Prüfungskommission vorgestellt werden. Die Vorauswahl ist einerseits durch den Arbeitsaufwand begründet, den eine Aufnahme des Patienten in das Experiment erfordert. Andererseits soll einer eventuellen Frustration bei den Patienten nach einer Ablehnung vorgebeugt werden.

Die Behandlung und Erfolgskontrolle

Anhand der während des Aufnahmegespräches erhaltenen Informationen wird ein individueller Behandlungsvorschlag ausgearbeitet. Dieser Behandlungsvorschlag gliedert sich in drei Teilbereiche:

- a) somatische Probleme
- b) psychiatrische Probleme
- c) psychosoziale Probleme

Unter den somatischen Problemen müssen alle medizinischen Folgen des intravenösen Drogenkonsums verstanden werden sowie die Krankheiten, die wegen des Suchtverhaltens bisher unbehandelt geblieben sind. Die Behandlung wird ambulant durch die praktischen Ärzte des Gesundheitsamtes ausgeführt. Falls erforderlich, erfolgt eine Überweisung an einen Facharzt. Neben den bei den Indikations-

kriterien aufgeführten Krankheiten gehören Avitaminose und andere Mangelerscheinungen, Abszesse, Zahnleiden, Medikamentenabhängigkeit und venerische Leiden zu den somatischen Beschwerden, die häufig behandelt werden müssen.

Die psychiatrischen Probleme (z. B. Depressionen oder Psychosen) werden sowohl mit Psychopharmaka wie beispielsweise tri-zyklischen Anti-Depressiva behandelt als auch im regulierenden psychosozialen Beratungsgespräch mit den Sozialarbeitern der SDA besprochen.

Der Übergang von den psychiatrischen zu den psychosozialen Problemen ist fließend. Ziele der psychosozialen Hilfe sind alle oben genannten nicht-medizinischen Punkte. Konkret bedeutet dies, daß im regelmäßigen Gespräch unter Anwendung der gängigen therapeutischen Methoden versucht wird, die Hintergründe der Sucht aufzudecken und neue Lebensstrategien zu entwickeln. Diese Maßnahmen werden sozial-therapeutisch unterstützt. Oft müssen hohe Schulden abgebaut werden. Das Geld der Süchtigen muß verwaltet werden, so daß die monatlichen festen Ausgaben entrichtet werden. Der Restbetrag wird in kurzen, beispielsweise wöchentlichen Zeiträumen ausbezahlt. Vorher haben die Klienten freiwillig der Beratungsstelle die notwendigen Vollmachten erteilt. Mit Hilfe des Wohnungsamtes werden für die Süchtigen Wohnungen gesucht. Manchmal müssen die Klienten langfristig betreut werden; es werden beispielsweise gemeinsam Einkäufe gemacht, bis sie eine ausreichende Selbständigkeit entwickelt haben, um eine adäquate Bewohnung der Häuser und eine unabhängige Selbstversorgung zu gewährleisten. In einer Werkstatt wird den Patienten ein sinnvolles Freizeit- und Ausbildungsangebot gemacht: u. a. Fotokurse, Töpferei, Schreinerei oder Druckerei.

Alle psychosozialen und sozialtherapeutischen Maßnahmen bezwecken die Veränderung des Lebensstiles und eine Loslösung von der Drogenszene, ohne daß die Detoxifikation verlangt wird. Vielmehr soll der Süchtige lernen, sich trotz seiner Sucht innerhalb der gesellschaftlichen Grenzen zu bewegen und ein für ihn sinnvolles Dasein aufzubauen. Im Prinzip wird dieses Angebot bereits allen Amsterdamer extrem-problematischen Drogenabhängigen gemacht. Es zeigte sich jedoch, daß die Methadonerhaltungsprogramme bei diesen Patienten nicht ausreichend waren, um einem zusätzlichen Heroinkonsum Einhalt zu gebieten. Die psychosozialen und sozialtherapeutischen Maßnahmen hatten deshalb ebenfalls nur geringen Erfolg.

