

**Robert Newman, M.D.**

**Substitutionsbehandlung:**

**ein halbvolles, *aber auch halbleeres Glas!***

**Vortragsmanuskript zum Festakt zum 20-jährigen  
Bestehen von akzept e.V.**

**GLS Campus Berlin**

**9. Dezember 2010**



# **Substitutionsbehandlung: ein halbvoll, *aber* *auch ein halbleeres Glas!***

## **Einleitung: ein Vierteljahrhundert Methadon in Deutschland**

Es ist mir eine besondere Ehre, heute Abend zu Beginn des Festaktes zur 20-Jahrfeier von akzept e.V. zu Ihnen sprechen zu dürfen. Denn ich weiß sehr wohl, welche bedeutende Rolle akzept bei der Umsetzung und Weiterentwicklung einer menschenwürdigen und wirksamen Behandlung der Opiatabhängigkeit von Beginn an gespielt hat, insbesondere im Hinblick auf die Substitutionsbehandlung. Sie und all jene, die Sie dabei unterstützt haben, können stolz sein auf das bisher Erreichte. Für Kollegen und Mitstreiter in anderen Ländern sind die Errungenschaften in Deutschland ein wahrhaft inspirierendes Beispiel!

Innerhalb Europas ist Deutschland heute in Bezug auf die geschätzte Anzahl an Opiatabhängigen eines der Länder mit dem höchsten Anteil an Substitutionspatienten – es sind annähernd 76.000 (EMCDDA, zitiert nach Jörg Gözl in seiner Präsentation bei der 28. Internationalen AIDS Konferenz, Wien, 18. Juli 2010).

Es ist noch gar nicht allzu lang her, als der damalige Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Hermann Heinemann, im November 1986 eine große Konferenz in Düsseldorf mit den Worten eröffnete: “In der Bundesrepublik gehört die Überlegung, Medikamente an bestimmte Heroinabhängige zu verabreichen, sozusagen zum Tabu-Katalog unserer Drogenpolitik.” Und im gleichen Jahr

veröffentlichte der ehemalige Drogenbeauftragte des Landes Berlin einen Aufsatz mit dem Titel "Abstinence or Maintenance? Warum es in Deutschland kein Methadon-Programm geben wird." (Wiener Zeitschrift fuer Suchtforschung 1986; 9(1-2):3-7). Ich möchte Ihnen anhand von zwei besonderen Ereignissen verdeutlichen, wie dramatisch und rasend schnell sich die Situation in der Zwischenzeit verändert hat:

. Keine 10 Jahre, nachdem prophezeit worden war, dass es in Deutschland niemals Methadonbehandlungen geben würde, fand in Hamburg die Einweihungsfeier des Marie-Nyswander-Weges zu Ehren der Mitbegründerin der Methadonbehandlung statt! Wenn ich hier und im Folgenden von der Methadonbehandlung spreche, meine ich „methadone maintenance treatment“, das heißt, die lang- beziehungsweise längerfristige Behandlung mit Methadon (Methadon-Erhaltungsbehandlung). Den Marie-Nyswander-Weg findet man leicht auf jedem Hamburger Stadtplan. Nirgendwo sonst auf der Welt wird die Leistung dieser engagierten, brillanten und beherzten Ärztin durch eine Straße mit ihrem Namen gewürdigt. Und ich muss hinzufügen, dass die Anerkennung dafür, die offizielle Genehmigung für diesen Straßennamen beantragt und durchgesetzt zu haben – und das in Eigenregie -, meinem lieben Freund und hochgeschätzten Kollegen Josh von Soer Clemm von Hohenberg (1941-2000) gebührt, der wie ich ein gebürtiger Holländer war. Auf weiteres Lob für diesen wundervollen Menschen kann ich Ihnen gegenüber verzichten, weil akzept sein Andenken seit 2005 durch die jährliche Verleihung eines ihm zu Ehren gestifteten Preises wahrt, dem Josh-von-Soer-Preis.

