

„Drogenhilfe zwischen Akzeptanz- und Abstinenzorientierung“ oder die Gefahr „das Kind mit dem Bade auszuschütten“.

Günter Juhnke MSc

Ich habe im Herbst 2012 im Rahmen unserer jährlichen Dialog-Klausur einen Workshop abgehalten mit dem Titel „Darf man im Dialog überhaupt noch abstinent werden?“. Am Montag darauf bekam ich die Einladung hier vor ihnen zum Thema Abstinenz versus Akzeptanz zu sprechen. Meine starke innere Beschäftigung mit diesem Thema scheint bis nach Innsbruck „spürbar“ gewesen zu sein.

Ich habe gerne zugesagt und den Wunsch geäußert mich dem Thema auch mit einem persönlichen Erlebensanteil nähern zu dürfen. Ich bin nunmehr 33 Jahre im Suchtbereich tätig, abstinenzorientiert sozialisiert und inzwischen Leiter einer Drogenambulanz mit Schwerpunkt Substitutionsbehandlung.

Akzeptanz bezeichnet die aktive oder passive Zustimmung zu Entscheidungen oder Handlungen anderer. Und Abstinenz gänzliche Enthaltensamkeit, in unserem Falle von berauschenden illegalisierten Substanzen. Ich muss gestehen, dass mich bei der Vorstellung eines gänzlich rauschfreien Lebens ein Hauch von Langeweile umweht.

Als ich im Jahre 1979 an der Drogenstation des Anton Proksch-Institutes als Sozialarbeiter und Psychotherapeut zu arbeiten begonnen habe, war die Abstinenzideologie alleinige Wahrheit. Der Krankheitsbegriff war eher undifferenziert und die Ursachen für den Konsum und die „Süchtigkeit“ in einer falschen Erziehung begründet. Eltern und Angehörige wurden daher mit Schuldzuschreibungen bedacht, waren sie doch die „Verursacher“ . Oberstes und alleiniges Ziel der Behandlung war lebenslange Abstinenz von allen berauschenden illegalisierten und legalisierten Substanzen. Konnten KlientInnen dieses hehre Ziel nicht erreichen, blieben sie weitgehend unbetreut und wurden von TherapeutInnen und MitklientInnen als willensschwach und unmotiviert ausgegrenzt. Die sogenannte „Erfolgsquote“ im Sinne anhaltender Abstinenz war weit über 50%. Kein Wunder, waren es doch im Jahr nur 14 und später nach Aufstockung der Betten 30 Personen jährlich, die dieses strenge und insgesamt 2 Jahre dauernde Programm in der damals einzigen stationären Einrichtung Österreichs durchlaufen haben. Die KlientInnen waren

psychisch auch wesentlich gesünder als heute. Drogenkonsum war nicht nur ein Versuch der Problembewältigung sondern auch eine subversive Auflehnung gegen autoritäre Strukturen. Soziale Probleme wie Arbeits- und Wohnungslosigkeit gab es in weit geringerer Ausprägung als heute.

Die stationären Einrichtungen funktionierten nach dem Prinzip der therapeutischen Gemeinschaft, die KlientInnen waren aktiv in den Stationsalltag eingebunden. Psychotherapeutische Angebote standen prominent neben pädagogischen Ansätzen.

D.h. in den 70er Jahren dominierten die auf Abstinenz ausgerichteten stationären Langzeiteinrichtungen. Ambulante Einrichtungen gab es kaum und wenn, hatten sie keine eigene fachliche Existenzberechtigung sondern vor- und nachbetreuenden Charakter im Rahmen der abstinenz-orientierten stationären Langzeittherapie.

Das Suchtgiftgesetz sah vor 1971 keinerlei Mitwirkung des sozialen und medizinischen Systems vor. Auf die damals wenigen polizeilich auffällig gewordenen DrogenkonsumentInnen wurde ausschließlich von strafrechtlicher Seite reagiert. Erst mit der Suchtgiftgesetznovelle von 1971 wurden die Gesundheitsbehörden in die Kontrolle von Drogendelikten einbezogen.

