

Evaluation zum Bedarf nach einer Substitutionsbehandlung von
Opioidabhängigen, die gegenwärtig nicht in dieser Behandlung sind

Abschlussbericht

Dr. Heike Zurhold

Dr. Silke Kuhn

Prof. Dr. Jens Reimer

PD Dr. Uwe Verthein

Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS)

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

Hamburg, Januar 2024

Kontaktinformation

Das Projektteam ist in dem Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS) beschäftigt. Prof. Dr. Jens Reimer ist außerdem Ärztlicher Direktor des Zentrums für Psychosoziale Medizin am Klinikum Itzehoe.

Ansprechperson:

Dr. Uwe Verthein

Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS)

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Martinstraße 52, 20246 Hamburg

Tel. +49 40 7410 57901

Email u.verthein@uke.de

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	5
2. Ziele der Studie	6
3. Methode der Studie	6
3.1 Quantitative und qualitative Erhebungsinstrumente	7
3.2 Stichprobe	10
3.3 Auswertung	11
4. Ergebnisse der Literaturanalyse	12
5. Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Befragung	21
5.1 Soziodemographische Angaben	21
5.2 Bisherige Substitutionsbehandlungen	25
5.2.1 Reguläre Substitutionsbehandlung in Praxis oder Ambulanz	25
5.2.2 Zufriedenheit mit der letzten Substitutionsbehandlung	26
5.2.3 Gründe für die Beendigung der letzten Substitutionsbehandlung	28
5.2.4 Substitutionsbehandlungen im Gefängnis	31
5.3 Behandlungsbedarf	33
5.3.1 Gewünschte Substitutionsmedikamente	38
5.4 Individuelle und strukturelle Barrieren	41
5.4.1 Gründe gegen eine Substitutionsbehandlung	41
5.4.2 Substitutionsmedikamente vom Schwarzmark	45
5.4.3 Stigma	47
5.5 Substanzkonsum	49
5.5.1 Riskanter Alkoholkonsum	57
5.6 Gesundheit	58
5.6.1 Körperliche Gesundheit	59
5.6.2 Psychische Gesundheit: PHQ-4 (Patient Health Questionnaire)	62
6. Diskussion der Ergebnisse	64
7. Literatur	70
Anhang: Eingesetzter Fragebogen	74

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Erreichte Opioidabhängige nach Ort und Art der Erhebung	11
Tabelle 2: Soziodemographische Angaben / Allgemeine Beschreibung der befragten Opioidabhängigen	23
Tabelle 3: Zeitpunkt der letzten Substitutionsbehandlung und Dauer der bisherigen Substitutionsbehandlung(en)	26
Tabelle 4: Behandlungszufriedenheit nach dem CSQ-8	27
Tabelle 5: Substitutionsbehandlungen im Gefängnis nach Gruppen (N=173)	32
Tabelle 6: Behandlung und Behandlungsbedarf aufgrund körperlicher und psychischer Probleme (Mehrfachantworten)	34
Tabelle 7: Gewünschte Hilfsangebote: Vergleich von Opioidabhängigen mit und ohne Substitutionserfahrung (Mehrfachantworten)	35
Tabelle 8: Anzahl struktureller und individueller Barrieren einer Substitutionsbehandlung nach Gruppen mit und ohne Substitutionserfahrung	43
Tabelle 9: Erlebte Stigmatisierung (IDUSC) unter den Befragten anhand der Illicit Drug Use Stigma Scale	48
Tabelle 10: Mittelwerte der Stigma Skalen	49
Tabelle 11: Konsumierte Substanzen der Befragten (N=233)	51
Tabelle 12: Dauer des Konsums von Heroin, Kokain, Crack, Cannabis und Alkohol	54
Tabelle 13: Dauer des jeweiligen Substanzkonsums in Jahren (Mittelwert, Streuung) nach Substitutionsbehandlung	55
Tabelle 14: Dauer des jeweiligen Substanzkonsums in Jahren (Mittelwert, Streuung) nach Stadtgröße	55
Tabelle 15: Intravenöser Drogenkonsum nach Erfahrung mit Substitutionsbehandlungen	56
Tabelle 16: Körperlicher und psychischer Gesundheitszustand in der letzten Woche (1=sehr gut bis 5=sehr schlecht)	59
Tabelle 17: Körperliche Symptome nach Problembereichen in Anlehnung an die OTI-HSS (N=233) ...	60
Tabelle 18: Körperliche Symptome (OTI-HSS) nach Geschlecht und Erfahrung mit Substitutionsbehandlungen	61
Tabelle 19: Psychische Gesundheit: PHQ-4 im Vergleich zur Stichprobe von Kroenke et al. (2009) ...	62
Tabelle 20: Psychische Probleme und Erkrankungen im letzten Monat (N=216)	63

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Prisma Flowchart für die systematische Literaturrecherche	13
Abbildung 2: Gründe für die Beendigung der letzten Substitutionsbehandlung (N=162, Mehrfachantworten)	29
Abbildung 3: Erhaltenes und zukünftig gewünschtes Substitutionsmittel für Befragte mit Behandlungserfahrungen	39
Abbildung 4: Zukünftig gewünschtes Substitutionsmedikament für Befragte ohne Behandlungserfahrung	40
Abbildung 5: Gründe gegen eine Substitutionsbehandlung nach Gruppen mit und ohne Substitutionserfahrung (Mehrfachantworten)	42
Abbildung 6: Gründe für den Erwerb von Substitutionsmedikamenten auf dem Schwarzmarkt (Mehrfachantworten)	46

1. Einleitung

Die Substitutionsbehandlung bzw. Opioidagonistentherapie (OAT) ist eine der wirksamsten Behandlungsoptionen für Opioidabhängige. Die wissenschaftliche Evidenz belegt, dass eine Substitutionsbehandlung in der Hinsicht effektiv ist, die Mortalität zu senken (Marotta & McCullagh, 2018), die Übertragung einer Hepatitis C Virusinfektion zu minimieren (Platt et al., 2018) und die gesundheitlichen und sozialen Folgen der Opioidabhängigkeit zu lindern (Zippel-Schulz et al., 2019).

Den neuesten Schätzungen aus dem Jahr 2016 zufolge sind etwa 166.000 Personen in Deutschland opioidabhängig, wobei die Mehrheit dieser Abhängigen männlich ist (Kraus et al., 2019). Zum Stichtag 1. Juli 2022 befanden sich 81.200 Opioidabhängige in einer OAT (BfArM, 2023). Gemessen an der Anzahl an registrierten Substituierten befinden sich weniger als die Hälfte der geschätzten Opioidabhängigen in Deutschland gegenwärtig in einer Opioidagonistentherapie. Im europäischen Vergleich zeigt sich, dass diese Behandlung insbesondere in Frankreich, aber auch in Irland, Slowenien und Griechenland deutlich verbreiteter ist als in Deutschland (EMCDDA, 2021).¹

Um die Opioidagonistentherapie in Deutschland auszuweiten, wurde vom JES Bundesverband, akzept e.V. und der Deutschen Aidshilfe eine Kampagne unter dem Motto „100.000 Substituierte bis 2022“ gestartet (Schäffer, 2021). Wenngleich die OAT in Deutschland bezüglich der Substitutionsmedikamente, Behandlungssetting und Dauer diversifiziert ist, blieb die Anzahl an Substituierten seit fünf Jahren nahezu unverändert. Offenbar haben auch die bereits in 2017 verabschiedeten Reformen der Opioidagonistentherapie durch die 3. BtMVVÄndV (Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung) nicht zu einem wesentlichen Anstieg an substituierten Patient:innen beigetragen (BfArM, 2023).

Aus der Forschung geht hervor, dass vorhandene Barrieren zur Aufnahme einer Substitutionsbehandlung aus der Perspektive der Opioidabhängigen untersucht werden sollten (Hall et al., 2021; Stöver, 2011). In der vorliegenden Studie, die vom Januar bis Dezember 2023 durchgeführt und von Camurus AB gefördert wurde, sind opioidabhängige Personen, die sich derzeit nicht in einer Substitutionsbehandlung befinden, im Umfeld niedrigschwelliger Einrichtungen direkt zur ihren Erfahrungen mit und Einstellungen gegenüber einer Opioidagonistentherapie befragt worden.

¹ Mehr Details finden sich unter: https://www.emcdda.europa.eu/media-library/infographic-opioid-substitution-treatment-europe-coverage-and-principal-drug-prescribed_en

2. Ziele der Studie

Das Hauptziel der Studie bestand darin, aus Perspektive der gegenwärtig nicht Substituierten zu untersuchen, welche Bedarfe und Hemmnisse im Hinblick auf die Initiierung einer Opioidagonistherapie vorliegen.

Bislang gibt es international nur wenige Erkenntnisse dazu, welcher Behandlungsbedarf bei der besonders vulnerablen Gruppe der Opioidabhängigen im Umfeld niedrigschwelliger Einrichtungen bzw. Angehörigen der offenen Drogenszene vorhanden ist, die entweder noch nie in einer Opioidagonistherapie waren oder diese vor längerer Zeit beendet haben. Um individuelle und strukturelle Barrieren zu identifizieren, wurden mögliche Probleme und Themenbereiche wie der Konsum legaler wie illegaler Substanzen, die körperliche und psychische Gesundheit, Erwartungen an den Vorteil einer Substitutionstherapie, die Zufriedenheit mit der vorherigen Substitutionsbehandlung, Zugangsprobleme sowie Einstellungen zum Behandlungssystem aus Sicht dieser Gruppe von Opioidabhängigen evaluiert. Darüber hinaus waren die systematische Recherche und Darstellung der internationalen Literatur zu Bedarfen und Hindernissen ein Ziel der Studie. Auf Basis der Forschungsergebnisse sollte abschließend eine umfassende Bewertung der Behandlungsbedarfe und Behandlungshindernisse gegenüber einer Opioidagonistherapie vorgenommen werden.

3. Methode der Studie

Das Forschungsdesign besteht in einer retrospektiven Querschnittstudie, in der sowohl quantitative als auch qualitative Erhebungs- und Analysemethoden eingesetzt wurden. Die Studie wurde im Umfeld niedrigschwelliger Drogenhilfeeinrichtungen umgesetzt, wobei sowohl Großstädte als auch Kleinstädte einbezogen wurden, um Barrieren zur Aufnahme einer Opioidagonistherapie im Kontext einer regional unterschiedlichen Verfügbarkeit von OAT zu untersuchen. Die Studie wurde in den Großstädten Hamburg und Frankfurt durchgeführt, wo die vorherrschenden Konsummuster² sowie das Hilfeangebot für Opioidabhängige im Hinblick auf die Verfügbarkeit von Konsumräumen, Behandlungsangeboten und die Anzahl von Arztpraxen mit einer OAT Versorgung³ vergleichbar sind. Ursprünglich war geplant, die Befragungen auch in drei ländlichen Regionen mit bis zu 35.000 Einwohner:innen durchzuführen. Bei Gesprächen mit Drogenberatungen in einer Vielzahl ländlicher Regionen (Dietzenbach, Elmshorn, Itzehoe etc.) hat sich jedoch herausgestellt, dass dort (fast) keine der Zielgruppe entspre-

² Für Frankfurt: Monitoring-System Drogentrends (MoSyD); für Hamburg: BADO Hamburg.

³ Ergebnisse des EVASUNO Projektes – Evaluation der 3. Verordnung zur Änderung der BtMVV vom 22.5.2017 (durchgeführt von Vertheim, Kuhn et al., ZIS).

chenden Opioidabhängigen für die Studie erreichbar wären. Vor diesem Hintergrund wurden stattdessen die drei Kleinstädte Lüneburg, Neumünster und Gießen einbezogen. Für die Studie liegt ein Ethikvotum (LPEK-0485) von der Psychologischen Ethikkommission des Zentrums für Psychosoziale Medizin des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf vor.

3.1 Quantitative und qualitative Erhebungsinstrumente

Für die quantitative Erhebung wurde ein Fragebogen entwickelt, der die vorliegende Literatur berücksichtigte und an die geringe Aufmerksamkeitsspanne von Opioidabhängigen der niedrigschwelligen Suchthilfe und offenen Drogenszene angepasst wurde. Nach einem Pre-Test mit drei Opioidabhängigen wurde der Fragebogen final überarbeitet. Der Fragebogen lag als Papierversion vor und die mittlere Ausfüllzeit betrug etwa 20 Minuten.

Der Fragebogen umfasst die folgenden Themenkomplexe:

- **Soziodemographische Daten:** Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund, aktuelle Wohn- und Erwerbssituation (inkl. Prostitution, illegale Tätigkeiten, Gefängnisaufenthalte).
- **Substanzgebrauch:** Alkohol- und Drogengebrauch nach dem European Addiction Severity Index (EuropASI). Es wurden die Substanzen Alkohol, Kokainpulver, Crack, Cannabis, Speed, Amphetamine, MDMA, nicht verschriebenes Methadon/Levomethadon, Buprenorphin und Morphin, nicht verschriebene Benzodiazepine, nicht verschriebene Antiepileptika (z.B. Pregabalin), nicht verschriebene opioidhaltige Schmerzmittel (z.B. Fentanyl) sowie Alkohol erhoben. Der jeweilige Substanzkonsum wurde für die „letzten 24 Stunden“, die „letzten 30 Tage“ sowie „jemals im Leben“ erfragt. Zu jeder konsumierten Substanz wurde das Alter bei Erstkonsum ermittelt. Zusätzlich wurde erhoben, ob Drogen intravenös konsumiert wurden. Es bestand die Möglichkeit, „ja, auch in den letzten 30 Tagen“, „ja, früher mal“ oder „nein“ anzugeben. Ein riskanter Alkoholkonsum wurde mittels des AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption) (Bush et al., 1998) erfragt, einem Alkoholscreening-Fragebogen, der aus den drei Fragen besteht (Schlöffel et al., 2016). Dabei wurden jeweils 5 Antwortkategorien mit den Werten 0 bis 4 vorgegeben sowie eine Illustration zur Erläuterung eines Standardgetränks.
- **Stigma** wurde nach der „Illicit Drug Use Stigma Scale“ (Ahern et al., 2007) bestimmt, die aus 10 Fragen besteht, mit denen die Bereiche Diskriminierung, Entfremdung und wahrgenommene Abwertung beurteilt werden. Die Skala basiert auf einer Literaturanalyse von marginalisierten Gruppen und wurde für den illegalen Drogenkonsum modifiziert. Die englische Fassung wurde ins Deutsche übersetzt.
- **Letzte Substitutionsbehandlung:** Die Zufriedenheit mit der Substitutionsbehandlung wurde erhoben mit dem „Client Satisfaction Questionnaire“ (CSQ-8) in der deutschen Fassung (ZUF-8 – Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit) (Marchand et al., 2011). Das Instrument besteht

aus 8 Fragen. Es konnten zwischen 8 und 32 Punkte als Summenscore erreicht werden. In der Analysestichprobe von Marchand et al. unter mit Methadon behandelten Opioidabhängigen wurde ein Zufriedenheits-Mittelwert von 23,6 ($S=6,4$) nach drei Monaten sowie von 24,8 ($S=6,0$) nach sechs Monaten ermittelt. Um die Gründe für die Beendigung der letzten Substitutionsbehandlung zu erheben, wurden 15 eigens entwickelte Aussagen präsentiert (z.B. „Ich wollte ganz clean werden.“ „Ich habe das Substitutionsmittel nicht vertragen / hatte zu starke Nebenwirkungen.“ „Ich war im Gefängnis und dort wurde die Substitutionsbehandlung nicht fortgeführt“).

- **Körperliche Gesundheit** wurde in Anlehnung an die OTI-HSS (Opiate Treatment Index, Health Symptoms Scale) (Darke et al., 1991) erhoben. Abgefragt wurden 32 Symptome bezogen auf das Auftreten im letzten Monat. Dabei wurden aus Verkürzungsgründen nur diejenigen 32 von insgesamt 50 Items vorgegeben, die sich in der bundesdeutschen Heroinstudie (Verthein et al., 2007), dem bisher umfangreichsten Studienprojekt mit Opioidabhängigen, in dem die OTI-HSS zum Einsatz kam, als relevant häufig ergeben haben. Hierunter fielen die Bereiche Allgemeinbefinden (8 von 14 ursprünglichen Items), Probleme durch das Injizieren von Drogen (5 Items), Herz- und Kreislaufsystem (7 von 9 ursprünglichen Items), neurologische Probleme (7 von 8 ursprünglichen Items), Probleme mit dem Magen- und Darm (5 Items).

Zusätzlich wurde nach einer HIV- bzw. Hepatitis-C-Infektion und deren Behandlung gefragt.