. In 1988 beging Max Klieber, einziges Kind der verwitweten Dorothea Klieber aus Markt Schwaben und 14 Jahre lang heroïnabhängig, Selbstmord, als seine (äußerst

erfolgreiche!) Methadonbehandlung abrupt beendet wurde, weil sein Arzt in Untersuchungshaft kam. Jahre später findet sich in einem Rundschreiben des Vereins für Drogenpolitik e.V. (13. April, 2002) hierzu folgende Anmerkung: “Was andere in verzweifelte Starre gestürzt hätte, war für Dorothea Klieber Ansporn, den Kampf aufzunehmen.“ Im April 2002 erhielt Dorothea Klieber, in Anerkennung ihres außergewöhnlichen Engagements für die Methadonbehandlung, das Bundesverdienstkreuz (Vor gerade einmal vier Tagen, am 5. Dezember, feierte Frau Klieber ihren 90. Geburtstag! Als ich sie vor einigen Wochen besuchte, bat sie mich, Ihnen allen herzliche Grüße auszurichten).

Den hochdramatischen Wandel der deutschen Drogenpolitik habe ich persönlich miterlebt. In 1989 war ich als Redner zu einer Drogenfachtagung der Gewerkschaft der Polizei in München eingeladen. Ich begann mein Referat mit den Worten: “In Deutschland, und noch dazu in München, der Hochburg der Methadon-Gegner, über (und gar für) Methadon zu sprechen, da komme ich mir vor wie Daniel in der Löwengrube. Und dazu wird man gleich am Flughafen München von den Löwen im bayerischen Wappen begrüßt.” Nun, die Zeiten haben sich tatsächlich geändert, und ich freue mich sagen zu können, dass ich mich nunmehr seit vielen Jahren auf Deutschland als eines derjenigen Länder berufen kann, die beispielhaft dafür stehen, wie rasch der Auf- und Ausbau der Substitutionsbehandlung vollzogen werden kann – wenn nur der nötige Wille dazu vorhanden ist!

Sie, meine Kollegen und Freunde in Deutschland, wissen allerdings viel besser als ich, dass ein halbvolles Glas gleichzeitig auch halbleer ist. Und so habe ich mit Sorge im vergangenen Jahr einen Artikel meines Kollegen Rainer Ullmann aus Hamburg lesen müssen, der die alarmierende Überschrift trug: "Behandlung wird wieder kriminalisiert" (Deutsches Ärzteblatt, Jg. 106, Heft 18, 2009). Darin verweist er darauf, dass "... nach der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung ... die Behandlung der Opiatabhängigkeit nur mit dem Ziel der schrittweisen Wiederherstellung der Betäubungsmittelabstinenz erlaubt [ist]. Wenn die Abstinenz ... nicht angestrebt wird, ist die Behandlung eine Straftat." Offenkundig hat sich seit den frühen 1990iger Jahren wohl nichts geändert, als ich in einem Artikel in der Frankfurter Allgemeinen (23. Sept. 1992) die Forderung formulierte: "... wir müssen energisch die Ansicht ablehnen, Abstinenz sei das einzige erstrebenswerte therapeutische Ziel."

Dr. Ullmann berief sich zudem auf eine Urteilsbegründung des Landgerichts Bayreuth aus dem Jahr 2007, in der es hieß: "Der Angeklagte [Arzt] habe ... bei Beikonsum die Behandlung nicht abgebrochen ... " Versetzen Sie sich einmal in die Denkweise, die dieser Entscheidung zugrunde liegt: Der behandelnde Arzt wird dazu aufgefordert, auf einen fortgesetzten Drogenmissbrauch seines Patienten mit dem Abbruch der Behandlung des Drogenmissbrauchs zu reagieren! Das wäre ja so, als wenn Richter verlangten die Insulinbehandlung von Diabetikern abubrechen, wenn deren Blutzucker einen bestimmten Spiegel übersteigt - vor allem dann, wenn es Grund zu der Annahme gibt, dass der Patient eine verordnete Diät nicht befolgt!