Ende der 70er Jahre bis Mitte der 80er Jahre brach die Zeit der dem „Drogenalltag“ nahe stehenden ambulanten Einrichtungen an. Zwar wurden in dieser Periode weitere stationäre Einrichtungen eröffnet, doch augenfällig ist die Zahl der ambulanten Angebote, die gegründet wurden. Die Vorherrschaft der abstinenzorientierten stationären Langzeittherapie wurde gebrochen. Die ambulanten Angebote bleiben aber weitgehend abstinenzorientiert, doch ändert sich mit ihnen die Haltung zu den DrogenkonsumentInnen grundlegend.

Sie werden als selbstständigeres, aktiveres und mündigeres Gegenüber verstanden, das nicht der ständigen totalen Kontrolle bedarf.

Die gewachsene Akzeptanz zeigt sich am eindrucklichsten durch die Etablierung von „Streetwork“. Die Möglichkeiten von „Therapie statt Strafe“ werden ausgeweitet und „behandlungsbedürftige RechtsbrecherInnen“ zunehmend im „freien Drogenhilfesektor“ behandelt.

Mitte der 80er Jahre kam nun die Wende zur „Niederschwelligkeit“ und zur „Grundversorgung“ also einer eindeutigen Wende hin zur Akzeptanz. 1987 erfolgte

eine Zäsur durch den ersten Substitutionserlass, durch den die Ersatzdrogenabgabe als medizinische Methode anerkannt wurde und das Behandlungsziel Abstinenz an Bedeutung verlor. Erwähnenswert ist, dass die Infektionskrankheit AIDS zwar nicht als die Ursache der Wende in der Drogenbehandlung zu sehen ist, dass aber der Umschwung ohne die neue Gefährdung der „Volksgesundheit“ wohl nicht so rasch stattgefunden hätte. Veränderungen der Drogenhilfe in Richtung Leidensminderung waren schon länger zu beobachten gewesen, doch waren sie vor Auftreten von HIV und Aids drogenpolitisch eher im Abseits geblieben. Die Haltung der SuchtbehandlerInnen wandte sich von der Abstinenzbehandlung ab und der Leidensminimierung zu. Wichtige Ursache hierfür war sicher der Alterungsprozess der Drogenszene und ihre auch damit verbundene Verelendung und Marginalisierung.

Es war auch eine Zäsur in meinem beruflichen „Sein“. In einer abstinenzorientierten Einrichtung sozialisiert und arbeitend stand ich eher fassungslos vor der Tatsache, dass nun Opiatabhängige in ihrer Abhängigkeit belassen wurden. Meine Haltung dazu hat sich inzwischen radikal verändert, aber „Restbestände“ des Zweifels sind bis heute geblieben.

Vor allem habe ich mich damals in meiner Rolle als Psychotherapeut gefragt, ob substituierte KlientInnen aufgrund ihrer nunmehr medizinisch verabreichten Opiatgaben überhaupt psychotherapiefähig seien. Nach einigen Erfahrungen in der freien Praxis konnte ich jedoch feststellen, dass die meisten dieser KlientInnen unter der Voraussetzung einer ordnungsgemäßen Einnahme der Substitutionsmittel sehr wohl zwei unabdingbare Voraussetzungen für den psychotherapeutischen Prozess, nämlich Introspektionsfähigkeit und Reflexionsfähigkeit behalten hatten.

Wurden 1987 in Österreich ca. 200 Personen substituiert waren es 2011 bereits 16.800 Personen, davon ca. 7000 in Wien. Und die steigende Tendenz hält weiterhin an. Tirol war damals übrigens offiziell das erste österreichische Bundesland mit einem derartigen Angebot. Inoffiziell wurden allerdings bereits 1980 opiatabhängige Schwangere an der Universitätsklinik in Wien mit Methadon behandelt. Von den geschätzten 35.000 Opiatabhängigen in Österreich befinden sich derzeit also ca. 50 % in einem Drogensersatzprogramm. Laut Jahresbericht 2012 der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen befanden sich in der EU im Jahre 2010 ca. 700.000 Personen in einem Drogensersatzprogramm.

