

R

**ZWISCHENBERICHT ZUR EVALUATION
DES METHADONPROGRAMMS
DER "JUGEND- AN DROGENHELLEF"
LUXEMBURG**

Aug. '91

Henri GRÜN
Pit RECKTENWALD
Gitta ROSE
Dr. Helmut WILLEMS

Diplom-Psychologe, Jugend- an Drogenhëllef
Diplom-Pädagoge, Jugend- an Drogenhëllef
Cand. psych., Jugend- an Drogenhëllef
Diplom-Soziologe, Universität Trier

INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung, 5

1. Das Methadonprogramm der "Jugend- an Drogenhöllef" Luxemburg, 7

- 1.1. Die Entstehungsgeschichte des Methadonprogramms, 7
- 1.2. Zielsetzung und Konzeption des Methadonprogramms, 7
 - 1.2.1. Zielsetzung
 - 1.2.2. Zielgruppe und Aufnahmekriterien
 - 1.2.3. Grundregeln der Behandlung
- 1.3. Organisation und Durchführung, 9
 - 1.3.1. Methadonkommission
 - 1.3.2. Organisation und Personal
 - 1.3.3. Methadonabgabe
 - 1.3.4. Modus der Urinalysen
 - 1.3.5. Sanktionen
 - 1.3.6. Ärztliche Betreuung und Verschreibungspraxis
 - 1.3.7. Begleitgespräche beim Bezugstherapeuten
 - 1.3.8. Supervision
- 1.4. Probleme und Modifikationen des Konzepts, 10
 - 1.4.1. Aufnahmekriterien
 - 1.4.2. Sanktionierungspraxis
 - 1.4.3. Sanktionierte Substanzen
 - 1.4.4. Differenzierung des Programms

2. Das Evaluationsprojekt, 13

- 2.1. Was ist Evaluation?, 13
- 2.2. Notwendigkeit und Nutzen der Evaluation des Methadonprogramms, 13
- 2.3. Zielsetzung und Konzeption des Evaluationsprojekts, 13
- 2.4. Untersuchungsplan und Erhebungsinstrumente, 16
- 2.5. Gegenwärtiger Stand des Evaluationsprojekts, 17

3. Beschreibung der Patienten des Methadonprogramms, 18

- 3.1. Patientenstatistik, Haltekraft, Warteliste, 18
- 3.2. Beschreibung der Klienten nach soziodemographischen Merkmalen, 18
 - 3.2.1. Staatsangehörigkeit, Wohngegend und Vermittlung
 - 3.2.2. Alter und Geschlecht
 - 3.2.3. Struktur der Herkunftsfamilie und soziale Schicht
 - 3.2.4. Ehe, Partnerschaft und Wohnsituation
 - 3.2.5. Ausbildung, Beruf und Arbeitslosigkeit
 - 3.2.6. Einkommen und Schulden
 - 3.2.7. Die Entwicklung der Drogenkarriere
 - 3.2.7.1. Erster regelmäßiger Drogenkonsum
 - 3.2.7.2. Erste Abhängigkeit von Drogen
 - 3.2.7.3. Entgiftungen und Entwöhnungen
 - 3.2.8. Kriminalitätsbelastung
 - 3.2.9. Gesundheitsdaten (Dr. med. Paul RAUCHS, Psychiater)

4. Motive und Erwartungen der Patienten bezgl. der Methadontherapie, 24

5. Risikoverhalten bezüglich AIDS, 24

6. Drogenbegleitkonsum: Ergebnisse der Urinalysen, 25

- 6.1. Sinn und Zweck der Urinalysen, 25
- 6.2. Aussagekraft der Analysen, 25
- 6.3. Die Ergebnisse der Analysen, 26
 - 6.3.1. Sanktionierte Substanzen (Amphetamine, Benzodiazepine, Kokain, Opiate)
 - 6.3.2. Cannabis
- 6.4. Veränderungen des Konsums im Verlauf, 28
- 6.5. Unterschiede zwischen "regulären" und nicht-regulären" Klienten, 30

7. Sanktionen: Gründe und Häufigkeit, 31

7.1. Gründe der Sanktionen, 31

7.2. Häufigkeit der Sanktionen und Sanktionsniveau, 31

7.3. Der Einfluß der Sanktionierung auf das Konsummuster (Beispiel Benzodiazepine), 32

8. Dosierung des Methadons, 33

9. Zusammenfassung der Ergebnisse und erste Schlußfolgerungen, 35

9.1. Zielsetzung und Konzeption des Programms, 35

9.2. Beschreibung der Klienten, 35

9.2.1. Alter und Drogenkarriere

9.2.2. Einkommen und Wohnsituation

9.2.3. Ausbildung und Beruf

9.3. Akzeptanz und Nachfrage, 36

9.4. Haltekraft, Sanktionsniveau und -gründe, 36

9.5. Entwicklung des Drogenbegleitkonsums, 36

9.6. Risikoverhalten bezgl. AIDS, 37

9.7. Organisation des Programms, 37

9.8. Evaluation des Programms, 37

Einleitung

Die Beurteilung von Methadontherapie ist heute generell weitaus weniger kontrovers, als dies noch vor einigen Jahren der Fall war. Dies liegt zum einen daran, daß viele hoffen, Methadonprogramme könnten eine wichtige Rolle in der Bekämpfung von AIDS spielen. Zum anderen jedoch daran, daß mittlerweile eine Vielzahl von Untersuchungen vorliegen, die die Effizienz des Methadoneinsatzes in der Therapie der Drogensüchtigen hervorheben. Gerade die Kontroverse um diese Behandlungsmethode hat nämlich dazu geführt, daß Methadontherapien häufiger und sorgfältiger untersucht und analysiert worden sind, als dies für die meisten anderen Therapiemethoden der Fall ist. Eine Zusammenschau der wichtigsten Untersuchungsergebnisse zeigt, daß Methadonprogramme sowohl hinsichtlich der Reduzierung von Heroinkonsum und kriminellen Verhaltensweisen, als auch hinsichtlich der Verbesserung von Gesundheitsstatus, beruflicher Integration und anderen Lebensstilindikatoren deutliche Effekte haben können. Freilich ist die Wirkung des Methadoneinsatzes in starkem Maße davon abhängig, wie entsprechende Programme konzipiert und durchgeführt werden, und welche Zielgruppe mit welchen Besonderheiten sie ansprechen. Die Ergebnisse die anderswo mit Methadontherapien erzielt worden sind, können daher nicht einfach generalisiert und auf spezifische Programme übertragen werden. Es bedarf vielmehr in jedem Einzelfall einer sorgfältigen, an spezifische Bedingungen angepaßte Konzeption und einer systematischen, kritischen Evaluation und Reflexion, um ein Methadonprogramm zu einer effektiven Methode in der Behandlung von Drogensüchtigen - und möglicherweise auch im Kampf gegen AIDS - zu machen. Von daher muß hier von übersteigerten Erwartungen vor allem hinsichtlich kurzfristiger Erfolgsmeldungen gewarnt werden. Methadonprogramme haben sich vor allem in Form langfristig angelegter Programme bewährt. Sie sind meistens gedacht als zusätzliches Angebot, eine "letzte Rettung" für diejenigen, die sich als besonders "therapieresistent" erwiesen haben, für jene Drogensüchtige, die eine lange Geschichte von Problemen und Mißerfolgen haben und deren Verhalten daher nicht schnell zu verändern ist. Methadonprogramme haben hier gegenüber anderen Programmen vor allem den Vorteil, daß sie hohe Haltequoten ("retention rates") aufweisen - denn dies ist von entscheidender Bedeutung für langfristig angelegte Verbesserungen.

Der hier vorgelegte Zwischenbericht der Evaluation des Methadonprogramms der JDH soll einen Überblick geben über den bisherigen Verlauf des Programms und zugleich erste Antworten geben auf Fragen, die sich auf die Effizienz und Adäquanz des Programms beziehen.

Freilich können in einem Zwischenbericht noch keine abschließenden Ergebnisse und Urteile präsentiert werden. Dazu ist die Datenlage noch zu eingeschränkt - die Datenerhebung ist noch nicht abgeschlossen. Auch können eine Reihe von Fragen hier noch nicht thematisiert werden, da sie nur auf der Basis von Längsschnittdaten beantwortbar sind.

Der Zwischenbericht beschränkt sich auf eine detaillierte Deskription des Methadonprogramms und des Evaluationsprojekts und gibt Auskunft über die Effizienz und Wirkungen des Programms nur insoweit, als es auf Grund der vorliegenden Daten möglich ist. Daher sind Aussagen über die Wirkung hinsichtlich der sozialen Reintegration und seelischen Stabilisierung der Patienten für diesen Zwischenbericht noch nicht möglich.

Kapitel 1 gibt einen Überblick über die Entstehungsgeschichte, Konzeption und Zielsetzung sowie Organisation und Realisierung des Methadonprogramms in Luxemburg. Hier wird beschrieben, für welche Patienten das Programm gedacht ist, wie das Programm aufgebaut ist und welche Ziele es sich gesetzt hat. Zugleich werden erste Erfahrungen aus der Durchführung des Programms berichtet.

Kapitel 2 beschreibt die Konzeption und Zielsetzung der Evaluationsstudie. Ziel der Evaluation ist es, das Methadonprogramm der JDH hinsichtlich seiner Wirksamkeit und Adäquanz zu analysieren und Vorschläge für Verbesserungen zu machen. Zu diesem Zweck werden eine Reihe von Daten gesammelt und ausgewertet.

Kapitel 3 liefert erste Ergebnisse aus der Evaluation. Es gibt zunächst einen statistischen Überblick über die Klientenzahl und deren Veränderung und damit Antwort auf die Frage, wie hoch der Anteil der Abbrecher ist und in welchem Maße das Programm in der Lage ist, die Klienten zu halten. Darüber hinaus aber wird hier eine qualifizierte Beschreibung der Klienten anhand ausgesuchter Variablen vorgenommen (Alter, Geschlecht, Familiensituation, Ausbildung, Beruf, Kriminalitätsrate, Drogenkarriere etc.). Diese Beschreibung ermöglicht eine Überprüfung der Annahmen über die Klientel des Programms und ihre respektiven Merkmale und liefert eine Vielzahl zusätzlicher Informationen, aufgrund derer Anpassungen des Programms an spezifische Problemlagen und Bedürfnisse der Klienten vorgenommen werden können.

Kapitel 4 faßt die Motive und Erwartungen der Klienten hinsichtlich des Methadonprogramms zusammen.

Kapitel 5 gibt einige erste Angaben zum Risikoverhalten bezogen auf die AIDS-Infektionsgefahr beim Eintritt in das Programm.

Kapitel 6 widmet sich der Frage in welchem Maße durch die Einnahme von Methadon im Rahmen des Programms der Konsum von anderen Drogen reduziert werden kann.

Kapitel 7 beschreibt die Häufigkeit und Ursachen für Sanktionen während der Teilnahme am Programm.

Kapitel 8 gibt Aufschluß über die Methadondosierungen im Verlauf des Programms.

Kapitel 9 faßt die wichtigsten Ergebnisse des Zwischenberichtes zusammen und schließt mit einigen Überlegungen zur Interpretation und Schlußfolgerungen ab.

Abschließend eine Bemerkung zum Sprachgebrauch in diesem Bericht: die Begriffe "Klient" und "Patient" werden synonym gebraucht. Außerdem haben wir uns aus Konventionsgründen darauf geeinigt, diese Begriffe auch dann in der männlichen Form zu verwenden, wenn Männer und Frauen gemeint sind.

1. Das Methadonprogramm der "Jugend- an Drogenhölle" Luxemburg

1.1. Die Entstehungsgeschichte des Methadonprogramms

Die Entstehungsgeschichte des Methadonprogramms in Luxemburg muß im Kontext zweier Entwicklungen gesehen werden: einmal der internationalen Entwicklung in den Bereichen Drogenpolitik und Behandlungsangebote, zum anderen der spezifischen Entwicklung der Drogenszene und der nationalen Drogenpolitik in Luxemburg Mitte der achtziger Jahre.

Nach über zwanzigjähriger Erfahrung in den USA mit Methadonprogrammen waren bis Anfang der achtziger Jahre in einer Vielzahl europäischer Länder ebenfalls solche Programme eingerichtet worden und nicht mehr aus dem Behandlungsangebot wegzudenken. Es gibt mittlerweile eine Fülle wissenschaftlicher Literatur zu dem Thema, die auch mehrfach von staatlich eingesetzten Kommissionen (z.B. USA, Schweiz) gesichtet wurde und die einen Vergleich mit Abstinenzprogrammen ermöglichte. Es gab keinen wissenschaftlich ernsthaft aufrechtzuerhaltenden Grund mehr, der gegen die Einführung solcher Programme a priori sprach - im Gegenteil. Grundlegende Standards von Methadonprogrammen konnten als gesichert und als international anerkannt gelten.

Parallel dazu gab es im westeuropäischen Raum eine Entwicklung im Bereich der Drogenpolitik, die sich zunehmend für pragmatischere Lösungen öffnete und sich mehr und mehr dem Prinzip der "harm reduction" annäherte dessen Anliegen in erster Linie im "Begrenzen von Schäden" besteht, denn im alleinigen Anstreben des maximalistischen Zieles der Drogenabstinenz.

In Luxemburg kamen die ersten Impulse zur Einsetzung eines Pilotprojektes vom damaligen Gesundheitsminister Benny BERG, was im Juli 1987 zur Ausarbeitung eines ersten Konzeptes führte (C. Finkelstein, H. Grün, C. Raison: "Zur Konzeption eines Methadonprogramms in Luxemburg", Juli 1987). Im April 1988 konkretisierte sich das Projekt im Gesundheitsministerium (C. Finkelstein: "L'organisation pratique du programme de méthadone", April 1988). Ende 1988 stellte Staatssekretär Johnny LAHURE die notwendigen finanziellen Mittel zur Verfügung, um im Rahmen einer von ihm initiierten breiten Anti-AIDS-Kampagne auch das Methadon-Programm ab 1989 zu starten.

Das Programm war ein Teil des neuen Projektes "lutte contre le SIDA et la toxicomanie", in dem vor allem in Hinblick auf die dringend gebotene zielgruppenspezifische AIDS-Prävention und des Ausbaus der Drogenhilfe neue, ergänzende Hilfsangebote aufgebaut werden sollten. (Staatwerk, Spritzenaustauschprogramm) (Dr D. Hansen, Dr R. Hemmer, C. Finkelstein, Ministère de la Santé: "Toxicomanie-SIDA: programme d'action", 1988). Mit diesem Projekt wurde die "Jugend-

an Drogenhölle" in Form einer Convention beauftragt.

Diese Convention sah schwerpunktmäßig die Einrichtung von zwei neuen Hilfsangeboten vor: Straßensozialarbeit und Methadonprogramm. Vier neue Mitarbeiter und entsprechende Geldmittel sollten dies ermöglichen, wobei das JDH-Team mit der konkreten Ausarbeitung beider Projekte beauftragt wurde.

Im Januar 1989 wurden in einem Rahmenkonzept die allgemeinen Bedingungen hierzu festgelegt ("Rahmenkonzept zum Aufbau des neuen Projektes "AIDS und Drogen", JDH, Januar 1989), worauf ein detailliertes Konzept für das Methadonprogramm folgte ("Modalités d'une application contrôlée et restreinte de la méthadone", H. Grün, C. Raison, Dr. P. Rauchs, März 1989).

Die Einführung eines solchen Programmes sollte es auch ermöglichen, die bestehende und weitgehend unregelmäßige Praxis der Verschreibung von Methadon durch niedergelassene Ärzte durch ein reglementiertes, nach klaren Richtlinien funktionierendes zentrales Angebot zu ersetzen.

1.2. Zielsetzung und Konzeption des Methadonprogramms

1.2.1. Zielsetzung

"L'apparition, ces dernières années, de nouvelles formes de toxicomanie, les résultats souvent aléatoires et décevants des traitements classiques de sevrage, la menace de plus en plus inquiétante du SIDA enfin, ont vu naître dans de nombreux pays des programmes dits de substitution, dont le plus répandu, le plus efficace, le moins discuté sur le plan déontologique est celui qui fait appel à la méthadone.

Le programme de substitution par la méthadone ne vise plus à l'abstinence totale et immédiate, mais il propose de remplacer la toxicomanie aux substances opiacées illicites par une consommation contrôlée d'une substance de remplacement, la méthadone, prescrite dans des conditions précises par un médecin, accompagnée d'une prise en charge psycho- et sociothérapeutique. Le toxicomane devrait ainsi abandonner sa conduite souvent délinquante et asociale de recherche de la drogue et deviendrait ainsi disponible pour une réinsertion socio-familiale et professionnelle."

(H. Grün, C. Raison, Dr. P. Rauchs: "Modalités d'une application contrôlée et restreinte de la méthadone", 1989).

Das Ziel des Methadonprogramms besteht also darin, dem Abhängigen zu ermöglichen, den destruktiven Kreislauf der Drogenbeschaffung zu unterbrechen, sich von der Szene zu lösen und in einen langsamen Prozeß der gesundheitlichen, der sozialen und beruflichen Rehabilitation einzusteigen.

Dieses allgemeine Ziel kann folgendermaßen in Einzelziele hierarchisch aufgegliedert werden:

- Verbesserung des körperlichen und seelischen Gesundheitszustandes,
- soziale Reintegration, berufliche Rehabilitation,
- Beendigung bzw. Milderung der bestehenden Abhängigkeit von Drogen (auch von Methadon).

Die Abstinenz steht als mögliches und erstrebenswertes Endziel eines Prozesses, der von einigen Monaten bis zu mehreren Jahren dauern kann. In der Regel ist eine dauerhafte Abstinenz erst dann zu erwarten, wenn andere Dinge im Leben des Abhängigen wieder eine sinnhafte Bedeutung erlangt haben - wie Beziehungen, Beruf, Familie. In manchen chronischen Fällen wird das Endziel der Abstinenz nicht zu erreichen sein, die Verschreibung von Methadon hat denn eher den Charakter einer palliativen Behandlung.

1.2.2. Zielgruppe und Aufnahmekriterien

Das Methadonprogramm soll keine Konkurrenz zu den klassischen Angeboten darstellen, sondern im Sinne einer "Behandlung zweiter Wahl" dort einsetzen, wo die klassischen Angebote versagt haben und/oder im konkreten Fall keine realistische Behandlungsalternative darstellen. Damit soll jenen Patienten geholfen werden, die sonst als "therapieresistent" definiert werden. Aufnahmebedingung ist deshalb der Nachweis von Therapieversuchen in klassischen Behandlungen, davon mindestens ein stationärer Aufenthalt in einer spezialisierten Entwöhnungseinrichtung.

Zielgruppe des Programms sind also Abhängige, bei denen über das Angebot einer Abstinenztherapie (ambulant oder stationär) wenig Chance auf Rehabilitation besteht. Diese Angebote werden entweder nach mehrmaligem Scheitern nicht mehr angenommen oder sie können ihrer Struktur und ihren Anforderungen nach nicht genügend Anziehungskraft auf diese Patientengruppe ausüben. Bisherige freiwillige oder erzwungene Abstinenzperioden haben nicht zu dauerhafter Drogenfreiheit geführt.

Aufgenommen werden nur Patienten mit erwiesener chronischer Opiatabhängigkeit (mindestens zwei Jahre). Somit ist die Gefahr des Entstehens einer primären, iatrogenen Methadonabhängigkeit ausgeschaltet.

Eine spezielle Indikation besteht im Fall von Schwangerschaft oder bei Vorliegen einer HIV-Infektion bzw. -Krankheit. Hier kann es eine neue Gewichtung der übrigen Aufnahmekriterien geben.

Zusammenfassung der Aufnahmekriterien:

- Mindestalter 18 Jahre,
- chronifizierte Opiatabhängigkeit (mindestens zwei Jahre),
- mindestens zwei erfolglose Versuche bei klassischen Behandlungen,
- persönlicher Antrag auf Aufnahme in das Programm und Annahme seiner Regeln in Form eines Behandlungskontraktes,
- bei Vorliegen einer Schwangerschaft oder einer HIV-Infektion sind die vorherigen Kriterien neu zu gewichten.

1.2.3. Grundregeln der Behandlung

Das Programm versteht sich als Langzeitbehandlung ("maintenance program"). Die Dauer der Programmteilnahme ist nicht im voraus festgelegt, sondern allein abhängig von der Entwicklung des Patienten. Entsprechend der Philosophie des Programms soll der Patient die Möglichkeit erhalten, seine soziale Situation neu zu gestalten und sich mit seiner Abhängigkeit auseinanderzusetzen, bevor das Methadon abgesetzt wird. Dementsprechend wird kein Methadon zeitlich begrenzt im Sinne einer Entgiftungsbehandlung ("detoxification program") verschrieben.