Zur unmissverständlichen Klarstellung, dass die klinische Beurteilung des Arztes im Einzelfall als völlig belanglos zu werten ist, heißt es in der von Dr. Ullmann zitierten Gerichtsentscheidung weiter: “Allein die Inkaufnahme langer Anfahrtswege, das Interesse des Patienten an der Beibehaltung eines Arbeitsplatzes oder die Gefahr eines Wiederabgleitens in das Drogenmilieu rechtfertigen es nicht, von den genannten Regeln abzuweichen.” Vor diesem Hintergrund scheint es keine Übertreibung zu sein, wenn man folgert, dass das deutsche Justizsystem von Ärzten eine Verletzung des hippokratischen Eides einfordert, in dem diese sich dem Diktat des Staates zu beugen haben, selbst wenn sie der Überzeugung sind, dass dies dem Patienteninteresse zuwider läuft und potenziell tödliche Folgen zeitigt.

### **Der Widerstand: heftig, universell und zeitlos**

Ohne von den erstaunlichen Leistungen der vergangenen zwei Jahrzehnte ablenken zu wollen, muss doch deutlich gesagt werden, dass das Werk von akzept und allen anderen Ihre Visionen und Ihr Engagement teilenden Organisationen und Mitstreitern noch lange nicht vollendet ist! Aber Sie haben mich sicherlich nicht aus Amerika eingeladen, um Ihnen einerseits die in Ihrem eigenen Land bereits erzielten Fortschritte und andererseits die fortdauernden drogenpolitischen Widerstände und Herausforderungen vor Augen zu führen. Erlauben Sie mir daher, Ihnen einen Einblick in einige der in anderen Regionen der Welt gesammelten Erfahrungen zu geben. Ich fürchte allerdings, dass ich hierbei aus alter Gewohnheit wieder einmal in die Rolle eines Schwarzsehers schlüpfen werde, der sich eher auf das Negative als auf das Positive konzentriert. Dies geschieht aber keineswegs in der Absicht, Ihnen ein Gefühl der Schadenfreude zu vermitteln, sondern

vielmehr deshalb, um die Ihnen entgegengebrachten, teils heftigen Widerstände, in ein rechtes Licht zu rücken. Will man die oppositionelle Haltung gegenüber der Substitutionsbehandlung in Deutschland verstehen und sie überwinden, muss man nämlich ihre Universalität und Zeitlosigkeit erkennen. Lassen Sie mich zur Veranschaulichung dessen mit einigen Beispielen beginnen, die sich mit dem Behandlungsziel Abstinenz beschäftigen.

### **Das sich hartnäckig haltende Abstinenzparadigma**

. 1974: Nachdem ich auf der 1. National Conference on Drug Abuse vor mehr als 35 Jahren eine Zusammenfassung der schlagenden und einhelligen Beweise für die Effektivität der Methadonbehandlung gegeben hatte, zog ich folgenden Schluss: “Nach nunmehr fast 10 Jahren haben sich die Bemühungen der Programmbefürworter, die Öffentlichkeit aufzuklären und einen Meinungswandel herbeizuführen, als völliger Fehlschlag erwiesen. Es ist unfassbar, aber in unserer heutigen Zeit liegt das Hauptinteresse darin, wie man eine effektive Behandlung *einstellt*.” (Newman, Brit J Addict. 1976, 71:183-186, Hervorhebung im Original). Und im gleichen Jahr wurde ich in der New York Times (2. April 1974) folgendermaßen zitiert: “Der die Methadonbehandlung umgebende fundamentale Mythos – nämlich dass wir nichts anderes tun, als eine Droge durch eine andere zu ersetzen – hält sich hartnäckig weiter.”

. 1974: Dass das Hauptaugenmerk Mitte der 70iger Jahre auf Entgiftung gerichtet war, wird an der folgenden Stellungnahme eines ehemaligen Leiters der höchsten US-Antidrogenbehörde deutlich: “Es ist äußerst wichtig Methadon als die Krücke zu

begreifen, die es ist, nämlich als ein *vorläufiges* Hilfsangebot, das zurückgezogen werden muss, sobald der Klient seine kranken Gesinnungen, Werte und Rationalisierungen verändert hat “(Hervorhebung im Original).

. 1987: In einem Vortrag an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich merkte ich an: “Es ist die allgemeine und fast überall verbreitete Ansicht in Fachkreisen wie beim Laienpublikum: Das allein erstrebenswerte Ziel jeder Sucht-Behandlung sei vollkommene Abstinenz; sie sei die Vorbedingung und das Kriterium für den ‘Erfolg’ einer Behandlung.”