Es stellt sich für mich die Frage wo die Substitutionsbehandlung zwischen den Polen Akzeptanz und Abstinenz einzuordnen ist. Einerseits ist sie klar akzeptierend, weil sie keinen Abstinenzanspruch stellt. Andererseits schränkt sie die Wünsche und Vorstellungen der KlientInnen durch die Vorgabe des Mittels, der Dosierung und der Abgaberegulungen massiv ein. Ein wichtiges Kriterium der Akzeptanz ist auch der Umgang mit Beikonsum (vor allem Benzos). Ich würde glauben, dass vor allem in Wien die Toleranz des Beikonsums höher ist als in Restösterreich.

Es gibt ärztliche KollegInnen von mir, die Substitutionsbehandlung sogar als abstinentnahe betrachten, wenn man die ICD-10 Kriterien der Abhängigkeitserkrankung heranzieht. Stabil substituierte KlientInnen weisen weder eine Dosissteigerung, noch eine verminderte Kontrollfähigkeit, noch eine fortschreitende Vernachlässigung ihrer Lebensinteressen auf.

Misst man den Erfolg einer Behandlung an der Zahl der einschlägig betreuten KlientInnen, so ist die Substitutionsbehandlung bald nach ihrer Einführung zur erfolgreichsten „Drogeneinrichtung“ aufgestiegen. Die Zahl der Substituierten dürfte spätestens in der zweiten Hälfte der 90er Jahre die Zahl der DrogenkonsumentInnen überflügelt haben, die in abstinentorientierten stationären und ambulanten Einrichtungen betreut wurden. Das Konzept der Niederschwelligkeit, einschließlich der Substitution, hielt 1998 mit der Eröffnung des SHH in Wien auch in die stationäre Behandlung Einzug. Hier wurden erstmals Substituierte gemeinsam mit abstinenten KlientInnen therapiert.

Weiters wurden Angebote zur Grund- und Akutversorgung für jene Gruppe der KonsumentInnen ausgebaut, die ein kompletter sozialer Ausstieg und die damit verbundene Perspektivenlosigkeit auszeichnete. Und als Reaktion auf eine zunehmend sichtbare und immer mehr verelendende Drogen-Straßenszene.

Schlussendlich wurde das drogenpolitische Handlungsfeld zu Beginn der 90er Jahre nochmals ausgeweitet. Zum einen durch berufliche Rehabilitationsprojekte und zum anderen durch den Ausbau der Suchtprävention.

Es lässt sich also sagen, dass in den letzten 30 Jahren eine zunehmende Akzeptanz des Konsums durch die Drogenhilfe zu beobachten ist, die sich unter anderem dadurch ausdrückt, dass das Behandlungsziel Abstinenz, mit mehr oder minder großem Zwang durchgesetzt, zugunsten des Betreuungszieles Leidensminderung

und der Steigerung der Lebensqualität unserer KlientInnen weit in den Hintergrund gerückt ist.

Die österreichische Suchtgift- und später Suchtmittelgesetzgebung hat seit 1970 ebenfalls durch fünf substantielle Novellierungen eine Wandlung vollzogen. Diese verweisen in der Regel auf Trendwechsel bzw. Pendelschläge zwischen einer strafrechtlich prohibitiven, repressiven Orientierung auf der einen Seite und einer entkriminalisierenden, rehabilitativen Ausrichtung auf der anderen. So bringt die SGG-Novelle 1971 die Einführung der Diversion (der bedingten Anzeigenzurücklegung) bei reinen Konsumdelikten und die erste systematische Involvierung des Gesundheitssystems. Seit 1997 ist das SMG ein „Gesundheitsgesetz“, bietet eine medizinisch therapeutische Erweiterung der Diversion und reiht Behandlung vor Strafe.

Wo stehen wir also heute in der Behandlung und Betreuung von Drogenabhängigen?

Mitte Februar als ich mir erste Gedanken über diesen Vortrag machte, begann eine Kampagne der Innenministerin die Substitutions-behandlungen in Frage zu stellen und später auf bestimmte Substanzen einzugrenzen. Mikl-Leitner präsentierte eine neue Anti-Drogenstrategie des Innenressorts unter dem Motto: früher, schneller, effizienter.