- **Psychische Gesundheit** wurde nach dem PHQ-4 (Patient Health Questionnaire) (Kroenke et al., 2009) erhoben, mit dem anhand von 4 Fragen jeweils auf einer Skala von 0 (überhaupt nicht) bis 3 (beinahe jeden Tag) das Ausmaß von Angst und Depression untersucht wird. Demnach können Werte zwischen 0 und 16 pro Person erreicht werden. In ihrer Untersuchung mit 2.740 Personen aus der ambulanten, primären Gesundheitsversorgung ermittelten Kroenke et al. einen mittleren PHQ-4 Score von 2,5 ($S=2,8$). 61,5% der Teilnehmenden hatten normale Werte (0-2), 23,3% milde Beschwerden (3-5), 10,6% moderate Beschwerden (6-8) und 4,6% schwerwiegende Beschwerden (9-12).

Ursprünglich war geplant, den Mini-SCL (Franke, 2007) einzusetzen. Da einige der im Mini-SCL erhobenen körperlichen Symptome (für den Bereich der Somatisierung) bereits in der OTI-HSS enthalten sind, wurde letztlich aus ökonomischen und Aufmerksamkeitsgründen entschieden, ein deutlich kürzeres Instrument für die psychischen Beeinträchtigungen zu verwenden.

- **Soziales Funktionsniveau:** Hier wurde nicht wie ursprünglich erwogen der MAP (Maudsley Addiction Profile) verwendet, sondern es wurden in Anlehnung an MAP Fragen zu Konflikten in sozialen Beziehungen gestellt.
- **Gründe für die Nicht-Aufnahme von OAT:** Zu diesem Themenkomplex wurden 17 eigene Aussagen formuliert, die individuelle und strukturelle Barrieren einer Behandlung reflektieren. 12 Aussagen

konnten sowohl von Opioidabhängigen, die schon einmal in einer Substitutionsbehandlung gewesen waren als auch von Opioidabhängigen ohne Substitutionserfahrung beantwortet werden. Je 6 Aussagen bezogen sich auf individuelle Barrieren (z.B. „Substitution will ich gar nicht.“, „Ich möchte lieber ganz clean sein.“ oder „Ich bin besorgt, dass ich die Therapie nicht durchhalte.“) sowie auf strukturelle Barrieren (z.B. „Ich bin nicht krankenversichert/habe meine Versichertenkarte verloren.“, „Ich muss auf einen Substitutionsplatz warten.“ oder „Ich weiß nicht genug über die Substitution.“). Weitere fünf Aussagen konnten lediglich von substitutionserfahrenen Opioidabhängigen beantwortet werden (z.B. „Ich schäme mich, schon wieder eine Substitution anzufangen.“ oder „Ich habe beim letzten Mal schlechte Erfahrungen mit der Substitution gemacht, deshalb möchte ich es nicht.“).

- **Hilfenutzung:** Es wurde die Nutzung ambulanter medizinischer und psychosozialer Hilfeangebote sowie Bedeutung dieser Angebote für die Bewältigung des Alltags erfragt.

Bei der Antragsstellung war zudem angedacht, die soziale Teilhabe zu erheben. Davon wurde zugunsten des Stigma-Instrumentes Abstand genommen, der für die Fragestellung zu möglichen Barrieren von höherer Bedeutung ist.

Für das qualitative Interview wurden zwei Leitfäden entwickelt; einer für Opioidabhängige mit vorheriger OAT Erfahrung und einer für diejenigen, die noch nie in einer Substitutionsbehandlung waren. Grundsätzlich dienten die Leitfäden zur Fokussierung des Interviews auf die Forschungsfrage, ermöglichten zugleich aber auch eine offene Kommunikation, um individuell wichtige Inhaltsbereiche zu vertiefen.

Der Interviewleitfaden für Befragte mit vorheriger Behandlungserfahrung hatte folgende Themenbereiche:

- Letzte Substitutionsbehandlung,
- Gründe für Behandlung,
- Erfahrungen mit der Behandlung,
- Gründe für den Abbruch der Behandlung,
- Bedarf nach einer erneuten Behandlung.

Der Interviewleitfaden für Befragte ohne Behandlungserfahrung umfasste die folgenden Themen:

- Gründe für Nicht-Behandlung (individuelle und strukturelle Barrieren),
- Bedarf nach einer erneuten Behandlung.

In beiden Gruppen wurde zudem gefragt, wie sich die Befragten ihr Leben in 5 Jahren vorstellen.

Bei der schriftlichen Befragung und den qualitativen Interviews wurden keine persönlichen Daten erhoben, die eine Identifizierung der Person ermöglichen. Die Fragebögen konnten vollständig anonym

ausgefüllt werden. In den persönlich durchgeführten qualitativen Interviews wurde die Anonymität durch die Verwendung von Pseudonymen bei dem schriftlich erteilten Einverständnis gewahrt. Alle Befragten wurden über den Zweck der Studie, die erhobenen Daten und die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt. Während des gesamten Studienverlaufs hatten nur Projektmitarbeitende des durchführenden Forschungszentrums ZIS Zugang zu den elektronisch gespeicherten Daten, die streng vertraulich behandelt wurden. Die Interviews wurden im Forschungszentrum transkribiert und anschließend gelöscht.

3.2 Stichprobe

Die vorliegenden Erhebungen fanden im Zeitraum von Mai bis September in den ausgewählten Großstädten (Hamburg, Frankfurt) sowie in kleineren Städten (Lüneburg, Neumünster, Gießen) statt, die in der Nähe der beiden Metropolen liegen. In den Städten Hamburg und Frankfurt wurden die quantitativen Erhebungen in den niedrighschwelligeren Suchthilfeeinrichtungen mit angeschlossenem Konsumraum durchgeführt. Ziele und Durchführungsbedingungen der Studien wurden zuvor in den Einrichtungen bekannt gemacht (Aushänge, Mitteilungen). Die teilnehmenden Opioidabhängigen wurden entweder durch das Einrichtungspersonal oder durch die an der Studie beteiligten Wissenschaftler:innen mit Unterstützung durch studentische Hilfskräfte rekrutiert. Da die kleineren Städte weder über einen Konsumraum noch über Kontaktcafés verfügten und die Szene der Opioidabhängigen für Außenstehende nicht deutlich erkennbar war, lief die Befragung mittels Fragebogen über die dortigen Streetwork-Mitarbeitenden. Die niedrighschwelligeren Suchthilfeeinrichtungen sowie die Streetworker:innen vermittelten auch den Kontakt zu potentiellen Interviewpartner:innen.

Die Teilnehmenden haben den Fragebogen selbständig vor Ort ausgefüllt und erhielten als Aufwandsentschädigung 10€ in bar. Sobald die Aufwandsentschädigung ausgezahlt wurde, ist das jeweilige Datum dokumentiert und von zwei Personen gegengezeichnet worden. Alle qualitativen Interviews wurden von Frau Dr. Zurhold oder Frau Dr. Kuhn durchgeführt und ebenfalls mit 10€ vergütet. Die Opioidabhängigen wurden über die Studie aufgeklärt und ihr Einverständnis schriftlich eingeholt. Zur Wahrung der Anonymität konnten die Interviewten ihre Einverständniserklärung auch mit einem Pseudonym unterschreiben.

Die Ein- und Ausschlusskriterien für die Teilnahme an der Studie wurden wie folgt festgelegt:

Einschlusskriterien:

- Opioidabhängigkeit oder riskanter Opioidkonsum, festgestellt durch die jeweilige Dokumentation in den beteiligten Suchthilfeeinrichtungen,
- derzeit in keiner Substitutionsbehandlung (niemals oder seit mindestens 6 Monaten nicht mehr),
- erwachsene Opioidkonsumierende (Mindestalter 18 Jahre).

Ausschlusskriterien:

- Schwerwiegende akute psychische Erkrankung (Psychose),
- Unmöglichkeit der Studienteilnahme (z.B. mangelnde Deutschkenntnisse bezüglich Sprache und/oder Schrift, akute Intoxikation oder starke Entzugssymptomatik).

Es war geplant, im Studienverlauf insgesamt 250 valide Fragebögen von Opioidabhängigen zu erheben und 25 qualitative Interviews durchzuführen. Die Anzahl an Fragebögen konnte nicht ganz erreicht werden, da durch eine zeitliche Ausdehnung der Befragung die Gefahr bestand, Personen der Zielgruppe doppelt zu befragen. Bei der Anzahl der durchgeführten Interviews zeigten sich eher Sättigungseffekte. Die folgende Tabelle veranschaulicht die Anzahl an Teilnehmenden nach Erhebungsmethode und Ort.

Tabelle 1: Erreichte Opioidabhängige nach Ort und Art der Erhebung

Ort	Fragebögen	Interviews
Hamburg	136	19
Frankfurt	69	4
Lüneburg, Neumünster, Gießen	32	4
Gesamt	237	27

3.3 Auswertung

Es handelte sich um anonyme Befragungen, die aggregiert ausgewertet wurden.

Die quantitativen Auswertungen erfolgten mithilfe des Statistikprogramms IBM® SPSS® Statistics 22 (IBM Corporation 2013). Als statistische Tests wurden für die Analyse von Mittelwertunterschieden T-Tests und Varianzanalysen sowie bei nominalen Daten Chi²-Tests eingesetzt. Da als Kriteriumsvariablen systematisch das Geschlecht, der Wohnort (Groß- oder Kleinstadt) und die Vorerfahrungen mit einer Substitutionsbehandlung (niemals vs. jemals in Substitution) in die Analysen einbezogen wurden, wurde das Signifikanzniveau Bonferroni-korrigiert und auf $p \leq 0,017$ festgelegt.

Die qualitativen Interviews dauerten zwischen 30 und 60 Minuten. Die Aufnahmen wurden innerhalb von 5 Tagen transkribiert, anonymisiert und anschließend gelöscht. Die Transkripte wurden von zwei Forscher:innen entsprechend der Leitfadengebiete thematisch gruppiert und ausgewertet. Im Rahmen des vollständigen Durchlaufs des Originalmaterials wurden inhaltlich relevante Textbestandteile identifiziert, kodiert und Unterkategorien zugeordnet.

Die Gesamtauswertung erfolgt nach Ansatz der Mixed-Method Methode, bei der die quantitativen und qualitativen Ergebnisse thematisch parallel dargestellt werden. Auf diese Weise werden die Forschungsfragen aus verschiedenen Perspektiven betrachtet und beantwortet.

4. Ergebnisse der Literaturanalyse

Für die Analyse der internationalen Literatur zu den Barrieren einer Initiierung oder Fortsetzung einer Opioidagonistentherapie (OAT) wurde im März 2023 eine systematische Suche in der Datenbank PubMed, durchgeführt. Die systematische Literaturrecherche erfolgte über die Suche in Titel und Abstract ab dem Erscheinungsjahr 2005 mit den folgenden Stichwörtern:

- **Substitutionsbehandlung:** OAT OR OST OR opioid substitution treatment OR opioid agonist treatment OR substitution therapy OR substitution treatment,
- **Barrieren:** barriers OR retention OR facilitators OR stigma OR reluctance OR barriers to access OR attitude OR experiences.

Zur Eingrenzung der Literatur auf das Forschungsthema wurden in einem nächsten Schritt beide Stichwörter miteinander verknüpft, wodurch sich insgesamt 727 Dokumente ergaben (vgl. Abb. 1). Die Abstracts dieser Dokumente wurden unabhängig voneinander von zwei Wissenschaftlerinnen gelesen und anschließend daraufhin bewertet, ob die Literatur für die Analyse berücksichtigt werden soll. Auf Grundlage der jeweilig getroffenen Vorauswahl wurde eine gemeinsame Entscheidung für den Einschluss der Literatur getroffen. Für die Analyse der internationalen Literatur werden somit insgesamt 39 Studien einbezogen.

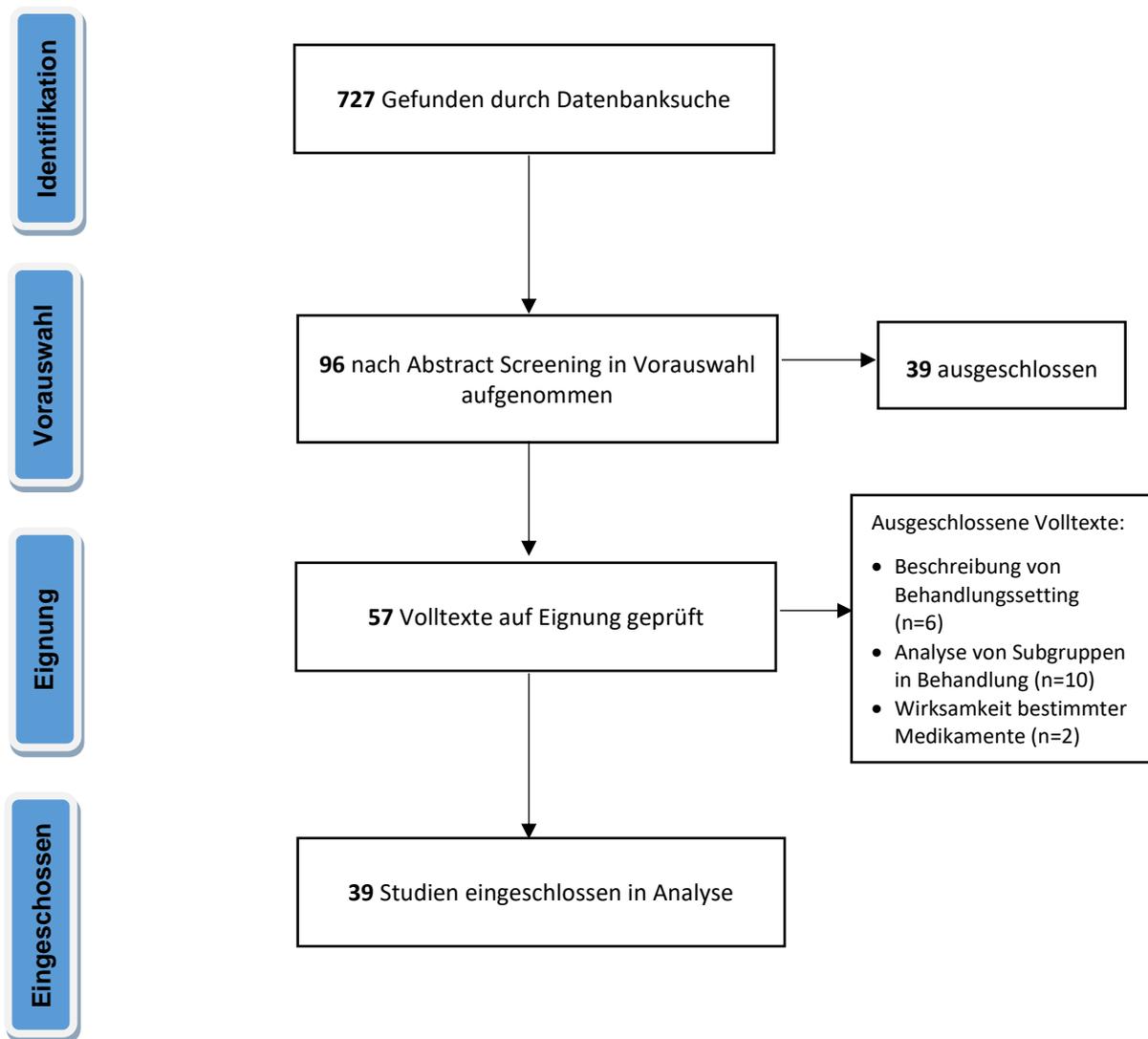


Abbildung 1: Prisma Flowchart für die systematische Literaturrecherche

Von den 39 eingeschlossenen Studien stammen 11 Studien aus Kanada (Dufort & Samaan, 2021; Gomes et al., 2021; Lamont et al., 2020; Lo et al., 2018; McCradden et al., 2019; Paul et al., 2023; Pijl et al., 2022; Pilarinos et al., 2022; Reynolds et al., 2022; Russell et al., 2022; Socías et al., 2020), weitere 6 Studien aus den USA (Carlberg-Racich et al., 2022; Cernasev et al., 2021; Frank & Walters, 2021; Guastaferro et al., 2022; Husain et al., 2023; Muthulingam et al., 2019) und 5 Studien aus Australien (Curtis et al., 2023; Hall et al., 2021; Holliday et al., 2012; Treloar et al., 2022; Winstock et al., 2011). Zu den nicht-europäischen Studien der Literaturanalyse zählen des Weiteren jeweils eine Studie aus Indien (Ghosh et al., 2022), China (Ma et al., 2019), Neuseeland (Deering et al., 2011) sowie eine multizentrische Studie (Malta et al., 2019).

Insgesamt 13 Studien haben einen europäischen Bezug, wobei vier Forschungsarbeiten aus Schweden stammen (Garpenhag & Dahlman, 2021; Johnson & Richert, 2019; Karlsson et al., 2021; Troberg et al., 2022), drei aus Irland (Moran et al., 2018; O'Connor et al., 2020; Van Hout et al., 2018) und zwei aus

Großbritannien (Carlisle et al., 2023; Gilman et al., 2018). Zudem finden sich hier jeweils eine Studie aus Belgien (De Maeyer et al., 2010), Norwegen (Grønnestad & Sagvaag, 2016), Zypern (Kourounis et al., 2016) und Deutschland (Stöver, 2011).