. 2007: Erst vor wenigen Jahren, in 2007, äußerten sich zwei australische Autoren wie folgt in der Lancet: “...aus politischer Perspektive gelten diejenigen Behandlungen als populär, in deren Zielfokus das Erreichen von Abstinenz innerhalb von Wochen oder Monaten steht.” (18. Aug., 2007)

. 2008: Ein britischer Zeitungsartikel brachte die Meldung: “Die Methadon-Lobby hat einen pharmakologischen Knast errichtet, in dem Abhängige abhängig gehalten werden ... und jedes Jahr werden nur 3% geheilt.”

. 2010: Und vor wenigen Monaten verkündete ein Bericht der Narcotic Treatment Agency in Großbritannien: "Niemand sollte auf unbestimmte Zeit auf Methadon oder ähnlichen Opiaten 'geparkt' werden ... Neue klinische Therapierichtlinien werden Ärzte und Klienten auf das anzustrebende Behandlungsergebnis Abstinenz fixieren, und eine

zeitliche Verschreibungsbefristung wird ein ungeplantes Abdriften in eine Dauerbehandlung verhindern“. (The Guardian, 18. Juli)

## **Substitutionsbehandlung : strikte Ablehnung und restriktive**

### **Maßnahmen**

Während sich einige Kritiker mit ihrer kompromisslos ablehnenden Haltung auf das bisherige Misslingen konzentrieren, eine Einigung auf eine gemeinsame Forderung nach einem universellen Abstinenzziel herbeizuführen, lehnen andere das der “maintenance“-Behandlung zugrunde liegende Konzept strikt ab – unabhängig von der Behandlungsdauer oder der therapeutischen Zielausrichtung. Dementsprechende Beispiele sind:

. 1921: Die American Medical Association konstatiert, “... die Ärzteschaft missbilligt die Abgabe von Narkotika an Drogensüchtige auf das Schärfste.”

. 1974: Mehr als ein halbes Jahrhundert später und im Anschluss an unzählige positive Berichte zur Behandlungseffizienz aus aller Welt, wurde das publiziert, was noch immer den Rekord als die widerlichste und abartigste Kritik aller Zeiten hält. Es stammt von Thomas Szasz, einem amerikanischen Psychiatrieprofessor und hoch geachteten (wenn auch umstrittenen) Autor und Empfänger einer besonderen Auszeichnung für vorzügliche Leistungen durch die führende Organisation zur Politikreform in Amerika: „Methadonbehandlung ist die Gaskammer, in die die Schwarzen so bereitwillig gehen wie einst die Juden in Deutschland.“ (Szasz T. In:

Levin PA, ed. Contemporary Problems of Drug Abuse. Acton (Mass.): Publishing Sciences Group, 1974, S. 115)

Um Sie nicht allzu sehr zu überfrachten (und zu langweilen) überspringe ich ein Vierteljahrhundert der Anfeindungen und komme zum Jahr 1999.

. 1999: In einer Rede vor dem US-Kongress behauptete der Senator John McCain: “Die Methadonbehandlung ... füttert die Abhängigkeit mit den Dollars der Steuerzahler...Dies ist widerlich und zutiefst unmoralisch.“

. 2007: Ein Senator aus Alabama: “Methadon sollte verboten werden; Kliniken sind für Abhängige doch nur ein legaler Weg ihren Schuss zu bekommen.”

. 2008: Ein ranghoher Politiker in Schottland äußerte sich folgendermaßen: “Ein hoher Anteil unserer drogenmissbrauchenden Bevölkerung ruht sich dick, dumm und glücklich auf Methadon aus.”

. 2010: Eine Zeitungsüberschrift in Großbritannien aus den letzten Monaten: “Premierminister Cameron treibt Drogenpolitik des kalten Entzuges voran” (Telegraph, 23. Aug.).

Des Weiteren ist es doch auch so, dass in all jenen Ländern, in denen Methadon akzeptiert wird, die Behandlung damit in eine Unmenge von Gesetzesvorschriften und

Durchführungsbestimmungen eingezwängt worden ist, die in anderen Zweigen der Medizin nicht vorstellbar wären.

