

# **Akzeptanzorientierte Drogenarbeit/ Acceptance-Oriented Drug Work**

ISSN 1861-0110

INDRO e.V.

---

Kommentar / Commentary

## **Die Zukunft des Kölner Heroinprojektes: Von Sparzwängen und der „Ausstiegsorientierung“ \***

**[The future of the Cologne heroin pilot project: On obligations to make cuts and orientation towards cessation from treatment]**

Christine Hölzmann (MScAPT, Dipl.-Soz. Päd.) & Beate Amoei (Dipl.-Päd.)

© INDRO e.V., Bremer Platz 18-20, D-48155 Münster, Germany. Jegliche Vervielfältigung, Verbreitung und Zitation von Textpassagen ausdrücklich gestattet unter Angabe der Originalquelle / verbatim copying and redistribution of this article are permitted in all media for any purpose, provided this notice is preserved along with the article's original URL: Akzeptanzorientierte Drogenarbeit/Acceptance-Oriented Drug Work 2007;4:19-23, URL: [www.indro-online.de/Hoelzmann\\_07.pdf](http://www.indro-online.de/Hoelzmann_07.pdf)

### **Die Ausgangslage auf Bundesebene**

Das bundesweite Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung wurde nach mehrfacher Verlängerung der Arzneimittelstudie beendet. Trotz positiver Ergebnisse der Studie konnte sich die Bundesregierung gegen alle wissenschaftlich fundierten Erfolge nicht zu einer Gesetzesänderung durchringen (Naber, Haasen 2006). Heroin bleibt weiterhin ein nicht verschreibungs- und verkehrsfähiges Betäubungsmittel. Nur im Rahmen einer Ausnahmegenehmigung des Bundesinstitutes für Arzneimittel ist die Fortsetzung der heroingestützten Behandlung möglich. Im Bundesrat wurde nun ein Antrag auf Aufnahme der heroingestützten Behandlung in die Regelversorgung gestellt. Der Ausgang der Entscheidung im Bundestag ist noch ungewiss (JES-Netzwerk 2007). Da stellt sich die Frage: Wozu der ganze Aufwand? Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit wurde eine kostenintensive, randomisierte klinische Studie konzipiert, nur um festzustellen, dass die Behandlung gut, aber nach Ansicht einiger Politiker nicht billig und ausstiegsorientiert genug ist. Die Kosten wurden durch Sicherheitsauflagen und die Besonderheiten unter Studienbedingungen in die Höhe getrieben (Schulenburg, Claes 2006). Trotzdem wurde festgestellt, dass die heroingestützte Behandlung sinnvoll und kosteneffektiv ist, wenn Patienten behandelt werden, die nicht von der Methadonsubstitution profitieren (Schulenburg, Claes 2006). Die Gegner der Gesetzesänderung auf Bundesebene in den Reihen der CDU/CSU halten weiterhin an Heilungsphantasien und dem Abstinenzparadigma gegenüber Drogenabhängigen fest (Eichhorn 2007). Dass „Ausstiegsorientierung“ nicht in der Suchtbehandlung automatisch zur Heilung von sogenannten „Schwerstabhängigen“ führt, scheint eine schwer vermittelbare Tatsache zu sein. Opiatabhängigkeit ist nach dem ICD 10 eine psychische Erkrankung und unter F11.2 codiert (WHO, DIMDI 2007). Würde man diesen Denkstil in die somatische Medizin übersetzen, so müsste ein Onkologe alle krebserkrankten Patienten nicht mehr betreuen, die sich weigern, gesund zu werden. Oder der Diabetiker würde kein Insulin mehr erhalten, weil er rückfällig mit Kuchenessen geworden ist und sich nicht an die ärztlichen Empfehlungen hält.