Mit dem vorliegenden Forschungsprojekt waren Fragen nach der Initiierung, Haltekraft und dem Abbruch sowie der Ablehnung einer Substitutionsbehandlung verbunden, so dass die Analyse der Literatur entlang der untersuchungsleitenden Fragestellung vorgenommen wird.

Wirksamkeit von OAT für unterschiedliche Opioidabhängige

Auch wenn die Wirksamkeit einer Substitutionsbehandlung für die Forschungsfragen nicht von primären Interesse war, fanden sich in der eingeschlossenen Literatur Studien zu dieser Thematik. Einige internationale Studien haben die Wirksamkeit der Opioidagonistherapie unter dem Aspekt der Mortalität, Kriminalität und dem Risikoverhalten untersucht. In einer Metaanalyse von 30 Studien (primär aus Europa und Australien) wurde festgestellt, dass die Mortalität durch eine Überdosis während der Behandlung am geringsten und auch nach der Behandlung noch signifikant geringer als bei nicht-behandelten Opioidabhängigen war (Ma et al., 2019). Zudem zeigte sich in der Metaanalyse eine bessere Wirksamkeit von Buprenorphin als von Methadon auf die Senkung der Mortalitätsrate. Drei Studien, ein systematisches Review von 46 Studien (Malta et al., 2019), eine Analyse nationaler Datenbanken zu Behandlungsaufnahmen aus den USA (Guastaferrero et al., 2022) sowie eine qualitative Studie aus Kanada (Russell et al., 2022) befassten sich mit der Effektivität von OAT im Justizvollzug. Dem Review (Malta et al., 2019) zufolge hatten Inhaftierte in OAT seltener Rückfälle in den Opioidkonsum, nach der Haftentlassung eine signifikant geringere Mortalität durch eine Überdosis und eine geringere Rate der Wiederinhaftierung. Bei der kanadischen Studie wurde untersucht, ob die in Haft begonnene Substitutionsbehandlung nach der Haftentlassung weitergeführt wurde (Russell et al., 2022). Dreiviertel der Befragten befanden sich weiterhin in OAT, zumeist mit Buprenorphin-Naloxon, und äußerten sich positiv zu der Behandlung unter anderem in der Hinsicht, die rigiden Urin-Kontrollen als hilfreich empfunden zu haben, um abstinent zu bleiben. Allerdings wurde knapp die Hälfte der Haftentlassenen wegen drogenbezogener Delikte erneut inhaftiert.

In einer prospektiven Kohortenstudie aus Schweden unter intravenös Drogenkonsumierenden (N=697 Frauen und N=2.122 Männern) in einem Spritzentauschprogramm wurde das Risikoverhalten untersucht (Karlsson et al., 2021). Aus den Ergebnissen geht hervor, dass substituierte Drogenkonsumierende im Vergleich zu den Nicht-Substituierten ein geringeres infektionsrelevantes Risikoverhalten aufwiesen und z.B. seltener Injektionsutensilien mit anderen teilten. Im Zusammenhang mit der Lebensqualität wurde in einer Literaturanalyse zusammenfassend konstatiert, dass sich diese durch die Teilnahme an der Substitutionsbehandlung verbessert (De Maeyer et al., 2010).

In weiteren Studien wurde die Wirksamkeit von OAT in speziellen Subgruppen untersucht. Bei Opioidabhängigen über 50 Jahren wurde auf Grundlage einer Literaturanalyse festgestellt, dass bei Älteren nicht Methadon, sondern Buprenorphin wegen der besseren Toleranz dieses Substitutionsmedikaments zu empfehlen ist (Dufort & Samaan, 2021). In einer kanadischen Längsschnittstudie an Substituierten mit psychiatrischen Störungen zeigten die Ergebnisse, dass eine Substitutionsbehandlung auch bei Patienten mit einer psychotischen Störung erfolgreich ist (Lamont et al., 2020).

Initiierung von und Erfahrungen mit OAT

Zur Behandlungsentscheidung und den Erfahrungen mit einer OAT liegen ausschließlich qualitative Studien vor. In einer Studie aus den USA wurden 81 Opioidabhängige in fünf Fokusgruppen eingeteilt und dazu befragt, welche Überlegungen bei der Entscheidung für eine Substitutionsbehandlung eine Rolle spielten (Muthulingam et al., 2019). Den Ergebnissen zufolge wurde die Entscheidung zur Initiierung einer Substitutionsbehandlung nicht nur von dem potenziellen Nutzen und den Nebenwirkungen der Substitutionsmedikamente beeinflusst, sondern war auch von den Rahmenbedingungen wie Take-Home Vergaben und der eigenen Kontrolle über den Therapieverlauf (Dauer, Dosierung) abhängig. Dieses Ergebnis wird auch durch eine Studie gestützt, bei der die Einstellung gegenüber einer Behandlung mit dem Buprenorphin-Depot untersucht wurde (Gilman et al., 2018). Die Befragten gaben an, durch das Depot mehr freie Zeit und ein einfacheres Alltagsleben zu haben.

Eine weitere Studie aus den USA beschäftigte sich mit der Kriminalisierung als Grund für eine OAT, hierzu wurden 42 Substituierte interviewt (Frank & Walters, 2021). Aus Sicht der Interviewten wurde die Behandlung aufgenommen aus Angst vor einer Inhaftierung, dem sozialen Druck durch Familie oder Freunde und aufgrund der Gefühle wegen der Illegalisierung von Drogen keine andere Wahl zu haben. In Kanada wurden 56 junge Opioidkonsumierende (Alter 14-26) im Rahmen einer prospektiven Kohortenstudie mehrfach zu den Bedingungen der Aufnahme und Haltekraft einer Substitutionsbehandlung interviewt (Pilarinos et al., 2022). Die Befragten gaben an, von Hilfeeinrichtungen oftmals zu einer Substitutionsbehandlung gedrängt worden zu sein und letztlich Behandlungen mit unterschiedlichen Substitutionsmedikamenten ausprobiert und wieder abgebrochen zu haben. Behandlungsabbrüche waren dadurch begründet, dass a) eine tägliche Vergabe und Obdachlosigkeit nicht vereinbar sind, b) eine Substitutionsbehandlung bei einem hohem Fentanylkonsum nicht gut wirkt und c) nach einem dreimaligen Fehlen bei der Vergabe die Behandlung mit einer niedrigeren Dosis fortgesetzt wurde, was jedes Mal starke Entzugssymptome auslöste. Ähnliche Ergebnisse wurden auch von einer ethnographischen Studie aus Norwegen (Grønnestad & Sagvaag, 2016) und einer biographieorientierten Studie aus Irland (Moran et al., 2018) berichtet. Die Substitutionsbehandlung wurde von den Befragten in der norwegischen Studie als überreguliert und erniedrigend empfunden, und in beiden Studien wurde die schlechte Kommunikation mit den Fachkräften in der Substitutionsbehandlung beklagt.

In beiden Studien äußerten die Befragten, dass eine medikamentöse Behandlung nicht ausreiche, um Zukunftsperspektiven zu entwickeln und mit emotionalen Belastungen umzugehen. Daher kommt die Studie aus Irland zu dem Schluss, dass der Behandlungserfolg von stabilen Lebensbedingungen der Substituierten sowie der gleichzeitigen Unterstützung durch sozialarbeiterische, psychologische oder psychiatrische Fachkräfte positiv beeinflusst wird.

Barrieren und Stigma

Eine Reihe von internationalen Studien hat Barrieren im Zugang zu oder zur Aufnahme einer OAT aus Perspektive von Drogenkonsumierenden oder von Fachkräften aus dem Behandlungssystem untersucht. Da sich die Substitutionsbehandlung im Laufe der Zeit verändert und erweitert hat, sind einige der beobachteten Barrieren in ihrem kulturellen und zeitlichen Kontext zu betrachten.

In einem Review von 87 Studien, die bis 2015 publiziert wurden, wurden folgende Barrieren beim Zugang zu OAT festgestellt: lange Wartelisten, Ausschluss von Drogenkonsumierenden mit Komorbidität, Zugang nur für Drogenkonsumierende mit vorherigen Abstinenztherapien, geringe Dosierung des Substitutionsmedikaments, Fehlen unterschiedlicher Substitutionsmedikamente sowie strikte Regeln wie eine eingeschränkte Behandlungsdauer und häufige Urinscreenings (Kourounis et al., 2016). In diesem Review sowie in Studien aus Deutschland (Stöver, 2011) und Irland (Van Hout et al., 2018) wurde übereinstimmend bemängelt, dass es zu wenige substituierende Ärztinnen und Ärzte gebe und das Angebot regional sehr unterschiedlich sei. Ein aktuelles Review von 14 kanadischen Studien zur OAT in ländlichen Regionen bestätigte das regional limitierte Angebot einer Substitutionsbehandlung (Pijl et al., 2022). Dem Review zufolge mussten Substituierte aus ländlichen Gebieten häufig – und bei fehlender Take-Home Vergabe täglich – lange Wegstrecken für eine Behandlung auf sich nehmen. Auch Apotheken würden in ländlichen Regionen aufgrund limitierter Öffnungszeiten nur selten eine Alternative zur Vergabe der Medikamente bieten.

In einer etwas älteren Studie aus Neuseeland wurden neben 18 Fachkräften auch 85 Opioidabhängige zu Barrieren der Substitutionsbehandlung befragt (Deering et al., 2011). Von den Opioidabhängigen befanden sich mehr als die Hälfte in einer Substitutionsbehandlung (51,8%), weitere 25 Personen waren noch nie und 16 Personen aktuell nicht mehr einer solchen Behandlung. Abgesehen von dem genannten Wunsch nach besser qualifiziertem Behandlungspersonal und einer Take-Home Vergabe, sind insbesondere die Ergebnisse der 16 Befragten zu den Gründen für die Nicht-Behandlung von Interesse. Mehrheitlich (76%) wurde OAT abgelehnt, da keine Methadonbehandlung gewollt war. Über ein Drittel hatte eine Substitutionsbehandlung erwogen, aber fand keinen Zugang zur Behandlung, und mehr als ein Viertel lehnte Methadon wegen der Nebenwirkungen ab. Der Abbruch einer Methadonbehandlung resultierte aus Konflikten mit den Anforderungen durch die behandelnde Einrichtung (55%) oder aufgrund der eigenen Entscheidung, Methadon nicht länger nehmen zu wollen, oder aufgrund von

Rückfällen in den Drogenkonsum. Eine neuere Studie aus den USA bestätigt und ergänzt diese Ergebnisse (Carlberg-Racich et al., 2022). Basierend auf den Interviewaussagen von 40 Opioidabhängigen, die in Harm Reduction Maßnahmen rekrutiert wurden, zeigte sich, dass Hürden bei der Behandlungsaufnahme, rigide Behandlungsregeln und die mangelnde Bereitschaft zur Abstinenz zentrale Barrieren darstellten. Die meisten der Befragten waren schon einmal in einer Substitutionsbehandlung und alle hatten nach dem regulären Behandlungsende oder nach dem Behandlungsabbruch wieder Drogen konsumiert.

Ein umfangreiches systematisches Review von 37 internationalen Studien, die Behandlungsbarrieren aus Perspektive von Opioidabhängigen untersucht haben, kam zu folgenden Ergebnissen: Zu den hauptsächlich genannten Barrieren zählten die mangelnde Flexibilität der OAT (auch: Deering et al., 2011; Kourounis et al., 2016) und dadurch die Unvereinbarkeit mit Arbeit oder Kinderversorgung, eine negative Grundhaltung gegenüber OAT inklusive der Angst vor den Nebenwirkungen der Medikamente, die Obdachlosigkeit (auch: Van Hout et al., 2018), ein eher chaotischer, nicht strukturierter Lebensstil sowie eine fehlende Krankenversicherung. Eine weitere Barriere bestand im Stigma, welches einerseits Drogenkonsumierende selbst verinnerlicht hatten (Gefühl von Wertlosigkeit) und ihnen andererseits durch Mitarbeitende in Gesundheitsdiensten entgegen gebracht wurde.

Eine Reihe von Studien hat sich mit den Auswirkungen der Stigmatisierung von Opioidkonsumierenden auf die Aufnahme einer OAT und den Erfahrungen während der OAT beschäftigt. Hierbei wird unterschieden zwischen dem internalisierten Stigma (eigene negative Stereotype), dem antizipierten Stigma (die Erwartung einer negativen Beurteilung) und dem erlebten Stigma („enacted“ als Erfahrung mit Stigmatisierungen durch andere).

Ein systematisches Review von 21 Studien aus den USA zeigte, dass Stigma eine der Barrieren zu OAT bei bestimmten Minoritäten darstellt und bei Drogenkonsumierenden, die trotz OAT immer noch als „Abhängige“ betrachtet werden (Cernasev et al., 2021). Eine qualitative Studie aus den USA bestätigte vorhandene Behandlungsbarrieren bei ethnischen Minoritäten (Husain et al., 2023). Basierend auf 41 Interviews mit Opioidabhängigen unterschiedlicher ethnischer Herkunft resultierte das antizipierte Stigma darin, eine nicht-medikamentöse Behandlung zu bevorzugen. Die Effekte des antizipierten und erlebten Stigmas wurden in einer Studie aus Schweden mittels Befragung von 209 Substituierten genauer untersucht (Troberg et al., 2022). Nach Angaben der Befragten verhinderte das antizipierte Stigma, als Junkie abgestempelt zu werden und keine Behandlung zu erhalten oder schlecht behandelt zu werden, die Nutzung von Hilfsangeboten. Auch die Scham von drogenkonsumierenden Frauen, als schlechte Mutter angesehen zu werden, sowie das aus Erfahrung mit Hilfeeinrichtungen begründete Misstrauen gegenüber solchen Einrichtungen, stellten Behandlungsbarrieren dar. Allerdings fand die schwedische Studie auch heraus, dass eine Behandlung im Leben von Drogenabhängigen keine Priorität hat, wenn sich ihr Leben vorrangig um den nächsten Konsum dreht. Eine qualitative Studie unter

Substituierten und Fachkräften aus England kam zu dem Schluss, dass die unterschiedlichen Arten des Stigmas auch vielfältige Barrieren während der Nutzung von OAT implizieren (Carlisle et al., 2023). So berichteten Substituierte, sich in der Behandlung entmachtet zu fühlen und keine Autonomie über wesentliche Behandlungsaspekte wie die Dauer und die Art und Vergabe der Medikamente zu haben. Zu gänzlich anderen Ergebnissen kam eine prospektive Studie aus Indien, bei der 51 Substituierte zu Behandlungsbeginn und drei Monate nach Behandlungsende zum internalisierten und erlebten Stigma befragt wurden (Ghosh et al., 2022). Das erlebte Stigma reduzierte sich deutlich während der Substitutionsbehandlung und war nach der Behandlung signifikant geringer. Somit wurde vermutet, dass OAT möglicherweise auch zur Reduktion von Stigma gegenüber Drogenkonsumierenden beiträgt. In eine ähnliche Richtung gegen die Ergebnisse einer Befragung von 328 Psychologiestudierenden in Kanada, die eine geringe stigmatisierende Einstellung zu Drogenkonsumierenden in Substitutionsbehandlung äußerten (Reynolds et al., 2022).

Insgesamt fünf Studien – vier davon aus Kanada und Australien – haben sich mit dem „enacted“ Stigma beschäftigt, welches im Gesundheitssystem potentiell Opioidkonsumierenden entgegengebracht wird. Eine kanadische Untersuchung basierend auf einer Bevölkerungsstichprobe (Gomes et al., 2021) sowie eine australische Studie unter Patientinnen und Patienten von Arztpraxen (Holliday et al., 2012) analysierten Stigma im Kontext ärztlicher Versorgung. Bei der Studie aus Kanada wurde untersucht, ob es 154.970 Personen aus Ontario nach einem Jahr gelungen ist, nach dem Verlust des Vertrauensarztes eine neue Arztpraxis zu finden. Unter den Personen waren etwa 1% substituierte Opiatabhängige und 2,4% Personen, die über längere Zeit opioidhaltige Schmerzmittel bekamen. Die Mehrheit aller Befragten fand eine neue Arztpraxis (78%-89%), wobei substituierte Opioidabhängige im Vergleich zu den anderen Patientinnen und Patienten signifikant seltener eine neue Arztpraxis innerhalb eines Jahres gefunden hatten (Gomes et al., 2021). In der Studie aus Australien wurden 1.138 Patientinnen und Patienten in 15 verschiedenen Arztpraxen gefragt, ob sie sich im Wartezimmer belästigt fühlen, wenn dort jemand intoxikiert ist oder wegen Drogenabhängigkeit behandelt wird. Über ein Drittel bestätigten, sich in diesen Fällen unwohl zu fühlen, wobei diese Haltung selten auf eigenen negativen Erfahrungen, sondern eher auf Vorurteilen beruhte (Holliday et al., 2012). Werden Drogenabhängige in OAT – wie in einer Studie aus Schweden (Garpenhag & Dahlman, 2021) – selbst danach befragt, wie sie Stigmatisierungen im Gesundheitswesen erleben, zeigten sich vielfältige Formen von Stigma. Die interviewten 23 Substituierten aus Malmö gaben an, abwertende Haltungen, Diskriminierungen und eine schlechte Behandlung im Hilfesystem erfahren zu haben. Aus ihrer Sicht erlebten sie im Vergleich zu anderen Patientengruppen Stigmatisierungen als moralisch schuldig und wenig vertrauenswürdig, so dass sie sich verachtet und inhuman behandelt fühlten (Garpenhag & Dahlman, 2021).