Hierzu folgende Beispiele:

. Es gibt staatlich festgelegte „Eignungs“kriterien (z.B. Alter, Dauer – meist mehrere Jahre - des Drogengebrauchs, eine präzisierte Anzahl an vorherigen Misserfolgen in drogenfreien Behandlungseinrichtungen, usw.). Stellen Sie sich doch nur für einen Moment einmal vor, der Staat würde per Gesetz das Verschreiben von Antidepressiva an suizidgefährdete Patienten verbieten, die noch “zu jung” sind, für einen viel zu kurzen Zeitraum an schweren Depressionen leiden, oder die noch nicht zwei oder mehr fehlgeschlagene Selbstmordversuche hinter sich haben!

. Ärzten wird die Befugnis entzogen, über die aus ihrer Sicht angezeigte medizinische Behandlung zu entscheiden und damit zu beginnen. Zum Beispiel darf ein Arzt in Norwegen lediglich eine schriftliche Empfehlung für die Einleitung einer Substitutionsbehandlung aussprechen, die einer aus Sozialarbeitern zusammengesetzten Kommission zugestellt werden muss. Diese entscheidet dann darüber, ob der Empfehlung gefolgt werden soll oder nicht.

. In vielen Ländern ist es Ärzten nicht gestattet Methadon zu verschreiben, wenn nicht gleichzeitig eine Begleittherapie stattfindet ( in Deutschland übrigens in Form der sogenannten „Psychosozialen Betreuung“) - eine Therapie, die nicht nur jedem Patienten

angeboten, sondern auch von jedem Patienten akzeptiert werden muss, unabhängig davon, ob der behandelnde Arzt oder der Patient selbst die Teilnahme daran für notwendig oder wünschenswert erachtet. Bedenken Sie die logische Konsequenz: Der Mangel an ausreichenden finanziellen oder personellen Ressourcen, um das von den Überwachungsbehörden als optimal erachtete vollständige und “umfassende” Therapiepaket anbieten zu können, hat zur Folge, dass der Abhängige auf eine „Warteliste“ gesetzt wird und sich der Behandlungsbeginn teils jahrelang hinauszögern kann! Noch unlängst betrug die Wartezeit in Seattle, USA, 18 Monate, und in Irland sind es gewöhnlich zwei Jahre oder sogar mehr. Es kann doch wohl niemand behaupten, eine “Warteliste” sei besser für die Abhängigen oder die Gesellschaft als die Bereitstellung von Methadon, selbst wenn es an einer umfassenden Begleittherapie mangelt?! Dies ist sicher das ultimative Beispiel dafür, wie “das Beste” zum Feind “des Guten” gemacht wird.

. Wie bereits erörtert werden spezifische therapeutische Ziele, die ja nicht nur angestrebt, sondern auch erreicht werden müssen, gleichermaßen Behandlungsanbietern wie Patienten staatlich auferlegt.

. Die Anzahl und Häufigkeit durchzuführender Labortests wird per *Behördenwillkür* festgesetzt, ebenso wie die weitere Verfahrensweise (einschließlich der Beendigung der Behandlung), wenn diese Tests die Diagnose bestätigen, auf Grund derer sich der Patient in Behandlung befindet.

Diese und viele weitere spezifische Auflagen und Restriktionen regieren die Substitutionsbehandlung in den meisten Ländern der Welt, und sie werden in der Regel von Bürokraten aufgestellt, die nie einen Patienten gesehen, geschweige denn jemals behandelt haben. Es gibt andere Staaten, die Substitutionsbehandlungen gänzlich ablehnen (z.B. Russland, wo es geschätzte 2-3 Millionen opiatabhängige Bürger gibt). Und wie lautet die Begründung dafür? Ganz einfach: „Wir glauben nicht an die Substitution“ – genauso wie einige Kinder nicht an den Weihnachtsmann glauben.