Die Behandlung geschieht durch ein multidisziplinäres Team und beinhaltet eine psychosoziale Betreuung. Die Methadonverschreibung wird nicht als rein medizinische Maßnahme verstanden, sondern erhält ihren Sinn nur im Zusammenhang mit den anderen Programmteilen. Für den Patienten ist die Teilnahme an begleitenden Therapie- und an regelmäßigen Beratungsgesprächen Pflicht. Es gelten folgende Grundregeln:

- Tägliches Abholen des Methadons an der jeweiligen Ausgabestelle und Einnahme in flüssiger Form unter Sichtkontrolle; am Wochenende ist die Mitgabe von maximal 2 Dosen möglich.
- Regelmäßige Konsultation beim verschreibenden Psychiater (einmal wöchentlich) und regelmäßige Teilnahme an Begleitgesprächen beim jeweiligen Bezugstherapeuten (einmal wöchentlich).
- Periodische Evaluation der Entwicklung des Patienten. Ad hoc-Evaluation bei Bedarf.
- Regelmäßige Urinalysen zur Überwachung eventuellen Drogenbegleitkonsums, durchgeführt unter Sichtkontrolle.

1.3 Organisation und Durchführung

1.3.1 Methadonkommission

Vom Gesundheitsminister wurde eine Kommission eingesetzt mit der Aufgabe, über die Aufnahmen in das Programm zu entscheiden. Dieser Kommission gehören an: die Direktion des "service multi-disciplinaire de lutte contre la toxicomanie" des Gesundheitsministeriums, der Psychiater des Programms, der Leiter der "Jugend- an Drogenhöllef" sowie der jeweilige Bezugstherapeut des anfragenden Patienten. Diese Kommission befaßt sich auch mit konzeptuellen und organisatorischen Fragen des Programms.

1.3.2. Organisation und Personal

In der Anfangsphase wurde das Methadonprogramm von den vorhandenen Mitarbeitern der Beratungsstelle der JDH Luxemburg organisiert und die mit dem neuen Projekt anfallenden Arbeiten unter diesen aufgeteilt. Es gab keine eigenständige Infrastruktur, weder was die Räumlichkeiten noch was das Personal anbelangt - außer dem zuständigen Psychiater des Programms, der für einen Nachmittag wöchentlich auf Honorarbasis verpflichtet wurde. Erst im September 89 konnte eine Mitarbeiterin eingestellt werden, die für die Organisation und teilweise auch Durchführung der einzelnen Aktivitäten des Programms zuständig war. Ab diesem Zeitpunkt konnten auch einige dringend notwendige organisatorische Anpassungen durchgeführt werden und klarere Zuständigkeiten und Kompetenzbereiche festgelegt werden.

Ab Juli 90 konnte ein weiterer Mitarbeiter der JDH für das Programm halbtags zur Verfügung gestellt werden, ab Oktober 90 ganztags.

1.3.3. Methadonausgabe

Die Ausgabe des Methadon geschieht in einem eigens dafür hergerichteten Raum der Beratungsstelle. Die Ausgabe in Esch/Alzette findet statt in der "Oppen Dir" ("Psychesch Höllef Dobaussen").

Die Ausgabezeiten wurden mehrmals geändert, vor allem bedingt durch die wachsende Teilnehmerzahl und die veränderten Bedürfnisse (Arbeitszeiten) der Teilnehmer - trotz des täglichen Methadon-Abholens soll ein normaler Lebensrythmus soweit wie möglich gewährleistet sein.

Es zeigte sich, daß mehrere Ausgabezeiten über den Tag verteilt möglich sein müssen, um den verschiedenen Arbeitszeiten der Teilnehmer gerecht zu werden.

Ab 1.7.90 sind die Ausgabezeiten folgendermaßen geregelt: 7.00 - 9.00 Uhr morgens.

Zusätzlich besteht die Möglichkeit für Teilnehmer, die im Schicht-Dienst arbeiten, zu einer nachmittags-Ausgabe zwischen 13.00 und 15.00 Uhr. In einem Ausnahmefall ist eine Abend-Ausgabe zwischen 17.15 und 18.15 genehmigt worden.

Um den Teilnehmern auch geographisch entgegenzukommen, wurde die zusätzliche Ausgabestelle in Esch-Alzette ("Oppen Dir") eingerichtet. Diese Möglichkeit wurde vom 9.4.90 bis 25.4.90 von einer Person und ab 1.10.90 von zwei Personen genutzt. Als Vorbedingung für die Inanspruchnahme dieser Möglichkeit gilt eine mehrmonatige positive Entwicklung.

Die Wochenendregelung gestattet, den Patienten am Freitag zwei Dosen fürs Wochenende mitzugeben.

1.3.4. Modus der Urinalysen

Die Urinalysen wurden von Anfang an auf folgende Substanzen bzw. Substanzgruppen hin durchgeführt:

- Opiate
- Kokain
- Amphetamine
- Benzodiazepine
- Cannabis

Von April bis September 89 wurde zweimal wöchentlich Urin an festgelegten Wochentagen (Montags und Freitags) genommen. Dieser Modus wurde im Oktober 89 dahingehend geändert, die Kontrollen in unregelmäßigen Abständen durchzuführen (keine festgelegten Wochentage mehr), allerdings weiterhin im Schnitt zweimal wöchentlich.

Im November 90 wurde die zusätzliche Regelung eingeführt, daß Personen, die während sechs Monaten negative Analyseergebnisse aufzeigen, nur noch einmal wöchentlich Kontrollen abgeben müssen.

Die Urinabnahme geschah von Anfang an unter Sichtkontrolle, um eventuellen Manipulationen seitens der Teilnehmer vorzubeugen - trotz eines dadurch beträchtlich erhöhten Arbeitsaufwandes für das Personal.

Ab Dezember 1990 werden zusätzlich Kontrollen im Hinblick auf Alkoholabusus bei der Methadonausgabe mit Hilfe eines speziellen Alkoholmeßgerätes durchgeführt. Diese werden auf Verdacht von den Verantwortlichen der Ausgabe durchgeführt.

Vom 12.1.90 bis 25.2.90 und vom 22.5.90 bis 11.7.90 konnten keine Urinalysen durchgeführt werden, da eine Abteilung des staatlichen Laboratoriums ausgefallen war. Ab 11.7.90 konnten die Analysen mit Hilfe eines Labors in der BRD durchgeführt werden.

1.3.5. Sanktionen

Der Sinn der Sanktionen in der Methadontherapie besteht darin, auf Verstöße gegen die Grundlagen des Behandlungsvertrages zu reagieren und die Auseinandersetzung des Patienten hiermit zu aktivieren. Ab September/Oktobre 1989 gelten folgende Sanktionsregeln:

- Positive Analyse auf Opiate, Amphetamine, Kokain, Benzodiazepine: ein Tag Suspension des Methadons (eine verweigerte Analyse gilt ebenfalls als positiv).
- Termin beim Bezugstherapeuten nicht eingehalten: ein Tag Suspension des Methadons.
- Ab Dezember 1990: Alkoholspiegel über 0,8 Promille bei der Ausgabe (gemessen auf Verdacht): ein Tag Suspension des Methadons.
- Die Ausgabezeiten sind strikt einzuhalten, nach Ablauf der festgelegten Zeit ist keine Methadonabgabe mehr möglich. Ausnahme: bei Krankheit (ärztliches Attest nötig - in einem solchen Fall kann das Methadon auch nach Hause gebracht werden).
- Falls der wöchentliche Termin beim verschreibenden Psychiater ohne triftigen Grund nicht eingehalten wird, wird für die betreffende Woche kein Methadon verschrieben.

Bis zum Juni 1990 galt eine Ausnahmeregelung für schwangere Frauen: es gab keine Methadonsuspension. Ab diesem Datum wurde diese Sonderregelung für die Tagessanktionen jedoch aufgehoben, da sie sich als ineffektiv erwies (hohes Ausmaß an Begleitkonsum) und auch keine medizinische Notwendigkeit für eine solche Sonderregelung besteht.

Neben der Tagessuspension besteht die prinzipielle Möglichkeit eines zeitlich begrenzten Programm-ausschlusses wegen ständiger Regelwidrigkeiten (z.B. öfters Ausgabetermine nicht eingehalten) oder ständigen Nebenkonsums von Drogen. Von dieser Möglichkeit wurde bis Dezember 1990 in zwei Fällen Gebrauch gemacht.

Bis Dezember 1990 mußten zwei Personen wegen Aggression gegen das Personal aus dem Programm ausgeschlossen werden.

1.3.6. Ärztliche Betreuung und Verschreibungspraxis

Die Rolle des Psychiaters des Programms besteht neben der Eingangsdiagnose und der Mitentscheidung über die Aufnahme in der Verschreibung der täglichen Methadondosis. Diese Dosis wird individuell festgelegt und kann je nach Zustand und Entwicklung des Patienten (nach oben oder unten) angepaßt werden. Gleichzeitig ist der Arzt Garant des Behandlungsvertrages. Außerdem kann er Konsultationen oder Behandlungen bei einem anderen Arzt anordnen.

Der Termin beim behandelnden Psychiater fand von Anfang an an einem festgelegten Nachmittage einmal wöchentlich statt. Das Methadon wird anlässlich dieser Visite für jeweils eine Woche verschrieben.

1.3.7. Begleitgespräche beim Bezugstherapeuten

Der begleitenden psychosozialen Betreuung kommt in der Methadontherapie eine entscheidende Bedeutung zu. Diese Betreuung kann aufgegliedert werden in die Bereiche Sozialarbeit bzw. Sozialtherapie und Psychotherapie, wobei der Übergang zwischen beiden Bereichen fließend ist und je nach Problemlage, Bedürfnissen und Fähigkeiten des Patienten variiert. Der Bereich Sozialarbeit soll Hilfe und Unterstützung geben bei konkreten Problemen und Schwierigkeiten im Prozeß der sozialen Wiedereingliederung (Arbeit, Wohnen, Schulden, Gericht usw.). Der Bereich Psychotherapie bezweckt eine bewußte Auseinandersetzung des Patienten mit seiner Sucht, seiner Lebenssituation und seiner Lebensperspektive.

Die verschiedenen Mitarbeiter der Beratungsstelle JDH-Luxemburg (ein Frau halbtags, drei Männer) übernehmen von Anfang an diese therapeutische Betreuung der Klienten, wobei im Programmverlauf vorgesehen ist, daß auch externe Mitarbeiter diese Rolle übernehmen können.

Seit Beginn des Programms gilt die Regelung, daß mindestens einmal wöchentlich ein Gespräch zwischen Klient und Therapeut stattfindet. Diese Gespräche dauern maximal 60 Minuten, wobei der Klient die jeweilige Gesprächsdauer bestimmen kann.

1.3.8. Supervision

Ab Juni 1989 wurde eine regelmäßige Gruppensupervision (einmal monatlich) der JDH-Mitarbeiter, die am Methadonprogramm beteiligt sind, eingeführt. An dieser Supervision nimmt auch der Psychiater des Programms teil. Inhalte der Supervision: konzeptuelle Fragen des Programms, Fallbesprechungen.

1.4. Probleme und Modifikationen des Konzepts

Im Laufe des Zeitraums, auf den sich der vorliegende Zwischenbericht erstreckt (April 89 - Oktober 90), wurden aufgrund der gemachten Erfahrungen einige Anpassungen der Ausgangsregeln und Kriterien vorgenommen. Außerdem zeigte sich, daß die Konzeption des Programms als "hochschwelliges" Angebot in einigen Fällen Probleme mit sich brachte, die auf die Notwendigkeit einer weiteren Differenzierung des

Konzepts hinzeigen. Im folgenden sollen die wichtigsten dieser Themen vorgestellt werden.

1.4.1. Aufnahmekriterien

Bei den Aufnahmekriterien zeigte sich, daß das Beharren auf der Teilnahme an einer klassischen Langzeittherapie in bestimmten Fällen nicht angebracht ist, sondern daß lebensgeschichtliche Ereignisse in der Entscheidung mitberücksichtigt werden müssen. So wurde hier als ergänzendes Aufnahmekriterium die Tatsache längerer freiwilliger oder erzwungener Abstinenzperioden in einem institutionellen Rahmen hinzugefügt (z.B. Heim oder Gefängnis). Gerade bei solchen Patienten zeigt sich oft eine "Institutionsschädigung" mit ausgeprägter Abneigung gegen weitere Aufenthalte in einem festen stationären Rahmen. Von solchen Patienten wird oft nur noch eine ambulante Behandlung akzeptiert.

Überhaupt zeigte sich, daß als Ergänzung zu den formalen Aufnahmekriterien - die weiterhin als Richtlinien wichtig sind - eine zusätzliche Einschätzung aufgrund einer lebensgeschichtlichen Analyse meistens von Vorteil ist.

1.4.2. Sanktionierungspraxis

Ein Ziel der Methadonverschreibung besteht u.a. darin, den Konsum anderer Drogen einzuschränken oder ganz zu verhindern. Da gerade bei Patienten mit langjähriger Suchtkarriere, oft zwanghaftem und zum Teil polytoxikomanem Suchtverhalten eine solche Einschränkung nicht reibungslos akzeptiert wird, ist von vorneherein mit Verstößen gegen diese Regelung zu rechnen. Hinzu kommt, daß der "Kick", der ja bei der Drogeneinnahme erklärtes Ziel ist, bei der oralen Einnahme des Methadons fehlt, der subjektive Gewinn also vergleichsweise gering ist. Die Erfahrung zeigt, daß die pharmakologische Wirkung des Methadons allein - selbst bei hohen Dosierungen - nicht immer ausreicht, um den gewohnheitsmäßigen Konsum von Heroin ganz zu unterbinden. Außerdem besteht die Gefahr des zusätzlichen Konsums anderer Suchtmittel, was zu einer Suchtverlagerung oder zum Weiterbestehen einer Mehrfachabhängigkeit führen kann.

Die Art und Weise, wie der Behandler auf Begleitkonsum reagiert, ist von der Zielgruppe und der Zielsetzung des Programms abhängig. So gibt es "niederschwellige" Programme, die auf eine Sanktionierung ganz verzichten. Da das Pilotprojekt in Luxemburg von vorneherein "hochschwellig" angelegt war und von den Teilnehmern eine Auseinandersetzung mit ihrem Suchtverhalten verlangt, mußte auf Begleitkonsum entsprechend reagiert werden. Grundlage des Behandlungskontraktes ist ja gerade der erklärte Verzicht auf andere Drogen seitens des Patienten. Dazu muß - wie in jeder Suchttherapie - eine Konfrontation mit dem eigenen Verhalten einsetzen. Ein Mittel dazu ist die Sanktionierung bestimmter Regelverstöße, wobei wir unter Sanktionierung nicht

eine Bestrafung verstehen, sondern ein Feststellen des Verhaltens mit einer entsprechenden, zum Verhalten in einem inneren Bezug stehende Antwort.

Dabei gehen wir von der Annahme aus, daß eine Sanktionierung bestimmter Substanzen auch zu einer Reduktion des Konsums dieser Substanzen während der Programmteilnahme führen wird. Unsere bisherigen Erfahrungen und die Rückmeldungen der Patienten scheinen diese Annahme zu bestätigen. Eine wissenschaftlich-empirische Überprüfung im eigentlichen Sinne ist uns nicht möglich, allerdings zeigen sowohl das Beispiel des Benzodiazepinkonsums, der nach der generellen Einführung der Sanktionierung stark abnahm (siehe Kapitel 7.3.), als auch das Beispiel des nicht-sanktionierten Cannabiskonsums, der während der Therapie nicht abnahm (darauf deuten zumindestens die Ergebnisse der Urinalysen hin - siehe Kapitel 5.3.2.), in die gleiche Richtung. Die Sanktionierung scheint sich also zumindestens für eine bestimmte Gruppe von Patienten in die gewünschte Richtung auszuwirken. Allerdings muß in diesem Kontext betont werden, daß die Sanktionen auch einen möglichen negativen "Auswahl-Effekt" ausüben: jene Klienten, die ihren Begleitkonsum - aus welchen Gründen auch immer - nicht einstellen, werden logischerweise eher aus dem Programm ausgeschlossen oder verlassen es eher aufgrund des Druckes, der auf sie ausgeübt wird (z.B. in Form gehäufte Tagessanktionen).

Bis heute gilt die Regelung, daß ein positives Ergebnis der Urinalysen auf bestimmte Substanzen eine Tagessuspension des Methadons mit sich bringt. Die Tagessuspension erhält ihren Sinn aus der Grundvoraussetzung des Behandlungskontraktes, daß beim Konsum anderer Drogen die Einnahme von Methadon nicht notwendig ist und medizinisch wegen der Gefahr einer overdose auch kontraindiziert sein kann. Das größte Problem, das sich uns hier allerdings stellt, ist die zeitliche Verzögerung zwischen Durchführung der Analyse und Verfügbarkeit des Ergebnisses. Bei ausgeprägtem Regelverstoß besteht ebenfalls die Möglichkeit zu einer längeren Suspension oder im Extremfall zum Programmausschluß.

1.4.3. Sanktionierte Substanzen

Die Festlegung der sanktionierten Substanzen wurde durch zwei Überlegungen bestimmt: 1. das Suchtpotential der betreffenden Substanz und 2. der soziale Schaden, der durch den Konsum und die Beschaffung der betreffenden Substanz für den Patienten entstehen kann. Von Beginn an wurden Opiate, Kokain und Amphetamine sanktioniert. Bei Benzodiazepinen wurde individuell verfahren, in Einzelfällen wurden diese sogar zusätzlich zum Methadon verschrieben, in anderen Fällen wurden Benzodiazepine sanktioniert. Diese uneinheitliche Regelung erwies sich als ineffektiv, u. a. zeigte sich aufgrund des hohen Suchtpotentials dieser Substanzen das (Fort-)bestehen von zusätzlicher Benzodiazepinabhängigkeit. Ab Februar 90 wurde deshalb auf die Verschreibung anderer Mittel zusätzlich zum Methadon ganz verzichtet und die Sanktionierung von Benzodiazepinen für alle Patienten verbindlich.

Neben den bereits erwähnten Substanzen wurde ab Beginn des Programms auch Cannabis in den Analysen getestet. Allerdings wurde auf eine Sanktionierung dieser Substanz verzichtet, dies aus mehreren Gründen:

1. Toxikologisch ist die Aussagekraft positiver Cannabisanalysen nicht eindeutig. Depots können über mehrere Wochen - auch intermittierend - ausgeschieden werden. Auch passives Rauchen kann unter Umständen schon zu positiven Analysen führen. Aus diesen Gründen ist eine Tagessanktionierung auf Cannabis problematisch, problematischer noch als beim Benzodiazepinkonsum.
2. Das Suchtpotential von Cannabis ist vergleichsweise gering und führt in den seltensten Fällen zu einer behandlungsbedürftigen Abhängigkeit. Die Philosophie des Programms läuft nicht darauf hinaus, aus den Teilnehmern hundertprozentig abstinenten Menschen zu machen - ein Ziel, das in diesem Falle weder realistisch wäre noch akzeptiert würde. Aus dem gleichen Grund wird auch mäßiger Alkoholkonsum nicht sanktioniert. Bei offensichtlichem Abusus einer dieser beiden Substanzen ist allerdings eine entsprechende Reaktion der Behandler notwendig.
3. Obwohl Cannabis weiterhin zu den verbotenen Drogen zählt, stellt dessen Beschaffung in der Regel keine größeren finanziellen Probleme. Die Beschaffung kann auch außerhalb der "harten" Heroinszene erfolgen.

An dieser Stelle ist noch zu bemerken, daß nach Absprache mit dem toxikologischen Labor auf eine Bestätigung positiver Cannabis-Ergebnisse aus dem ersten screening-Test anhand eines zweiten Verfahrens verzichtet wurde. Damit ist die Aussagekraft dieser Analysen durch eine 5%-Fehlerwahrscheinlichkeit falsch positiver Ergebnisse eingeschränkt.

Nicht zuletzt spielen bei den Urinalysen auch finanzielle Gesichtspunkte eine Rolle, da diese einen Großteil des Budgets des Programms beanspruchen. Hier wird weiter nach Einsparmöglichkeiten zu suchen sein, ohne auf den Vorteil objektiver Daten verzichten zu müssen.

1.4.4. Differenzierung des Programms

Als Zielgruppe des Programms waren jene Heroinabhängige definiert worden, die erstens eine eindeutige, chronische Abhängigkeit aufzeigen und zweitens an bestehenden Angeboten erfolglos teilgenommen haben. Schon bald zeigte sich, daß es innerhalb dieser Gruppe unterschiedliche Subgruppen gibt, die verschieden auf das Angebot reagieren, mit sehr unterschiedlichen persönlichen Ressourcen in das Programm eintreten und somit auch entsprechend unterschiedliche Prognosen aufzeigen. Für die Verbesserung des Methadonprogramms interessiert, inwieweit eine Differenzierung des Programms möglich ist, um adäquater auf die Möglichkeiten und Bedürfnisse dieser Subgruppen eingehen zu können. Da das Methadonprogramm sozusagen eine "zweite" (vielleicht letzte) Behandlungschance darstellt, muß natürlich die Frage der Klienten,

die auch aus diesem Angebot keinen Nutzen ziehen (in erster Linie Frühabbrecher und Ausgeschlossene), besonders interessieren. Die Frage ist hier, ob und inwieweit das erneute Scheitern durch die Art und Durchführung des Programms mitbedingt ist und ob eventuelle Anpassungen für diese Klientengruppe die Chance eines erfolgreichen Abschlusses erhöhen könnten. Dabei sollte allerdings die Gefahr vermieden werden, das Programm generell zu "verwässern", also nach unten anzupassen und damit auch die positiven Wirkungen von Anforderungen auf die anderen Klienten aufzugeben. Auch eine eventuelle gesonderte Behandlung von Sondergruppen (schwängere Frauen und HIV-Kranke) muß vor diesem Hintergrund diskutiert werden. Diese Fragen können zur Zeit noch nicht beantwortet werden, sind jedoch für die zukünftige Gestaltung des hier diskutierten Methadonprogramms im besonderen und der Substitutionbehandlung von Drogenabhängigen in Luxemburg im allgemeinen von Bedeutung.