Zwei weitere Studien haben Stigma in Relation zu verschiedenen Substitutionsmedikamenten untersucht (McCradden et al., 2019; Treloar et al., 2022). Ein Scoping Review von 41 Studien zeigte unter

anderem, dass Methadon als das bekanntere Substitutionsmedikament mit einem stärkeren Stigma behaftet ist als Buprenorphin (McCraiden et al., 2019). Methadon wurde eher mit Heroin gleichgesetzt, während Buprenorphin das Image als Drogenabhängiger reduziert, da es weniger „high“ macht. Dennoch erlebten sich Drogenkonsumierende selbst mit OAT weder als abhängig noch als „normal“. Aus Sicht von Behandelnden wurde die Substitutionsbehandlung wegen des Beikonsums kritisch beurteilt. Bei der australischen Studie von Treloar et al. (2022) wurden 36 Opioidabhängige, die mit Depot-Buprenorphin substituiert wurden, zweimal zu Stigmatisierungen interviewt. Da das Depot nur einmal pro Woche oder Monat subkutan injiziert werden muss, erlebten die Befragten eine größere Freiheit und Kontrolle über ihr Leben. Sie hatten keine Angst mehr, einen Vergabetermin zu verpassen, mussten nicht täglich auf die Vergabe warten und fühlten sich zunehmend als ein normales Mitglied der Gesellschaft (Treloar et al., 2022). Den Ergebnissen zufolge hat Depot-Buprenorphin ein erhöhtes Potenzial zur Entstigmatisierung.

Behandlungsabbruch

Eine umfangreiche prospektive Studie zu den Lebensumständen, die zu einem Abbruch der Methadonsubstitution führten, wurde in Kanada unter 1.301 erwachsenen Substituierten durchgeführt (Lo et al., 2018). Insgesamt hatte mehr als ein Fünftel die Behandlung in den letzten 6 Monaten abgebrochen (22,1%) und davon ein kleiner Teil sogar bereits mehrfach (3,8%). Basierend auf bivariaten Analysen zeigte sich, dass der Behandlungsabbruch vor allem mit einer aktuellen Obdachlosigkeit oder Inhaftierung, einem täglichen intravenösen Heroin- und /oder Kokainkonsum, dem täglichen Konsum von Methamphetamin und dem Rauschtrinken von Alkohol verbunden war. Zudem fand sich ein Zusammenhang zwischen der Dosishöhe und der Regelmäßigkeit der Behandlungsteilnahme. Substituierte mit einer Dosis von mindestens 60 mg Methadon und regelmäßiger Teilnahme waren häufiger in kontinuierlicher Behandlung. Mit einem Behandlungsabbruch nach der Haftentlassung beschäftigte sich eine neuere Längsschnittstudie aus Australien, bei der eine Kohorte von 110 Männern 3, 12 und 24 Monate nach ihrer Haftentlassung befragt wurde (Curtis et al., 2023). Zwei Jahre nach der Haftentlassung hatte die Hälfte der Befragten ihre Substitutionsbehandlung abgebrochen, wobei die überwiegende Mehrheit (74%) die Behandlung in den ersten drei Monaten nach der Haftentlassung abbrach. Bei einer weiteren Studie aus Australien wurden 145 Patientinnen und Patienten in OAT zu ihrer Haltung befragt, ihre Substitutionsbehandlung mit Methadon oder Buprenorphin beibehalten oder beenden zu wollen (Winstock et al., 2011). Insgesamt 62% äußerten ein sehr großes Interesse, in den nächsten 6 Monaten die Behandlung beenden zu wollen; in den vergangenen drei Monaten hatten 41% der mit Buprenorphin Substituierten, jedoch nur 18% der mit Methadon Substituierten die Dosis reduziert. Der Wunsch nach Beendigung der Behandlung war insbesondere dadurch motiviert, abstinent werden zu wollen. Mit der Vorstellung des Ausstiegs aus der Substitutionsbehandlung waren jedoch auch die

Angst vor einem Entzug (68%) und Schmerzen (50%) sowie die Befürchtung verbunden, erneut Heroin zu konsumieren (48%) und wieder Straftaten zu begehen (30%).

Behandlungsdauer von OAT

Die Literaturanalyse umfasst vier Studien, die mit unterschiedlichen methodischen Zugängen der Frage nach der Beibehaltung einer OAT nachgehen. In einer Studie aus Schweden wurden insgesamt 411 Substituierte zu ihrem Konsum von nicht verschriebenen Substitutionsmedikamenten vor Behandlungsbeginn mit dem Ziel befragt, den Einfluss dieses Konsums auf die Behandlungsdauer zu untersuchen (Johnson & Richert, 2019). Die überwiegende Mehrheit von mehr als 80% der Befragten hatte jemals vom Schwarzmarkt erworbenes Methadon oder Buprenorphin und die Hälfte die Kombination aus Buprenorphin/Naloxon konsumiert. Signifikante Gründe für diesen Konsum waren die Vermeidung von Entzugssymptomen, das Bedürfnis nach Abstinenz von Heroin, um sich selbstständig zu entgiften oder um sich eigenständig zu substituieren. Im Hinblick auf die Behandlungsdauer zeigten die Ergebnisse, dass diejenigen in einer kontinuierlichen Substitutionsbehandlung von mehr als drei Jahren deutlich seltener Erfahrungen mit Buprenorphin/Naloxon und Buprenorphin vom Schwarzmarkt hatten. Erfahrungen mit nicht verschriebenen Substitutionsmitteln scheinen sich also tendenziell negativ auf die Aufrechterhaltung der OAT auszuwirken. Aus Kanada stammt eine retrospektive Kohortenstudie, die auf den Gesundheitsdaten von 97.516 Substituierten basiert (Paul et al., 2023). Aus der Analyse geht hervor, dass die Beibehaltung einer regulären Substitutionsbehandlung vom Geschlecht, Alter, diagnostizierten psychischen Störungen und dem Wohnort beeinflusst war. Männer nutzten die Behandlung zwar regelmäßig aber für eine kürzere Dauer als Frauen. Ältere Substituierte hingegen waren unregelmäßig in Behandlung, behielten diese aber über längere Zeit aufrecht. Einen grundsätzlich schlechteren Behandlungsverlauf im Hinblick auf die Regelmäßigkeit und Dauer der Behandlung hatten Substituierte, die in ländlichen Gegenden wohnten, und diejenigen mit einer psychischen Erkrankung.

In Vancouver, Kanada wurde eine Langzeitstudie an einer Kohorte von 438 Substituierten zwischen 2005 und 2018 durchgeführt, um die Entwicklungsverläufe bei der Substitutionsbehandlung während der ersten fünf Jahre nach dem Behandlungsbeginn zu untersuchen (Socías et al., 2020). Mittels einer latenten Klassenanalyse wurden vier Behandlungsverläufe im Hinblick auf eine langfristige Beibehaltung der Substitution identifiziert; den optimalen Verlauf mit einem Behandlungsengagement "consistently high" (36%) sowie die davon abweichenden suboptimalen Behandlungsverläufe "consistently low" (geringes Engagement; 23%), "increasing" (steigendes Engagement; 23%) und "decreasing" (nachlassendes Engagement; 15%). Dann wurde durch eine multivariate logistische Regression nach Prädiktoren gesucht, welche die Wahrscheinlichkeit für einen Entwicklungsverlauf erklären. Im Ver-

gleich zum optimalen Behandlungsverlauf („consistently high“) stellte sich ausschließlich die Arbeitsfähigkeit als signifikanter Faktor in allen Verläufen heraus. Der Verbleib in einer Opioidbehandlung war auch Gegenstand eines weiteren systematischen Reviews, bei dem 67 Studien (4 RCTs und 63 Kohortenstudien) eingeschlossen wurden (O'Connor et al., 2020). Dem Review zufolge befanden sich 12 Monate nach Behandlungsbeginn 57% der Opioidabhängigen weiterhin in einer Substitutionsbehandlung, nach drei Jahren sank die Haltequote auf etwa 38%. Eine kürzere Behandlungsdauer war assoziiert mit dem Konsum von Kokain und Heroin, einer geringeren Dosierung des Substitutionsmedikaments sowie einer negativen Einstellung gegenüber einer Substitutionsbehandlung.

5. Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Befragung

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse aus den 237 quantitativen Fragebogenerhebungen und den 27 qualitativen Interviews dargestellt. Hierbei werden jeweils die quantitativen Ergebnisse vorangestellt und durch qualitative Ergebnisse ergänzt. Durch die Kombination der quantitativen und qualitativen Analysen entstehen detaillierte Erkenntnisse zu den Erfahrungen mit einer Substitutionsbehandlung, den Barrieren und Hindernissen sowie zum Behandlungsbedarf.

5.1 Soziodemographische Angaben

Von den insgesamt 237 ausgefüllten Fragebögen der auf den Drogenszenen bzw. im Umfeld niedrigschwelliger Einrichtungen befragten Opioidabhängigen mussten 4 Fragebögen ausgeschlossen werden, da die letzte Substitutionsbehandlung nach den Selbstangaben kürzer als 6 Monate zurück lag. Diese Opioidabhängigen entstammten dem großstädtischen Bereich. Von den verbliebenen 233 Personen waren N=71 noch niemals in einer Substitutionsbehandlung (30,5%) und bei den übrigen N=162 Opioidabhängigen (69,5%) lag ihre letzte Substitutionsbehandlung länger als ein halbes Jahr zurück (Tab. 2).

In den Großstädten wurden N=201 Opiatabhängige erreicht (86,3%), in den kleinstädtischen Regionen N=32 (13,7%). Die Befragten waren im Mittel 41,6 Jahre alt und etwa zwei Drittel waren männlich. Etwa ein Drittel der Befragten gab an, eine Lebenspartnerin oder einen Lebenspartner zu haben. Ein sehr hoher Anteil der erreichten Opioidabhängigen lebte in prekären Wohnverhältnissen, inklusive Obdachlosigkeit. Eine reguläre Erwerbstätigkeit wurde lediglich von 4,7% der Befragten ausgeübt. Knapp die Hälfte der gab an, Einkünfte aus illegalen Tätigkeiten zu beziehen. Illegale Einkünfte bestanden insbesondere im Drogenverkauf oder -handel (N=64; 27,5%) und in Diebstahl oder Raub (N=44; 18,9%). Etwas mehr als die Hälfte der Befragten gab aktuelle Justizprobleme an und drei Viertel der Befragten waren bereits mindestens einmal inhaftiert.

Signifikante Unterschiede zwischen den Opioidabhängigen in Groß- oder Kleinstädten zeigten sich in den drei Bereichen Wohnen, Einkommen und Inhaftierungen. Befragte aus Großstädten waren deutlich häufiger obdachlos, gaben häufiger „keine oder sonstige Einkünfte“ an und waren zu einem größeren Anteil im Gefängnis.

Die drei Opioidabhängigen, die bei Geschlecht divers angegeben hatten, werden im Folgenden von genderbezogenen Analysen der Fragebogendaten ausgeschlossen. Deutlich mehr Frauen als Männer waren von instabilen Wohnverhältnissen betroffen (75,0% vs. 60,9%, $\text{Chi}^2=4,33$, $p=0,038$). Sexarbeit als Einkommensquelle wurde signifikant häufiger von Frauen angegeben; von 42,5% Frauen und nur von 2,5% der Männer ($\text{Chi}^2=61,54$, $p<0,001$). Interessanterweise finden sich keine signifikanten Geschlechtsunterschiede im Zusammenhang mit Inhaftierungen.

Tabelle 2: Soziodemographische Angaben / Allgemeine Beschreibung der befragten Opioidabhängigen

	Opioidabhängige			Statistik
	Großstädte (N=201)	Kleinstädte (N=32)	Gesamt (N=233)	
Alter in Jahren (M, SD) (N=233)	41,9 (9,8)	39,6 (11,3)	41,6 (10,0)	T=1,21 p=0,231
Geschlecht (N=233)				Chi ² =0,60 p=0,739
männlich	136 (67,7%)	21 (65,6%)	157 (67,4%)	
weiblich	62 (30,8%)	11 (34,4%)	73 (31,3%)	
divers	3 (1,5%)	0	3 (1,3)	
Substitutionsbehandlungen (N=233)				Chi ² =3,09 p=0,079
jemals (vor länger als 6 Monaten)	144 (71,6%)	18 (56,3%)	162 (69,5%)	
noch niemals	57 (28,4%)	14 (43,8%)	71 (30,5%)	
Migrationsstatus (N=222)				Chi ² =5,35 p=0,069
In Deutschland geboren (Eltern und Abhängige)	117 (61,3%)	25 (80,6%)	142 (64,0%)	
Eltern eingewandert	29 (15,2%)	4 (12,9%)	33 (14,9%)	
Selbst eingewandert	45 (23,6%)	2 (6,5%)	47 (21,2%)	
Partnerschaft (N=231)				Chi ² =0,71 p=0,700
ja, seit kurzem	14 (7,0%)	3 (9,4%)	17 (7,4%)	
ja, schon länger	46 (23,1%)	9 (28,1%)	55 (23,8%)	
nein	139 (69,8%)	20 (62,5%)	159 (68,8%)	
Wohnsituation (N=231)				Chi ² =19,12 p<0,001
stabile Wohnverhältnisse	58 (29,1%)	21 (65,6%)	79 (34,2%)	
instabile Wohnverhältnisse	54 (27,1%)	8 (25,0%)	62 (26,8%)	
Obdachlosigkeit	87 (43,7%)	3 (9,4%)	90 (39,0%)	
Haupteinnahmequelle im letzten Monat (N=232)				Chi ² =11,55 p=0,003
Erwerbstätigkeit	9 (4,5%)	2 (6,3%)	11 (4,7%)	
Arbeitslosengeld, Sozialhilfe, Rente, Unterstützung durch Andere	118 (59,0%)	28 (87,5%)	146 (62,9%)	
Keine oder sonstige Einkünfte	73 (36,5%)	2 (6,3%)	75 (32,3%)	
Sexarbeit (N=233)				Chi ² =2,40 p=0,121
ja	34 (16,9%)	2 (5,6%)	36 (15,5%)	
nein	167 (83,4%)	30 (93,8%)	197 (84,5%)	
Einkünfte aus illegalen Tätigkeiten (N=233)				Chi ² =0,08 p=0,773
ja	95 (47,3%)	16 (50,0%)	111 (47,6%)	
nein	106 (52,7%)	16 (50,0%)	122 (52,4%)	
Aktuelle Probleme mit Justiz (N=232)				Chi ² =1,40 p=0,236
ja	110 (55,0%)	14 (43,8%)	124 (53,4%)	
nein	90 (45,0%)	18 (56,3%)	108 (46,6%)	
Gefängnisaufenthalte (ohne Untersuchungshaft) (N=233)				Chi ² =15,81 p<0,001
ja	160 (79,6%)	15 (46,9%)	175 (75,1%)	
nein	41 (20,4%)	17 (53,1%)	58 (24,9%)	
Anzahl Gefängnisaufenthalte (M, SD) (N=169)	5,3 (4,7)	2,7 (2,4)	5,1 (4,6)	t=3,32 p=0,003

QUALITATIVE ANALYSE

An den Interviews haben 13 weibliche und 14 männliche Opioidabhängige teilgenommen, die im Alter von 25 bis 64 Jahren waren. Mit 18 Befragten waren zwei Drittel jemals in einer Substitutionsbehandlung.

Zur Arbeits- und Wohnsituation sowie zur Sexarbeit und Gefängnisaufenthalten liegen Aussagen aus den qualitativen Interviews vor. Bei der Zitierung von Interviewaussagen wird erst ein Code aus dem Ort („GT“ für Großstadt und „KT“ für Kleinstadt) und laufender Nummer angegeben. Zudem werden die Erfahrungen mit der Substitutionsbehandlung wie folgt gekennzeichnet: „js“ für jemals in einer Substitution und „ns“ für niemals in einer Substitution. Dann folgt das Geschlecht („m“ für männlich, „w“ für weiblich) sowie das Alter der Befragten.