### **Das Kölner Heroinprojekt: Situationsskizzierung - aktuelle Entwicklungen und Zukunftsperspektiven**

In Köln wird nun das Gesamtkonzept der heroingestützten Behandlung mit dem Argument der Kostensparnis völlig verändert: Die Mitarbeiter und der leitende Prüfarzt der Ambulanz wurden im April telefonisch davon in Kenntnis gesetzt, dass ihre Arbeitsverträge auslaufen und sie nicht weiter beschäftigt werden. Das Dezernat für Soziales, Integration und Umwelt habe entschieden, dass die heroingestützte Behandlung zu teuer sei. Seit September 2006 ist Frau Bredehorst die verantwortliche Dezernentin. Die gegenüberliegende Methadonambulanz des Gesundheitsamtes und der Drogenhilfe Köln gGmbH würde mit ihren 240 Patienten die Räumlichkeiten beziehen und die Heroinbehandlung unter rigideren Bedingungen fortsetzen. Eine Übernahme von Personal sei nicht vorgesehen. Man könne sich jedoch auf vakante Stellen bewerben. Weder der leitende Arzt der Methadonambulanz noch der leitende Prüfarzt der heroingestützten Behandlung wurden in diese Entscheidung miteinbezogen. Konkret bedeutet das, dass die Heroinbehandlung in Zukunft durch Mitarbeiter fortgesetzt wird, die mit dieser Therapie kaum Erfahrung haben. Der Betreuungsschlüssel aus der Methadonsubstitution wird unverändert auf die Patienten der heroingestützten Behandlung übertragen. In der Studie zur Binnenevaluation der psychosozialen Begleitung war weder das Case Management mit integrierter motivierender Gesprächsführung, noch die Psychoedukation mit Drogenberatung eindeutig überlegen. Allerdings wurde festgestellt, dass sich eine lange Betreuungsdauer und intensivere Kontakte positiv auf den Gesundheitszustand, die Belastung durch den illegalen Drogenkonsum und die soziale Situation auswirken. Case Management war dann am effektivsten, wenn es strukturiert und vollständig durchgeführt wurde (Kuhn et al. 2006). Der Betreuungsschlüssel in der Studie lag bei 1:25. In Zukunft wird ein Personalschlüssel von 1:30 finanziert. In der Praxis der Methadonambulanz ist aber eine psychosoziale Fachkraft für ca. 45 Patienten zuständig. Diese hohe Fallzahl resultiert vermutlich aus zusätzlichen Aufgaben, die das psychosoziale Personal übernimmt. Außerdem wird es keinen spezifischen Beratungsansatz mehr geben. Aus fachlicher Sicht erscheint es sehr problematisch, dass die Erfahrungen aus der wissenschaftlichen Forschung zur psychosozialen Begleitung nicht berücksichtigt werden. Gerade die Gruppe der Schwerstabhängigen hat einen hohen Unterstützungsbedarf. Hinzu kommt der Abbruch der langjährig gewachsenen Beziehungen zu Pflegekräften, Medizinerinnen und Case Managerinnen. Die vakanten Stellen werden durch externe Mitarbeiter der Stadt Köln und der Drogenhilfe Köln gGmbH besetzt.

Eine integrierte Ambulanz, in der sowohl Methadon als auch Heroin vergeben wird, macht sowohl aus Gründen der Kosteneffizienz, aber auch, um ein flexibleres Behandlungssetting anzubieten, Sinn. In Köln liegt eine Unterversorgung von Substitutionsplätzen und insbesondere von Betreuungsangeboten vor (Buhk et al. 2006). Das Mitarbeiterteam des Modellprojektes zur heroingestützten Behandlung, die ehemalige Gesundheitsdezernentin, Frau Dr. Christiansen, sowie der Drogenkoordinator der Stadt Köln, Herr Dr. Berger, hatten bereits die Planung für eine zukünftige integrierte Ambulanz erstellt. Die Idee war neben der Ausweitung der Heroinbehandlung von derzeit 40 Patienten auf ca. 75 Teilnehmer, Methadonsubstitution für weitere 80 Patienten anzubieten. Aufgrund der Erfahrungen in der Behandlung und Betreuung von Schwerstabhängigen wollte man auch das Klientel für die Methadonbehandlung nach den Einschlusskriterien der Heroinstudie auswählen. Somit hätte man die Spezialisierung der Mitarbeiter auf Schwerstabhängige optimal genutzt und könnte einen Wechsel der Patienten je nach Wunsch und Stabilisierungsgrad zwischen den Substanzen ermöglichen. Die heroingestützte Behandlung unterscheidet sich von der Methadonsubstitution nicht nur durch das andere Medikament, sondern auch durch das Behandlungssetting. Dieser konzeptionelle Unterschied resultiert bereits aus dem Studiendesign. Fortgesetzter Beikonsum war kein Grund, um von der Studienteilnahme ausgeschlossen zu werden. Folgende Ziele wurden mit der Heroinbehandlung angestrebt: Verbesserung des gesundheitlichen Zustands, Reduktion des illegalen Drogenkonsums, Rückgang der Delinquenz, Erhöhung der Erreichbarkeit und Haltekraft für die Therapie, Loslösung aus dem Drogenkontext, soziale Stabilisierung (drogenfreie Kontakte, Verbesserung der Arbeitsfähigkeit, finanzielle Sicherheit, Stabilisierung der Wohnsituation) und die Aufnahme wei-

terführender Therapien (Krausz et al. 2002). Bei der Beurteilung des Behandlungserfolgs wäre die Entlassung von Patienten, welche die Ziele nicht optimal erreicht haben, absurd, da so die Ergebnisse verzerrt würden. Selbstverständlich wurde problematisches Konsumverhalten im Rahmen der psychosozialen und medizinischen Betreuung thematisiert. Bei lebensbedrohlichen Zuständen wurde mit Dosisreduktionen und Teilung der Dosierung gearbeitet. Häufig ließen sich Patienten motivieren, eine stationäre Entzugsbehandlung anzutreten. Nur in Ausnahmefällen wurde davon die Fortsetzung der Heroinbehandlung abhängig gemacht.