2. Das Evaluationsprojekt

Das folgende Kapitel soll zunächst einige grundsätzliche Fragen thematisieren. Sie sind für das Verständnis der Ziele, der Möglichkeiten und Grenzen des Evaluationsprojekts von Bedeutung und damit Voraussetzung für ein besseres Verständnis der Vorgehensweise und für eine adäquate Interpretation der Ergebnisse.

2.1. Was ist Evaluation?

Evaluation kann als ein Prozeß rationaler und systematischer Urteilsbildung verstanden werden. Sie unterscheidet sich insofern von unseren subjektiven, auf alltäglichen Erfahrungen gründenden Urteilen als sie versucht, durch wissenschaftlich angeleitete systematische Sammlung und Analyse von Daten eine objektiv(er)e, umfassendere Grundlage für die Beurteilung von Sachverhalten und damit für die Optimierung von zukünftigen Entscheidungen zu schaffen.

Evaluation wird als eine systematische Methode der Urteilsbildung daher überall dort eingesetzt, wo einerseits Rechenschaft über den Einsatz von Ressourcen abgelegt werden muß, oder andererseits eine Optimierung praktischen Handelns sichergestellt werden soll. Dies gilt insbesondere für jene Maßnahmen oder Programme, die neu zur Anwendung kommen, über deren Erfolgchancen und notwendigen Rahmenbedingungen daher nur wenig Wissen verfügbar ist.

2.2. Notwendigkeit und Nutzen der Evaluation des Methadonprogramms

Das Methadonprogramm der JDH ist - wie in Kap. 1 dargestellt - in seiner ersten Phase ausdrücklich als Pilotprojekt definiert. In dieser Bezeichnung kommt zum Ausdruck, daß hier zunächst ein Versuch mit einem relativ neuen, in der Drogentherapie in Luxemburg bisher noch nicht angewandten Therapieprogramm unternommen werden soll. Sowohl bei den politisch Verantwortlichen, als auch bei den medizinischen und therapeutischen Fachkräften, die mit der Durchführung betraut sind, besteht daher ein Bedarf an Informationen über die Effizienz des Programms, über seine Vor- und Nachteile, sowie über die notwendigen organisatorischen und konzeptionellen Rahmenbedingungen. Denn obwohl Methadonprogramme mittlerweile in einer Vielzahl von Ländern z.T. sehr erfolgreich eingesetzt werden, herrscht nach wie vor Unklarheit und Unsicherheit über die spezifischen Vor- und Nachteile dieser Programme sowie über die Bedingungen ihrer Effizienz in der Suchtbekämpfung. Diese Unübersichtlichkeit beruht zum einen darauf, daß bisher systematisch-verglei-

chende Evaluationen nahezu völlig fehlen; zum anderen darauf, daß die Methadonprogramme, so wie sie in den jeweiligen Ländern und Einrichtungen zur Anwendung kommen, je nach politischen, rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen einerseits, und je nach therapeutischen Theorien und Zielsetzungen andererseits unterschiedlich konzeptioniert und aufgebaut sind. Aussagen über die Effizienz und Brauchbarkeit von Methadonprogrammen lassen sich daher nur selten generalisieren. Aus diesen Gründen ist auch das Methadonprogramm der JDH Luxemburg zunächst als Pilotprogramm konzipiert; d.h. in dieser ersten Phase geht es auch darum, die spezifischen Vor- und Nachteile, Grenzen und Möglichkeiten dieses speziell auf die Verhältnisse in Luxemburg zugeschnittenen Programms wahrzunehmen und zu analysieren.

Eine begründete, mit empirischen Daten abgesicherte Beantwortung dieser Fragen ist jedoch nur möglich, wenn sie auf Grundlage einer systematischen Datenerhebung und Datenanalyse betrieben werden kann. Aus diesem Grunde ist eine Evaluation notwendig und für die weitere Planung, Anpassung und Optimierung des Methadonprogramms von großer Bedeutung.

2.3. Zielsetzung und Konzeption des Evaluationsprojekts

Evaluationen können sich auf unterschiedliche Gegenstände und Fragen beziehen und daher je nach ihrer Ausrichtung unterschieden werden in a) Bedarfs-, b) Programm-, c) Ergebnisevaluation.

- a) Zur adäquaten, d.h. bedarfs- und situationsangepaßten Planung, Entwicklung und Durchführung einer Maßnahme oder eines Programmes werden Bedarfsanalysen durchgeführt. Die Bedarfsanalyse sammelt Informationen über Art, Umfang und Struktur des Drogenkonsums sowie über die soziodemographischen Merkmale der Drogenkonsumenten in einem bestimmten Einzugsgebiet. Sie geht in der Regel der Entwicklung und Implementierung neuer Maßnahmen voraus und steuert deren Konzeption und Organisation. Sie dient so eher der mittel- und langfristigen Steuerung in der Therapiearbeit.
- b) Die Programm- oder Prozeßevaluation fragt nach der konkreten Umsetzung eines therapeutischen Programms und nach dem Verhältnis zwischen Programmstruktur und Zielsetzung. Sie überprüft, ob ein bestimmtes therapeutisches Programm in seinem Aufbau und seiner Realisierung die Erreichung der zugrundeliegenden Ziele sicherstellen kann und identifiziert strukturelle Inkonsistenzen und Probleme der Umsetzung. Sie dient damit eher der kurzfristigen, unmittelbaren Kontrolle und Steuerung eines therapeutischen Programms.

- c) Die Beurteilung der Effizienz und Wirksamkeit eines therapeutischen Programms im Hinblick auf die definierten Ziele, sowie die Identifikation unbeabsichtigter und unerwünschter Nebenwirkungen findet in der Ergebnis- oder Erfolgsevaluation statt. Sie steht traditionell im Zentrum der Evaluation.

Auch im Rahmen der Evaluation des Methadonprogramms wird die Frage nach der Wirksamkeit und damit nach dem Erfolg des Programms von zentraler Bedeutung sein. Dennoch werden auch andere Fragen, die eher einer Bedarfs- oder Programmevaluation entsprechen, hier eine wichtige Rolle spielen. Denn entscheidend für die Konzeption und Ausrichtung der Evaluation ist der Bedarf der (therapeutischen) Praxis nach handlungsrelevanten Informationen. Für die Evaluation des Methadonprogramms wurden folgende Fragen als zentral definiert:

1. Hat der Einsatz von Methadon in der Therapie von Drogensüchtigen die erhofften und angestrebten Wirkungen? In welchem Maße werden die im Methadonprogramm definierten Ziele (z.B. Heroinabstinenz, soziale Reintegration, psychische Stabilisierung, etc.) im Rahmen der Therapie erreicht?
2. Genügen Struktur und Ablauf des Programms den definierten Zielen? Gibt es Probleme, Inkonsistenzen oder gar Widersprüche in der Programmkonzeption und -organisation?
3. Welche Möglichkeiten und Grenzen hat das Methadonprogramm hinsichtlich der Anwendung auf unterschiedliche Klientengruppen? Gibt es bestimmte Klientenmerkmale (soziale oder psychische Merkmale, Suchtmerkmale, etc) die in höherem Maße mit Erfolg bzw. mit Mißerfolg in der Methadontherapie verbunden sind (Erfolgsprädikatoren)?

Diese Fragen sind nicht unabhängig voneinander zu sehen, da sie jeweils verschiedene Aspekte eines Sachverhalts bzw. eines Untersuchungsgegenstands betreffen. Sie verdeutlichen, welche Erwartungen von Seiten der Programmträger und Therapeuten an das Evaluationsprojekt gestellt werden, und bilden damit den Ausgangspunkt für die Konzeption desselben.

Die Entwicklung des Evaluationskonzepts geht also von diesen forschungsleitenden Fragen aus. Sie versucht dann in einem zweiten Schritt, diese allgemeinen Zielsetzungen so zu konkretisieren und zu präzisieren, daß aus ihnen Richtlinien für die Datensammlung abgeleitet werden können. Sie muß sich dazu an denjenigen konkreten Zielsetzungen orientieren, die von den Programmträgern und Programmbeteiligten mit der Methadontherapie angestrebt werden. Um diese herauszuarbeiten wurden hier zwei Wege beschritten.

Zum einen wurden durch Auswertung der Programmbeschreibungen zunächst die grundlegenden Zieldimensionen, Programmkomponenten und Klientenmerkmale, wie sie dort festgehalten waren, identifiziert. In einem zweiten Schritt wurden diese Faktoren dann in einem Gruppendiskussionsprozeß erneut diskutiert und hinsichtlich ihrer Bedeutung für das Methadonprogramm interpretiert. Diese doppelte

Bestimmung der für das Methadonprogramm relevanten Faktoren sollte vor allem der Tatsache Rechnung tragen, daß die anfänglich festgelegten Ziele letztlich erst durch diejenigen Personen konkretisiert und realisiert werden, die für die Umsetzung und Durchführung des Programms verantwortlich sind. Ihre Vorstellungen, ihre Theorien über die Sucht und Suchtbekämpfung, ihre Bilder von den Klienten und deren Motivation sind entscheidend für die Frage, welche Konkretisierung und welche Gewichtung allgemeine Zielsetzungen in der Praxis finden. Die themenzentrierte Gruppendiskussion wurde daher eingesetzt, um die tatsächlich handlungsrelevanten Konkretisierungen der allgemeinen Zielsetzungen zu identifizieren. Die Ergebnisse der Gruppendiskussionen werden in den Zieldimensionen wiedergegeben und dient damit als Grundlage für die Erstellung der Fragebogen, der zentralen Datenquelle im Rahmen des Evaluationsprojekts.

Die Zieldimensionen, die hier festgehalten wurden, stellen nach Ansicht der Teilnehmer Kriterien für die Beurteilung einer erfolgreichen Methadontherapie dar. Sie beziehen sich nicht nur auf das letzte, allgemeinste Ziel, die Abstinenz von illegalen Drogen (v.a. Heroin), sondern auch auf jene Faktoren, die das Suchtverhalten verursachen bzw. beeinflussen, und daher als Teilziele bzw. als nachgeordnete Erfolgskriterien zu bewerten sind; sowie auf Kriterien, die sich auf die Adäquanz des Programms beziehen. Auf eine unterschiedliche Gewichtung der einzelnen Zieldimensionen oder gar eine theoretisch angeleitete Ordnung der Beziehungen zwischen diesen Faktoren wurde dabei jedoch verzichtet. Dies hat verschiedene Gründe. Zum einen stellt der Drogenkonsum ein so vielfältiges, multikausales Phänomen dar, daß bisher noch keine einheitliche oder wenigstens weitgehend akzeptierte Theoriebildung gelungen ist. Der Rückgriff auf eine bewährte Theorie war daher nicht möglich. Zum zweiten aber bestanden auch innerhalb der Teilnehmer an der Gruppendiskussion große Unterschiede hinsichtlich der theoretischen Perspektiven und therapeutischen Orientierungen, so daß auch hier keine übereinstimmende Definition der Gewichtung der einzelnen Faktoren in einer Zielhierarchie zu erreichen gewesen ist. Konsens bestand lediglich darin, daß alle aufgeführten Dimensionen "irgendwie" miteinander korrelieren, und daß daher - aus therapeutischer Sicht - Erfolge des Methadonprogramms hinsichtlich einer Zieldimension nur von Bedeutung sind, wenn zugleich auch hinsichtlich der anderen Zieldimensionen Verbesserungen bzw. Veränderungen zu verzeichnen sind.

Folgende Zieldimensionen wurden definiert:

A) ERFOLGS- UND ERGEBNISEVALUATION

ZIELDIMENSIONEN (KRITERIEN DER ERFOLGSBEWERTUNG)	KONKRETISIERUNG/ OPERATIONALISIERUNG	DATENQUELLE
<i>GENERELLE ZIELSETZUNG</i>		
Veränderung des Drogenkonsumverhaltens	Reduzierung bzw. Beendigung des Konsums illegaler Drogen Vermeidung einer Suchtverlagerung	Fragebogen Urinanalysen
<i>ABGELEITETE ZIELE</i>		
Entkriminalisierung	Reduzierung bzw. Vermeidung von Drogenkriminalität und Drogenbegleitkriminalität	Fragebogen
"Szene" Desintegration	Reduzierung bzw. Vermeidung von Szenetreffs Abbruch von Kontakten zur Szene verändertes Freizeitverhalten	
berufliche Reintegration	Aufnahme und Stabilisierung einer berufl. Tätigkeit Beginn o. Fortführung einer Ausbildung Schuldentilgung	
soziale Reintegration	Aufbau u. Stabilisierung neuer Beziehungen Entwicklung neuer Freizeitinteressen und -muster Stabilisierung der Wohnsituation	
Stärkung und Entwicklung psychosozialer Kompetenzen	Antriebskraft Initiativfähigkeit Fähigkeit zur Streßbewältigung Problemlösungs- und Konfliktbewältigungsfähigkeit Frustrationstoleranz Selbstbild und Selbstwertgefühl Beziehungsfähigkeit Auseinandersetzung mit den indiv. Ursachen der Sucht	psychologische Tests
Erhöhung der subj. Lebensqualität	Arbeitszufriedenheit allg. Lebenszufriedenheit	Fragebogen psychologische Tests
Verbesserung des körperlichen Gesundheitszustandes	Verbesserung und Vermeidung von Suchtschäden AIDS-Prävention Reduzierung risikoreicher Verhaltensweisen	medizinische Analysen Fragebogen
<i>ZUSÄTZLICHES ERFOLGSKRITERIUM</i>		
Erhöhung der Retentionsrate	geringe Abbrüche, Ausschlüsse	Fragebogen, Statistik

B) PROGRAMMEVALUATION

ZIELDIMENSIONEN (KRITERIEN DER ERFOLGSBEWERTUNG)	KONKRETISIERUNG/ OPERATIONALISIERUNG	DATENQUELLE
Überprüfung der Akzeptanz und der Adäquanz der einzelnen Programmkomponenten		Fragebogen Statistik
Überprüfung von Programmaufbau und -ablauf		

C) BEDARFSEVALUATION

ZIELDIMENSIONEN (KRITERIEN DER ERFOLGSBEWERTUNG)	KONKRETISIERUNG/ OPERATIONALISIERUNG	DATENQUELLE
Klientenmerkmale	soziodemographische Merkmale Suchtkarriere	Fragebogen Testbogen

Die hier definierten Zieldimensionen bilden die Grundlage für die Datenerhebung im Rahmen der Evaluation. Die meisten dieser Daten werden über eine Reihe von standardisierten Fragebögen erhoben. Einige zusätzliche Daten werden aus den anfallenden Urinanalysen und Blutanalysen gewonnen. Hinzu kommen statistische Daten, die im Rahmen der Methadontherapie festgehalten werden.

2.4. Untersuchungsplan und Erhebungsinstrumente

Die Evaluation des Methadonprogramms ist als

BEWILLIGUNGSPHASE PROGRAMMPHASE

	nach Aufnahme (+ 2 Wochen)	3 Monate im Programm	6 Monate im Programm	alle weitere 6 Monate im Progr.
Aufnahmebogen	Testbatterie (FPI,FSKN,IPC, Beck-Depr.-Skala)	Programmbogen	Programmbogen Testbatterie	Programmbogen Testbatterie
Medizinische Eingangsuntersuchung HIV-Antikörper Hepatitis		HIV-Antikörper Hepatitis	(Wiederholung alle 6 Monate)	

NACHUNTERSUCHUNG

1 Jahr nach Programmende	2 Jahre nach Programmende	5 Jahre nach Programmende
Katamnesebogen Testbatterie HIV-Antikörper Hepatitis	Katamnesebogen Testbatterie HIV-Antikörper Hepatitis	Katamnesebogen Testbatterie HIV-Antikörper Hepatitis

Längsschnittstudie mit einer Reihe von (festgelegten) Erhebungszeitpunkten konzipiert. Dies hat verschiedene Gründe.

a) Die Abstinenz von (illegalen) Drogen ist das angestrebte Endziel eines Prozesses, der von einigen Monaten bis hin zu mehreren Jahren dauern kann. Veränderungen hinsichtlich dieses Zielwerts können somit nicht nur als Vergleich von Anfang und Ende betrachtet werden, sondern müssen dem nicht-linearen Charakter des Prozesses Rechnung tragen und daher zu möglichst vielen Zeitpunkten festgestellt werden. In der Regel ist zudem eine dauerhafte Abstinenz erst dann zu erwarten, wenn sich auch andere Aspekte des Lebens der Abhängigen (Beruf, Beziehungen,...) und ihres Verhaltens (Motivation, Sinnhaftigkeit, Selbstwertgefühl...) verändert haben. Aus diesem Grunde wurden eine Reihe unterschiedlicher Verhaltensdimensionen definiert, die für eine Veränderung des Drogen-

konsumverhaltens von Bedeutung sind. Es ist nun nicht zu erwarten, daß die Veränderungen hinsichtlich dieser verschiedenen Verhaltensdimensionen synchronisiert sind oder gar einander entsprechen. Gleichzeitig ist es jedoch von Interesse herauszufinden, welche Veränderungen sich auf den einzelnen Dimensionen während des Programmablaufs vollziehen und wo möglicherweise parallele oder auch konträre Entwicklungen identifiziert werden können. Dies zu beobachten ist jedoch nur an Hand von Verlaufsdaten möglich.

b) Die Untersuchung ist - wenigstens z.T. - als programm- bzw. prozessorientierte Evaluation gedacht; d.h. Ziel der Evaluation ist es auch herauszufinden, welche Wirkungen die einzelnen Programmkomponenten haben. Informationen darüber sind aber nicht erst am Ende eines Programms zu erhalten, wenn sich unter-

schiedliche Effekte akkumulieren und überlagern, sondern müssen dem Programmverlauf entsprechend erhoben werden.

Gemäß den üblichen Standards bei Evaluationsforschungen und Katamnesen im Suchtbereich ist daher eine Längsschnittstudie konzipiert worden, die eine Vielzahl von Untersuchungszeitpunkten während der Programmphase vorsieht (je nach Dauer der Phase) und weitere Untersuchungszeitpunkte nach Beendigung des Programms beabsichtigt. Dadurch wird es möglich, nicht nur Veränderungen während der Programmphase genauer zu erfassen, sondern auch nach Beendigung des Programms Informationen über Langzeitentwicklungen und -verlauf der Therapie zu erhalten. Der Untersuchungsplan sieht wie folgt aus: (s.o. Tabelle).

Die Datenerhebung beginnt bereits in der Bewilligungsphase mit der Ausfüllung eines Eingangsfragebogens/Aufnahmebogens der eine doppelte Funktion erfüllt: er erhebt zum einen diejenigen Daten, die für eine Entscheidung über die Zulassung zum Methadonprogramm von Bedeutung sind; er erhebt zum anderen Daten, die im Rahmen des Evaluationsprojekts benötigt werden und auch in den zukünftigen Interviews immer wieder abgefragt werden. Die entscheidungsrelevanten Daten sind nur z.T. identisch mit den für die Evaluation benötigten Daten. Sie betreffen darüber hinaus jedoch auch persönlichkeitsbezogene Daten, die unter einem besonderen rechtlichen Schutz stehen. Aus diesem Grund, aber auch um eine Doppelbefragung der Klienten mit einem therapierelevanten und einem evaluationsrelevanten Fragebogen zu vermeiden, wurde entschieden, daß die Eingangsinterviews von den jeweils zuständigen Therapeuten durchgeführt werden - wobei sichergestellt wurde, daß die für die Evaluation unwichtigen, persönlichkeitsbezogenen Daten auf einem eigenen Blatt registriert wurden, das von dem Fragebogen für die Evaluation getrennt wurde. Die Durchführung der ersten Interviews durch die Therapeuten ist aus wissenschaftlicher Perspektive durchaus problematisch; denn zwischen Interviewer und Interviewtem besteht ein Abhängigkeitsverhältnis, das sich in den Antworten niederschlagen dürfte. Dennoch schien aufgrund der Vordringlichkeit der therapeutischen Verantwortung vor den Belangen des Evaluationsprojekts hier eine andere Entscheidung nicht angebracht.

Ist die Entscheidung über die Aufnahme des Klienten in das Methadonprogramm getroffen, was bis zu vier Wochen beanspruchen kann, so wird unmittelbar anschließend die Befragung der Klienten mit Hilfe der psychologischen Testbatterie fortgeführt.