Zur Arbeitssituation schilderten einige Befragte, zunächst einer regulären Arbeit nachgegangen zu sein oder auch eine Ausbildung zu haben. Die Arbeitslosigkeit folgte dann aus individuell unterschiedlichen Gründen wie der mangelnden Nachfrage nach Arbeitskräften, dem zu geringen Verdienst, dem parallelen Drogenkonsum und der Straffälligkeit. Alle Befragten äußerten, mit der Arbeitslosigkeit und der damit verbundenen fehlenden Tagesbeschäftigung ihren Drogenkonsum intensiviert zu haben.

„Die Nachfrage war nicht mehr so groß bei mir. Ich war einer der letzten, die dort eingestellt wurden und der Bedarf war nicht mehr da. Erst in die Teilzeit und dann raus. [...] Und man braucht ja auch eine Aufgabe. Dem ist man nicht gewachsen, wenn man keine Substitution hat. Bei der Sucht ist es so, dass der Körper danach schreit. So wie essen und trinken. Keine Drogen schreit so nach Wiedergabe. Das ist nur bei Opiaten so“ (GT2_js: m, 49).

„Ich bin schon zu lange aus meinem Job raus. Ich habe Maler gelernt, Maler und Lackierer, aber jetzt bekomme ich nur Zeitarbeitsfirmen-Jobs und das Geld, was du da kriegst, reicht hinten und vorne nicht. Arbeit ist vielleicht wichtig, aber wenn das Geld nicht reicht, habe ich keinen Bock zu arbeiten. Da wirst du ja drogensüchtig! Jetzt haben sie mir vor 1½ Jahren mein Handy weggenommen mit dem Vorwurf, dass ich Gras verkaufe, was ich nicht mache. Jetzt darf ich 300€ zurückzahlen ohne Verhandlung. Ich dreh durch!“ (KT3_js: m, 53).

„Ich war gut 20 Jahre Gerüstbauer, ich fand es geil, ich habe es gemocht. Das Einzige, wo mit Gerüstbau meiner Meinung nach nicht ginge, wäre Alkohol, aber das habe ich beim Arbeiten auch nicht gemacht. Erst nach der Arbeit [...] Ich habe morgens was geraucht, tagsüber habe ich 2 x kleine Sticks gedampft, und dann habe ich meine Eisen gedreht. Ging wunderbar. Das Schlimmste bei den Drogen, was das ganze Karussell antreibt, ist diese Abhängigkeit, es zu beschaffen, diese Straffälligkeit. [...] Ja, Sozialhilfe kriegen wir oder wir machen vieles, dealen ein bisschen, wir betteln, je nachdem“ (GT20_ns: m, 53).

Instabile Wohnverhältnisse oder Obdachlosigkeit waren zumeist auch damit verbunden, keine Krankenversicherung zu haben. Eine Substitutionsbehandlung ist bei einer Obdachlosigkeit schwer zu bekommen oder aber nahezu unmöglich unter diesen Lebensbedingungen aufrecht zu erhalten.

„Wenn ich Bürgergeld bekomme und eine Krankenversicherung habe, vielleicht schaffe ich es, eine Wohnung zu bekommen. Dann würde ich vielleicht auch ein bisschen ruhiger werden“ (GT15_js: w, 54).

„Nicht lange [substituiert], weil ich dann irgendwann schon wieder recht schnell obdachlos wurde, also ich kann es gar nicht genau sagen. Immer mal wieder substituiert“ (KT4_js: w, 31).

Ein Großteil der Befragten aus den Großstädten wurde zu einer Freiheitsstrafe verurteilt und hat bereits viele Jahre im Gefängnis verbracht. Die Verurteilungen resultierten zumeist aus Drogenhandel und

Diebstählen, aber auch aus Ersatzfreiheitsstrafen und Körperverletzungen. Infolge der Inhaftierung bestand nach der Haftentlassung oftmals keine Wohnung und keine Krankenversicherung mehr. Sofern eine Substitution in Haft stattfand, konnte diese Behandlung nach der Haftentlassung selten fortgesetzt werden.

„Ich wurde jetzt am 24.7. entlassen das letzte Mal, ohne Wohnung, ohne Perspektive auf Arbeit, ohne dass das Amt geklärt ist, ohne dass die Krankenversicherung geklärt ist. Und so bin ich entlassen worden und stand dann wieder da, wo ich vorher aufgehört habe. [...] Ich brauche diese Struktur. Im Knast komme ich gut klar. Klingt bescheuert, wie kannst du sagen, du bist lieber im Knast als draußen. Aber ich habe oft gesagt, ich bin lieber drinnen als hier. Weil die Situation, die macht einen einfach kaputt“ (GT3_ns: m, 34).

„Gerade aktuell. Ich habe keine Lust mehr auf den Dreck hier. Das ist einfach ganz klar. Kriege aber gerade alleine die Kurve nicht. Diese 3 Jahre [Gefängnis], die haben mich dermaßen aus dem Ruder geschossen. Ich bin letztes Jahr entlassen worden. Aber wenn man drei Jahre gesessen hat, das erste Mal und dann so lange am Stück, dann scheint das wohl normal, dass ich ein bisschen länger brauche. Ich krieg's gerade nicht hin, alleine. Ich weiß auch, ich habe keinen Ausweis, ich habe noch andere Verfahren. [...] Es kann sein, dass bald wieder ein Haftbefehl draußen ist und dann werde ich das als Sprungbrett benutzen für Therapie statt Strafe. Ich bin raus gekommen ohne Wohnung (GT12_ns: w, 39).

Sexarbeit ist primär eine Einkommensquelle zur Finanzierung des Drogenbedarfs. In den Interviews waren die Befragten mit Sexarbeit zumeist obdachlos und lebten auf der Straße oder waren in der Wohnung eines Freiers untergekommen. Die prekären Lebensbedingungen äußerten sich darin, bei der Sexarbeit pro Kunde nur wenig Geld zu verdienen und diesen Verdienst vollständig für Drogen ausgegeben zu haben. Somit konnten nötige Papiere wie ein Personalausweis nicht bezahlt werden, die wiederum Voraussetzung für den Bezug von Sozialleistungen sind. Zudem verschlechterten sich mit den geringen Einnahmen aus der Sexarbeit auch das körperliche und psychische Befinden.

„Früher waren das mindestens 50 Euro oder 60. Jetzt musst du das Zimmer [im Stundenhotel] bezahlen und die wollen für 5 Euro ficken und dann noch am besten ohne Kondom. Bei der Arge das gleiche, das wollen sie haben und diese Papiere. Selbst die kosten Geld. Und ich finde, wenn du kein Zuhause hast, keine Wohnung, du frierst. Ich hatte 60 Kilo vor einem halben Jahr, jetzt wiege ich nicht mal 40. Ich habe Kindergröße und ich sehe schlecht aus“ (GT4_js: w, 45).

„Der alte Mann, wo ich jetzt wohne, war mein Freier. Ab und zu will er, aber sonst habe ich meine Ruhe da. Vielleicht einmal in der Woche oder einmal im Monat, aber das war's. Er hilft mir auch finanziell. Ist wie mein zuhause, ich kann machen, was ich will. [...] Nein, aber er gibt mir Geld. Hauptsache ich stehe hier nicht jeden Tag stundenlang. [...] Er hat mir schon dreimal Geld gegeben, damit ich das kaufe und dreimal habe ich das ganze Geld für was anderes ausgegeben, nur nicht für Methaddict. Er ist sogar bereit, das Geld zu zahlen, damit ich mich selbst substituieren“ (GT18_js: w, 39).

5.2 Bisherige Substitutionsbehandlungen

Bei der Substitutionsbehandlung wird zwischen einer regulären Behandlung in einer Arztpraxis oder Ambulanz und einer Behandlung im Justizvollzug unterschieden.

5.2.1 Reguläre Substitutionsbehandlung in Praxis oder Ambulanz

Bei knapp der Hälfte der 162 Opioidabhängigen mit einer regulären Substitutionsbehandlung dauerten alle vorherigen Behandlungen höchstens ein Jahr. Ein Fünftel war insgesamt länger als 5 Jahre in einer

Substitutionsbehandlung. Die letzte Substitutionsbehandlung lag für die meisten Befragten länger als ein Jahr zurück (Tab. 3). Die letzte Substitution erfolgte zumeist mit der Substanz Methadon, gefolgt von Levomethadon. Andere Medikamente wie Buprenorphin oder Morphin wurden nach Angaben der Befragten deutlich seltener vergeben.

Im Hinblick auf den Zeitraum und die Dauer der letzten Substitutionsbehandlung ergaben sich keine Unterschiede zwischen den großstädtischen oder kleinstädtischen Regionen. Ebenfalls zeigten sich in diesen beiden Dimensionen keine Geschlechtsunterschiede. Allerdings waren altersspezifisch signifikante Unterschiede zu beobachten. Im Vergleich zu den 71 Befragten ohne Substitutionserfahrung waren Befragte mit einer Substitutionsbehandlung signifikant älter (43,3 vs. 37,7 Jahre, $t=4,05$, $p<0,001$).

Tabelle 3: Zeitpunkt der letzten Substitutionsbehandlung und Dauer der bisherigen Substitutionsbehandlung(en)

	N (%)
Letzte Substitutionsbehandlung (N=162)	
vor etwa 1 Jahr	60 (37,0%)
vor mehr als 1 Jahr	102 (63,0%)
Dauer der Substitution insgesamt in Jahren (N=161)	
bis zu 1 Jahr	74 (46%)
1 Jahr bis zu 5 Jahren	54 (33,5%)
länger als 5 Jahre	33 (20,5%)
Substitutionsmedikamente (N=160)	
Methadon	96 (60,0%)
Levomethadon	31 (19,4%)
Buprenorphin	15 (9,4%)
Buprenorphin-Depot	1 (0,6%)
Morphin	8 (5,0%)
Diamorphin	2 (1,3%)
weiß ich nicht mehr	7 (4,4%)

5.2.2 Zufriedenheit mit der letzten Substitutionsbehandlung

Die Zufriedenheit mit der letzten Substitutionsbehandlung wurde mit dem "Client Satisfaction Questionnaire", CSQ-8, erhoben. Bei diesem Instrument konnten zwischen 8 und 32 Punkte als Summenscore erreicht werden. Höhere Punktwerte bedeuten eine höhere Zufriedenheit.

Im Mittel lag die Zufriedenheit der Befragten mit ihren vorherigen Substitutionsbehandlungen bei 21,5 (SD=5,0). Im Vergleich mit einer kanadischen Untersuchung unter 111 Opiatabhängigen in Methadonsubstitution liegt die Behandlungszufriedenheit der Opioidabhängigen in dieser Erhebung leicht unter dem Ergebnis der nordamerikanischen Studie mit 23,6 (Marchand et al., 2011) (Tab. 4). Zugleich zeigen die Auswertungen, dass deutlich mehr als die Hälfte der Opioidabhängigen mit ihrer letzten Substitutionsbehandlung zufrieden oder sehr zufrieden waren. Unterschiede zwischen Groß-

und Kleinstädten sowie Geschlechtsunterschiede im Hinblick auf die Zufriedenheit der Befragten mit ihrer letzten Substitutionsbehandlung bestanden nicht.

Tabelle 4: Behandlungszufriedenheit nach dem CSQ-8

	Mittelwert	positiv oder sehr positiv
Qualität der Substitutionsbehandlung (N=157)	2,6	60,5%
Gewünschte Behandlung erhalten (N=156)	2,7	68,6%
Entsprach eigenen Befürfnissen (N=159)	2,7	61,0%
Empfehlung der Praxis/Ambulanz (N=159)	2,8	62,9%
Zufriedenheit mit Ausmaß der Hilfen (160)	2,6	60,6%
Hilfe, angemessener mit eigenen Problemen umzugehen (N=158)	2,8	66,5%
Zufriedenheit im Großen und Ganzen (N=158)	2,6	60,1%
Wiederholt in selbe Praxis gehen (N=157)	2,9	73,9%
Summenwert	21,5	Summe ≥20: 63,7%

QUALITATIVE ANALYSE

Aus den Interviews ging hervor, dass die Zufriedenheit mit der Substitutionsbehandlung eng mit den subjektiv wahrgenommenen Vorteilen durch die Behandlung verknüpft war. Besonders häufig wurde geäußert, aufgrund der Substitution keinen Entzug mehr zu haben und somit auch das Ausmaß der Beschaffungskriminalität erheblich reduzieren zu können. Folglich verringerte sich auch das Risiko justizieller Probleme und einer Inhaftierung. Als positive Wirkung der Behandlung wurde zudem genannt, keine Sexarbeit mehr ausüben zu müssen, den Heroinkonsum einstellen zu können und sich insgesamt körperlich zu erholen und ein gewisses Maß an Normalität zu spüren. Wenigen Befragten gelang es durch eine veränderte Tagesstruktur, wieder einer Arbeit nachzugehen. Für die Arbeitsfähigkeit war eine Take-Home Vergabe des Substitutionsmedikaments wichtig. Mit der Take-Home Vergabe war eine hohe Zufriedenheit mit der Behandlung verbunden.

„Es hat mir Druck in meinem Alltag auf jeden Fall genommen. Ich bin nicht kriminell, aber die ganzen Schnorrgeschichten, um das Geld zusammen zu kriegen, ist schon sehr anstrengend. Es hat einen beruhigt. [...] Ich bevorzuge es so, hauptsächlich in Arbeit zu sein. Wenn ich in Arbeit bin, kriege ich automatisch Take-Home. Ich habe sehr früh angefangen zu arbeiten, musste morgens um 4:00 das Haus verlassen, Müllabfuhr. Und da habe ich das mit meiner Substitutionsärztin so gemacht, dass ich eine Mitgabe für den Folgetag hatte. Ne ganze Woche, das war mir gar nicht wichtig, sondern abgedeckt sein an dem Tag. Und dann habe ich den Deal gemacht, ich kriege die Mitgabe für den Folgetag. Und das war o.k.“ (GT2_js: m, 49).

„Sehr gut. Gut war, dass ich am anderen Morgen nicht affig war und durchgeschwitzt. Es war nicht der erste Gedanke, ich muss Geld machen, um mir was zu besorgen. Ich war normal, ich konnte den ganzen Tag funktionieren. Dann habe ich gelacht, mehr wie sonst unter Drogen. Ist anders, kann man nicht vergleichen mit Abhängigkeit. Einfach normal zu sein“ (GT18_js: w, 39).

„Das ist der einzige mit Take-Home. Denn normalerweise musst 3 Monate warten mit sauberen UKs, kein Beikonsum. [...] Dann sofort Mitgabe, direkt Methaddict. [...] Und das reichte dann für eine Woche. Weil das ein Dorf ist, wollen die nicht, dass das vor der Tür genommen wird, deswegen direkt Mitgabe für eine Woche“ (GT4_js: w, 45).

Einige Befragte gaben an, sehr zufrieden mit der Ärztin oder dem Arzt gewesen zu sein. Diese Zufriedenheit basierte auf einem guten Verhältnis zur substituierenden ärztlichen Fachperson, ihrer guten Erreichbarkeit und der Möglichkeit, eine Take-Home Vergabe zu erhalten. Waren diese Voraussetzungen gegeben, wurde die Substitutionsbehandlung als wirksam erlebt und über eine längere Zeit beibehalten. Im Vergleich zu einer Substitution in einer Arztpraxis wurden Erfahrungen mit einer Substitutionsambulanz als weniger hilfreich bewertet, um Abstand zum Drogenkonsum zu gewinnen. Bemängelt wurde, dass sich dort die Drogenszene aufhalte, vor dem Eingang mit Drogen gehandelt wird und somit der Sinn der Substitutionsbehandlung infrage gestellt würde.

„In der Ambulanz war ich ja zuletzt substituiert und dann steht man da eine halbe Stunde an mit den ganzen anderen Junkies. Und die Leute sind da am Saufen, am Verticken. Mit fehlt da so ein bisschen der Sinn, warum man zur Ambulanz geht, sein Substitut nimmt, wenn man genau da die Szene hat“ (GT1_js: w, 23).

Wenig zufrieden waren Befragte, die nicht aus eigener Motivation eine Substitutionsbehandlung aufgenommen haben und denen es nicht gelang, ihren Heroinkonsum und/oder den Konsum anderer Drogen im Laufe der Behandlung zu beenden oder zu reduzieren. Unzufriedenheit mit der Behandlung lag ebenfalls vor, wenn die Substitution nicht den eigenen Bedürfnissen entsprochen hat und die Dosis des Substitutionsmedikaments nicht wie gewünscht verringert wurde.

„Das kann ich nicht beurteilen, weil ich Beikonsum hatte die ganze Zeit. Ich habe trotzdem Heroin genommen. Ich bin eigentlich nur in das Programm gegangen, weil meine Sozialarbeiterin hat mich so genervt, bis ich mich da angemeldet habe. Ich wollte eigentlich gar nicht. Aber ich habe nicht aufgehört, Heroin zu konsumieren – nicht einen Tag“ (GT13_js: m, 64).