Noch immer ist es gängige Praxis in Köln, Patienten aus Substitutionsbehandlungen wegen fortgesetzten Beikonsums oder anderer „Regelverstöße“ disziplinarisch zu entlassen. Interessant ist dabei die Formulierung „disziplinarisch“. Sie suggeriert, dass Patienten durch diese Maßnahme etwas lernen. Ein Abbruch der Substitution durch die behandelnde Institution kann aber nur aus zwei Gründen gerechtfertigt sein: Die Sicherheit der Einrichtung ist gefährdet oder die Sicherheit des betroffenen Patienten ist bedroht. Bei der Beurteilung des Behandlungsverlaufs sollte sich immer die Frage stellen, ob es dem Patienten mit der Behandlung gesundheitlich besser geht als ohne. Häufige disziplinarische Entlassungen oder Abbrüche, die durch Patienten initiiert werden, verschlechtern nur die Selbstwirksamkeitserwartung der Betroffenen, stigmatisieren sie als „therapieresistente Abhängige“ und sie entwickeln sich zu Drehtürpatienten mit einer stetigen Verschlechterung des Suchtverlaufs. Der Wechsel zwischen Drogenszene, Entgiftungen und Substitutionsbehandlungen steigert das Mortalitätsrisiko, da das Schwanken zwischen Abstinenz und exzessiven Konsumphasen wegen der fehlenden Toleranz und suizidaler Krisen die Wahrscheinlichkeit einer Überdosis erhöht (vgl. De Ridder 2000).

Die Fixierung auf den Beikonsum als einziges Erfolgskriterium für eine Substitutionsbehandlung beinhaltet die Gefahr, die Behandlung auf diesen Aspekt zu reduzieren und im gegenseitigen Aufdecken und Verdecken immer höher zu rüsten (Blanke 2004; Newman 2007). Die Ursache für das Konsumverhalten wird somit kaum besprechbar, weil die Patienten Sanktionen befürchten. Wir haben während der heroingestützten Behandlung die Erfahrung gemacht, dass Patienten offen über ihren Konsum sprechen und auch Interesse an Veränderung haben, wenn man das Konsumverhalten nicht direkt sanktioniert, sondern als Teil der Erkrankung betrachtet und entsprechende Hilfen anbietet.

Die kurz skizzierte Entscheidung der Dezernentin, Frau Bredehorst, ist aus verschiedenen Gründen zu kritisieren: Die Behandlung von Schwerstabhängigen mit Heroin wurde in einem bestimmten Behandlungssetting erprobt. Ändert man sämtliche Rahmenbedingungen bis auf die Medikamentenvergabe, so ist fraglich, ob die Therapie überhaupt Erfolg hat. Die Entscheidung bezüglich des Personals ist auch aus ökonomischer Sicht nicht nachvollziehbar. Zumindest einen Teil des geschulten Personals hätte man übernehmen können. Es drängt sich der Verdacht auf, dass man sich bewusst dagegen entschieden hat, um fachliche Kritik an den Veränderungen in der heroingestützten Behandlung von vornherein zu verhindern. Auch bleibt unklar, warum man die Beteiligten nicht vorher in die Planung miteinbeziehen konnte. Das hätte die Übernahme sowohl für die Mitarbeiter als auch für die Patienten deutlich erleichtert. In keiner anderen Stadt, die an dem bundesweiten Modellprojekt teilgenommen hat, hat man ein solch drastisches Vorgehen gewählt. Die Qualität der Kölner heroingestützten Behandlung ist wissenschaftlich belegt. Zusätzlich irritierend ist die Tatsache, dass Frau Bredehorst dem Bündnis 90 / Die Grünen angehört. Gegenüber der Presse äußerte sie sogar, dass von den derzeitigen Mitarbeitern einige übernommen werden sollen (Pesch in KSTA vom 12.04.07). Das entspricht aber mitnichten der Realität. Versuche des leitenden Prüfarztes, Öffentlichkeit zu fachlichen Fragen der heroingestützten Behandlung herzustellen, wurden massiv mit der Drohung von arbeitsrechtlichen Konsequenzen unterdrückt. Auch ein Schreiben an den Oberbürgermeister und die Fraktionen im Rat der Stadt Köln führte zu keiner Veränderung des Vorgehens. Das Dezernat blieb weiterhin bei der Haltung, dass die Qualität der Behandlung sich nicht verschlechtern würde und allein finanzielle Überlegungen bei der Entscheidung maßgeblich seien. Im Gespräch mit dem Dezernat und den Mitarbeitern der Methadonambulanz des Gesundheitsamtes wurde