Obwohl die drei Teilbereiche der somatischen, psychiatrischen und psychosozialen Probleme interdependent sind und auch die Probleme innerhalb der Teilbereiche meistens einen großen Zusammenhang aufweisen, wird trotzdem versucht, alle Probleme durch die

funktionelle Analyse einzeln genau zu beschreiben. Diese Beschreibung wird somit zur Vorbedingung für die Formulierung des Behandlungsansatzes. Aus diesem Grunde wird bei diesem Experiment der „Problem Oriented Record (POR)“ angewandt. Dieses Verfahren stellt einen Rahmen dar, in dem die erhaltenen Informationen expliziert und strukturiert werden, wobei die Probleme des Patienten im Mittelpunkt stehen (Veerman 1983). Der POR setzt sich aus vier Teilen zusammen:

- 1) *Basisdaten*: alle wichtigen Daten über die Patienten, die zur Erkennung des Problems notwendig sind.
- 2) *Problemliste*: alle Probleme werden aufgeführt; wann sind sie entstanden?; wie aktuell sind sie im Augenblick?
- 3) *Behandlungsvorschlag*: Vertiefung und Aufführung der Behandlung.
- 4) *Prozeßbeschreibung*: Ergebnisse und Verlaufsbeschreibung.

Bei Beendigung dieses Zyklus kann, falls nötig, ein neuer Zyklus formuliert und begonnen werden. Schematisch sieht der POR-Zyklus wie folgt aus:

Basisdaten	Problemliste	Behandlungsvorschlag	Prozeßbeschreibung
kurze Exzerpte und Aufzeichnungen etc.	pro Problem: – Nummer – Titel – aktiv? – inaktiv? – Neuformulierung	pro Problem: – Vertiefung – Plan – (Ziele)	pro Problem: – subjektiv – objektiv – Evaluation – Plan

Dieses Verfahren hat zwei wichtige Vorteile: einerseits wird die spätere Auswertung des Experiments erleichtert, andererseits erhält man während der Behandlung ein Feedback über den Behandlungsverlauf. Schließlich kann auf diese Art und Weise eine Problemhierarchie zusammengestellt werden. In der Praxis werden häufig zuerst die somatischen und praktischen Probleme wie Mietzahlung oder Wohnungssuche aufgegriffen, bevor man anfängt, sich auf die psychischen Probleme zu konzentrieren, die oftmals die anderen Probleme bedingen. Dies begründet sich sowohl in dem Widerstand, den viele Patienten empfinden, die über ihre psychischen Probleme sprechen sollen, als auch in der erhöhten Motivation der Patienten, diese Probleme zu erörtern, nachdem sie bereits erste Erfolge auf somatischem oder praktischem Gebiet erfahren haben.

Die medizinische und psychosoziale Behandlung der Patienten wird durch eine Verlaufsstudie wissenschaftlich ausgewertet. Dazu werden Einzelfallanalysen der 40 individuellen Abhängigen ausgeführt. Das Basisdesign dieser Erfolgskontrolle enthält den Vergleich des

Verlaufes der Drogenkarriere in der Periode vor der Teilnahme an dem Experiment mit dem Zeitraum während der Verabreichung. Außer den ausführlichen anamnesischen und base-line Informationen bezüglich der Drogenkarriere vor der Teilnahme werden zusätzliche Informationen über den weiteren Verlauf der Drogenkarriere während des Experimentes gesammelt. Dazu werden bei der Verabreichungsstelle des Gesundheitsamtes und in den verschiedenen Projekten der SDA die notwendigen Daten erhoben.