„Die Ärzte hauen ja so viel raus, hochgehen ist da nicht das Problem. Nur, wenn man runter will, dann sperren sich die Ärzte. Das ist immer ganz komisch. Das ist meine Erfahrung, die ich gemacht habe. Hoch war nie das Problem, aber wenn du runter willst, dann haben sie versucht, einen zuzuquatschen, das geht nicht, du musst hoch, dann wirst du wieder rückfällig“ (LG1: m, 53).

5.2.3 Gründe für die Beendigung der letzten Substitutionsbehandlung

Ein zentrales Ziel der Untersuchung bestand auch darin, die Gründe für die Beendigung einer möglicherweise früher in Anspruch genommenen Substitutionsbehandlung zu identifizieren. Hierzu wurde eine Vielzahl möglicher Gründe vorgegeben, die sowohl internale bzw. individuelle als auch externale oder strukturelle Umstände umfassten. Von den Befragten wurde am häufigsten der Wunsch angegeben, vollständig clean zu werden und somit auch keine Substitutionsmedikamente mehr nehmen zu wollen (Abb. 2). Ebenfalls relativ häufig wurde die Substitutionsbehandlung aus dem Grund beendet, nicht mehr täglich zur Vergabe des Substitutionsmedikaments in die Praxis, Ambulanz oder Apotheke gehen zu müssen. Somit standen für die Befragten primär die Lösung aus der Abhängigkeit vom Substitutionsmittel und dem alltagsbestimmenden Gang in die Substitutionspraxis/Apotheke im Vordergrund. Bei etwa einem Fünftel der Befragten wurde allerdings die Substitutionsbehandlung durch die Praxis oder Ambulanz wegen Beikonsums oder nicht eingehaltener Termine beendet. Hervorzuheben

sind noch jene 14%, die sich in der substituierenden Praxis nicht wie normale Patien:innen behandelt fühlten. Die Verweigerung des Wunsches nach einem anderen Substitutionsmittel oder Unverträglichkeit bzw. Nebenwirkungen spielten bei 9% bzw. 7% eine Rolle.

In einem offenen Textfeld konnten weitere Gründe angegeben werden. Insgesamt 9 Personen (5,6%) hatten die letzte Substitutionsbehandlung aufgrund finanzieller Probleme oder Problemen mit ihrer Krankenkasse beendet.

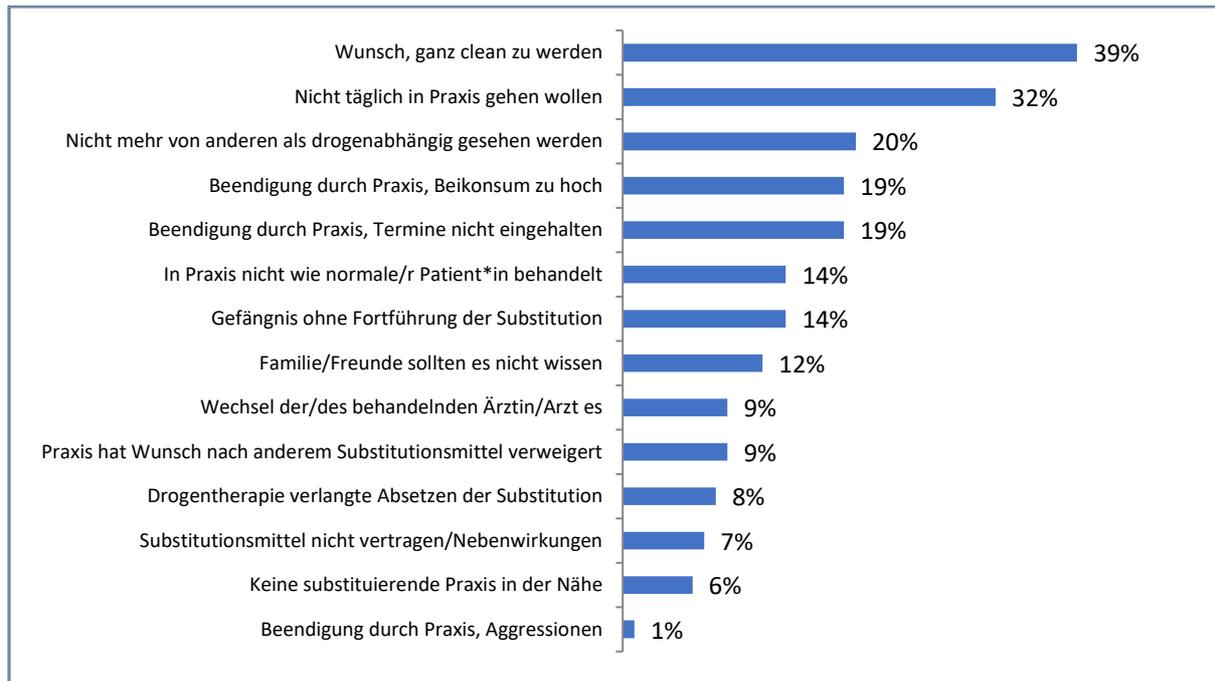


Abbildung 2: Gründe für die Beendigung der letzten Substitutionsbehandlung (N=162, Mehrfachantworten)

Im Zusammenhang mit den Beendigungsgründen gab es keine Unterschiede zwischen den Groß- und Kleinstädten. Es zeigte sich lediglich ein Trend dahingehend, dass die Hälfte der Befragten in Kleinstädten die Substitutionsbehandlung beendeten, um nicht mehr jeden Tag in die Praxis gehen zu müssen. Opioidabhängige in Großstädten nannten diesen Grund nur zu 29,2% ($\chi^2=3,22$, $p=0,073$).

Im Geschlechtervergleich sorgten sich mehr männliche als weibliche Opioidabhängige darum, dass ihre Familien, Freunde oder Arbeitgeber durch eine regelmäßige Substitutionsbehandlung erfahren könnten, dass sie drogenabhängig sind (Männer 16,0% vs. Frauen 3,7%, $\chi^2=5,20$, $p=0,023$).

QUALITATIVE ANALYSE

Wie in der quantitativen Auswertung bestand ein häufig genannter Beendigungsgrund darin, für die Vergabe des Substitutionsmedikaments nicht mehr täglich eine Praxis, Ambulanz oder Apotheke aufsuchen zu wollen. Mangels Take-Home Vergabe haben insgesamt acht Befragte die Behandlungsregeln als Beschränkung der Autonomie erlebt. Aus ihrer Sicht entstand anstelle der Drogenabhängigkeit die

Abhängigkeit vom Arzt oder der Ärztin. Durch die Notwendigkeit, täglich oder wöchentlich das Substitutionsmedikament abholen zu müssen, gab es keine Flexibilität für einen Urlaub oder einen Familienbesuch. Mit der Beendigung der Substitutionsbehandlung wurde eine Entzugsbehandlung oder Drogentherapie aufgenommen oder ein eigenständiger Entzug vom Substitutionsmedikament durchgeführt.

„Nein, mit Unterbrechungen [substituiert], weil ich dann auch mal Therapie gemacht habe. Mich hat irgendwann dieser Punkt angekotzt, so abhängig zu sein, dass man nicht wirklich mal einfach eine Woche wegfahren kann. Man muss dann immer wieder zum Arzt, das abklären und selbst wenn das genehmigt wird, dann kann man nicht einfach 2-3 Tage dranhängen oder so, weil man ja nur die begrenzte Zeit Substitution bekommen hat. Oder jeden Tag zur Apotheke oder dieses wöchentliche, ist zwar nicht viel, aber mich nervte das irgendwann so“ (GT8_js: w, 51).

„Das war letztes Jahr im Sommer. Dann hab ich mich selbst entzogen, also entgiftet zuhause [von Polamidon]. Das war hart. Ich hatte die Schnauze voll. Ich bin vorher etwas runtergegangen, aber ich hatte keinen Bock mehr. Ich hatte einfach keinen Bock mehr. Und dann habe ich von jetzt auf gleich aufgehört. Diese Abhängigkeit vom Arzt, so unflexibel. Ich konnte nicht mal zu meiner Familie, das ging da halt nicht“ (GT11_js: w, 42).

Einige Befragte schilderten, dass sie weite Wege für die tägliche Vergabe des Substitutionsmedikaments auf sich nehmen mussten. Die Fahrt bedeutete nicht nur einen hohen zeitlichen Aufwand, sondern war auch mit hohen Fahrtkosten verbunden. Dieses Geld war kaum zu erübrigen. Ist der öffentliche Nahverkehr nur beschränkt verfügbar, muss stundenlang auf die Rückfahrt gewartet werden. Die tägliche weite Fahrt zur Substitutionspraxis war insbesondere bei vorhandenen körperlichen Beeinträchtigungen schwer zu bewältigen. Aus diesen Umständen resultierte letztlich die Entscheidung, die Substitutionsbehandlung nicht weiter fortzusetzen.

„Ich komme aus C. und da musste ich jeden Tag über 40 km oder 1,5 Stunden mit dem Zug in die nächste Stadt fahren, um zum Arzt zu gehen. Deswegen bin ich dann öfter mal zuhause geblieben, dann nicht hingegangen und manchmal konnte ich bei einem Bekannten schlafen. Das war schon mal total scheiße. Dann war ich mal wieder nicht in Substitution und habe versucht, clean zu werden. Dann war ich zwischendurch wieder beim Arzt. [...] Zu der Zeit musste ich mir immer eine Monatskarte für 200 Euro kaufen. Da hat sich das ja fast gelohnt, drauf zu bleiben und ein bisschen was zu verkaufen. [...] Also, ich kenn das nur so, dass ich jeden Tag zum Arzt musste. Sogar an Feiertagen, also an 365 Tagen“ (GT1_js: w, 23).

„Wenn ich substituiert wäre, was mache ich für den Rest des Tages? Mir fehlt irgendwas, was ich dann machen kann. Ich bin krank, ich kann nicht arbeiten, weil ich nicht laufen kann. Beine und Füße wegen meinem Herzen. Und ich wohne fast eine Stunde von hier. Das bedeutet, wenn ich morgens aufstehe so um 7:30, um ins Programm zu gehen. Ich kann einfach nicht zurückfahren. Dann muss ich hierbleiben und was mache ich die ganze Zeit?“ (GT13_js: m, 64).

Anders als in der quantitativen Analyse ergibt die qualitative Analyse, dass die Nebenwirkungen der Substitutionsmedikamente in den Interviews einen breiten Raum einnahmen. Insgesamt sechs der 18 Befragten begründeten die Beendigung der letzten Substitutionsbehandlung mit Müdigkeit oder Schlaflosigkeit, Antriebslosigkeit, Appetitlosigkeit oder der Gewichtszunahme. Als unerwünschte Auswirkung der Substitutionsmedikamente wurde auch der Verlust der Libido genannt, die von Befragten

in einer Partnerschaft zur Beendigung der Substitution führte. Obgleich die Substitution als wirkungsvolle Behandlung ihrer Opioidabhängigkeit bewertet wurde, waren die erlebten Nebenwirkungen ausschlaggebend für die eigeninitiierte Beendigung der Substitutionsbehandlung.

„Eigentlich ganz ok. Aber gesundheitlich hat mich das ziemlich in Anspruch genommen. Keinen richtigen Appetit, ich habe abgenommen. Ich habe Methadon bekommen“ (GT14_js: m, 42).

„Auf Pola ist man supermüde, total schlapp. Ich darf doch offen reden? Der Sex leidet total darunter, weil man keinen Bock mehr hat. Mein Partner konnte nicht kommen darauf, nie. Das war auch mit ein Auslöser“ (GT11_js: w, 42).

„Ich habe nur gepennt, bin morgens fix zum Arzt, hab' meine Dosis geholt, war kaum zu Hause und lag nur auf dem Sofa und hab' gepennt. Meine Frau ist durchgedreht, was ist los mit dir, so kenne ich dich doch gar nicht, geht gar nicht. Das ist das Zeug, was soll ich denn machen. Und ich habe mich noch nicht mal breit machen wollen“ (LG1: m, 53).

Von vier Befragten wurde geschildert, dass die substituierende Praxis die Behandlung beendet hat. Gründe hierfür waren der anhaltende Beikonsum, auch von Alkohol, und wiederholt positive Befunde bei Urinkontrollen. Auch infolge von erheblichen Konflikten zwischen Arzt und Patientin wurde die Substitutionsbehandlung seitens des Arztes beendet. Zu erwähnen ist, dass nur eine Befragte bestätigte, wegen der Nicht-Einhaltung von Terminen von der Substitutionsbehandlung ausgeschlossen worden zu sein.

„Ich bin nicht mehr klargekommen, ich bin aus der Substitution rausgeflogen und hab halt psychische Probleme gehabt, weil der Vater mich misshandelt hat. [...] Ja, ich konnte nicht ohne Alkohol, das ging nicht. [...] Ich habe sowieso nichts mehr gekriegt, weil ich immer auf Alkohol war. Ich habe 24/7 getrunken, wie andere Leute Wasser trinken, habe ich Vodka getrunken“ (GT7_js: w, 39).

„Ich bin dann aus der Substitution rausgeflogen, weil ich mit dem Arzt aneinander geraten bin. Es ist bekannt, dass der Choleriker ist. Und dann hat ein Wort das andere ergeben und dann war klar, dass wir nicht mehr zusammen arbeiten können“ (GT17_js: w, 41).

5.2.4 Substitutionsbehandlungen im Gefängnis

Von den befragten Opioidabhängigen bejahten insgesamt 175 Personen (75,1%), jemals inhaftiert worden zu sein. Von ihnen wurden 36,4% im Gefängnis substituiert.

In der nachfolgenden Tabelle 5 ist die Substitutionsbehandlung im Gefängnis für zwei Gruppen dargestellt; für die Gruppe derjenigen mit Erfahrungen einer Substitutionsbehandlung in Freiheit und für die Gruppe derjenigen, die niemals zuvor außerhalb des Gefängnisses in einer Substitutionsbehandlung waren. Lediglich acht Befragte aus der Gruppe der niemals Substituierten wurden während ihres Gefängnisaufenthalts substituiert, ihre Opioidabhängigkeit somit medikamentös behandelt. Demgegenüber wurden Opioidabhängige mit vorherigen Substitutionserfahrungen signifikant häufiger auch im Gefängnis substituiert. Allerdings ist bei der Gruppe der Substitutionserfahrenen unklar, ob eine bestehende Substitutionsbehandlung im Gefängnis fortgeführt oder neu begonnen wurde.

Tabelle 5: Substitutionsbehandlungen im Gefängnis nach Gruppen (N=173)

Jemals in Substitution (N=127)		Niemals in Substitution (N=46)	
Substitution auch im Gefängnis	Substitution <u>nie</u> im Gefängnis	Substitution im Gefängnis	Substitution <u>nie</u> im Gefängnis
55 (43,3%)	72 (56,7%)	8 (17,4%)	38 (82,6%)

Chi2=9,80, p=0,002

Während des Gefängnisaufenthalts haben 56,3% der Inhaftierten von anderen Häftlingen Substitutionsmedikamente gekauft. Lediglich vier Befragte hatten im Gefängnis selbst mit Substitutionsmedikamenten gehandelt. Die Gründe für den Kauf von Substitutionsmedikamenten waren vielfältig. Die Medikamente wurden zur Entspannung (38,9%) oder gegen Entzugssymptome (31,6%) eingesetzt. Es kam auch vor, dass die Befragten im Justizvollzug nicht in das Substitutionsprogramm aufgenommen wurden (27,4%) oder dass keine Substitutionsbehandlung verfügbar war (21,1%).

Die Häufigkeit der Gefängnisaufenthalte hatte keine Auswirkung darauf, im Gefängnis substituiert zu werden. Der (illegale) Kauf von Substitutionsmedikamenten stand jedoch mit der Anzahl Gefängnisaufenthalte im Zusammenhang. Opioidabhängige, die niemals im Gefängnis Substitutionsmedikamente gekauft hatten, gaben im Mittel vier Gefängnisaufenthalte an, jene mit einem Kauf von Substitutionsmedikamenten waren mit durchschnittlich sechs Gefängnisaufenthalten signifikant häufiger im Justizvollzug ($t=3,10$, $p=0,002$).

QUALITATIVE ANALYSE

Unter den interviewten Opioidabhängigen waren einige Personen, die ausschließlich im Justizvollzug substituiert wurden. Die Substitution im Gefängnis erfolgte mit Polamidon oder Methadon. Die Substitutionsbehandlung war vor allem für jene Befragten eine wichtige Maßnahme gegen Entzugserscheinungen, die sehr lange Freiheitsstrafen hatten oder die sehr häufig für mehrere Monate inhaftiert waren. Des Weiteren bewirkte die Substitution im Gefängnis eine größere psychische Stabilität, was auf die stimmungsverändernde und dämpfende Wirkungsweise der Substitutionsmedikamente zurückzuführen war. Einige der Befragten hatten sich zunächst in Haft substituiert lassen, sich dann jedoch entschieden, diese zu beenden. In diesen Fällen wurde die Dosis des Substitutionsmedikamentes über mehrere Tage reduziert.