Beide, Fragebogen und Testbatterie, bilden die zentrale Grundlage der Datenerhebung im Rahmen des Evaluationsprojekts. Die eigens konzipierten Fragebogen konzentrieren sich v.a. auf soziodemographische Daten, auf Fragen zur sozialen und beruflichen Integration, der Drogenkarriere und des aktuellen Drogenkonsums. Sie kommen zunächst zum Einsatz um unmittelbare, eher kurzfristige Verhaltensänderungen und Wirkungen der Methadontherapie auf die Lebensführung der Klienten zu erfassen; und werden danach nur noch im sechsmonatigen Rhythmus abgefragt.

Die psychologischen Testbatterien setzen sich aus unterschiedlichen, erprobten psychologischen Tests zusammen, die sich auf die Persönlichkeitsstruktur, Selbstkonzepte und Selbstbilder, auf Kontrollüberzeugungen und Depressionsneigungen der Klienten beziehen. Sie kommen während der Programmphase nur alle sechs Monate zum Einsatz. Da sich die Tests auf fundamentale Strukturelemente der Persönlichkeit und der Identität der Klienten beziehen, sind kurzfristige Veränderungen hier auch nicht zu erwarten.

Neben diesen Erhebungsinstrumenten stehen uns weitere Daten aus den medizinischen Untersuchungen sowie aus den regelmäßig durchgeführten Urinalysen zur Verfügung. Dies gilt natürlich nur in der Programmphase, in der Nachuntersuchung wird die

geplante Datenerhebung von der weiteren Bereitschaft zur Mitarbeit der Klienten abhängen (Fragebögen, Testbatterie, serologische Analysen).

2.5. Gegenwärtiger Stand des Evaluationsprojekts

Die systematische Datenerhebung anhand eines eigens entwickelten Erhebungsinstrumentariums begann am 1.4.1990. Seit diesem Zeitpunkt werden alle Klienten, die neu ins Methadonprogramm aufgenommen werden, entsprechend des Untersuchungsplans des Evaluationsprojekts befragt. Das Methadonprogramm selbst war jedoch bereits ein Jahr früher gestartet worden. Bis zum Beginn des Evaluationsprojekts waren bereits 14 Klienten aufgenommen worden. Daher konnten in dieser ersten Klientengruppe bestimmte Erhebungen nicht durchgeführt werden. Für eine systematische Längsschnittstudie, wie sie die Evaluation vorsieht, fehlen in dieser Gruppe die entsprechenden Eingangsdaten. Dennoch wurden auch in dieser Gruppe einige Daten erhoben. Sie beziehen sich zum einen auf soziodemographische Faktoren und auch Suchtmerkmale, die zur Beschreibung der Methadonklientel insgesamt von Bedeutung sind. Sie beziehen sich zum anderen auf Fragen des Programmabschlusses oder Abbruchs.

Zwischen dem 1.4.90 und dem 30.10.1990, dem Stichtag für diesen Zwischenbericht, sind weitere 14 Klienten ins Methadonprogramm aufgenommen worden. In dieser Gruppe konnten sämtliche im Untersuchungsplan vorgesehenen Erhebungen durchgeführt werden. Sofern also die Klienten lange genug im Programm bleiben, bietet diese Gruppe eine erste Möglichkeit für eine Evaluation des Methadonprogramms aufgrund von Längsschnittdaten.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt freilich kann eine solche Auswertung noch nicht vorgenommen werden, da die Datenerhebung noch nicht abgeschlossen ist. Denn, je nach Programmeintritt, sind bei den meisten dieser Klienten erst ein oder zwei Befragungen durchgeführt worden. Für diesen Zwischenbericht bedeutet dies folgendes:

Der Zwischenbericht ermöglicht eine erste Beschreibung der bisherigen Grundgesamtheit der Klienten und zwar hinsichtlich soziodemographischer und suchtrelevanter Merkmale (n=28). Darüber hinaus sind aufgrund kontinuierlich anfallender Daten aus den Urinalysen und der Programmstatistik Aussagen über Veränderungen des Drogenbegleitkonsums und des Sanktionierungsniveaus während der ersten Programmphase möglich.

3. Beschreibung der Patienten des Methadonprogramms

3.1. Patientenstatistik, Haltekraft, Warteliste

Die Patientenstatistik spiegelt den Stand vom 30.10.1990 wieder. Evaluationsbeginn ist der 01.04.1990:

	seit Programmbeginn	seit Evaluationsbeginn
1. Aufnahmen	28	14
2. Ausschlüsse	5	1
3. Abschlüsse	3	3
4. Abbrüche	5	3
5. Derzeitige Anzahl der Patienten		15
6. Geplante Anzahl der Patienten		15
7. Anzahl der Patienten auf der Warteliste		2

Die Verweildauer aller Patienten im Programm:

Durchschnittszeit	Tage
aller Patienten:	183
aller Ausschlußpatienten	138
aller Abbruchpatienten	158
aller Abschlußpatienten	367
aller noch im Programm bñd. Patienten	169
Gesamtzahl:	5126

Seit Programmbeginn wurden somit insgesamt 28 Patienten aufgenommen, fünf Patienten (18%) wurden aus dem Programm ausgeschlossen. Ein Ausschluß wurde dann veranlaßt, wenn der Patient sich fortgesetzt nicht an die Behandlungsvereinbarungen hielt (z.B. sich gewalttätig oder bedrohlich gegenüber den Mitarbeitern verhielt oder auch fortgesetzt weiter Drogen nahm). Die Durchschnittszeit der Verweildauer dieser Patientengruppe im Methadonprogramm liegt bei ca. vier Monaten.

Abbruchpatienten haben wir die Patienten genannt, die auf eigenen Wunsch hin aber ohne ausdrückliche Empfehlung des Teams das Methadonprogramm verlassen haben. Es waren fünf Patienten (18%). Hier liegt die durchschnittliche Verweildauer im Programm bei ungefähr fünf Monaten.

Reguläre Abschlüsse gab es im untersuchten Zeitraum drei, das sind 11% aller Patienten. Hier liegt die durchschnittliche Haltezeit bei weitem höher als bei den Abbruch- oder Ausschlußpatienten. Mit 367 Tagen liegt sie über einem Jahr.

15 Patienten verblieben weiter im Programm mit einer durchschnittlichen Verweildauer von fast sechs Monaten zum Zeitpunkt des Stichtages. Die Behandlungsdauer ist nicht festgelegt, sondern ist indi-

viduell zu gestalten.

Ausländische Erfahrungen zeigen, daß für dauerhafte Verhaltensänderungen im Rahmen von Methadontherapien mindestens ein bis zwei Jahre erforderlich sind. Andererseits sollen aber auch nach mehrjährigem Behandlungsverlauf noch Verbesserungen erzielt werden können, wobei nach drei bis vier Jahren die Chance für Verbesserungen allerdings deutlich abnimmt. Ausschlaggebend für die Beendigung einer Therapie sind sowohl Dauer als auch Ausmaß der gesundheitlichen als auch sozialen Stabilisierung des Patienten.

Die Tatsache, daß am Stichtag nur zwei Personen auf der Warteliste standen, gibt die tatsächliche Entwicklung der Nachfrage nicht wieder - im Gegenteil. Schon nach sechs Monaten war das Programm voll besetzt und mehrmonatige Wartezeiten wurden dann zur Regel.

Allein die Tatsache unabsehbar langer Wartezeiten hielt viele Personen ab, einen formellen Antrag zu stellen.

3.2. Beschreibung der Klienten nach soziodemographischen Merkmalen

Im folgenden wird eine erste Beschreibung der Gesamtheit der bisherigen Klienten des Methadonprogramm unternommen. Diese Beschreibung stützt sich auf Daten, die in einem Aufnahmebogen für allen Klienten gleichermaßen erfaßt wurden.

3.2.1. Staatsangehörigkeit, Wohngegend und Vermittlung

Die überwiegende Mehrheit der Klienten des Methadonprogramms hat die luxemburgische Staatsangehörigkeit (85%). Lediglich jeweils zwei Klienten gaben die deutsche bzw. die portugiesische Staatsbürgerschaft an. Fragt man zusätzlich nach der regionalen Herkunft innerhalb Luxemburgs so zeigt sich, daß vor allem der Süden des Landes das Haupteinzugsgebiet darstellt. Er hat mit 68% der Klienten ein deutliches Übergewicht gegenüber der Stadt Luxemburg. Aus dem Norden und Osten des Landes kamen keine Klienten. Dies läßt nur begrenzt Rückschlüsse auf die regionale Verteilung des Drogenkonsums in Luxemburg zu, macht aber die (begrenzte) Reichweite und das Einzugsgebiet des Programms deutlich. Mehrere Anfragen aus dem Norden des Landes zeigen, daß auch hier ein Bedarf besteht, geographische Unvereinbarkeiten jedoch zur Zurücknahme derselben führten.

19 Klienten wurden direkt von Mitarbeitern der "Jugend- an Drogenhölle" in das Methadonprogramm vermittelt. Vier Patienten wurden durch ihren Arzt weitervermittelt. Drei Patienten gaben an, durch andere Patienten, die schon am Methadonprogramm teilnehmen, auf dieses Hilfsangebot aufmerksam gemacht worden zu sein. Letztlich gaben zwei Klienten an, durch Sozialarbeiter anderer Institutionen weitervermittelt worden zu sein. Das Gros der Klienten (70%) ist somit der "Jugend- an Drogenhölle" meist schon über Jahre hinweg bekannt.

3.2.2. Alter und Geschlecht

Die folgende Tabelle zeigt die Verteilung der Klienten über verschiedene Altersstufen an. Hierbei wird deutlich, daß die Mehrzahl der Klienten, nämlich ca. 68%, bereits älter als 26 Jahre ist. Nur 3,5% der Klienten sind demgegenüber unter 21 Jahre alt. Das Durchschnittsalter aller Patienten zusammen beträgt 27,5 Jahre. Im folgenden haben wir die Patienten in fünf Alterskategorien eingeteilt:

Alter	N	%
18-21 Jahre:	1	3,57%
22-25 Jahre:	8	28,57%
26-29 Jahre:	9	32,15%
30-33 Jahre:	7	25,00%
>34 Jahre:	3	10,71%
Total:	28	100,00%

Natürlich repräsentiert auch diese Verteilung nicht die Alterstruktur der Drogensüchtigen in Luxemburg insgesamt; sie ist vielmehr Ausdruck der Tatsache, daß das Methadonprogramm, so wie es in Luxemburg konzipiert wurde, als zweite Chance für all diejenigen gedacht ist, die bereits seit mehreren Jahren drogensüchtig sind und schon mehrere erfolglose Therapien hinter sich haben. Die Aufgliederung nach Geschlecht zeigt ein Übergewicht der männlichen Klienten mit 60% gegenüber den weiblichen Klienten mit 40%.

3.2.3. Struktur der Herkunftsfamilie und soziale Schicht

Eine Vielzahl von Theorien des Drogenkonsums mißt der Herkunftsfamilie des Drogensüchtigen eine besondere Bedeutung bei. Das Verhalten des Drogensüchtigen wird darin in der Regel als aktive Reaktion auf defizitäre Strukturen oder pathogene Familiensysteme interpretiert. Und tatsächlich gibt es einige empirische Untersuchungen, die Korrelationen zwischen Drogenkonsum und verschiedenen Strukturelementen der Herkunftsfamilie nachweisen konnten. Doch auch unabhängig von diesen für die Drogensucht ursächlichen Zusammenhängen spielen familienorientierte Ansätze in der Drogentherapie eine wichtige Rolle. Aus diesen Gründen wurden auch in den Erhebungen zur Evaluation Fragen zur Struktur der

Herkunftsfamilie der Klienten gestellt. Dies geschah nicht in der Absicht, theoretische Hypothesen zu überprüfen. Vielmehr geht es hier um eine Beschreibung einzelner Strukturelemente von Familien, die möglicherweise mit der Drogensucht einzelner Familienmitglieder in Zusammenhang stehen, ohne daß sich dies schon in eine konsistente Theorie einfügen ließe.

Die Hälfte aller Patienten kommt aus Familien mit wenigstens drei Kindern. Über ein Drittel aller Patienten (36%) kommt aus Familien mit vier und mehr Kindern. Das heißt konkret, daß fast 90% aller Patienten aus kinderreichen Familien stammt. Nur ungefähr jeder Zehnte ist ein Einzelkind.

Es wurde versucht die schichtspezifische Herkunft der Klienten mit der Frage nach dem Beruf der Eltern zu ermitteln. Dies ist freilich ein nur unzureichender Indikator, der zudem in der hier vorliegenden, z.T. inkonsistenten Operationalisierung keine hinreichende Differenzierung ermöglicht (immerhin wußten auf diese Frage 21% der Klienten keine Antwort). Aufgrund der Altersstruktur der Klienten ist nicht weiter überraschend, daß etwa 28% der Befragten angaben, ihr Vater sei bereits Rentner oder Frührentner/Invalide (eine Angabe, die hinsichtlich des ehemaligen Berufsstatus des Vaters keine weitere Auskunft gibt). Ebenfalls etwa 28% gaben an, ihr Vater sei Arbeiter. Im Vergleich dazu ist es auffallend, wenn nur in 3,5% aller Fälle der Beruf des Vaters mit Beamter angegeben wird, und nur in ca. 13% aller Fälle mit Handwerker. Unterstellt man, daß die Kategorie Arbeiter als Indikator für Unterschichtzugehörigkeit gewertet werden kann, und daß auch von denjenigen, die hier als Handwerker eingeordnet wurden, nur die wenigsten selbstständig gewesen sein dürften, so läßt sich vermuten, daß die Mehrzahl der Klienten eher aus der Unterschicht und der unteren Mittelschicht stammt. Die Angaben zum Beruf der Mutter können als zusätzlicher Indikator für diese These gewertet werden. Mehr als die Hälfte aller Befragten gibt an, daß ihre Mutter in erster Linie Hausfrau ist bzw. gewesen ist. Etwa 21% nennen Berufe, für die keine oder nur geringe Qualifikationen vorhanden sein müssen (Putzfrau, Arbeiterin, Verkäuferin...); während nur etwa 11% Berufe angeben, die eher der Mittelschicht zuzuordnen sind. Trotz aller Vorbehalte hinsichtlich der Daten läßt sich damit eine überwiegende Unterschichtenherkunft der Klienten beschreiben - auch wenn die quantitativen Anteile hier nicht detailliert herausgearbeitet werden können.

Die anderen Fragen, die in diesem Zusammenhang interessieren, beziehen sich v.a. auf die Struktur der Herkunftsfamilie. Fragen nach dem Tod der Eltern oder nach Scheidung sollen Auskunft darüber geben, in welchem Maße die Herkunftsfamilien der Klienten durch diese Probleme betroffen waren. Zum Zeitpunkt der Befragung waren nur in 14% bzw. 17% aller Familien die Mutter bzw. der Vater bereits gestorben. In der überwiegenden Mehrzahl aller Fälle lebten also beide Elternteile noch. Freilich konnte die Frage, ob die Eltern geschieden waren oder getrennt lebten, nur von 53% mit nein beantwortet werden. Immerhin 32% der Befragten gaben an, daß die Eltern getrennt waren, und 14% machten hier keine Angaben.

Diese Zahlen sind - selbst wenn man sie vorsichtig interpretiert - sicherlich ein Hinweis auf eine starke Konfliktbelastung in mehr als einem Drittel aller Fälle. Bestätigt werden diese Hinweise auf die Familienprobleme auch dadurch, daß die Klienten insgesamt zu mehr als 34% angeben, woanders denn zu Hause bei den Eltern hauptsächlich aufgewachsen zu sein - nämlich in Heimen oder bei anderen Verwandten; und auch dadurch, daß 60% aller Befragten angeben, daß es in ihrer Familie bereits Fälle von Suchtkrankheit und in 21% auch von psychischer Erkrankung gegeben hat. Indikatoren für eine starke Belastung und Konflikthaftigkeit der Herkunftsfamilie können somit für einen großen Teil (bis über 50%) der Klienten festgestellt werden.

3.2.4. Ehe, Partnerschaft und Wohnsituation

Die Bedeutung von privaten Beziehungen und Partnerschaften für die Entwicklung von Drogenkarrieren und auch für den Verlauf von Therapien ist nicht eindeutig zu beurteilen. Grundsätzlich kann eine feste Beziehung und eine Partnerschaft sicherlich eine sinnstiftende Funktion haben und damit einen wichtigen Orientierungspunkt für das Verhalten des Individuums darstellen. Vor diesem Hintergrund muß ins Auge fallen, wenn 60% aller Klienten ledig sind, und ca. 32% angeben, getrennt zu leben oder bereits geschieden zu sein. Und mehr als die Hälfte aller Befragten erklären, daß sie im letzten halben Jahr entweder ganz ohne Partner (40%) oder mit schnell wechselnden Partnern (17%) gelebt haben. In festen Partnerschaften (incl. Ehe) lebten hingegen im letzten halben Jahr nur 43%. Dieser hohe Anteil von Personen ohne feste Partnerschaft ist nicht ganz untypisch für die Drogenszene. Er bringt auch zum Ausdruck, in welchem Maße das private Leben durch die Drogensucht mitbeeinflusst ist, und daß die Stabilisierung privater Beziehungen und von Partnerschaften ein besonderes Problem darstellt; auch gerade hinsichtlich einer Therapie. Betrachtet man nun nur diejenigen, die angeben, in fester Beziehung bzw. Partnerschaft zu leben, so werden wir mit einem weiteren Problem konfrontiert: denn nur 36 % dieser Gruppe der Befragten gibt an, daß der Partner keine Drogen konsumiert, während über 45% antworten, daß ihr Partner momentan ebenfalls von Drogen abhängig ist - ein Befund, der für die Therapie sicherlich nicht unwichtig ist. Dabei handelt es sich in zwei Fällen um Paare, die zur gleichen Zeit an der Therapie teilnehmen bzw. sich über die gemeinsame Therapie gefunden haben.

Auch die Frage nach der derzeitigen Wohnsituation ist in ihrem Ergebnis etwas anders als erwartet. Daß etwa 15% der Befragten bekunden, im letzten halben Jahr vorwiegend im Gefängnis untergebracht gewesen zu sein, und 10% gar ohne festen Wohnsitz waren, entspricht noch weitgehend dem Stereotyp des Drogensüchtigen. Überraschend ist aber die Tatsache, daß über 43% der Befragten angeben, im letzten halben Jahr überwiegend bei "Angehörigen" gewohnt zu haben, während nur 27% eine eigene Wohnung oder ein eigenes Zimmer (in einer Wohngemeinschaft oder zur

Untermiete) hatten. Darin drückt sich nicht nur eine starke Unselbständigkeit sondern auch eine starke Familiengebundenheit aus, die ein besonderes Charakteristikum der Luxemburger Drogenszene sein dürfte. Während in den meisten Flächenstaaten das Abwandern der Drogensüchtigen in die Szene der großen Städte meist mit einem Abbruch familiärer Bindungen einhergeht, ist es in Luxemburg aufgrund der geringen Distanzen offensichtlich für viele Drogenabhängige möglich (und sicherlich aus finanziellen Gründen auch opportun), weiterhin in der Familie oder bei Verwandten zu wohnen. Dies ist eine Tatsache, die bei der therapeutischen Arbeit nicht unberücksichtigt bleiben darf.

3.2.5. Ausbildung, Beruf und Arbeitslosigkeit

Eine wichtige Zielsetzung im Rahmen des Methadonprogramms bezieht sich auf Maßnahmen und Hilfen zur beruflichen Integration. Die Chancen für eine Integration sind natürlich davon abhängig, in welchem Maße die Klienten auf dem Arbeitsmarkt konkurrenzfähig sind, d.h. welche formalen Qualifikationen, welche Schul- und Berufsbildung sie vorweisen können.

Die Frage nach der zuletzt besuchten Schule wurde von allen 28 Befragten beantwortet. Die Antworten sind in der folgende Tabelle zusammengefaßt:

Schule	N	%
Classes spéciales	1	3,57
Classes complémentaires	5	17,86
L.T. mit Abschluß	3	10,71
L.T. ohne Abschluß	17	60,71
Secondaire & E.C.G. ohne Abschluß	2	7,15
Universität oder Fachhochschule	0	0,00
Total	28	100,00

Sieht man sich die Ergebnisse der Untersuchung an so fällt als erstes auf, daß keiner der Patienten jemals eine Fachhochschule oder Universität besucht hat; und es sind nur zwei (=7%) der Klienten, die "Secondaire und ECG" besucht haben, allerdings ebenfalls ohne einen formalen Abschluß. 60% der Befragten geben an, ein "Lycée technique" besucht zu haben, allerdings ebenfalls ohne jedoch jemals einen Abschluß gemacht zu haben. Nur 10% aller Befragten haben einen Abschluß des "Lycée technique". Da in unseren Fragebogen nach der zuletzt besuchten Schule gefragt wurde, dürften all diejenigen, die ein "Lycée technique" zwar besucht, allerdings nicht abgeschlossen haben (60% der Befragten), als letzten formalen Schulabschluß - wenn überhaupt - den Primärschulabschluß gemacht haben. Von daher läßt sich zusammenfassend folgendes Bild zeichnen: die dominierende Mehrheit der Klienten hat als höchste Qualifikation den Abschluß der "classes complémentaires". Aspirationen nach höherer Bildung und Qualifikation waren zwar bei rund 77% aller Klienten durchaus vorhanden, sind aber bei der überwiegenden Mehrzahl (67%) enttäuscht worden. Solche schulischen Mißerfolgserfahrungen und Frustrationen

resultieren nicht selten in Selbstattributionen, Selbststigmatisierungen und negativen Selbsteinschätzungen, mit denen der Weg in eine Negativkarriere häufig beginnt. Neben der fehlenden formalen Qualifikation dürften es vor allem auch diese psychischen Faktoren sein, die die Hoffnung auf eine einfache, erfolgreiche berufliche (Re)integration der Drogenabhängigen dämpfen.