Mehr Präventionsarbeit, effizientere Kontrolluntersuchungen (Stichwort Haaranalysen), die vor allem Jugendliche unter Generalverdacht stellen. Auch ein weiterer Ausbau der nationalen und internationalen Drogenbekämpfung stehen auf ihrem Programm. Weg von Drogensatzstoffen und hin zu einer viel früher greifenden Therapie, wie zum Beispiel begleitende psychosoziale Maßnahmen. Als Argument dafür wird der Missbrauch der Substitutionspräparate, zum Beispiel durch Weiterverkauf, genannt. Der Widerstand der Fachwelt gegen diese restriktive Entwicklung ist flächendeckend, zumindest in Wien.

Zu Beginn des Jahres erschien auch eine Homepage namens „Substitot“ – in Anspielung auf Substitol – einem gebräuchlichen Substitutionsmittel. Veröffentlicht von anonym bleibenden Eltern, die angeben, dass ihre Tochter durch

Substitutionsmittel gestorben sei. Substituierende ÄrztInnen werden namentlich genannt und an den Pranger gestellt. Die Verstrickung mit der Pharmaindustrie wird ebenfalls thematisiert.

Man kann also durchaus von einem „Angriff“ auf das derzeit praktizierte Substitutionsmodell, zumindest in Ostösterreich sprechen.

In den letzten 3 Jahrzehnten hat sich jedoch in der Drogenarbeit ein differenziertes Angebot entwickelt, welches sich auch im Tiroler Suchtkonzept widerspiegelt und sich von den Behandlungsangeboten von Alkoholkranken meiner Meinung nach doch wesentlich unterscheidet, wo das Abstinenzgebot weiterhin prominent im Vordergrund steht. Erst in den letzten Jahren haben sich meiner Wahrnehmung nach auch hier andere Ansätze wie das „kontrollierte Trinken“ und suchtbegleitende Ansätze durchgesetzt.

Von niederschweligen, schadensminimierenden Angeboten wie Sprizentauschprogrammen, ambulanten Angeboten, Entgiftungen, Streetwork, Wohnprojekten bis hin zu stationären Entwöhnungsangeboten, Projekten zur beruflichen Integration und Präventionsansätzen spannt sich heute der Bogen. Und dieses breite Angebot kann ich nur vollinhaltlich bejahen.

Im Jahresbericht der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht findet sich im Jahresbericht 2012 ein klares Bekenntnis zur Schadensminimierung um gesundheitlichen und sozialen Bedürfnissen problematischer DrogenkonsumentInnen Rechnung zu tragen, insbesondere wenn diese sozial ausgegrenzt sind. Ebenso ein Bekenntnis zur opioidgestützten Substitutionstherapie **mit** psychosozialen Begleitmaßnahmen als auch zur länger dauernden stationären Behandlung mit dem Ziel der Abstinenz. Es wird auch festgehalten, dass sich europaweit immer stärker die Erkenntnis durchsetzt, dass sich mit einer psychotherapeutisch begleiteten Entwöhnungsbehandlung bessere Behandlungsergebnisse erzielen lassen und dass stationäre Angebote den KlientInnen im Gegensatz zu ambulanten Angeboten besser helfen ihre Ziele zu erreichen.

Obwohl die Entgiftung und Entwöhnung im Falle der Opiatabhängigkeit weniger wirksam ist als die Substitutionsbehandlung, empfiehlt die WHO dennoch, sie motivierten KlientInnen, die sich um eine abstinenzorientierte Behandlung bemühen,

als Alternative anzubieten und das führt mich zum inoffiziellen Untertitel meines Referates, nämlich der Gefahr „das Kind mit dem Bade auszuschütten“.

Seit einiger Zeit ist nämlich aus meiner Sicht ein schleichender und inzwischen massiver Rückbau der abstinenzorientierten Langzeittherapieangebote zu beobachten. So werden seitens der Justiz im Rahmen von „Therapie statt Strafe“ nur mehr 6 Monate statt bisher 12 Monate stationäre Therapie bezahlt. Im „freien Sektor der Drogenhilfe“ findet ein steter Umbau der abstinenzorientierten „Betten“ hin zu Plätzen für substituierte KlientInnen statt, eine Langzeittherapiestation mit 30 Betten in Wien wurde gänzlich geschlossen. Außerdem wurden und werden in den beiden größten Langzeittherapieeinrichtungen im Osten Österreichs (Anton Proksch Institut und Grüner Kreis) ca. 50% der Plätze für Substituierte umgewandelt und die Konzepte vermischt.