„Ich war tatsächlich einmal in einer Substitution, ich war im Knast substituiert. [...] Methadon hat geholfen, sonst hätte ich jeden Tag geweint. Ich kenne mich ja von früher, richtig depressiv, aber das hat mir geholfen. [...] Weil ich gemerkt habe, dass es mich psychisch auch stabiler macht. Ich weiß, was für ein emotionales Opfer ich vorher war. Als ich wusste, ich komme in den Knast, und dann sitze ich da und heule jeden Tag. Mit Methadon und mich hat nichts aus der Bahn geworfen. Zeit ging schnell rum, ich war psychisch stabil. Ich kann dem nichts Negatives groß nachsagen. Natürlich, dass man entzünftig davon ist, aber wenn man es jeden Tag nimmt ...“ (GT9_ns: m, 35).

„Wo ich verhaftet worden bin, da fangen die erst einmal an mit 10 Tagen ausschleichen. Aber wenn man möchte, dann nehmen die einen in Haft auch ins Programm auf, damit man in Haft nicht konsumierten tut. [...] Mit Polamidon. Mit 4 ml angefangen und während der Zeit habe ich mich auf 10 ml hochstufen lassen. [...] In den letzten 6 Jahren war ich 5 Jahre drin. 2 Mal habe ich mich selber ausschleichen lassen nach 10 Tagen. Aber sonst war ich immer substituiert – aber immer nur in Haft“ (GT3_ns: m, 34).

Obgleich allen im Gefängnis substituierten Befragten eine durchgehende Substitutionsbehandlung angeboten wurde, haben sich mehrere von ihnen bewusst dazu entschieden, die Substitution während der Haft zu beenden. Das äußerten sowohl Befragte, die ausschließlich in Haft substituiert wurden als auch diejenigen mit vorheriger Substitutionsbehandlung. Dass mangelnde Interesse an einer Weiterbehandlung in Freiheit wurde damit begründet, nicht täglich eine Substitutionspraxis oder Ambulanz aufsuchen zu wollen. Aufgrund der Ablehnung gegenüber den Vergaberegulungen in Freiheit wurde die Haft bewusst genutzt, um „aus dem Programm rauszukommen“ und mit der Substitution aufzuhören.

„Dann habe ich in Haft Methadon genommen und der Arzt hat mich dann runterdosiert. [...] Nein, musste ich nicht. Aber ich wollte das, weil ich keinen Bock hatte, jeden Morgen zur Ambulanz zu laufen. Ich hatte auch keinen Entzug gehabt. Ich war 2,5 Jahre in Haft“ (GT16_js1: w, 38).

„Ich habe das auch gemerkt, wo ich drei Jahre in Haft war. Da habe ich echt dran zu knabbern gehabt. Ich habe mich dort rausdosieren lassen mit Methadon. 5 Tage von 5 ml auf 1 ml, damit ich körperlich nicht ganz entziehen muss. Hab es dann auch ganz gelassen, das Programm. Ich bin dann ganz raus. Ich habe im Gefängnis mit Substitution aufgehört. Die Ärzte haben es mir angeboten, aber ich wollte nicht mehr“ (GT12_ns: w, 39)

„Ich hätte weiter nehmen können, aber ich bin im Knast runter gegangen, freiwillig. [...] Ich habe den Knast genutzt, um rauszugehen, mich da runter dosiert, ganz langsam, ich hatte auch keine Lust mehr, das Theater mitzumachen, immer früh da hin, du darfst nicht ausschlafen, nur kurz offen“ (KT3_js: m, 53).

Im Justizvollzug sind Drogen verfügbar, was auch den Handel mit Substitutionsmitteln einschließt. Der Zugang zu Substanzen im Gefängnis ist für langjährig Inhaftierte leichter, und sie kennen auch die üblichen Schwarzmarktpreise für die jeweiligen Substanzen.

„Klar, da gab's auch ab und zu mal Beikonsum. Mit Spice und so. Eigentlich sind viele Drogen im Knast. Klar, teuer als sonst. Subutex kostet 50 Euro, ne 8ter Subutex zwischen 50 und 70 Euro. Da ich so viel Knast hinter mir habe, kenne ich natürlich auch viele Leute. Das ist natürlich auch immer ein Vorteil für die Haft. Ist ein Vor- und Nachteil. Klar, hört sich Scheiße an. Ich kenne fast jeden Beamten in Haft. Aber wenn man in Haft kommt, ist das von Vorteil“ (GT3_ns: m, 34).

5.3 Behandlungsbedarf

Das primäre Ziel der Studie war die Identifizierung der Behandlungsbedarfe von Opioidabhängigen, die entweder gegenwärtig nicht oder noch niemals in einer Substitutionsbehandlung waren. Im Zusammenhang mit den Behandlungsbedarfen wurden unterschiedliche Arten der Bedarfe erfasst.

Zum Zeitpunkt der Befragung befand sich mit knapp einem Drittel nur ein vergleichsweise kleinerer Teil der Befragten wegen körperlicher oder psychischer Probleme in ärztlicher Behandlung (31,1%),

überwiegend beim Hausarzt (siehe auch Tab.6). Möglicherweise ist das auf ihre prekäre Lebenssituation – kein Einkommen, Obdachlosigkeit, teilweise keine Krankenversicherung – zurückzuführen, was den Zugang zu grundlegenden Dienstleistungen im Gesundheitswesen erschweren dürfte. Demgegenüber gaben 43,6% der Befragten an, aufgrund körperlicher oder psychischer Probleme eine ärztliche Behandlung zu benötigen, gut ein Viertel benötigte keine Behandlung.

Tabelle 6: Behandlung und Behandlungsbedarf aufgrund körperlicher und psychischer Probleme (Mehrfachantworten)

Ärztliche Behandlung (N=225)		N (%)
In Behandlung bei		
	Hausärztin/Hausarzt	46 (20,4%)
	Ärztin/Arzt in Drogenhilfeeinrichtung	21 (9,3%)
	Psychiaterin/Psychiater	21 (9,3%)
Nicht in Behandlung		
	Aber Behandlung benötigt	98 (43,6%)
	Keine ärztliche Behandlung benötigt	60 (26,7%)

Im Hinblick auf den Behandlungsbedarf weisen die Ergebnisse darauf hin, dass in den Großstädten tendenziell mehr Opioidabhängige eine ärztliche Behandlung benötigten (46,6% vs.25,0%, $\chi^2=5,23$, $p=0,022$). Ebenfalls signifikant mehr Opioidabhängige, die jemals in einer Substitutionsbehandlung waren, als diejenigen ohne Substitutionserfahrung äußerten den Bedarf nach einer ärztlichen Behandlung (49,7% vs.29,4%, $\chi^2=7,93$, $p=0,005$). Die Geschlechter unterschieden sich hinsichtlich ihres ärztlichen Behandlungsbedarfs nicht voneinander.

Für die beiden Gruppen mit und ohne Substitutionserfahrung wurde ausgewertet, welche Hilfsangebote sie in Bezug auf ihren Drogenkonsum wünschten. Diese lassen sich unterteilen in die Bereiche Harm Reduction und Suchtbehandlungen. Unter den Harm Reduction Angeboten wurde insbesondere der Bedarf nach Konsumräumen, Aufenthaltsmöglichkeiten/Kontaktläden sowie Beratung deutlich. Als Behandlungsmodalität wurde die Entzugsbehandlung/Entgiftung noch vor einer (erneuten) Substitutionsbehandlung am häufigsten genannt (Tab. 7).

Bezogen auf die gewünschten Harm Reduction Hilfsangebote lassen sich einige signifikante Gruppenunterschiede erkennen. Die Gruppe mit Substitutionserfahrungen äußerte signifikant häufiger den Bedarf nach einer medizinischen Versorgung, Sprizentausch und einem Konsumraum. Bei den genannten Behandlungsbedarfen dominierte unter den Befragten ohne Substitutionserfahrung der Wunsch nach einer Entgiftung. Diese Befragten hatten auch signifikant seltener den Wunsch, eine Substitutionsbehandlung aufzunehmen. Demgegenüber wünschten sich nahezu 46% der Substitutionserfahrenen eine erneute Substitutionsbehandlung.

Tabelle 7: Gewünschte Hilfsangebote: Vergleich von Opioidabhängigen mit und ohne Substitutionserfahrung (Mehrfachantworten)

Hilfsangebote	Jemals in Substitution N=162 (%)	Niemals in Substitution N=71 (%)	Gesamt N=231 (%)	Statistik
Harm Reduction				
Konsumraum	100 (62,5%)	32 (45,1%)	143 (61,9%)	Chi ² =6,10 p=0,014
Aufenthaltsraum, Essen, Trinken, Duschen etc.	103 (64,4%)	40 (56,3%)	134 (58,0%)	Chi ² =1,35 p=0,246
Beratung	98 (61,3%)	36 (50,7%)	132 (57,1%)	Chi ² =2,25 p=0,134
Medizinische Versorgung	90 (56,3%)	23 (32,4%)	113 (48,9%)	Chi ² =11,2 p=0,001
Spritzentausch	53 (33,1%)	11 (15,5%)	64 (27,7%)	Chi ² =7,63 p=0,006
Behandlung				
Entgiftung	65 (40,6%)	22 (31,0%)	87 (37,7%)	Chi ² =1,95 p=0,163
Substitution	73 (45,6%)	10 (14,1%)	83 (35,9%)	Chi ² =21,25 p<0,001
Langzeittherapie	45 (28,1%)	16 (22,5%)	61 (26,4%)	Chi ² =0,79 p<0,374

Im Zusammenhang mit den gewünschten Hilfsangeboten zeigten sich mit einer einzigen Ausnahme keinerlei Unterschiede zwischen den Großstädten und den kleinstädtischen Regionen. Konsumräume sind in den Kleinstädten nicht vorhanden und werden offenbar von diesen Befragten auch seltener gewünscht. Während in den Großstädten der Wunsch nach Konsumräumen von 63,8% der Befragten genannt wurde, äußerten lediglich 15,6% aus den Kleinstädten diesen Bedarf (Chi²=26,2, p<0,001).

Geschlechtsunterschiede ergaben sich ausschließlich im Harm Reduction Bereich. Beratungsangebote waren für opioidabhängige Frauen signifikant wichtiger als für Männer (72,2% vs. 51,9%, Chi²=8,35, p=0,004). Ebenfalls war für opioidabhängige Frauen eine medizinische Versorgung bedeutsamer als für Männer (62,5% vs. 42,9%, Chi²=7,54, p=0,006).

Bezüglich des Bedarfs nach einer Substitutionsbehandlung fanden sich keine Geschlechts- oder regionalen Unterschiede.

QUALITATIVE ANALYSE

Bezüglich einer ärztlichen Behandlung hatten vier Interviewte den Bedarf nach einer ambulanten Psychotherapie bzw. explizit der Wunsch nach einer Traumatherapie geäußert. Aus ihrer Sicht hat ihr Drogenkonsum psychische Ursachen, die in engem Zusammenhang mit den familiären Lebensbedingungen stehen. Insbesondere von interviewten Frauen wurde geschildert, dass traumatische Erlebnisse wie Vergewaltigungen in früher Kindheit oder in der Ehe sowie die Unterbringung eigener Kinder in einer Pflegefamilie ihren exzessiven Konsum von illegalen Drogen oder Alkohol ausgelöst hatten. Um

den Drogenkonsum zu überwinden, müssten die traumatischen Erfahrungen bearbeitet werden. Aus Perspektive der Betroffenen sei dazu eine Traumatherapie nötig.

„Genau. Meine Drogen haben definitiv was mit meiner Psyche zu tun. [...] Irgendwann psychologische Hilfe, ja. Aber einen Entzug bekomme ich besser alleine für mich hin“ (GT5_ns: m, 24).

„Bei mir kommen viele Erinnerungen, z.B. dass ich als Kind missbraucht wurde. Ich bin mit 10 von meinen Halbbruder missbraucht worden und seitdem ist mein Leben im Arsch. Meine Mutter ist an Alzheimer verstorben, Vater kenne ich nicht, der ist abgehauen, 5 Halbbrüder. [...] Jetzt will ich in eine Traumatherapie, dann kommen die Kosten, der Papierkram, allein die Krankenkasse, dass die die Kosten überhaupt übernehmen, ist langwierig. Und wenn sie mich nicht nehmen? Wenn man keine Wohnung hat und jeden Tag, wenn ich draußen bin, verdrecke ich immer mehr, ich kann kaum sprechen, ich habe Neurodermitis. Wenn es einfach mehr Plätze geben würde für Frauen, nicht wie Frauenzimmer oder Frauenhaus“ (GT4_js: w, 45).

„Meine Tochter war 7 und mein Sohn war 5, dann wurden sie mir halt ..., ich bin nicht mehr klargekommen, ich bin aus der Substitution rausgeflogen und hab halt psychische Probleme gehabt, weil der Vater mich misshandelt hat [...] und dann sind die Kinder in Pflege gekommen. Und war zu dem Zeitpunkt auch besser. Ne drogenabhängige Mama kann keine gute Mama sein, [...]. Und der Kleinste, der ist durch die Vergewaltigung entstanden, die mein Ex-Mann mir angetan hat“ (GT7_js: w, 39).

In den Interviews gab es eine Vielzahl an Äußerungen zu einer gewünschten Behandlung. Am häufigsten wurde der Bedarf nach einer Substitutionsbehandlung genannt. Hierbei zeigten sich Unterschiede zwischen Befragten mit vorherigen Substitutionserfahrungen und Befragten ohne diese Erfahrung. Bei den Erfahrenen wurde eine Wiederaufnahme der Substitution gewünscht, wobei die bereits bekannte Arztpraxis für eine weitere Substitutionsbehandlung favorisiert wurde. Während von einzelnen Befragten bereits konkrete Schritte hierzu unternommen wurden, gaben andere Bedingungen an, die für eine Wiederaufnahme der Substitution erfüllt sein müssten. So wäre die Take-Home Vergabe eine wichtige Voraussetzung für eine erneute Substitution. Zudem erforderte die Einsicht in den Bedarf nach einer Substitution, sich selbst einzugestehen, die Opioidabhängigkeit nicht anders überwinden zu können.

„Und da bekommt man es auch in einer Apotheke. Und da habe ich gesprochen und er sagte, du gehst zu der Apotheke jeden Tag und holst es dir dort. Ich sagte, ist in Ordnung. Er hat Wartezeit und ich habe Termine bekommen, am 30.8. bin ich dran. Weil ich arbeite, ich kaufe jede Woche für 10-15 Euro für mich und das tut mir gut“ (GT22_js: m, 39).

„Aber das unabhängige, und dass man das nie mit nach Hause kriegte. Das war immer so ein Kampf, das mal mitzukriegen für eine Woche. [...] Wenn ich dann Take-Home kriegen würde, vielleicht. Dann würde ich es vielleicht machen“ (GT11_js: w, 42).

„Ich bin zwiegespalten. Ich habe Angst, dass ich irgendwann wieder an den Punkt komme. Diese Abhängigkeit nicht möchte, aber ich habe auch überlegt, ich habe es jetzt schon x-mal versucht und vielleicht muss ich mir doch eingestehen, ich muss es so wie andere alte Menschen ihre Herztabletten nehmen. Muss ich mich damit abfinden und muss vielleicht den Rest meines Lebens substituiert bleiben“ (GT8_js: w, 51).

Für Befragte ohne Erfahrungen mit einer regulären Substitution standen Vorteile wie ein geregelter Tagesablauf, die Erledigung von Alltagsverpflichtungen sowie ein gesünderer Lebensstil bei dem Wunsch nach einer erneuten Substitutionsbehandlung im Vordergrund. Mitunter kannten sie eine

Substitutionsbehandlung aus dem Gefängnis oder hatten Erfahrungen mit Substitutionsmedikamenten, die auf dem Schwarzmarkt gekauft wurden. In der regulären Substitutionstherapie wurde eine wirkungsvolle Maßnahme gesehen, Normalität in das eigene Leben bringen.

„Klar, Substitut ist gut und wichtig. Dann hat man eine Hautdroge weniger, worum man sich einen Kopf machen muss. Ich wäre gerne substituiert. Ich habe da mehr auf die Reihe gekriegt, auch wenn es nur so Kleinigkeiten sind, wie Aufräumen, regelmäßig Essen, Duschen. Sowa vernachlässigt man einfach, wenn man nur unterwegs ist. Man schläft nicht, man isst nicht, man wäscht sich nur nötig“ (GT3_ns: m, 34).