Dies gilt umso mehr, als auch die Zahlen zur Berufsausbildung der Klienten in ihrem Ergebnis eher alarmierend sind. Nur 7% der Klienten verfügen über eine abgeschlossene Berufsausbildung; ca. 64% haben keine oder nur eine abgebrochene Berufsausbildung, und ca. 25% sind irgendwann einmal in einer Tätigkeit angelemt worden. Zur Zeit der Befragung befindet sich nur ein Klient in der Berufsausbildung.

Vergegenwärtigt man sich diese Zahlen zur schulischen und beruflichen Qualifikationen der Drogenabhängigen, so wird nicht nur verständlich, daß etwa die Hälfte der Klienten während des letzten halben Jahres arbeitslos gewesen ist. Es wird dann auch nachvollziehbar, daß fast ein Viertel aller Klienten seit ihrer Schulentlassung schon länger als sechs Jahre arbeitslos gewesen ist, und jeder fünfte (21%) immerhin zwischen einem und fünf Jahren. Mit diesen Zahlen korrespondieren die Angaben über die Häufigkeit eines Wechsels der Arbeitsstelle. Über 58% haben seit ihrem Berufsbeginn ihre Arbeitsstelle mehr als viermal gewechselt.

Insgesamt gesehen lassen diese Ergebnisse über die schulischen und beruflichen Qualifikationen der Klienten den Schluß zu, daß die Klienten in besonders hohem Maße unausgebildet und ohne spezifische Berufskennntnisse und Berufserfahrungen sind. Dies wirft die Frage auf, wie eine berufliche Integration (denn von Re-integration vermag man kaum zu sprechen) ohne zusätzliche Hilfen und gezielte Fördermaßnahmen gelingen kann.

3.2.6. Einkommen und Schulden

Zur Zeit der Befragung waren 35% der Klienten ohne festes Einkommen; weitere 35% gaben an, über ein monatliches Einkommen von bis zu 40.000 Flux zu verfügen, und ca. 18% hatten mehr als 40.000 Flux im Monat. Doch nur bei etwa einem Viertel aller Befragten (28%) resultierte dieses Monatseinkommen überwiegend aus eigener Erwerbstätigkeit. Ein weiteres Viertel der Befragten gab überwiegend Einkünfte aus der Arbeitslosenhilfe und der Sozialhilfe an (25%). Illegale Einkünfte und Prostitution machen etwa 22% aller Nennungen aus. Folgende Tabelle gibt einen Überblick:

Einkünfte	N	%
1. Erwerbstätigkeit	14	28,57
2. Arbeitslosengeld, -hilfe	3	6,12
3. Rente, Pension	1	2,04
4. Sozialhilfe o.ä.	8	16,33
5. Unterstützung durch Angehörige	12	24,59
6. Ausbildungshilfe	-	-
7. illegale Einkünfte	6	12,25
8. Prostitution	5	10,20
Total der Nennungen	49	100,00

Vor dem Hintergrund, daß ca. 75% aller Klienten Schulden haben, und daß die Chancen auf dem Arbeitsmarkt zunächst relativ schlecht sein dürften, wird mit diesen Zahlen deutlich, wie dringlich und problematisch zugleich für die Mehrzahl der Klienten die Entwicklung einer realistischen, mittel- oder langfristigen finanziellen Perspektive sein dürfte.

3.2.7. Die Entwicklung der Drogenkarriere

Eines der zentralen Aufnahmekriterien des Methadonprogramms bezieht sich auf die Drogenkarriere der Klienten. Nur diejenigen Drogenabhängigen, die bereits seit einer Anzahl von Jahren abhängig sind und zudem schon mehrere erfolglose Therapieversuche unternommen haben, werden ins Programm aufgenommen. Das Methadonprogramm der JDH versteht sich als zusätzliches Therapieangebot für diejenigen, denen die klassischen Angebote nicht geholfen haben. Um nun mehr darüber zu erfahren, was diese spezifische Klientel charakterisiert, ist es von besonderem Interesse neben den soziodemographischen Merkmalen vor allem Informationen über den Verlauf der bisherigen Drogen- und Therapiekarriere zu erhalten. Gibt es Besonderheiten und Auffälligkeiten in der Entwicklung der Drogensucht in dieser Gruppe? Und im Rahmen der Evaluation von besonderem Interesse: lassen sich anhand der Drogenkarrieren Informationen für die Therapiearbeit und insbesondere auch für die Methadontherapie herausfiltern, die als Prädiktoren für Erfolg oder Mißerfolg dienen können? Um Antworten auf diese Fragen zu finden, haben wir in unserer Erhebung nach einigen wichtigen Punkten in der Entwicklung von Drogenkarrieren gefragt. Einige erste Ergebnisse dazu werden hier präsentiert.

3.2.7.1. Erster regelmäßiger Drogenkonsum

Eine für jede Drogentherapie wichtige Frage betrifft den ersten regelmäßigen Konsum von legalen und illegalen Drogen. Mit dieser Frage wird das Thema des jeweils speziellen Einstiegs in die Sucht mit seinen entsprechenden lebensgeschichtlichen Folgen angeschnitten. Etwa 57% der befragten Klienten geben an, bereits im Alter von 12 bis 15 Jahren regelmäßig Haschisch und Marihuana konsumiert zu haben. Setzt man die Altersgrenze etwas weiter auf 12 bis 18 Jahre, werden in dieser Altersgruppe nicht einmal für Alkohol und

Tabak so hohe Werte erreicht. Etwa 43% der Klienten geben an, in diesem Alter auch bereits regelmäßig Halluzinogene genommen zu haben, ca. 32% Beruhigungsmittel, ca. 20% Kokain, und ebenfalls etwa 20% Aufputzmittel. Der zweithöchste Wert wird von Tabak erreicht (67,68%). Auffallend ist jedoch, daß über 60% der Klienten angeben, bereits im Alter zwischen 12 und 18 Jahren regelmäßig Heroin konsumiert zu haben und für 25% trifft dies bereits im Alter von 12 bis 15 Jahren zu.

Was machen diese Zahlen deutlich? Zum einen ist die Drogenkarriere offensichtlich für viele von Beginn an auf mehrere Suchtmittel ausgerichtet. Zwar gibt es - möglicherweise in den verschiedenen Phasen unterschiedliche - Drogen, deren Konsum im Zentrum steht. Doch nur in den wenigsten Fällen scheint sich der Konsum auf eine Droge zu beschränken. Zum zweiten fällt auf, daß der Einstieg in den Heroinkonsum bei fast der Hälfte aller Befragten nicht erst nach Durchlaufen einer längeren Drogenkarriere stattfindet, in deren Verlauf immer "stärkere" Drogen genommen würden, sondern offensichtlich bereits in einem sehr frühen Stadium beginnt. Zum dritten schließlich wird erkennbar, daß für die meisten Klienten der Konsum von Haschisch und Marihuana am Beginn der Drogenkarriere steht; wenn auch nicht als einzige Droge, sondern stets auch zusammen mit anderen, zum Teil illegalen, zum Teil aber auch legalen Drogen (Tabak, Alkohol).

Erster regelmäßiger Konsum von Tabak:

Alter	N	%
1. 11 - 13 Jahre	12	42,86
2. 14 - 17 Jahre	7	25,00
3. 18 - 20 Jahre	1	3,57
4. nicht genommen	1	3,57
9. keine Angabe	7	25,00
Total	28	100,00

Erster regelmäßiger Konsum von Alkohol

Alter	N	%
1. 12 - 15 Jahre	8	28,57
2. 16 - 18 Jahre	4	14,29
3. 19 - 23 Jahre	1	3,57
4. 32 Jahre	1	3,57
5. nicht genommen	6	21,43
9. keine Angabe	8	28,57
Total:	28	100,00

Erster regelmäßiger Konsum von Marihuana, Haschisch:

Alter	N	%
1. 12 - 15 Jahre	16	57,14
2. 16 - 18 Jahre	9	32,14
3. 20 und mehr	1	3,57
9. keine Angabe	2	7,15
Total	28	100,00

Erster regelmäßiger Konsum von Heroin:

Alter	N	%
1. 12 - 15 Jahre	7	25,00
2. 16 - 18 Jahre	10	35,71
3. 19 - 23 Jahre	8	28,57
4. 24 - 27 Jahre	1	3,57
9. keine Angabe	2	7,15
Total:	28	100,00

Für die meisten der hier Befragten steht der Konsum von Haschisch und Marihuana (möglicherweise zusammen mit anderen Drogen) im Zusammenhang mit dem Einstieg in die Drogenszene, in der eine Vielzahl von anderen und auch härteren Drogen dann leichter verfügbar ist. Vielleicht helfen die Zahlen über die erste Abhängigkeit von Drogen, die im nachfolgenden Kapitel berichtet werden, bei der Beurteilung dieses Sachverhalts weiter.

3.2.7.2. Erste Abhängigkeit von Drogen

Auch die Frage nach der ersten Abhängigkeit von Drogen kann natürlich kein objektives Bild über die tatsächliche Abhängigkeit (etwa im medizinischen Sinne) liefern, sondern wird vielmehr lediglich als retrospektive, subjektive Konstruktion der eigenen Abhängigkeit interpretiert werden können. Sie bietet also Informationen darüber, wie und ab wann die Klienten aus heutiger Sicht sich selbst als abhängig von Drogen erlebt bzw. wahrgenommen haben. Am deutlichsten wird die Abhängigkeit von Heroin wahrgenommen. Mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung gegenüber dem ersten regelmäßigen Konsum geben über 60% der Befragten an, zwischen 16 und 23 Jahren erstmals abhängig gewesen zu sein. Nur 7% geben an, bereits zwischen 12 und 15 Jahren von Heroin abhängig gewesen zu sein, also in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit dem ersten regelmäßigen Konsum. Für einen großen Teil der Klienten existiert offensichtlich die Vorstellung, daß der erste regelmäßige Konsum von Heroin bei ihnen nicht unmittelbar auch zur Abhängigkeit geführt hat. Eine ähnlich hohe Abhängigkeitsquote wie bei Heroin wird von den Befragten lediglich noch hinsichtlich des Tabakkonsums berichtet.

Fast die Hälfte (46%) gaben an spätestens ab dem 15.

Lebensjahr von Tabak abhängig zu sein. Vergleicht man die Antworten der Frage nach dem Zeitpunkt der Abhängigkeit von Tabak mit dem Aussagen über den ersten regelmäßigen Konsum von Tabak so wird ersichtlich, daß aus dem ersten regelmäßigen Gebrauch sehr bald bei den meisten Personen eine Abhängigkeit erwächst. Nur 2 Personen gaben an, nicht von Tabak abhängig zu sein. Bei Haschisch und Marihuana hingegen, das nach unseren Zahlen immerhin 90% der Befragten zwischen 12 und 18 Jahren regelmäßig nahmen, sind es nur 17% die angeben, in diesem Alter auch davon abhängig gewesen zu sein. Bei Vielen herrscht offensichtlich die Vorstellung, daß auch bei regelmäßigem Konsum nur eine geringe Abhängigkeitsgefahr droht, der Konsum ansonsten ungefährlich und konsequenzenlos ist. Was die anderen Drogen betrifft (Kokain, Halluzinogene, Beruhigungsmittel, Aufputzmittel, Schnüffelstoffe, Alkohol) wird nur in wenigen Fällen von einer Abhängigkeit im Alter zwischen 12 und 18 Jahren berichtet. Erst in späteren Lebensaltern und in fortgeschrittenen Suchtphasen spielen offensichtlich Abhängigkeiten auch von diesen Drogen eine etwas größere Rolle, aber immer noch vergleichbar gering zu Heroin.

3.2.8. Entgiftungen und Entwöhnungen

Die überwiegende Zahl der Befragten hat bereits eine Vielzahl von stationären Entgiftungsbehandlungen, Entwöhnungsbehandlungen und Eigenentzügen unternommen (unter "Entgiftungsbehandlung" verstehen wir einen kürzeren stationären Aufenthalt in einer Klinik zum körperlichen Drogenentzug, unter "Entwöhnungsbehandlung" den meist längerfristigen stationären Aufenthalt in einer spezialisierten suchttherapeutischen Einrichtung). Die Hälfte aller Klienten des Methadonprogramms waren bereits zweimal und öfters in stationärer Entwöhnungsbehandlung, nahezu 58% haben vier und mehr stationäre Entgiftungsbehandlungen mitgemacht, und 67% geben an, viermal und öfters Eigenentzüge versucht zu haben: wobei allein 42% sagen, dies bereits öfters als zehnmal versucht zu haben. Die Drogenkarriere wird somit begleitet von einer Karriere vielfach gescheiterter Entzugs- und Therapieanstrengungen. Daraus erklärt sich zum einen die Motivation für ein alternatives Programm wie das Methadonprogramm; zum anderen aber ist anzunehmen, daß aufgrund dieser permanenten Erfahrungen des Scheiterns vermutlich der Glaube an die eigene Fähigkeit zur erfolgreichen Bewältigung dieses erneuten Therapieversuches negativ beeinträchtigt ist.

3.2.9. Kriminalitätsbelastung

Die Kriminalitätsbelastung der Klienten des Methadonprogramms ist erwartungsgemäß sehr hoch. Nahezu alle Befragten (93%) sind nach ihrer eigenen Aussage bereits einmal mit dem Drogengesetz in Konflikt geraten, und immerhin noch mehr als drei Viertel aller Klienten sind deswegen bereits einmal angeklagt und auch verurteilt worden (78%). Für mehr als die Hälfte der Klienten (53%) hat dies zu Haftstrafen

bis zu einem Jahr geführt. Fast ein Viertel aber war bereits mehr als zwei Jahre in Arrest. Lediglich 21% der Klienten haben noch nie eine Arreststrafe erhalten oder antreten müssen.

3.2.10. Gesundheitsdaten (Dr. med. Paul RAUCHS, Psychiater)

Die Gegner der Methadonbehandlung sehen in dieser eher eine Therapie an der Gesellschaft als an dem Einzelnen. Man vergißt aber dann, daß an der Basis der Methadonbehandlung das Verschreiben eines Rezeptes liegt, es handelt sich also tatsächlich um die medizinische Betreuung eines einzelnen Patienten, die eine Untersuchung, eine Diagnose und eine Therapie beinhaltet.

Untersuchung und Diagnose jedes Patienten unterliegen je dem behandelnden Psychiater und einem Allgemeinpraktiker oder Internisten. Auf diese Weise kann die obligatorische Behandlung eines etwaigen körperlichen Leidens in den Behandlungsvertrag aufgenommen werden.

Die somatische Anfangsuntersuchung der 28 Patienten ergab folgenden Befund:

Drei Patientinnen waren bei der Aufnahme ins Programm schwanger und wurden unter Methadon entbunden;

Zwei Phlebitis in der Armgegend, bedingt durch intravenöses Fixen;

Acht erhöhte Lebertransaminasenwerte, die größtenteils auf übermäßigen, begleitenden Alkoholkonsum zurückzuführen sind; in manchen Fällen aber eine noch gravierende Hepatitis anzeigen;

Die Hepatitisserologie weist in 13 Fällen einen positiven Befund aus:

- 1x konnte Ag Hbs nachgewiesen werden;
- 8x konnte Hepatitis-B Immunität festgestellt werden;
- 2x konnte Hepatitis-A Immunität festgestellt werden;
- 5x konnte Hepatitis-C Immunität festgestellt werden;

Einige seropositive HIV-Werte wurden ermittelt (auf die Angabe der genauen Anzahl wird an dieser Stelle verzichtet, um der Gefahr einer unnötigen Stigmatisierung der Betroffenen vorzubeugen). Eine Sero-Konversion von test-negativen Patienten während der Programmteilnahme konnte nicht festgestellt werden.

Außer den HIV-positiven Patienten befanden sich alle Patienten in einem zufriedenstellenden bis sehr guten Gesamtzustand. Neuerdings werden in regelmäßigen Abständen systematische Untersuchungen vorgenommen, um die oben dargestellte Anfangserhebung durch eine Langzeitevolution zu vervollständigen.

4. Motive und Erwartungen der Patienten hinsichtlich der Methadontherapie.

Aus evaluationstechnischen Gründen konnten zu diesem Fragekomplex jene Patienten nicht befragt werden, die bereits vor Evaluationsbeginn im Programm waren. Es wäre unzulässig und wissenschaftlich unsauber, die Motivationen und Erwartungen dieser Patienten retrospektiv, d.h. mit einer Zeitverschiebung von bis zu einem Jahr, feststellen zu wollen. Die folgenden Ausführungen beziehen sich daher nur auf jene 14 Patienten, die nach Evaluationsbeginn ins Methadonprogramm aufgenommen wurden. Wir haben in einigen offenen Fragen die Klienten zu Beginn der Methadontherapie gefragt, was sie sich von der Therapie erwarten und welches ihre speziellen Motive oder auch Anlässe waren, sich für eine Therapiestelle zu bewerben. Insgesamt fielen die Auskünfte hierzu eher mager aus; was nicht nur an der fehlenden Thematisierungsbereitschaft und -fähigkeit der Klienten liegen dürfte, sondern vielleicht auch daran, daß die Auseinandersetzung mit der eigenen Sucht und der Bereitschaft für eine Therapie anfänglich nur wenig entwickelt ist. Dennoch läßt sich aufgrund der gegebenen Antworten ein dominantes Motivationsmuster nachzeichnen, das für die meisten Klienten zutreffend sein dürfte, auch wenn in einzelnen Punkten andere Schwerpunkte gesetzt wurden. Die Klienten handeln aus der Erfahrung und Erkenntnis heraus, daß die Abhängigkeit von Heroin ihr ganzes Leben zerstört und sie selbst letztlich auch tödlich bedroht. Vom Heroin wegzukommen, nicht mehr abhängig zu sein, ist daher das von nahezu Allen genannte primäre Ziel. Für Viele steht dahinter auch die Angst vor gesundheitlichen

Schäden, oder ganz konkret auch die Angst davor, erneut ins Gefängnis zu müssen. Die Methadontherapie wird daher für viele zur letzten Hoffnung auf einen Ausstieg aus der Sucht und aus einem Leben, das für sie unerträglich geworden ist. Daher ist der Ausstieg bei den meisten Klienten auch nicht nur als ein Leben ohne Drogen definiert, sondern als der Traum nach einem geglückten, weil kontrollierbaren Leben, ein Traum nach Normalität, Alltäglichkeit, Ordnung und Sicherheit, nach einem normalen Leben mit regelmäßiger Arbeit, einer Familie etc.

Die Methadontherapie wird deshalb als besonders vorteilhaft angesehen, weil sie es erlaubt, bereits während der Therapie erste Schritte in Richtung Normalität zu tun, d.h. zu arbeiten, Schulden abzubauen, mit dem Partner oder gar dem Kind zusammenzuleben. Sie ist daher für viele wesentlich leichter zu ertragen als eine Therapie in einer geschlossenen Anstalt, und bietet dennoch auch eine Art Kontrolle und Disziplinierung während des Entzugs vom Heroin. Daß dabei eine neue Abhängigkeit von Methadon in Kauf genommen werden muß, wird von vielen als Nachteil angesehen. Dies wohl auch deshalb, weil viele nicht genau wissen, wie leicht oder wie schwer ein Abbau von Methadon ist und welche gesundheitlichen Folgen Methadon hat. Kritik wird auch daran laut, daß die tägliche Präsenzpflicht zur Methadoneinnahme nur schwer mit beruflichen Verpflichtungen zu koordinieren sei.