immer wieder deutlich, dass man einen rigideren Umgang mit Beigebrauch plant. Die Behandlung soll „ausstiegsorientierter“ werden. Die Mitarbeiter der Kölner Arzneimittelstudie erwarten eine deutliche Verschlechterung der psychosozialen Betreuung. Außerdem vermuten wir, dass ein Teil der Patienten in absehbarer Zeit aus der heroingestützten Behandlung entlassen wird, da sie beispielsweise neben der Heroinabhängigkeit unter einem Medikamentenabusus leiden. Die Patienten, die es nach fünf Jahren nicht geschafft haben, ihren Beikonsum gänzlich einzustellen, werden das auch nicht im nächsten halben Jahr erreichen. Trotzdem hat sich ihre Situation nachweislich deutlich verbessert, sodass aus medizinischer Sicht eine Fortsetzung der Behandlung angezeigt ist. In einer Ambulanz mit 300 Patienten erscheint eine individuelle und flexible Behandlung aus organisatorischen Gründen kaum möglich. Gerade Schwerstabhängige benötigen aber diese individuelle Behandlung, da häufig zusätzliche psychiatrische Erkrankungen vorliegen, welche die Therapie erschweren. Das Case Management war konkret auf diese Gruppe zugeschnitten. Von dem zukünftigen Betreuungspersonal verfügt niemand über eine entsprechende Qualifikation.

## **Literatur**

Blanke, J.U.: Umgang mit Beikonsum in der Praxis. Symposiumsbeitrag, 13. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (vorm. DGDS) e.V., Berlin, 5.-7. November 2004: Suchtbekämpfung oder Bekämpfung der Süchtigen. In: Suchttherapie 2004; 5:1-10, Stuttgart

Buhk, H., Zeikau, T., Koch, U.: Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger, Spezialstudie Versorgungsforschung: Implementierung und Transfer des Behandlungsangebots. Hamburg September 2006

De Ridder, M.: Klinik und Therapie drogenassoziierter somatischer Erkrankungen. In: Uchtenhagen, A., Zieglängsberger, W.: Suchtmedizin. München, Jena 2000: 411-422

Eichhorn, M.: Statement für die Presse, Maria Eichhorn, MdB, Heroinvergabe an Schwerstabhängige. Heroinambulanz München, 23. Februar 2007

JES-Netzwerk: Newsletter des bundesweiten JES-Netzwerks. Ausgabe 4/2007, Berlin, URL: [jes.aidshilfe.de/media/de/jes%20news%204.pdf](http://jes.aidshilfe.de/media/de/jes%20news%204.pdf)

Krausz, M. et al.: Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger, Kurzdarstellung des Forschungsdesigns. Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS), Hamburg 2002. [www.heroinstudie.de](http://www.heroinstudie.de)

Kuhn, S. et al: Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger - eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie, Spezialstudie zur Binnenevaluation der psychosozialen Begleitung. Hamburg 2006

Naber, D., Haasen, C.: Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger - eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie, Klinischer Studienbericht zum Abschluss der 1. Studienphase. Hamburg Januar 2006 und Klinischer Studienbericht zum Abschluss der 2. Studienphase. Hamburg September 2006

Newman, R.G.: Blick von außen: Schweizerische Empfehlungen zur substitutionsgestützten Behandlung. In: Akzeptanzorientierte Drogenarbeit / Acceptance-Oriented Drug Work 2007;4: 12-18, URL: [www.indro-online.de/Newman\\_07.pdf](http://www.indro-online.de/Newman_07.pdf)

Pesch, M.: Sparen bei der Heroingabe. In: Kölner Stadt-Anzeiger, 12.04.2007, URL: [www.ksta.de/jks/artikel.jsp?id=1176113273652](http://www.ksta.de/jks/artikel.jsp?id=1176113273652)

Schulenburg, J.-M. und Claes: Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger - eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie, Gesundheitsökonomische Begleitforschung – Endbericht. Hannover 2006

Weltgesundheitsorganisation (WHO), Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision. German Modification, Version 2007 (ICD-10-GM Version 2007)

**Korrespondenzadresse/  
Address for correspondence:**

Christine Hölzmann  
Postfach 2250  
50356 Erftstadt  
Email: [c.hoelzmann@netcologne.de](mailto:c.hoelzmann@netcologne.de)

\*Veröffentlicht / Published:  
15. Oktober 2007/October 15, 2007

Eingereicht / Received:  
15. September 2007/ September 15, 2007

Angenommen / Accepted:  
12. Oktober 2007/ October 12, 2007