Regelmäßig finden gemeinsame Patientenbesprechungen von SDA und Gesundheitsamt in Anwesenheit des Begleitforschungsmitarbeiters vom NcGv statt. Außerdem führt dieser jedes halbe Jahr ein sogenanntes Tiefeninterview mit den Patienten durch. Zweimal pro Woche wird den Patienten Urin abgenommen, der in verschiedenen klinisch-chemischen Labors auf Metaboliten von Heroin, Amphetamin, Kokain, Barbituraten, Metaqualon und Benzodiazepin analysiert wird. Per Stichprobe werden die Urinproben auch auf exzessiven Alkoholkonsum untersucht. Auf diese Weise erhofft man sich ein vollständiges Bild von dem zusätzlichen Suchtmittelkonsum der Patienten machen zu können. Für die Quantifizierung des etwaigen zusätzlichen Heroinkonsums wurde eine neue Methode entwickelt, bei der Monoacetylmorphin als ein quantitativ weniger bedeutsamer Metabolit von Heroin als Indikator des zusätzlichen Heroinkonsums dient (Derks, H. u.a. 1985). Die Apotheke fügt überdies dem Morphinum einen ungefährlichen Zusatzstoff bei, so daß durch die Urinproben festgestellt werden kann, ob die Patienten das verabreichte Morphinum tatsächlich gebrauchen. Aus dem gleichen Grund werden die Urinproben auch auf Methadon analysiert. Weil im Augenblick keine individuelle Behandlung abgeschlossen ist, liegen noch keine fundierten Ergebnisse aus den Einzelfallanalysen vor.

Schlußfolgerung

Betrachtet man den Entwicklungsverlauf der Diskussion über die Opiatverabreichung in den Niederlanden bis Anfang 1983, dann fällt auf, daß die Zielsetzung immer enger gefaßt wurde. Die Bekämpfung des Schwarzmarktes und der mit der Illegalität der Droge verbundenen Kriminalität verschwinden als Zielsetzung. Übrig bleibt lediglich die Hilfe für extrem-problematische Drogenabhängige, denen durch die traditionelle Drogentherapie, die auf Entzug ausgerichtet ist, nicht länger mehr geholfen werden kann. Diese Ansichten werden nicht nur von niederländischen Drogenexperten vertreten. Auch in der Bundesrepublik Deutschland werden die Stimmen lauter, die für diese Gruppe von Süchtigen eine andere Form der Hilfe verlangen (Lutz 1984, Bschor und Kapretz 1984). Bei dem Entwurf des Morphinumexperimentes wurden diese Erkenntnisse berücksichtigt, indem die Drogenfreiheit nicht als Ziel genannt wurde. Im Gegensatz

zu den früheren Plänen taucht aber die These der Unbeeinflussbarkeit dieser Patienten ebenfalls nicht mehr auf.

Während die Drogenhilfe an chronisch Süchtigen sich jahrelang auf Linderung und unmittelbare medizinische und sozialpädagogische Betreuung beschränkte, wird beim Morphinumexperiment das Behandlungsprinzip wieder eingeführt. Auch wenn die Behandlung keine Genesung, nämlich Entzug und Drogenfreiheit verspricht, so bezweckt sie neben der Linderung doch eine neue Strukturierung und Aktivierung des Süchtigen, in der Hoffnung, der Selbstverwahrlosung Einhalt gebieten zu können und die Selbständigkeit trotz der Sucht zu erhöhen.

Dieses Denken und die Diskussion über eine Opiatverabreichung hat sich erst innerhalb der Drogenhilfe, dann innerhalb der Sozialen Psychiatrie abgespielt. Der Erfolg des Experimentes wird denn auch an den Kriterien der Sozialen Psychiatrie gemessen werden müssen. Die Verabreichung von Morphinum gekoppelt an eine intensive Behandlung wird sicherlich einen Teil der Zielsetzungen verwirklichen können. Vor allzu großem Optimismus muß dennoch gewarnt werden, dies können wir aus den britischen Erfahrungen mit der Heroinverabreichung lernen. Das Verabreichen von Morphinum innerhalb einer Behandlung kann eine neue Chance sein, der kleinen Gruppe von chronisch Süchtigen doch noch zu helfen. An sich ist aber das Verabreichen von natürlichen und semi-synthetischen Opiaten genauso wie eine Methadonverabreichung nur ein Hilfsmittel und niemals eine völlige Behandlung.