5. Risikoverhalten bzgl. AIDS

Da das Methadonprogramm auch Teil der AIDS-Prävention ist, haben wir in unserem Fragebogen auch versucht, Auskunft über das Risikoverhalten der Klienten in Bezug auf AIDS zu erhalten. Auch hier sind die Fallzahlen zur Zeit freilich noch sehr gering, und die Rate der Antwortverweigerer ist höher als gewöhnlich. Auf die allgemeine Frage danach, ob sie vor Eintritt in das Programm bereits Vorsichtsmaßnahmen beim Konsum von Drogen wegen AIDS getroffen haben, antworten die meisten Klienten zunächst mit Ja. Sie betonen, daß sie stets versucht haben, nur ihr eigenes Spritzbesteck zu benutzen. Stellt man nun umgekehrt die Frage, wie oft dennoch fremdes Spritzbesteck benutzt wurde, so gibt etwa die Hälfte der Befragten an, daß sie dies selten oder auch häufig getan haben. Als Hauptgründe dafür werden "fehlendes eigenes Spritzbesteck" und "geschlossene Apotheken" genannt. Fragt man nach Vorsichtsmaßnahmen bei sexuellen Kontakten, so zeigt sich, daß auch hier etwa die Hälfte angeben, keine Vorsichtsmaßnahmen getroffen zu haben - weil Kondome generell abgelehnt werden, oder

man der eigenen Einschätzung vertraut und annimmt zu wissen, ob der Partner testnegativ ist oder nicht; selbst wenn man eine Vielzahl von sexuellen Kontakten zum Teil mit wechselnden Partnern hat. Diejenigen, die angeben, Vorsichtsmaßnahmen getroffen zu haben, befinden sich in der Regel in einer festen Partnerschaft, und sehen in der sexuellen Treue die wichtigste Vorsichtsmaßnahme. Grundsätzlich glauben die Befragten hinsichtlich der Gefährdung durch AIDS und der möglichen Vorsichtsmaßnahmen hinreichend informiert zu sein.

6. Drogenbegleitkonsum: Ergebnisse der Urinalysen

6.1. Sinn und Zweck der Urinalysen

Das Methadonprogramm der JDH sieht regelmäßige Urinalysen vor, die Aufschluß darüber geben sollen, in welchem Ausmaß die Klienten und Klientinnen auch während der Methadontherapie von anderen Suchtmitteln Gebrauch machen. Die systematische Kontrolle dieses Drogenbegleitkonsums dient einem doppelten Zweck. Sie ist zum einen Grundlage für die Kontrolle und Disziplinierung der Klienten im Rahmen des Methadonprogramms, d.h. positive Analysen werden mit Sanktionen belegt, durch die ein zusätzlicher Druck in Richtung therapiekonformes Verhalten erzeugt werden soll (mehr dazu siehe Kapitel 7). Die Urinalyse dient aber zum anderen - v.a. im Rahmen eines Pilotprogramms - der Kontrolle der Wirkungen und Grenzen der Methadontherapie, d.h. sie gibt Antwort auf die Frage, in welchem Ausmaß welche Drogen von welchen Klientengruppen auch während der Therapie konsumiert werden, und ermöglicht so zum einen eine zielgruppenspezifische Modifikation des Programms, zum anderen den Einsatz von unterstützenden und begleitenden therapeutischen Maßnahmen.

Im folgenden sollen v.a. drei Fragen anhand der vorliegenden Daten aus den Urinalysen diskutiert werden:

1. In welchem Ausmaß konsumierten die Programmteilnehmer weiterhin Suchtmittel (Opiate, Kokain, Benzodiazepine, Amphetamine, Cannabis)?
2. Gibt es Unterschiede im Begleitkonsum zwischen den Teilnehmern, die das Methadonprogramm abbrachen oder ausgeschlossen wurden und solchen, die die Therapie regulär beendet haben oder noch im Programm verweilen?

Hintergrund der zweiten Frage ist das Interesse an unterschiedlichen Mustern des Substanzmißbrauchs zwischen verschiedenen Subpopulationen, um eventuell Prädiktoren und Indikatoren für eine verbesserte Methadontherapie zu finden. Aufgrund der geringen Anzahl der Programmteilnehmer ist es zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht sinnvoll, einen Vergleich anderer Subpopulationen (z.B. weiblich-männlich, Arbeitslose-Erwerbstätige) vorzunehmen.

3. Wie verändert sich der Begleitkonsum während der Therapie?

6.2. Aussagekraft der Analysen

Für eine adäquate Interpretation der Daten aus den Urinalysen sind einige zusätzliche Informationen

über die Verfügbarkeit und Qualität der Daten zu berücksichtigen.

- a) Die Urinalysen wurden in der Regel zweimal wöchentlich durchgeführt. Damit liegen eine Vielzahl von Meßzeitpunkten für die Analyse der Entwicklung des Drogenbegleitkonsums vor.

Dennoch muß festgehalten werden, daß es sich hier nicht um kontinuierliche Tag-für-Tag Daten handelt, so daß möglicherweise nicht jeder Konsum von Drogen von den hier vorliegenden Daten wiedergegeben wird. Problematisch ist zudem, daß aus labortechnischen Gründen für zwei Monate keine Analysen geliefert wurden.

- b) Die Aussagekraft der Urinalysen bezüglich der verschiedenen Substanzen ist sehr unterschiedlich, da die Dauer der Nachweisbarkeit im Urin variiert. Bestimmte Substanzen können mehrfach nachgewiesen werden, da sie langsam abgebaut werden, andere Substanzen sind nach zwei bis vier Tagen nicht mehr nachweisbar. Außerdem hängt die Dauer der Nachweisbarkeit in der Regel auch von der Quantität der konsumierten Droge sowie von individuellen Stoffwechsel-Faktoren ab, so daß es auch für eine bestimmte Substanz noch eine relativ große interindividuelle Variationsbreite in der Nachweisbarkeit gibt.

Nachfolgend einige Angaben zur Dauer der Nachweisbarkeit der untersuchten Substanzen bzw. Substanzgruppen, wobei es sich bei den Angaben nicht um exakte Werte, sondern um Erfahrungswerte handelt.

1. Amphetamine: bis zu 2 Tagen
2. Benzodiazepine: bis zu 14 Tagen, unterschiedlich je nach Substanz
3. Cannabis: bis zu 21 Tagen
4. Kokain: bis zu 4 Tagen
5. Opiate: bis zu 2 Tagen

Bei länger nachweisbaren Substanzen (Benzodiazepine, Cannabis) stellt sich generell das Problem, daß zwischen einmaliger Einnahme, mehrmaligem Konsum und chronischem Mißbrauch über mehrere Analysen hinweg nicht deutlich unterschieden werden kann, da auch ein zeitlich begrenzter Konsum mehrere positive Analysen nach sich ziehen kann.

Im ersten Monat der Programmteilnahme können noch Rückstände von Benzodiazepinen (aber auch von Cannabis) ausgeschieden werden, deren Einnahme vor Beginn der Therapie erfolgte. Aus diesem Grund werden positive Analysen auf Benzodiazepine im ersten Monat der Programmteilnahme nicht sanktioniert. Die Ergebnisse erlauben auch keinen Rückschluß auf einen eventuellen Begleitkonsum von Benzodiazepinen in dieser Zeit.

In der Anfangsphase des Methadonprogramms war die

Einnahme von Benzodiazepinen nicht reglementiert, einige Klienten erhielten diese auf ärztliche Verordnung weiterhin. Die Sanktionierung von Benzodiazepine begann erst am 10.2.90.

6.3. Die Ergebnisse der Analysen

Vorab sei darauf hingewiesen, daß aus methodischen Gründen bei der Auswertung der Ergebnisse in den Kapiteln 6, 7 und 8 nur solche Werte berücksichtigt wurden, bei denen die Stichprobe aus mindestens fünf Klienten bestand. Somit konnten nur Daten bis zum jeweils zehnten Monat der Programmteilnahme in unserer Analyse berücksichtigt werden.

6.3.1. Sanktionierte Substanzen (Amphetamine, Benzodiazepine, Kokain, Opiate)

Es sei zunächst darauf hingewiesen, daß erfreulicherweise in keiner Urinanalyse Rückstände von Amphetaminen auftraten. Aus diesem Grund werden diese Substanzen in der folgenden Ergebnisdarstellung nicht erwähnt.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über das Verhältnis von durchgeführten und positiven Analysen, wobei auch alle verweigerten Analysen als positiv gewertet wurden. In dieser Tabelle bleiben die positiven Analysen, die nicht sanktioniert wurden, unberücksichtigt. Hierzu zählen Cannabis und tolerierte Benzodiazepine. Tolerierte Benzodiazepine bedeutet:

- vom Arzt verordnete bzw. gestattete Benzodiazepine,
- im ersten Monat der Programmteilnahme nachgewiesene Benzodiazepine, da in dieser Zeit noch Rückstände von vorherigem Benzodiazepinkonsum ausgeschieden werden können,
- vor Beginn der Sanktionierung nachgewiesene Benzodiazepine.

Verweigte Analyse bedeutet, daß die Klienten aus den verschiedensten Gründen, z.B. "Analyse ist sowieso positiv, weil ich gestern etwas genommen habe" oder "ich kann nicht urinieren" keinen Urin abgeben.

Tabelle 1:

%-Anteil der positiven Analysen (PA) auf Opiate, Kokain und Benzodiazepine (ohne Berücksichtigung tolerierter Benzodiazepine und Cannabis) bezogen auf die Gesamtzahl der Analysen.

Monate im Programm	Analysen Total	PA Total	%-Anteil der PA an den Analysen Total	N
1	147	38	25,85	28
2	161	45	27,97	21
3	131	18	13,74	21
4	131	10	7,63	20
5	107	24	22,43	14
6	79	21	26,58	13
7	70	8	11,43	9
8	47	9	19,15	7
9	36	5	13,89	6
10	34	3	8,82	5

Nach dieser Tabelle liegt der Anteil der sanktionierten positiven Analysen in den ersten sechs Monaten der Programmteilnahme zwischen 22% und 28%, wobei jedoch im dritten und vierten Monat ein deutlicher aber vorübergehender Abfall des Konsums zu verzeichnen ist, für den wir bisher noch keine schlüssige Interpretation gefunden haben. Nach dem sechsten Monat sinkt der Anteil der positiven Analysen an Opiaten, Kokain und sanktionierten Benzodiazepinen deutlich ab. Die prozentualen Anteile schwanken zwischen 9% und 19%.

Insgesamt ergibt sich nicht das Bild eines linearen Verlaufes, aber die Ergebnisse können vorsichtig dahingehend interpretiert werden, daß in den ersten sechs Monaten ein Begleitkonsum von ca. 25% zu verzeichnen ist, der danach deutlich absinkt und im zehnten Monat der Programmteilnahme nur noch 8,82% beträgt.

Die Tatsache, daß zu Beginn des Programms bei ungefähr drei Viertel aller Urinanalysen keine sanktionierten Stoffe nachzuweisen waren, und sich dies sogar bis auf über 90% aller Analysen (im 10. Monat) erhöht, verweist auf einen sich verringern den Drogenbegleitkonsum während der Methadontherapie. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit der Zielsetzung des Methadonprogramms, kann freilich in diesem Zwischenbericht nur als vorläufig und noch zu bestätigend angesehen werden.

Denn wie an der Entwicklung der Klientenzahlen (N) über die Zeit hinweg zu sehen ist, geht die Abnahme des Drogenbegleitkonsums einher mit einer Reduzierung der Klientenzahl. Da wir wissen, daß erfolgreiche Methadontherapien in der Regel länger als sechs oder neun Monate dauern, können wir vermuten, daß die Reduzierung der positiven Analysen wenigstens zum Teil dadurch zustande kommt, daß diejenigen Klienten mit hohem Drogenbegleitkonsum vorzeitig und ohne erfolgreichen Abschluß aus dem Programm ausgeschieden sind (vgl. Kap. 6.5.). Freilich läßt sich auch für Patienten, die längere Zeit im Programm verblieben sind, eine Reduzierung des Drogenbegleitkonsums nachweisen.

Von besonderem Interesse ist nun die Frage, in welchem Ausmaß die verschiedenen Substanzen zu diesem Ergebnis beitragen. Hierüber gibt Tabelle 2 Auskunft, in der das Verhältnis der positiven Analysen zu den

Gesamtanalysen nach den verschiedenen Substanzen differenziert wird.

Tabelle 2:
%-Anteil der positiven Analysen auf Opiate, Kokain und Benzodiazepine an den Gesamtanalysen (ohne Berücksichtigung tolerierter Benzodiazepine)

Monate im Programm	Analysen total	%-Anteil Opiate	%-Anteil Kokain	%-Anteil Benzodiazepine	N
1	147	25,17	0,68	(32,65)	28
2	161	21,74	3,11	3,72	21
3	131	12,74	2,29	0,76	21
4	131	6,11	-	-	20
5	107	17,76	3,74	2,80	14
6	79	11,40	3,80	10,13	13
7	70	8,53	-	2,86	9
8	47	6,38	2,13	10,60	7
9	36	5,56	-	11,11	6
10	34	5,88	2,97	5,88	5

Tabelle 2 zeigt, daß der Begleitkonsum von Opiaten im ersten Monat der Programmteilnahme in ca. 25% der Analysen nachgewiesen wurde. Dieser Wert sank in den folgenden Monaten bis auf 6,11% (im vierten Monat) ab. Im fünften Monat ist ein vorübergehender Anstieg des Opiatgebrauchs zu verzeichnen, wobei dieser Wert (17,76%) immer noch deutlich niedriger ist als im ersten Monat der Programmteilnahme. Nach dem fünften Monat sank der Opiatkonsum kontinuierlich und ging auf 5,88% im zehnten Monat zurück. Bisher ist unklar, worauf die gefundenen Schwankungen der ersten Monate zurückzuführen sind. Die gesamte Entwicklung des Opiatkonsums kann indessen als positiv angesehen werden, zeigt sich doch ein zunehmender Opiatverzicht bei einer längeren Programmteilnahme.

Der Konsum an Kokain leistete einen wesentlich geringeren Beitrag an den positiven Analysen. Tabelle 2 zeigt, daß die Werte zwischen 0% und 3,8% schwanken. Dies bedeutet, daß erfreulicherweise relativ wenig Kokain in den ersten zehn Monaten der Programmteilnahme konsumiert wurde.

Für den Konsum von Benzodiazepinen zeigt sich kein klares Ergebnismuster. Es muß davon ausgegangen werden, daß der relative hohe Anteil der positiven Analysen auf Benzodiazepine im ersten Monat (32,65%) zu einem großen Teil auf die Einnahme dieser Substanz vor Therapiebeginn zurückzuführen ist. In den Monaten zwei bis zehn der Programmteilnahme schwanken die Anteile der positiven Analysen auf Benzodiazepine zwischen 0% und 11,11%. Eindeutige Aussagen werden unter anderem durch die lange Nachweisbarkeit dieser Substanz im Urin erschwert. Darüberhinaus verblieben bis zum zehnten Monat lediglich fünf Personen im Programm, sodaß vier positive Analysen auf Benzodiazepine bereits zu einem Anteil von 11,11%, dem zweithöchsten Wert überhaupt, führten.

Insgesamt kann somit lediglich festgehalten werden, daß ein Teil der Klienten während der Methadontherapie Benzodiazepine einnahm, wobei das Ausmaß des Substanzgebrauchs in einem tolerierbaren Rahmen, das heißt zwischen 0% und 12% lag.

6.3.2. Cannabis

Wir haben uns entschieden, die Werte der Analysen auf Cannabis getrennt vorzustellen, da der Konsum von Cannabis während der Methadontherapie nicht in Analogie zu den anderen Substanzen sanktioniert werden kann - dies in erster Linie aus analysetechnischen Gründen (siehe hierzu auch Kapitel 1.4.3.).

Tabelle 3 gibt Auskunft über den %-Anteil von Cannabis an den gesamten Analysen. Hervorzuheben ist, daß diese Ergebnisse nicht bestätigt sind, d.h. eine mögliche 5%-Fehlerquote bei den positiven Ergebnissen zu berücksichtigen ist.

Tabelle 3:
Anteil positiver (nichtsanktionierter) Analysen auf Cannabis an den Gesamtanalysen

Monate im Programm	Analysen Total	%-Anteil Cannabis	N
1	147	44,90	28
2	161	49,70	21
3	131	51,15	21
4	131	61,83	20
5	107	66,36	14
6	79	65,82	13
7	70	72,86	9
8	47	74,47	7
9	36	55,56	6
10	34	64,70	5

Aus der Tabelle wird ersichtlich, daß Cannabis einen hohen Anteil positiver Analysen liefert (44% - 74%). Es kann gesagt werden, daß im Schnitt mehr als die Hälfte der durchgeführten Analysen positive Ergebnisse auf Cannabis brachten. Dieses Ergebnis steht in starkem Kontrast zu den übrigen untersuchten (und sanktionierten) Drogen, die weit weniger zu positiven Analysen führten und bei denen eine deutliche Tendenz zur Abnahme vorliegt. Dies hat u.E. mehrere Gründe:

1. Analysetechnische Gründe: Cannabis ist bis zu 3 Wochen im Urin nachweisbar. Die positiven Ergebnisse differenzieren also nicht zwischen gelegentlichem Konsum und regelmäßigem bzw. chronischem Mißbrauch. Daher lassen diese Ergebnisse nur sehr beschränkt Rückschlüsse auf die tatsächlichen Konsumgewohnheiten der Programmteilnehmer zu.
2. Da Cannabis nicht sanktioniert wird und der Konsum nur bei offensichtlichem Mißbrauch thematisiert wird, ist der Disziplinierungseffekt nicht wie bei den anderen Substanzen gegeben. Es ist anzunehmen, daß die Klienten sorgloser mit Cannabis umgehen und die Hemmschwelle zu dessen Konsum zumindestens kurzfristig geringer ist. Ob dies auch ein Langzeiteffekt ist, kann jetzt noch nicht beantwortet werden.

6.4. Veränderungen des Konsums im Verlauf

Neben der Quantität des Drogenbegleitkonsums erhebt sich nun die Frage, ob und inwieweit sich Art und Ausmaß des Drogenkonsums der verschiedenen Klienten im Verlauf des Methadonprogramms verändert. Hierzu wurden die Daten von 18 Klienten analysiert, die mindestens drei Monate lang im Programm verblieben. Es sei darauf hingewiesen, daß wir im folgenden u.a. zwischen "regulären" und "nicht-regulären" Klienten differenzieren. Zur Gruppe der "nicht-regulären" Patienten zählen solche, die die Therapie abbrachen oder aus dem Programm ausgeschlossen wurden. Unter "regulären" verstehen wir solche Klienten, die normal am Programm teilnehmen oder die Therapie erfolgreich abgeschlossen haben.

Wie bereits erwähnt, konsumierten die Programmteilnehmer nur in geringen Maße Kokain. Von den obengenannten 18 Klienten fanden sich lediglich bei sechs Klienten positive Analysen auf Kokain. Vier von ihnen brachen das Programm vorzeitig ab, ein Klient beendete die Therapie erfolgreich und eine weitere Klientin nimmt zu Zeit noch regulär am Programm teil. Dieses Ergebnis ist insofern zufriedenstellend, da:

1. zwei Drittel der Klienten überhaupt keinen Kokainkonsum im Beobachtungszeitraum aufwiesen, und
2. Kokain bei den anderen Klienten nur vereinzelt gefunden wurde.

Insgesamt kann davon ausgegangen werden, daß die regulären Programmteilnehmer keinen oder höchstens

sehr vereinzelt Gebrauch von Kokain machten.

Wenden wir uns nun der Frage zu, was sich über den Verlauf des Opiat-Begleitkonsums der verschiedenen Programmteilnehmer sagen läßt.

Zur Auswertung der Daten haben wir 7 Kategorien entwickelt, in denen die zeitlichen Veränderungen des Opiatkonsums beschrieben werden können. (Tabelle 4)

Erläuterungen zu Tabelle 4:

PA	: Positive Analysen
Niedriges Niveau	: Maximal vier PA auf Opiate in zwei Monaten
Durchgehend niedrig	: PA auf Opiate sind sehr selten im Urin, z.B. insgesamt nur drei PA bei einer 15-monatigen Programmteilnahme
Hohes Niveau	: ca. vier PA auf Opiate in einem Monat
Nicht-Reguläre	: brachen die Therapie ab oder wurden vom Programm ausgeschlossen
Reguläre	: normale Programmteilnahme oder erfolgreicher Therapieabschluß

Bei drei Klienten zeigte sich überhaupt kein Opiatkonsum während der Therapie (Kategorie I). Sie gehören alle zur Gruppe der Regulären.

Kategorie II erfaßt solche Personen bei denen positive Analysen auf Opiate nur in sehr seltenen Fällen auftraten. Hierzu zählen Klienten, bei denen z.B. insgesamt nur drei positive Analysen bei einer 15-monatigen Programmteilnahme auftraten. Dieses Ergebnis fand sich bei fünf Personen. Eine von ihnen brach die Therapie ab, die anderen vier gehören zur Gruppe der regulären Klienten.