Studien sprechen jedoch von 5 - 7 % jener, die eine stationäre langfristige abstinenzorientierte Behandlung nachhaltig nutzen könnten. Das wären bei geschätzten 35.000 Drogenabhängigen in Österreich etwa 2.000 Personen. Also eine doch beachtliche Anzahl.

Stationäre Kurzzeittherapien in der Dauer von 3 Monaten boomen, vor allem aus ökonomischen Gründen, in den letzten 10 Jahren in allen Bundesländern. Ein nachhaltiger Ausstieg aus der Abhängigkeit scheint aus meiner Sicht mit diesen Angeboten jedoch nur schwer möglich. Entwicklung und Wachstum in so kurzer Zeit ist nicht zu erzwingen. 3 x 3 Monate stationäre Behandlung sind nicht gleich 9 Monate im Sinne einer prozesshaften Entwicklung hin zu einer nachhaltigen Veränderung. „Gut Ding braucht eben Weile“.

Bedenklich stimmt mich auch der meiner Meinung nach zunehmende Bedeutungsverlust der Psychotherapie im Rahmen der Suchtkrankenhilfe. In frühen Zeiten der abstinenzorientierten Therapien die Methode der „ersten Wahl“, wird sie immer mehr marginalisiert und, - da kosten- und zeitintensiv,- immer mehr zu einer Behandlungsmethode für Wenige. Durch die Zunahme von Doppel- und Mehrfachdiagnosen bei Drogenabhängigen wäre der Ausbau von Psychotherapie neben den medizinisch/psychiatrischen Behandlungen aber sinnvoll und notwendig.

Die alltägliche, ambulante Betreuungsarbeit wird von der Substitutionstherapie dominiert und ihr Stellenwert nimmt weiter zu. Umso mehr als der Hauptteil der Substitutionstherapie (zumindest in Wien) über die Praxen niedergelassener ÄrztInnen läuft, die eine psychosoziale oder gar psychotherapeutische Behandlung nicht gewährleisten können. Bleiben die ambulanten und stationären Spezialeinrichtungen, wobei auch hier eine stete Verlagerung hin zur Substitutionstherapie zu beobachten ist. Ökonomische Überlegungen nehmen aufgrund der Einsparungen allerorts zu.

Zusammenfassend möchte ich festhalten, dass die Entwicklung der letzten 30 Jahre in der Drogenarbeit eine massive Verbesserung in der Betreuung und Behandlung Drogenabhängiger gebracht hat und die Lebensqualität und Lebenserwartung unserer KlientInnen wesentlich gesteigert hat. Schadensminimierende niederschwellige Angebote haben wesentlich dazu beigetragen die Zahl der Todesfälle zu reduzieren und die Verbreitung von Infektionserkrankungen einzudämmen. Die Substitutionsbehandlung hilft unsere KlientInnen physisch und psychisch zu stabilisieren, sie zu entkriminalisieren und bindet KlientInnen – mit allen Vor- und Nachteilen - an Betreuungs- und Behandlungseinrichtungen – und schafft so einen Zugang für medizinische, sozialarbeiterische und psychosoziale Interventionen. Aber vergessen wir bei allen ökonomischen Gegebenheiten nicht, jener Gruppe von KlientInnen durch zugegebenermaßen teure, aufwändige und langdauernde Angebote zu ermöglichen, einen nachhaltigen Ausstieg aus ihrer Drogenabhängigkeit zu finden und ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Dabei ist Abstinenz natürlich nicht das Ziel, sondern ein Zwischenschritt zur psychischen, physischen und sozialen Gesundheit und Neuorientierung. Die im Tagungsprogramm gestellte Frage „Ist die Abstinenz ein Auslaufmodell?“ möchte ich aus meiner Sicht vehement mit „Nein“ beantworten.