Selbst dort, wo Fortschritte gemacht wurden und sich ein Land schließlich zur Einführung von Substitutionsbehandlungen entscheidet, geschieht dies in der Regel auf der Grundlage eines „Pilotprogramms“, unter Bedingungen, die meist unabhängig von den Ergebnissen niemals in größerem Umfang in die Praxis umgesetzt werden könnten. Ein aktuelles Beispiel ist Kambodscha, wo kürzlich der nützliche Besuch des UN Generalsekretärs Ban Ki-moon und seiner Ehefrau bei der Eröffnungsfeier des ersten „Pilot-Methadonbehandlungszentrums“ stattfand. Die Betriebskosten für ein Jahr: 350.000 US-Dollar; die Größe des Mitarbeiterstabes: mehr als 20; *und die maximale Patientenobergrenze: 100.*

### **Die schädlichste Ablehnung überhaupt: die von Behandlungsanbietern**

Traurig aber wahr, in vielen Ländern der Welt stellen die Behandlungsanbieter selbst das größte Hindernis dar, um eine Akzeptanz der Methadonbehandlung erlangen zu können. Viele sind mit großen Vorurteilen gegenüber ihren Patienten, der Suchterkrankung und deren Behandlung mit Methadon behaftet und weigern sich (ohne Erklärung oder

Rechtfertigung), evidenz-basierte Medizin zu akzeptieren und zu praktizieren. Einige Beispiele hierfür mögen genügen:

. In 1989 berichtete der offizielle Newsletter des US National Institute on Drug Abuse, dass eine angemessene Methadondosis – in der Regel über 60 mg – für die Eindämmung der Verbreitung von AIDS von entscheidender Bedeutung ist. Drei Jahre später ergab eine Umfrage, dass die durchschnittlich verordnete Tagesdosis in 97% (!) der US-Kliniken unterhalb von 60 mg lag. (In einer erneuten Umfrage in 2000 wurde eine deutliche Erhöhung der Tagesdosis festgestellt).

. Ein Jahrzehnt später, in 1999, wurden in Großbritannien landesweit geltende Behandlungsrichtlinien erlassen, die besagen, dass die tägliche Methadondosis bei den meisten Patienten zwischen 60-120 mg betragen sollte; sechs Jahre später, in 2005, stellte man fest, dass in Großbritannien die durchschnittliche Tagesdosis von 59 mg auf 45 mg gesunken war.

. In einer 2007 durchgeführten Umfrage unter Methadonbehandlungsanbietern in Großbritannien wurde festgestellt, dass ein Drittel eine Erhöhung der Methadondosis als „Belohnung“ für „saubere“ Urinproben anboten.

. Viele Methadonprogramme (in den USA, aber auch in Spanien, Kanada und bestimmt auch in vielen weiteren Ländern) bestehen darauf, dass die Urinabgabe *unter*

*direkter Beobachtung* stattfindet, egal wie lange sich die Patienten bereits in Behandlung befinden und wie gut sie darauf angesprochen haben.

. Überlicher Weise wird die Methadondosis reduziert, wenn Patienten es versäumen an “Beratungs”-gesprächen teilzunehmen oder – Gott bewahre – wenn Verdacht auf Beikonsum besteht; hält die Nichtbefolgung der Therapieregeln an, werden die Patienten einfach aus der Behandlung geworfen und im Stich gelassen.

. Und ein an den renommierten Johns Hopkins Medical Center angegliedertes Methadonprogramm veröffentlichte die Ergebnisse bezüglich einer konzeptuellen Verfahrensweise, wonach Patienten, denen es nicht gelang in einer bestimmten Zeit eine geregelte Arbeit aufzunehmen, die Weiterbehandlung verweigert wurde.

Wenn selbst die Anbieter von Methadonbehandlungen solche Praktiken übernommen haben beziehungsweise einführen, wen wundert es da, dass sowohl Kollegen aus anderen medizinischen Disziplinen als auch die Öffentlichkeit insgesamt eine vorurteilsbehaftete Meinung gegenüber der Behandlung, den Behandlern und den Patienten haben.