Zwei Programmteilnehmer hatten zu Beginn einen nie-

Tabelle 4:
Verlauf des Opiatkonsums

Verlauf des Opiatkonsums	Bemerkungen	
Kategorie I: Nie Opiate im Urin	3x	alle 3 Patienten zählen zur Gruppe der Regulären
Kategorie II: durchgehend niedriger Opiatkonsum	5x	davon 4 Reguläre, 1 Nicht-reguläre
Kategorie III: niedriger Beikonsum zu Beginn, der auf 0 fällt	2x	beide Reguläre
Kategorie IV: niedriger Beikonsum zu Beginn, Abfall auf Null PA, erneuter Anstieg auf niedriges Niveau	3x	davon: 1 Reguläre, 2 Nicht-Reguläre
Kategorie V: niedriger Beginn Anstieg auf hohes Niveau	1x	Regulärer Patient
Kategorie VI: Beginn: hohes Niveau Abfall auf niedriges Niveau	2x	davon: 1 Reguläre, 1 Nicht-reguläre
Kategorie VII: durchgehend hoher Konsum Therapie vorzeitig ab	2x	beide Nicht-Reguläre Patienten, d.h. sie brachen die Therapie vorzeitig ab

drigen Opiatbegleitkonsum, der später auf Null abfiel. (Kat.III)

Niedriger Begleitkonsum bedeutet, daß innerhalb von zwei Monaten maximal vier positive Analysen auf Opiate gefunden wurden.

Zur Kategorie IV zählen Personen, die zu Beginn einen niedrigen Opiatkonsum aufwiesen, der im Verlauf der Therapie auf Null absank um danach erneut auf ein niedriges Niveau anzusteigen. Dieser Verlauf wurde bei drei Klienten festgestellt, von denen zwei die Therapie vorzeitig abbrachen. Der dritte Klient befindet sich zur Zeit noch im Programm.

Nur in einem Fall konnte ein Anstieg des Begleitkonsums von einem anfänglich niedrigen auf ein hohes Niveau beobachtet werden. Es handelt sich hierbei um eine reguläre Klientin. (Kat. V)

Umgekehrt wurde bei zwei Personen ein Abfall des Opiatkonsums von hohem auf ein niedriges Niveau festgestellt (Kat. VI). Hierbei handelt es sich jeweils um einen regulären und einen nicht-regulären Programmteilnehmer.

Kat. VII erfaßt zwei Klienten, bei denen durchgehend ca. vier positive Analysen auf Opiate im Monat auftraten. Beide gehören zur Gruppe der Therapieabbrecher.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß es zehn von 18 (55%) Klienten gelang, den Opiatkonsum weitgehend einzustellen (Kat. I-III). Nur zwei dieser Klienten brachen die Therapie vorzeitig ab. Die bei den anderen Programmteilnehmern dieser Gruppe aufgetretenen Rückfälle scheinen eher Ausnahmeseinungen zu sein und können therapeutisch im Sinne einer Rückfallprävention genutzt werden. Die Kategorien IV-VII zeigen sehr heterogene Verläufe sowohl hinsichtlich des Opiatkonsums als auch im Hinblick auf eine erfolgreiche Programmteilnahme. Vorhersagen bzgl. des Therapieverlaufs, die sich allein auf den Drogenbegleitkonsum stützen, können somit nicht gemacht werden. Als Fazit kann lediglich festgehalten werden, daß ein anfänglich geringer Opiatbegleitkonsum eher als Hinweis auf eine erfolgreiche Programmteilnahme gewertet werden kann, umgekehrt aber ein erhöhtes Ausgangsniveau nicht unbedingt zu einen Therapieabbruch führt.

Von Interesse wäre nun auch die Frage, wie sich der Benzodiazepinbegleitkonsum während der Therapie entwickelt. Wie bereits am Anfang dieses Kapitels ausgeführt, ist die Interpretation des Benzodiazepinkonsums anhand der Urinalysen nicht präzise möglich, sodaß nur ungefähre Aussagen getroffen werden können. Darüberhinaus begann die Sanktionierung von positiven Analysen auf Benzodiazepine (als eindeutiges Signal für das Verbot der Einnahme) erst am 10.2.90. Aus diesem Grund werden in der folgenden Auswertung nur solche Personen berücksichtigt, die:

a) erst nach Februar 90 ins Programm aufgenommen wurden, und

b) mindestens drei Monate in der Therapie verblieben.

Zu diesem Personenkreis zählen N=7 Klienten. Aufgrund der langen Nachweisbarkeit der Benzodiazepine im Urin bleiben die positiven Analysen im ersten Monat unberücksichtigt, sodaß zur Bestimmung des Ausgangsniveaus der jeweils zweite Monat der Programmteilnahme herangezogen wird.

Tabelle 5 zeigt die gefundenen Verläufe des Benzodiazepinkonsums. Erfreulicherweise gab es nur einen Klienten, dessen Benzodiazepinkonsums im zweiten Monat der Therapie als hoch bezeichnet werden muß (Kat.III; hohes Ausgangsniveau bedeutet, daß fünf positive Analysen auf Benzodiazepine in einem Monat auftraten) Nur zwei Klienten zeigten ein niedriges Niveau d.h. sie hatten in den ersten Monaten der Programmteilnahme maximal eine positive Analyse auf Benzodiazepine. Auch bei ihnen wurden nach insgesamt dreimonatiger Therapie keine Benzodiazepine mehr im

Tabelle 5:
Verlauf des Benzodiazepinkonsums

Verlauf des Benzodiazepinkonsums	N	Bemerkungen
Kategorie I: Durchgehende Benzodiazepinfreiheit	4	alle Reguläre
Kategorie II: niedriges Ausgangsniveau auf Null absinkend	2	davon:Reguläre :1, Nicht-Reguläre:1
Kategorie III: hohes Ausgangsniveau auf Null absinkend	1	Reguläre

Urin nachgewiesen (Kat.II). Schließlich gab es vier Klienten, deren Urin stets frei von Benzodiazepinen war (Kat.I).

Wenn auch die hier untersuchte Stichprobe sehr gering ist, so kann dieses Ergebnis dennoch als vorläufiger Hinweis darauf betrachtet werden, daß die Praxis des Methadonprogramms einen Benzodiazepinabusus weitgehend ausschaltet, und somit die Gefahr einer

Erläuterungen zu Tabelle 5:

niedriges Ausgangsniveau	:	1 positive Analyse auf Benzodiazepine/Monat
hohes Ausgangsniveau	:	5 positive Analysen auf Benzodiazepine/Monat
Reguläre Klienten	:	normale Programmteilnahme oder erfolgreicher Therapieabschluß
Nicht-reguläre Klienten	:	brachen die Therapie ab oder wurden ausgeschlossen



Suchtverlagerung auf Benzodiazepine nicht besteht.

6.5. Unterschiede zwischen "regulären" und "nicht-regulären" Klienten

Es erhebt sich nun die Frage, ob sich der Konsum von Opiaten, Kokain und Benzodiazepinen zwischen Klienten, die regulär am Programm teilnahmen oder die Therapie bereits abgeschlossen haben (sogenannte Reguläre), und solchen, die die Therapie abbrachen oder ausgeschlossen wurden (sogenannte Nicht-Reguläre), unterscheidet. Tabelle 6 gibt Aufschluß über den Substanzgebrauch dieser beiden Gruppen.

Tabelle 6:
%-Anteil der positiven Analysen (PA) auf Opiate, Kokain und Benzodiazepine (ohne Berücksichtigung tolerierter Benzodiazepine und Cannabis) bezogen auf die Gesamtanalysen der jeweiligen Gruppe.

Monate im Programm	Reguläre (%-Anteil PA)	N	Nicht-Reguläre (%-Anteil PA)	N
1	16,49	18	44,89	10
2	17,92	12	47,27	9
3	9,89	12	22,50	9
4	8,88	11	5,00	9
5	6,55	8	42,55	6
6	14,99	8	63,16	5
7	10,71	7		
8	7,89	6		
9	3,13	5		

Aus dieser Tabelle wird ersichtlich, daß sich der Suchtmittelkonsum von nicht-regulären und regulären Programmteilnehmern erheblich unterscheidet.

Für die Gruppe der Regulären ergibt sich folgendes Muster:

nach zwei Monaten der Programmteilnahme, in denen der Anteil der positiven Analysen zwischen 16% und 18% betrug, sinkt dieser Wert bis auf 6,55% im fünften Monat. Im sechsten Monat steigt der Anteil der positiven Analysen erneut auf knapp 15% an, um danach bis auf 3,13% im neunten Monat abzufallen.

Die Frage nach den Bedingungen, die zu einem vorübergehenden Ansteigen des Begleitkonsums im sechsten Monat führen, kann zur Zeit nicht beantwortet werden. Insgesamt kann jedoch festgehalten werden, daß die regulären Teilnehmer bereits zu Beginn des Programms

einen relativ geringen Drogenbegleitkonsum aufweisen. Über 80% ihrer Urinalysen waren bereits in den ersten Monaten der Programmteilnahme negativ auf Opiate, Kokain und Benzodiazepine. Bei zunehmender Therapiedauer reduziert sich der Begleitkonsum, sodaß im neunten Monat bereits fast 97% der Urinalysen frei von obengenannten Substanzrückständen sind.

Die Urinalysen der Gruppe der Nicht-Regulären verweist auf einen weit höheren Substanzgebrauch. In den ersten beiden Monaten der Programmteilnahme betrug der Anteil der positiven Analysen ca. 45%. Danach, d.h. im dritten und vierten Monat sank er deutlich auf 5% ab, um im fünften und sechsten Monat wieder stark, d.h. bis auf 63% anzusteigen. Mit Ausnahme des vierten Monats ist der Anteil der positiven Analysen im Vergleich zu den Nicht-Regulären zwei- bis sechsfach erhöht.

Hier genügt es jedoch nicht, einen vermehrten Begleitkonsum festzustellen, vielmehr gilt es in Zukunft, nach den Ursachen hierfür zu suchen. Sind diese bekannt, könnten geeignete Maßnahmen getroffen werden, um einerseits den Begleitkonsum zu reduzieren und andererseits auch solchen Personen eine reguläre Programmdurchführung zu ermöglichen.

Weitere Aufschlüsse über den unterschiedlichen Begleitkonsum der beiden Gruppen könnte eine Differenzierung nach den verschiedenen Substanzen geben. In Anbetracht der geringen Größe der beiden Subgruppen ist dies zur Zeit jedoch nicht möglich, da sich zu starke Verzerrungen aufgrund der wenigen Daten ergäben.

In Anbetracht der bisher geringen Stichproben dürfen alle Ergebnisse nur als vorläufig betrachtet werden. Unter Vorbehalt kann derzeit zusammenfassend festgehalten werden, daß es einem Teil der Klienten im Rahmen des Methadonprogramms gelingt, in zunehmendem Maße auf den Begleitkonsum anderer Substanzen zu verzichten, wobei die Ergebnisse bei längerer Dauer der Therapie auf weitgehende Abstinenz von den sanktionierten Substanzen hinweisen.

Erläuterungen zu Tabelle 6:

- reguläre Klienten : Normale Programmteilnahme oder erfolgreicher Therapieabschluß
nicht-reguläre Klienten : Ausgeschlossene Patienten und Abbrecher

7. Sanktionen: Gründe und Häufigkeit

Im folgenden Kapitel interessiert uns die Frage, wieweit die Klienten in der Lage sind, die Auflagen des Programms einzuhalten, gemessen an Art und Häufigkeit der Sanktionen. Dies kann Auskunft darüber geben, ob die Gestaltung des Programms an die tatsächlichen Fähigkeiten und Möglichkeiten der Zielgruppe angepaßt ist.

7.1. Gründe der Sanktionen

In Tabelle 7 sind die Sanktionen aufgegliedert nach ihrer jeweiligen Ursache. Es wurden hierzu zwei Kategorien gebildet:

Kategorie I für positive Analysen und Kategorie II für Unpünktlichkeit (das kann sein: Ausgabezeit für Methadon, wöchentlicher Arzttermin oder Gesprächstermin beim Bezugstherapeuten verpaßt). Hierbei ist zu beachten, daß eine Tagesanalyse, die auf mehreren Substanzen positive Ergebnisse zeigte, nur mit einer Sanktion belegt wurde.

Tabelle 7:
Sanktionsgründe

Monate im Programm	Sanktionen total/Monat	I	II	N
1	31	23	8	23
2	19	15	4	16
3	36	30	6	17
4	30	22	8	17
5	23	16	7	17
6	17	16	1	11
7	17	13	4	9
8	8	5	3	8
9	2	1	1	7
10	7	5	2	5
Total Sanktionen	190	146	44	

Aus Tabelle 7 ist ersichtlich, daß das Sanktionsniveau in erster Linie durch positive bzw. verweigerte Analysen (Kategorie I) bestimmt wird. Mehr als 75% der Sanktionen (146 von insgesamt 190 Sanktionen) wurden aufgrund von Begleitkonsum verfügt. Der Anteil anderer Regelverstöße (Kategorie II) ist vergleichsweise gering (knapp 25%). Dies läßt den Schluß zu, daß die Klienten weniger Schwierigkeiten haben mit der "äußeren" Struktur des Programms - wo vor allem Pünktlichkeit, Verlässlichkeit und Kontinuität gefordert sind - als mit der Änderung ihres Drogenkonsummusters. Für die meisten ist die Forderung und auch der Anspruch nach Aufgabe des Begleitkonsums schwieriger einzulösen als Verhaltensänderungen in den anderen genannten Bereichen.

7.2. Häufigkeit der Sanktionen und Sanktionsniveau

Tabelle 8 gibt einen Überblick über die monatliche durchschnittliche Häufigkeit der Sanktionen pro Klient.

Tabelle 8:
Durchschnittliche Häufigkeit von Sanktionen

Monate im Programm	Sanktionen	N	Keine S da schwanger	Durchschnitt
1	31	23	2	1,50
2	19	16	2	1,35
3	36	17	2	2,40
4	30	17	-	1,70
5	23	17	-	1,30
6	17	11	-	1,50
7	17	9	-	1,80
8	8	8	-	1,00
9	2	7	-	0,30
10	7	5	-	1,40

Aus Tabelle 8 wird ersichtlich, daß das durchschnittliche Sanktionsniveau pro Klient zwischen den Werten 0,3 (9. Monat) und 2,4 (3. Monat) liegt. Im Durchschnitt fallen also 1-2 Sanktionen monatlich pro Klient an, ein allgemeiner Wert, der sicher nicht zu hoch liegt. Da dieser Durchschnittswert aber nichts über die Verteilung aussagt, haben wir das Sanktionsniveau in drei Kategorien aufgeteilt: 0-2 Sanktionen/Monat (niedrig), 3-5 Sanktionen/Monat (mittel) und mehr als fünf Sanktionen/Monat (hoch). Tabelle 9 zeigt die jeweilige Häufigkeit, bezogen auf diese drei Kategorien.

Aus dieser Tabelle wird ersichtlich, daß die überwiegende Mehrzahl der Klienten (67%-100%) die Therapie mit einem niedrigen Sanktionsniveau (Kategorie I) bewältigt. Andererseits werden hohe Werte (mehr als fünf Sanktionen/Monat) nur jeweils von einer kleinen Gruppe (0%-14%) erreicht. Der Anteil mittlerer Werte schwankt zwischen 0%-27%. Eine Interpretation dieser Verteilung ist nicht ohne Schwierigkeiten, da die Bedeutung des Sanktionsniveaus für die Therapie auch davon abhängt, wie der einzelne Klient die Sanktionierung erlebt. Einerseits kann man schlussfolgern, daß nur ein kleiner Teil der Klienten (0%-14%) ernsthafte Schwierigkeiten mit der Therapie aufgrund eines zu hohen Sanktionsniveaus hat. Faßt man hingegen die mittleren und hohen Werte zusammen, kann man schlussfolgern, daß immerhin bis zu einem Drittel der Klienten dauernde oder immer wiederkehrende Schwierigkeiten mit den Therapieauflagen hat. Da wir zudem wissen, daß hierfür hauptsächlich positive Analyseergebnisse verantwortlich sind, müssen die Anstrengungen dahingehen, die Klienten mit hohem Begleitkonsum gezielter zu unterstützen.

Tabelle 9:
Sanktionsniveau pro Monat

Monate im Programm	0-2	3-5	>5	keine S da schwanger	N
1	17 (81%)	1 (5%)	3 (14%)	2	23
2	11 (79%)	3 (21%)	-	2	16
3	10 (67%)	3 (20%)	2 (13%)	2	17
4	14 (82%)	2 (12%)	1 (6%)	-	17
5	13 (76%)	4 (24%)	-	-	17
6	8 (73%)	3 (27%)	-	-	11
7	7 (78%)	1 (11%)	1 (11%)	-	9
8	7 (87,5%)	-	1 (12,5%)	-	8
9	7 (100%)	-	-	-	7
10	4 (80%)	1 (20%)	-	-	5

7.3. Der Einfluß der Sanktionierung auf das Konsummuster (Beispiel Benzodiazepine)

Da die Sanktionierungspraxis auf Benzodiazepine nach einem Jahr Programm geändert wurde (von April 89 - Februar 90 gab es keine Sanktionierung, danach wurde die Sanktionierung generell eingeführt - siehe auch Kapitel 1.4 und Kapitel 6), kann ein Vergleich der Ergebnisse der Urinalanalysen vor und nach Einführung der Sanktionierung Auskunft geben über die Auswirkung der Sanktionierung auf das Konsummuster der Klienten. Diese Ergebnisse sind in Tabelle 10 zusammengefaßt. Bei der Interpretation dieser Ergebnisse soll allerdings darauf hingewiesen sein, daß dort auch Klienten berücksichtigt sind, die vor und nach Einführung der Sanktionierung am Programm teilnahmen, es sich also nicht etwa um zwei unabhängige Stichproben (im Sinne einer Kontrollgruppe) handelt.

Aus Tabelle 10 ist ersichtlich, daß vor Einführung der Sanktionierung die Ergebnisse der Urinalanalysen auf Benzodiazepine ab dem 2. Programmmonat zwischen 11% und 25% liegen, nach Einführung der Sanktionierung hingegen nur noch zwischen 0% und 11% der Gesamtanalysen pro Monat (der hohe Anteil positiver Analysen im ersten Monat ist wahrscheinlich auf den Konsum vor Programmeintritt zurückzuführen

und zeigt, daß dieser bei der Zielgruppe des Programms neben dem Heroin stark verbreitet ist). Die Gesamtzahl der positiven Analysen auf Benzodiazepine reduzierte sich im betrachteten Zeitraum von 186 (19,7% der Gesamtanalysen) auf 31 (3,2% der Gesamtanalysen). Diese Ergebnisse legen den Schluß nahe, daß durch die Sanktionierungspraxis das Fortbestehen eventueller Benzodiazepinabhängigkeit bzw. deren Entstehen (Suchtverlagerung) während dem Programm weitgehend ausgeschlossen ist. Dies ist umso erfreulicher wie andere Untersuchungen ergeben haben, daß die Einnahme von Methadon allein praktisch keinen Einfluß auf den Konsum von Benzodiazepinen ausübt.

Tabelle 10:
Die Entwicklung des Benzodiazepinkonsums vor und nach Einführung der Sanktionierung

Monate im Programm	Analysen total	Positive Analysen auf Benzodiazepine	Sanktionierte Analysen auf Benzodiazepine
1	147	(48 33%)	-
2	161	27 17%	6 4%
3	131	24 18%	1 0,8%
4	131	15 11%	-
5	107	16 15%	3 3%
6	79	15 19%	8 10%
7	70	15 21%	2 3%
8	47	10 21%	5 11%
9	36	9 25%	4 11%
10	34	7 21%	2 6%
Total	943	186 20%	31 3%

8. Dosierung des Methadons

Methadon ist ein synthetisches Opiat mit morphinähnlicher Wirkung. Bei korrekter Dosierung machen folgende Eigenschaften das Methadon als Heroinersatz tauglich:

- Verhinderung eines Heroinentzugssyndroms
- Verhinderung bzw. Reduzierung des Opiathungers
- keine Beeinträchtigung der sozialen Funktions- und Erwerbsfähigkeit (einschl. Fahrtüchtigkeit)
- die Wirkungsdauer des oral eingenommenen Methadons beträgt ca. 24 Stunden
- Nebenwirkungen (neurovegetativer und psychischer Art) sind reversibel und nur selten so schwerwiegend, daß sie zu einem Abbruch der Behandlung führen.

Unbestreitbarer Nachteil ist die Tatsache, daß Methadon ein Opiat mit starkem Suchtpotential ist und eine ebenso schwere Abhängigkeit wie Heroin verursacht.

Die tödliche Dosis bei nichttoleranten Individuen beträgt ca 1-1,5 mg/kg Körpergewicht. Abhängige vertragen wegen der entwickelten Toleranz höhere Dosen. Die Dosen werden vom Arzt festgelegt (und eventuell angepaßt), vor allem in Funktion der vorher konsumierten Heroinmenge. Die im Rahmen der Methadontherapie verabreichten Dosierungen schwankten zwischen 5 mg - 80 mg. Die niedrigste Anfangsdosis betrug 20 mg, die höchste 80 mg. Die Dosierungen werden jeweils individuell abgestimmt und variieren in unterschiedlichem Ausmaß. So gab es Klienten, die über einige Monate hinweg jeweils dieselbe Methadonmenge erhielten, bei anderen dagegen erhöhte oder verringerte sich die verabreichte Dosis.