Literatur

BSCHOR, F./KAPRETZ, D., Drogenbedingte Todesfälle in Berlin (West), in: Bundesgesundheitsblatt 27, Nr. 12, Dez. 1984

COLAÇO BELMONTE, J.A.F., Medische verstrekking van heroine ongewenst, in: Tijdschrift v. Alc. en Drugs 4, 1978

COLAÇO BELMONTE, J.A.F., Verstrekken is vooruitzien, in: T. Soc. Geneesk. 58, 1980

DAANSEN, P., Die Amsterdamer Drogenpolitik, in: Suchtgefahren, 30, Nr. 2, 1984

DERKS, H.J.G.M./K. van TWILLERT/G. ZOMER, Determination of 6-Actylmorphine in urine as a specific marker for heroin abuse by high-performance liquid chromatography with fluorescence detection, in: Analytica Chimica Acta, 170 (1985), 13-20

DERKS, J., De verstrekking van injecteerbare opiaten: doelstellingen van het morfineverstrekkingsexperiment, in: T. Soc. Gezondheidszorg, 62, Nr. 12, 1984

DERKS, J., De verstrekking van harddrugs. Geschiedenis en opbrengst van een tienjarige discussie, in: Maandblad Geestelijk volksgezondheid, Nr. 10, 1985

FROMBERG, E., Junk met Junk bestrijden? - Aloha 20, 1974, in:

BRANDES, M., Verstrekking van heroïne en methadon, een literatuuronderzoek. SWOAD, Amsterdam, 1977

GG & GD, Beleidsnota morfineverstrekkingsexperiment. Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheids Dienst, Amsterdam, 1983

GOOS, C., Het Britse systeem, aspecten van legale heroïneverstrekking, in: Maandblad Geestelijke volksgezondheid, Nr. 11, 1975

GOOS, C., Nanegen jaar heroïneverstrekking. Enige beschouwingen bij het Britse experiment, in: Maandblad Geestelijke volksgezondheid, Nr. 10, 1977

HAVAS, A., Ervaringen met de verstrekking van inspuitsbare opiaten, in: Maandblad Geestelijke volksgezondheid, Nr. 11, 1983

LEUW, E., Door schade en schande; de geschiedenis van de drugshulpverlening als sociaal beleid in Amsterdam, in: T. v. Criminologie, 26, 1984

LUTZ, R., zitiert in: Expertenanhörung im Hessischen Landtag. Methadon-Programme in Hessen? in: Mitteilungen, DGSS, Nr. 4, 1984

MINISTERIE van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Nota inzake de situatie van zwaar verslaafden. Staatsuitgeverij, 's Gravenhage, 1978

MINISTERIE van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Voortgangsnotitie over het beleid inzake de hulpverlening aan drugsverslaafden; notitie ten behoeve van de Uitgebreide Commissie Vergadering der Tweede Kamer op 6 april 1981 Staatsuitgeverij, 's Gravenhage, 1981

MULDER, W.G., Drugsbeleid in Amsterdam. Gemeente Amsterdam, afd. Voorlichting, 1981

STICHTING DRUGS INFORMATIE; in BRANDES, M., Verstrekking van heroïne en methadon, een literatuurstudie. SWOAD, Amsterdam, 1977.

STICHTING KONTAKT SENTRA, Heroïneverstrekking, alternatief voor behandeling. Verslag van een tweedaagse conferentie. Amsterdam, 1977

VEERMAN, J.W., Psychotherapie-onderzoek in beweging: van demonstratie naar registratie, in: T. v. Psychotherapie, 9, Nr. 5, 1983

WERKGROEP Vervangende Middelen, Heroïne en vervangende middelen. Stadhuis, Amsterdam 1974, in: BRANDES, M., Verstrekking van heroïne en methadon, een literatuuronderzoek, SWOAD, Amsterdam, 1977

28. 10. 85

SDA, Prinsengracht 196, 1016 HC Amsterdam (Daansen)

NcGu, Da Costakade 45, Postfach 5/03, 3502 IC Utrecht (Derks)