### **Ein Wort zur heroingestützten Behandlung**

Mein doch sehr deutlicher Enthusiasmus für Methadon beruht darauf, dass dies die Behandlungsform ist, mit der ich seit über vier Jahrzehnten tief verwurzelt bin. Dies sollte aber absolut *nicht* so ausgelegt werden, als würde ich Negativismus gegenüber jedem anderen Behandlungsangebot verbreiten wollen, das hilfeschenden Abhängigen

Unterstützung ermöglicht und Hoffnung bietet. Und folglich bin ich auch ein entschiedener Befürworter der heroïn-gestützten Behandlung. Allerdings muss ich gestehen, dass ich einige Probleme mit den “Pilotstudien” habe, die in Deutschland, Großbritannien und Kanada durchgeführt wurden (mit den frühen Modellprojekten in der Schweiz und den Niederlanden bin ich nicht vertraut).

Zunächst einmal war die Teilnahme auf Personen begrenzt, die auf Methadon nicht gut angesprochen haben – und dies normaler Weise mehrmals. Dann wurde in den Modellprojekten Heroïn- mit Methadonbehandlung verglichen - wobei in Bezug auf die Testpersonen bekannt war, dass sich Methadon als ineffektiv erwiesen hatte. Ferner war das Motiv für die freiwillige Teilnahme eindeutig der Wunsch nach Heroïn – und nicht wieder die Behandlung zu bekommen, auf die sie bereits in der Vergangenheit schlecht angesprochen haben. Gewiss konnte man erwarten, dass es diejenigen, die das bekamen, was sie wollten, besser machten als diejenigen, die über das Ergebnis der Randomisierung enttäuscht waren. Was vielleicht am meisten an den Studienergebnissen überrascht, ist nicht, dass die Heroïnpatienten besser liefen als diejenigen, denen (wiederum!) Methadon gegeben wurde, sondern vielmehr, dass so viele Methadonpatienten gut auf die Behandlung ansprachen!

Die Versuchsergebnisse erlangten zwar eine große Publizität, jedoch wurde fast immer verschwiegen, dass gezielt Abhängige rekrutiert wurden, die von der Methadonbehandlung nicht profitiert hatten. So brachte zum Beispiel ein Artikel im Wall Street Journal über die Erfahrungen aus Kanada die Schlagzeile: “Neue Studie zeigt,

Alternative zu Methadon ist effektiver“, und der Artikel selbst wurde mit der Behauptung eingeleitet: “Die Studie ... ergab, dass Injektionen mit ärztlich verordnetem Heroin effektiver waren bei der Behandlung von Langzeitabhängigen als Methadon...“ Berichte in den deutschen Massenmedien klangen ähnlich.

Wenn überhaupt, wurde bei der Berichterstattung sowohl in der Fachliteratur als auch der Laienpresse kaum auf die Schwierigkeiten eingegangen, die bei der Teilnehmer-Rekrutierung bei den Modellversuchen in Deutschland, Großbritannien und Kanada auftraten (um es noch einmal zu sagen, ich bin mit den Erfahrungen in der Schweiz und den Niederlanden nicht vertraut). Die Schwierigkeit der Rekrutierung – was auch immer die Gründe dafür waren – lässt die Bedeutung der Ergebnisse der Begleitforschung für die breite Mehrheit der Heroinabhängigen in Zweifel ziehen. Außerdem, selbst wenn es eine größere Nachfrage nach Heroinbehandlung gäbe, würden die Kosten – zumindest die mit den Modellprojekten verbundenen Kosten – Aufnahmeanträge in großem Umfang ausschließen, und zwar unabhängig davon, wie günstig die Studienergebnisse auch ausfallen mögen. Auch das hat kaum Beachtung gefunden.

Ich fürchte, für die meisten Leser lautete die Schlussfolgerung, Methadon sei *so* ineffektiv in der Behandlung von Opiatabhängigen, dass sogar die Vergabe von Heroin bessere Resultate hervorruft. Falls meine Interpretation stimmt, tragen die Heroin-Erprobungsprojekte nicht unerheblich dazu bei, Methadon noch größer in Verruf zu bringen, obwohl sie, wenn überhaupt, für die überwiegende Mehrzahl der hilfeschenden opiatabhängigen Menschen nur geringe Bedeutung hat.