Bei Personen die, aus welchen Gründen auch immer, die Therapie beenden wollen, kann das Methadon schrittweise, z.B. wöchentlich jeweils um 5-10 mg reduziert werden. Diese Prozedur wurde bei vier Klienten jeweils im dritten, vierten, sechsten und neunten Monat durchgeführt. Zwei von ihnen haben auf diese Art die

Therapie regulär abgeschlossen, während die beiden anderen ihre Programmteilnahme abbrachen. Eine andere Klienten reduzierte die Methadondosis zwischen dem achten und 15. Monat schrittweise um insgesamt 70%, um mit der nunmehr erheblich geringeren Menge im Programm zu verbleiben.

Tabelle 11 gibt einen Überblick über die Dosierungen.

Aus dieser Tabelle wird ersichtlich, daß nur relativ wenige Klienten (10,7%) mit einer hohen Anfangsdosierung von 65-80 mg Methadon pro Tag, oder mit einer niedrigen Anfangsdosis (20-40 mg) pro Tag (28,6%), beginnen. Die überwiegende Mehrzahl der Klienten (60,7%) beginnt mit einer mittleren Anfangsdosierung von 45-60 mg. Die Tabelle zeigt weiterhin, daß sich diese Relationen während der ersten sechs Therapiemonate nur geringfügig verändern. Von denjenigen, die auch nach sechs Monaten noch am Programm teilnehmen, sind weiterhin 60% auf einer mittleren Dosis.

Im Rahmen der Evaluation ist natürlich von besonderem Interesse zu erfahren, wie sich die Methadondosierung im Einzelfall entwickelt und ob Höhe und Veränderungen in der Methadondosis in Zusammenhang stehen mit Erfolgs- und Mißerfolgchancen der Therapie. Unsere vorliegenden Fallzahlen erlauben gegenwärtig noch keine Beantwortung der aufgeworfenen Fragen. Dennoch ist es von Interesse, die individuellen Entwicklungen zu dokumentieren und darzustellen, in wievielen Fällen die Dosierungen in welche Richtung verändert wurden. Zur Beantwortung dieser Frage wurden 26 Personen berücksichtigt (zwei Klienten waren zu kurz im Programm als daß es sinnvoll wäre, ihre Daten miteinzubeziehen).

Tabelle 11:
Überblick über die Methadon-Dosierungen (ohne Berücksichtigung schneller Reduzierungen)

Monate im Programm	Dosierung						Total	
	20-40mg		45-60mg		65-80mg		N	%
	N	%	N	%	N	%		
1	8	28,6	17	60,7	3	10,7	28	100
2	7	25	16	57,1	5	17,9	28	100
3	6	23,1	15	57,7	5	19,2	26	100
4	4	18,2	15	68,2	3	13,6	22	100
5	5	29,4	11	64,7	1	5,9	17	100
6	5	33,3	9	60	1	6,7	15	100
7	4	30,8	8	61,5	1	7,7	13	100
8	5	50	4	40	1	10	10	100
9	4	57,1	3	42,9	-	-	7	100
10	3	60	2	40	-	-	5	100

Tabelle 12:
Individuelle Veränderungen der Methadondosierung (N=26/ohne Berücksichtigung schneller Reduzierungen)

Kategorien	N	%-Anteil	Bemerkungen
1. keine Veränderung der Ausgangsdosis (in den ersten 6 Monaten)	15	57,7%	14 Reguläre, 1 Nicht-Regulärer 6 dieser Patienten reduzierten die Dosis bis zu einem späteren Zeitpunkt. 3 von ihnen haben die Therapie bereits abgeschlossen.
2. Reduzierung der Anfangsdosis (in den ersten 6 Monaten)	7	26,9%	3 Reguläre, 4 Nicht-Reguläre.
3. Erhöhung der Anfangsdosis	4	15,4%	1 Regulärer, 3 Nicht-Reguläre. Die Erhöhung fand jeweils in den ersten beiden Monaten der Programmteilnahme statt.

Zur Systematisierung der Daten wurden folgenden Kategorien gebildet:

1. Keine Veränderung der Anfangsdosis (AD) (in den ersten sechs Monaten mindestens)
2. Reduzierung der Anfangsdosis (in den ersten 6 Monaten)
3. Erhöhung der Anfangsdosis (in den ersten 6 Monaten)

Erläuterungen zu Tab. 12:

Regulärer:
normale Programmteilnahme oder erfolgreicher Therapieabschluß

Nicht-Regulärer:
brachen die Therapie ab oder wurden ausgeschlossen

Tabelle 12 dokumentiert die gefundenen Ergebnisse. Aus ihr wird ersichtlich, daß die Dosierungen der meisten Klienten (57,7%) über einen längeren Zeitraum (d.h. 6 Monate und länger) unverändert bleiben, ehe eine eventuelle Reduktion stattfindet. Dies ist im Sinne der langfristig konzipierten Behandlung.

Von großem Interesse ist auch die Frage, ob es Zusammenhänge zwischen Methadondosierung und Ausmaß des Drogenbegleitkonsums gibt. Hier muß das Vorliegen weiterer Daten abgewartet werden.

9. Zusammenfassung der Ergebnisse und erste Schlußfolgerungen

9.1. Zielsetzung und Konzeption des Programms

Das Methadonprogramm der "Jugend- an Drogenhölle" ist konzipiert als Langzeitprogramm. Es ist gedacht als Behandlung zweiter Wahl für Personen bei denen eine Abstinenzbehandlung aus benennbaren Gründen nicht in Frage kommt oder keinen Erfolg verspricht. Als vorerst begrenztes Pilotprojekt (15 Plätze) soll es ermöglichen zu überprüfen, inwiefern die Methadonbehandlung im Rahmen der spezifischen luxemburgischen Verhältnisse Teil eines Gesamtkonzeptes zur Behandlung Drogenabhängiger und zur Eindämmung der HIV-Epidemie sein kann.

Ziele der Methadonbehandlung sind die Wiederherstellung der körperlichen und psychischen Gesundheit sowie die soziale Eingliederung einschließlich Erlangung der Arbeitsfähigkeit. Diesen Zielen dient die längerfristige Betreuung, welche die kontrollierte Einnahme des Heroinersatzes begleitet. Für die Behandlung wichtig sind außerdem die im Behandlungskontrakt festgehaltenen Regeln, die als Verhaltensrichtlinien für die Programmteilnehmer dienen. Bei bestimmten Regelverstößen werden Sanktionen vergeben, die einen disziplinierenden Effekt in Richtung therapiekonformes Verhalten ausüben sollen. Im Hinblick auf eine gezieltere Berücksichtigung der Probleme und Schwierigkeiten bestimmter Klienten und von Sondergruppen (Schwangere und HIV-Kranke) sollte die Möglichkeit einer weiteren Differenzierung des Programms überprüft werden.

9.2. Beschreibung der Klienten

Die Beschreibung der Klienten des Methadonprogramms hinsichtlich soziodemographischer Merkmale hat u.a. folgende Ergebnisse hervorgebracht, die für die zukünftige Gestaltung des Methadonprogramms sowie zusätzlicher Hilfsangebote von Bedeutung sind:

9.2.1. Alter und Drogenkarriere

Die Altersstruktur der Klienten liegt deutlich höher als in anderen Therapieprogrammen, wie z.B. der therapeutischen Gemeinschaft für Drogenabhängige in Manternach. Dieser Sachverhalt bestätigt die Notwendigkeit eines Methadonprogrammes in Luxemburg, das als zweite Chance für diejenigen gedacht ist, die in den bisherigen Hilfsangeboten gescheitert sind. Denn wie die Ergebnisse der Evaluation

zeigen, haben die meisten der Programmteilnehmer schon eine Vielzahl von Entgiftungen und Entwöhnungen hinter sich gebracht.

Aufgrund der durchgeführten Befragungen und Analysen können Fragen nach Regelmäßigkeiten und typischen Merkmalen der Drogenkarriere noch nicht beantwortet werden. Einige therapierelevante Ergebnisse und Auffälligkeiten sind dennoch bemerkenswert:

- Bei allen Patienten handelt es sich um Heroinabhängige, die jedoch in der Mehrzahl eine Tendenz zu einem polytoxikomanen Konsummuster ausgebildet haben.
- Der Einstieg in die Heroinabhängigkeit findet in der Regel sehr früh statt und läßt daher auf eine starke Drogenbindung mit entsprechenden Sozialisierungsschäden schließen. Dies kann zum Teil das Scheitern in klassischen Therapieangeboten erklären.
- Obwohl fast alle Klienten in der Anfangsphase ihres Einstiegs in die Abhängigkeit neben Alkohol und Tabak auch regelmäßig Haschisch konsumiert haben, gibt kaum einer der Befragten an, von Haschisch "wirklich" abhängig zu sein oder jemals gewesen zu sein. Eine Suchtproblematik bezogen auf den Haschischkonsum wird von den Klienten nicht gesehen. Im krassen Gegensatz dazu stehen die Aussagen bzgl. des Tabaks: aus dem ersten regelmäßigen Konsum entsteht sehr schnell eine Abhängigkeit, die bestehen bleibt.

9.2.2. Einkommen und Wohnsituation

Die überwiegende Mehrzahl der Klienten verfügt nur über ein geringfügiges Einkommen (oder hat gar kein geregeltes Einkommen), hat Schulden, hat keine feste Arbeit und kommt aus Familien, die nur in geringem Maße finanzielle Unterstützung aufbringen können.

Für die Mehrzahl der Klienten reichen daher die finanziellen Ressourcen nicht oder kaum aus, um einen neuen gesicherten Lebensstil entwickeln oder stabilisieren zu können. Selbst geringfügige Ereignisse können daher eine Bedrohung (oder gar den Zusammenbruch) bedeuten des bis dahin erreichten Lebensstils und ein erneutes Scheitern, mit all seinen Implikationen für das Selbstbewußtsein der Klienten, ihren Glauben an eine bessere Zukunft und in ihre eigenen Fähigkeiten.

Probleme und Rückschläge in der Stabilisierung eines geordneten Lebensstils sind daher häufig auch mit Rückschritten hinsichtlich der Drogentherapie verbunden. Für den langfristigen Erfolg von Drogentherapie sind daher diese Faktoren von nicht unerheblicher Bedeutung. Es sollte überdacht werden, ob nicht - in noch stärkerem Maß als bisher - die Entwicklung einer realistischen finanziellen Perspektive in das

Behandlungsprogramm integriert werden könnte.

Ist erst einmal eine Distanzierung von der Drogenszene, mit allem was das bedeutet, erreicht und somit eine Grundlage geschaffen, einer geregelten Arbeit nachzugehen, dann kann es im Einzelfall auch einer finanziellen Unterstützung bedürfen, zumal Dreiviertel aller Klienten verschuldet sind.

Ähnliches gilt für die Wohnsituation. Nur jeder vierte Klient wohnt selbstständig und jeder zehnte ist sogar obdachlos. Wenn die Integrationschancen steigen sollen, dann muß in diesem Bereich viel mehr getan werden, vor allem in Anbetracht der aktuellen Wohnsituation in Luxemburg, wo Sozialschwache kaum eine Chance haben.

9.2.3. Ausbildung und Beruf

Die überwiegende Mehrzahl der Klienten hat keine abgeschlossene Berufsausbildung, keinen über die Primärschule hinausgehenden Schulabschluß, nur wenig spezifische berufliche Kenntnisse oder Erfahrungen und ist oft jahrelang arbeitslos gewesen. Von daher ist eine berufliche Integration für die meisten Klienten kaum zu erwarten. Die Methadontherapie alleine kann lediglich grundlegende körperliche und psychische Voraussetzungen für eine Berufstätigkeit entwickeln helfen. Sie kann jedoch nicht die Unterlegenheit auf dem Arbeitsmarkt beseitigen. Dazu bedarf es zusätzlicher spezifischer Förderungs- und Integrationsmaßnahmen. Hier sind vor allem die Institutionen der Berufsbildung und Berufsbildung gefragt. Auch liegt die Notwendigkeit einer Zusammenarbeit mit Einrichtungen zur Förderung junger Erwachsener Arbeitsloser auf der Hand.

9.3. Akzeptanz und Nachfrage

Seit Programmbeginn wurden insgesamt 28 Patienten aufgenommen (1.04.89 - 1.10.90). Schon nach sechs Monaten war das Programm voll besetzt. Dies hatte eine längere Warteliste mit in der Regel mehrmonatigen Wartezeiten zur Folge, was dazu führte, daß viele interessierte Drogenabhängige keine formellen Aufnahmeanträge mehr stellten. Somit hat sich gezeigt, daß das Programm unter der Zielgruppe akzeptiert wird und einem tatsächlichen Bedarf entspricht. Soll das Behandlungsangebot allerdings attraktiv bleiben, muß an eine substantielle Erhöhung der Patientenzahl gedacht werden.

Die Tatsache, daß sich kein Patient aus dem Norden des Landes an der Methadontherapie beteiligt, obwohl es eine Reihe von Anfragen gab, sollte bei einer geographischen Ausdehnung des Programms berücksichtigt werden.

9.4. Haltekraft, Sanktionsniveau und -gründe

Ein Drittel der aufgenommenen Patienten hat die Therapie vorzeitig verlassen (Abbruch oder Ausschluß). Zwei Drittel der Patienten konnten also regulär im Programm gehalten werden, was - sollten diese Ergebnisse sich im weiteren Verlauf bestätigen - auf eine Haltekraft des Programms hinzeigt, die in ihrem Ergebnis durchaus mit ähnlichen ausländischen Programmen vergleichbar ist und über der Haltekraft der meisten traditionellen Behandlungsangebote liegt.

Die Analyse der Sanktionen hinsichtlich Häufigkeit und Gründe - als Maß der Anpassung der Klienten an die Anforderungen des Programms - hat vor allem folgendes deutlich gemacht:

Die Mehrzahl der Klienten kann das Programm mit einem niedrigen Sanktionsniveau bewältigen, aber bis zu einem Drittel der Klienten hat fortdauernde Schwierigkeiten mit den Auflagen des Programms (mittleres bis hohes Sanktionsniveau). Dabei liegt der weitaus häufigste Grund für Sanktionen beim Drogenbegleitkonsum, während die anderen Anforderungen des Programms den Klienten vergleichsweise weniger Schwierigkeiten bereiten.

Die Schlußfolgerung hieraus ist klar: soll die Abbruchquote noch weiter gesenkt werden, so müssen Wege gesucht werden, die Klienten mit mittlerem bis hohem Begleitkonsum gezielter zu unterstützen.

9.5. Entwicklung des Drogenbegleitkonsums

Anhand regelmässiger Urinkontrollen wurde versucht, den Einfluß der Methadontherapie auf das Drogenkonsummuster der Klienten zu erfassen. Gleichzeitig bildeten diese Analysen die Grundlage für eine Sanktionierung bei positivem Ergebnis auf bestimmte Substanzen bzw. Substanzgruppen: Amphetamine, Benzodiazepine, Kokain und Opiate.

Als erste Schlußfolgerung ist festzuhalten, daß sich der Opiatkonsum der Heroinabhängigen - die ja vor Eintritt in das Programm in der Regel mehrmals täglich Heroin zu sich nahmen - von Beginn an drastisch reduzierte (ein Viertel positiver Analysen im ersten Programmmonat), um im weiteren Verlauf der Therapie weiter abzusinken auf ca. fünf Prozent positiver Analysen im zehnten Monat. Die Effektivität des Programms im Hinblick auf eine Reduktion des Heroinkonsums - erstes Ziel der Methadonverschreibung überhaupt - ist somit offensichtlich. Was die anderen Substanzen angeht, so zeigte sich, daß Rückstände von Amphetaminen überhaupt nicht auftraten und der Nebenkonsum von Kokain gleichbleibend unbedeutend war. Der Nebenkonsum von Benzodiazepinen (Schlaf- und Beruhigungsmittel, die unter Heroinabhängigen als Ersatz- oder

Zusatzmittel stark verbreitet sind) war von Beginn an bedeutender, konnte jedoch nach Einführung der Sanktionierung dieser Substanzen auf ein zufriedenstellendes Niveau gesenkt werden. Eine Suchtverschiebung auf die erwähnten Substanzen konnte also nicht festgestellt werden. Die Betrachtung des zeitlichen Verlaufs des Begleitkonsums der verschiedenen Klienten ergab zudem, daß es einem Teil gelingt, in zunehmendem Maße auf andere Substanzen zu verzichten, wobei die Ergebnisse bei längerer Dauer auf weitgehende Abstinenz von den sanktionierten Substanzen hinweisen.

Die Ergebnisse hinsichtlich des nicht sanktionierten Cannabiskonsums stimmen hiermit allerdings nicht überein: anhand der Urinalanalysen läßt sich hier mit zunehmender Therapiedauer nicht eine abnehmende Tendenz feststellen, sondern eher eine leichte proportionale Zunahme. Eine Interpretation dieses Ergebnisses hinsichtlich des Cannabis-Konsummusters der betroffenen Klienten ist aus analysetechnischen Gründen nicht eindeutig möglich und die Frage nach einer eventuellen Bedeutung für die Methadontherapie ist anhand der vorliegenden Daten noch nicht zu beantworten.

9.6. Risikoverhalten bezgl. AIDS

Das Methadonprogramm wurde ins Leben gerufen als Teil eines Projekts zur Drogenbekämpfung und AIDS-Prävention, mit dem vor allem eine zielgruppenspezifische Prävention verstärkt werden soll.

Daten über eine Veränderung des Risikoverhaltens der Klienten bezüglich AIDS liegen zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht vor. Aus den bisher durchgeführten Befragungen zu Programmbeginn werden jedoch schon zwei Schlußfolgerungen deutlich:

- a) Die Infektionsgefahr über den Weg des gemeinsamen Gebrauchs von Spritzen kann unter der Zielgruppe als weitgehend bekannt angenommen werden, die Bereitschaft "needle-sharing" zu vermeiden, ist ebenfalls vorhanden, das konkrete Verhalten stimmt allerdings mit dieser Bereitschaft nur insofern überein, wie das Vermeiden von Risikoverhalten ohne größere Probleme praktisch auch machbar ist (als häufigste Gründe für "needle-sharing" wurden genannt: "Apotheken geschlossen", "kein eigenes Spritzbesteck verfügbar"). Die Schlußfolgerung für die AIDS-Prävention unter Drogenabhängigen ist klar: das Fehlen einer eigenen Spritze hält den Abhängigen nicht vom Spritzen ab, sondern führt zu risikoreichem Konsum. Das heißt: weit mehr als bisher müssen sterile Spritzen problemlos verfügbar sein.
- b) Die Befragung bestätigt ebenfalls, daß bei Drogenabhängigen Änderungen des Risikoverhaltens im Bereich der Sexualität viel schwieriger zu

erreichen sind als im Bereich der Drogenkonsum-Hygiene. In seiner praktischen Bedeutung wird die Botschaft des "safer use" eher verstanden als die Botschaft des "safer sex". Im Bereich des Sexualverhaltens herrschen nach wie vor unklare und verworrene Vorstellungen über konkrete Ansteckungsgefahren, zudem besteht ein größerer Widerstand gegenüber Verhaltensänderungen. Dies bedeutet, daß hier verstärkt und eventuell mit neuen Mitteln Aufklärungsarbeit zu leisten ist.

Inwiefern die Teilnahme am Methadonprogramm Änderungen im Bereich des Risikoverhaltens bewirkt, kann hier noch nicht beantwortet werden. Es kann jedoch angenommen werden, daß die festgestellte Reduktion des intra-venösen Drogenkonsums sowie das Anstreben geregelter Lebensverhältnisse (weniger oder ganze Aufgabe der Prostitution, stabilere Beziehungen) die tatsächliche Wahrscheinlichkeit von Risiko-Verhalten signifikant reduziert.

9.7. Organisation des Programms

Die bisherigen Erfahrungen mit der Organisation des Programms zeigen, daß dieses mehr als bisher infrastrukturell (Personal und Räumlichkeiten) so ausgestattet werden soll, daß es in weitgehender organisatorischer Autonomie von der Beratungsstelle "Jugend- an Drogenhölle" in Luxemburg funktionieren kann. Dies ist notwendig, soll die Investition der Ressourcen der Beratungsstelle in das Programm reduziert werden und für andere Aufgaben wieder verfügbar sein. Zudem ist nur so eine personelle, konzeptuelle und organisatorische Kontinuität des Programms auf Dauer zu gewährleisten.

9.8. Evaluation des Programms

Die Erfahrungen mit der Durchführung des begleitenden Evaluationsprojektes des Methadonprogrammes haben gezeigt, daß mit den bisherigen finanziellen und personellen Mitteln eine auf mehrere Jahre hin angelegte Evaluation kaum zu gewährleisten ist. Da die beiden externen Mitarbeiter des Projekts - wissenschaftlicher Leiter und Interviewerin - nur stundenweise mitarbeiten, muß ein Großteil der anfallenden Arbeiten von Mitarbeitern der JDH übernommen werden, was eine erhebliche zusätzliche Belastung bedeutet. Uns scheint deshalb eine adäquate Aufstockung der Mittel unumgänglich, vor allem im Hinblick auf die Erstellung des nächsten Berichtes, für den eine wesentlich größere Datenmenge und eine komplexere Auswertung anfallen wird.