## **Fazit**

Es dürfte deutlich geworden sein, dass ich mich selbst nach so vielen Jahren auch weiterhin in unvermindertem Maße im Bereich der Substitutionsbehandlung engagieren werde. Sicherlich ist dies manchmal frustrierend, aber ich bemerke immer wieder, dass ich bei weitem nicht der einzige bin, der sich frustriert fühlt. Im Juli dieses Jahres moderierte Dr. Christian Kroll, Weltweiter Koordinator für HIV/AIDS von UNODC, eine Satellitenkonferenz mit internationalen Experten mit dem Titel “Die Opioidsubstitution rettet Leben – das ist amtlich!” Der Sarkasmus im Titel war unüberhörbar, und er war beabsichtigt, wie Dr. Kroll in seiner Einleitung deutlich machte. Er brachte seine Überraschung – und Frustration! – darüber zum Ausdruck, dass es in 2010 immer noch notwendig ist, eine solche Konferenz einzuberufen, um immer wieder zu bekräftigen, was seit Jahrzehnten einhelliger Forschungsberichte aus aller Welt unzweifelhaft belegt ist: Ja, Substitutionsbehandlungen sind effektiv, und ja, sie retten tatsächlich Leben!

Opiatabhängigkeit ist eine chronisch-rezidivierende Erkrankung, was per definitionem bedeutet, dass sie (noch) nicht geheilt werden kann. An diesem Konzept ist überhaupt nichts neu: 1920 schrieb ein New Yorker Arzt: Aktuell gibt es für die große Anzahl an Rauschgiftabhängigen keine ‘Heilung’. ... Wir haben unsere Abhängigen angefleht, ihnen gut zugeredet, sie ermahnt, sie eingesperrt, sie wie Geisteskranke behandelt und zu sozialen Außenseitern gemacht – und wir haben stets versagt!” Zum Glück ist Opiatabhängigkeit eine Krankheit, die zwar nicht heilbar, aber behandelbar ist – wir

kennen eine Behandlung, die schnell bereitgestellt werden kann, mit relativ niedrigem finanziellem Aufwand, in großem Umfang; eine Behandlung, die erwiesenermaßen in der Lage ist, in den unterschiedlichsten geographischen, politischen oder sozio-ökonomischen Settings eine bedeutende Anzahl an Abhängigen zu erreichen, wenn sie auf der Basis freiwilliger Teilnahme angeboten wird; eine Behandlung, die einen hohen Grad an therapeutischem Erfolg aufweist. Und keine Behandlungsart besitzt das Potenzial mehr opiatabhängige Menschen zu erreichen und ihnen zu helfen als die Methadonbehandlung.

Es ist unsere gemeinsame Aufgabe, den potentiellen Einfluss dieser Behandlung auf die Verbesserung des Lebensalltages und der (Über-)Lebenssicherung zu optimieren und gleichzeitig die Interessen der Gesellschaft zu berücksichtigen. In Anbetracht dieser Herausforderung glaube ich, dass der vor kurzem in den Ruhestand getretene Exekutivdirektor des UN Office of Drug Control, Antonio Maria Costa, den Schlüssel zum Erfolg auf den Punkt gebracht hat: "Wenn wir Drogenabhängige genauso als kranke Menschen betrachten, wie es bei Krebs oder Diabetes oder Tuberkulose der Fall ist, wenn es uns gelingt, die Behandlung der Drogenabhängigkeit in die medizinischen Versorgungssysteme größerer Länder zu integrieren und sie so zu normalisieren, dann würden wir einen wirklichen Fortschritt bei der Eindämmung des Drogenkonsums erzielen." (zitiert in der NY Times, 26. Juni 2007)

Ich bedanke mich nochmals für Ihre freundliche Einladung, gemeinsam mit Ihnen das 20-jährige Bestehen von akzept zu feiern. Sie können sich gar nicht vorstellen wie stolz ich

bin, ein Kollege und Mitstreiter in Ihrem Bemühen um die Durchsetzung und Fortführung einer akzeptierenden und humanen Drogenpolitik sein zu dürfen!

Anmerkung: Alle in diesem Vortrag zitierten Literaturquellen sind auf Anfrage beim Autor erhältlich: [rnewman@icaat.org](mailto:rnewman@icaat.org)

Mein besonderer Dank gilt meinem Kollegen Ralf Gerlach, stellvertretender Leiter von INDRO e.V., Münster, für die Übersetzung dieses Vortrages