„Ich brauch das ja, auf jeden Fall. Wenn ich jetzt ne Methaddict nehme, dann habe ich einen Tag Ruhe und dann werde ich entzügig, dann brauche ich Schore oder Methaddict wieder. [...] Ich möchte einfach in Ruhe schlafen können und wissen, wenn ich aufstehe, das ich mich normal fühlen kann und meinen Verpflichtungen nachkommen kann“ (GT10_ns: m, 33).

Vier Befragte gaben in den Interviews an, dass sie sich eine erneute Substitutionsbehandlung wünschten, jedoch über keine Krankenversicherung verfügten. Eine fehlende Krankenversicherung war zu meist durch die aktuelle Obdachlosigkeit bedingt.

„Ich würde aber wieder gerne in die Substitution. Es funktioniert nur gerade nicht, weil ich Probleme mit der Krankenversicherung habe. Ich muss da anrufen und dann würde ich die Papiere bekommen. Und dann würde ich mich sofort wieder substituieren lassen. Na dann müsste ich wohl auch aufhören mit dem Koka, weil ich eben saubere UKs abgeben muss, damit ich Take-Home bekomme“ (GT16_js: w, 38).

In den Interviews wurde oftmals der Wunsch „clean“ zu sein thematisiert, was auch Substitutionsmedikamente einschloss. Das Verlangen nach vollständiger Abstinenz war dadurch begründet, wieder Kontrolle über das eigene Leben zu erlangen. Zugleich war den Befragten aufgrund ihrer wiederholten Erfahrung mit gescheiterten Abstinenzversuchen bewusst, professionelle Hilfe bei der Überwindung ihrer Abhängigkeit zu benötigen. Befragte, die keine Substitution wollten, haben den Bedarf nach einer Entgiftung geäußert sowie nach weiteren Behandlungsmaßnahmen, die daran anschließen. Bei einigen Befragten lagen sehr komplexe Problemlagen vor, die neben einer Drogenabhängigkeit und Alkoholabhängigkeit auch in Gewalterfahrungen und einer psychischen Instabilität bestanden. Der Hilfebedarf war demzufolge sehr umfassend und beinhaltete den Wunsch nach einer Drogenberatung, Entgiftung, einer Traumatherapie, einer weiteren Substitutionsbehandlung oder dem betreuten Wohnen.

„Am liebsten würde ich natürlich komplett clean sein. Ich habe halt das Gefühl, dass ich mich selber nicht unter Kontrolle habe. Dass eine kleine Sache passiert und ich fühle mich so, als würde die Welt zusammenbrechen. Ich bin sofort am Heulen, meine Psyche ist so angeschlagen. Ich stehe zwar auf der Warteliste für eine Entgiftung, weil ich einfach merke, es geht nicht mehr. Momentan habe ich das Gefühl, ich habe gar keine Kontrolle über mich. Ich habe schlechte Laune und gehe direkt los und hole mir was“ (GT1_js: w, 23).

Ja, ich bin gerade vom Alkohol runter und es ist, die Realität kommt gerade auf mich zu, die Wirklichkeit. [...] Da kommen so bestimmte Sachen, die man sich 3 Jahre halt weggesoffen hat. Und das wird auch nicht einfach. Und ich muss in Substitution, wieder ins Programm und ich brauche auch ganz schnell eine Therapie gegen Alkohol und auch wegen Trauma. Ich schaff das alleine nicht. Das war auch der Grund, warum ich so angefangen habe zu saufen, weil, meine Mutter hat mich jahrelang geschlagen, ihr Mann hat mich jahrelang geschlagen und ich musste ins Heim gehen, wurde hin und her gereicht. [...] Ich muss mit Kleinigkeiten erstmal anfangen, also Step by Step. Der erste Weg ist jetzt erstmal, wieder ins Programm zu kommen und dann mit dem Arzt einen Plan aufzustellen, wie. Ich kann von

heute auf morgen nicht alles, das muss ganz langsam gehen. Deswegen habe ich auch hier Kontakt mit dem Sozialarbeiter, ich möchte ne Betreuung haben, also die mir wirklich hilft. Ich bekomme mein Leben, durch Alkohol, nicht in den Griff. [...] Aber ich gestehe mir wenigstens ehrlich ein, das ich Hilfe brauche“ (GT7_js: w, 39).

Drei Befragte nannten explizit den Bedarf nach betreutem Wohnen, wobei damit verschiedene Vorstellungen verbunden waren. Zwei dieser Befragten waren obdachlos, so dass ein betreutes Wohnen eine sichere Unterkunft plus Beratung bedeutete. Für den anderen Befragten hatte die therapeutische Ausrichtung des betreuten Wohnens eine zentrale Bedeutung, auch um gemeinsam als Paar einen strukturierten Alltag entwickeln zu können. Weitere vier Befragte gaben in den Interviews an, eine stationäre Drogentherapie zu wünschen. Teils lagen schon Erfahrungen mit einer stationären Abstinenztherapie – auch mit einer frauenspezifischen Therapie – vor, teils wurde eine Drogentherapie vor dem Hintergrund in Erwägung gezogen, dass eine weitere Substitutionsbehandlung individuell als wenig wirksam bewertet wurde.

„Ich will mich jetzt mit meiner Partnerin, das haben wir auch alles zusammen besprochen, in eine Maßnahme begeben in der Nähe von X. Da habe ich eigentlich nur ein gutes Bild von Infos, die wir uns eingeholt haben. Das ist so eine Wohnlandschaft im Grünen, wo mehrere Häuser drin sind, mehrere Parteien. Du kannst da als Partner oder auch alleine sein. Ist sozusagen betreutes Wohnen. Du bekommst dort Beschäftigungsgeschichten, Arbeiten auf dem Gelände, therapeutische Angebote. Alltägliche Geschichten, wie du deinen Alltag planen kannst. Einfach wieder ein bisschen Struktur ins Leben reinzubringen. Da sind wir gerade in der Richtung, da zu beginnen“ (GT2_js: m, 49).

„Wenn ich jetzt direkt in das Haus Camille könnte, dann würde ich das nochmal machen. Obwohl es dort sehr hart ist. Du wirst dort richtig runtergemacht und dann wirst du Stück für Stück wieder aufgebaut. Das waren 2 Jahre, die ich da war. [...] Mein Hauptziel ist zu reduzieren und weg von den Downern, also Heroin. Methaddict, alles was damit zu tun hat“ (GT17_js: w, 41).

5.3.1 Gewünschte Substitutionsmedikamente

Die Abbildung 3 gibt an, welches Substitutionsmedikament die Opioidabhängigen bei einer potentiell nächsten Substitutionsbehandlung bevorzugen würden. Die erhobenen Präferenzen wurden mit den in der letzten Substitutionsbehandlung erhaltenen Medikamenten verglichen. Daher schließt die Auswertung nur Opioidabhängige ein, die schon einmal in einer Substitutionsbehandlung waren. Methadon ist das Substitutionsmittel, das am häufigsten verordnet und zugleich auch am häufigsten bei einer neuen Behandlung gewünscht wurde. So bestätigten 61,1% der Befragten, die früher Methadon bekommen hatten, diese Substanz wieder zu bevorzugen. Ein Fünftel der Methadonsubstituierten möchte in ihrer nächsten Behandlung mit einer anderen Substanz substituiert werden. Personen mit vorheriger Gabe von Levomethadon würden sich zu 75,9% wiederum Levomethadon als Substitutionsmedikament wünschen. Unter den relativ wenigen Opioidabhängigen mit zuvor erhaltenem Buprenorphin würden sich 80,0% dieses Substitutionsmittel bei einer zukünftigen Behandlung weiterhin wünschen. Die Befragten, die ein Buprenorphin-Depot oder Morphin bekommen hatten, würden sich

diese Medikamente auch bei der nächsten Substitution wieder wünschen. Betrachtet man die Substitutionsmittel-Wünsche im Vergleich zu früheren Verordnungen insgesamt, so nimmt die Nachfrage nach Methadon deutlich ab, während sie bei Levomethadon, Buprenorphin und Morphin leicht zunimmt.

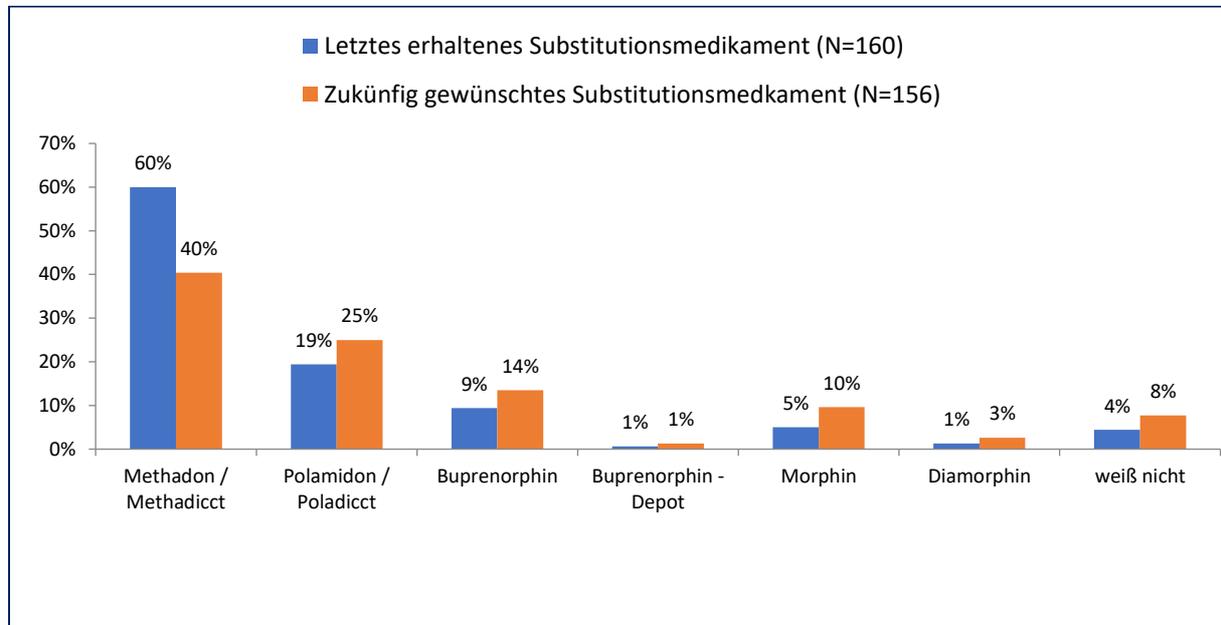


Abbildung 3: Erhaltenes und zukünftig gewünschtes Substitutionsmittel für Befragte mit Behandlungserfahrungen

Befragte, die niemals zuvor in einer regulären Substitutionsbehandlung waren, wurden ebenfalls nach dem gewünschten Substitutionsmedikament für eine mögliche zukünftige Behandlung gefragt. Mangels Substitutionserfahrung äußerten 45%, dass sie nicht wissen, welches Substitutionsmittel sie bevorzugen würden (Abb. 4). Sofern ein gewünschtes Substitutionsmedikament genannt wurde, dominierte in dieser Gruppe Methadon (25%). An zweiter Stelle folgte der Wunsch nach Buprenorphin (10%).

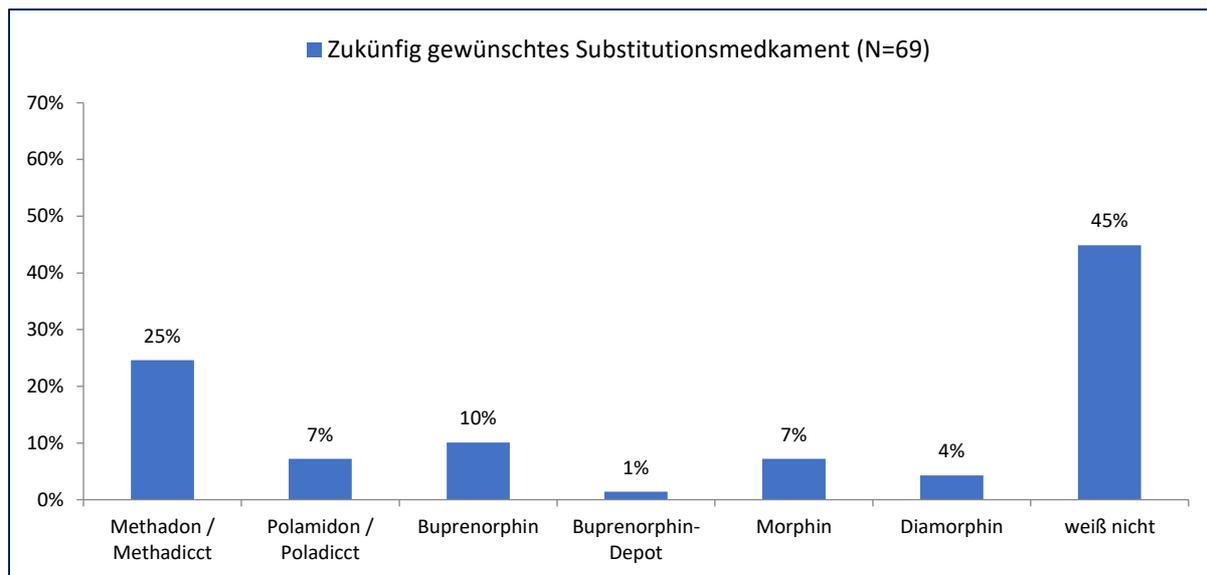


Abbildung 4: Zukünftig gewünschtes Substitutionsmedikament für Befragte ohne Behandlungserfahrung

QUALITATIVE ANALYSE

Die subjektive Bewertung der erhaltenen und zukünftig gewünschten Substitutionsmedikamente war stark von der jeweilig erlebten Wirkungsweise des Substituts abhängig. So schilderten einige Befragte den unerwünschten Effekt, sich von Methadon und Levomethadon schläfrig und benommen zu fühlen. Sie bevorzugten demgegenüber Buprenorphin, da sie sich mit diesem Substitut klarer und wacher erlebten, was sich insgesamt positiv auf ihre Lebensqualität auswirkte. Demgegenüber äußerten andere Befragte, sich mit Buprenorphin nicht ausreichend bei der Opioidabhängigkeit „abgedeckt“ zu fühlen und weiterhin Entzugerscheinungen zu haben. Zudem favorisierten diejenigen mit erlebten psychischen Belastungen ein Substitutionsmittel wie Levomethadon (z.B. Polamidon/Poladict), welches diese Belastungen mildern hilft und eine bessere emotionale Stabilität bewirkt.

„Subutex. Damit bin ich während der ganzen Substitutionsphasen am besten zurechtgekommen. Da finde ich, da ist man nicht so verschleiert wie vom Methadon oder Polamidon, sondern wirklich sehr klar. Und man darf ja auch schneller bei einer gewissen mg-Zahl Auto fahren, was man ja bei Methadict und Polamidon auch nicht darf“ (GT8_js: w, 51).

„Methadon ist ja so, dass das alles etwas wattiger macht. Subutex ist so, dass du dann mehr wach und klarer bist. Ich habe dann so den Wunsch, nicht abstinent, aber nicht so abhängig zu sein. [...] Es ist ja auch so, es kommt auf die Dosis an. Wenn du dann verschlafen wirkst, dann bringt das alles nichts“ (GT2_js: m, 49).

„Auf Subutex keinesfalls, es hat mir überhaupt nichts gebracht. Ich habe dann irgendwann angefangen, inoffiziell vom meinem Freund dann Polamidon zu nehmen, also Poladict, das hat mir schon eher geholfen. Ich brauche halt dieses Glückmachende. Bei Subutex bin ich wie ich bin, nur nicht entzückt. Bei mir ist das halt so mit Emotionen verknüpft, ich brauche halt irgendwas, was mich glücklich macht, so, und wenn ich das nicht hab, konsumiere ich“ (KT4_js: w, 31).

Für einige Befragte war der Bedarf nach einer Substitutionsbehandlung davon abhängig, ein Substitutionsmedikament zu erhalten, von dem sie keine negativen Beeinträchtigungen wie Schläfrigkeit, Entzugerscheinungen oder einen langwierigen Entzug erwarteten. Zukünftig gewünscht wurden das retardierte Morphin (Substitol) oder auch Diamorphin.

„Aber ich könnte mir vorstellen, Substitol auszuprobieren. Da soll der Entzug nicht solange und so schlimm sein. Aber das könnte ich mir auf jeden Fall vorstellen. Nur vor Methadon habe ich Respekt, weil ich das kenne“ (GT1_js: w, 23).

„Polamidon und Methadon definitiv nicht mehr. Poladdict, das funktioniert nicht, der Entzug war so hart. Bei Subutex war das viel, viel leichter. [...] Es gibt ja neue Substitutionsmittel, Substitol. Da habe ich viel drüber gehört, habe ich mir auch schon mal besorgt auf dem Schwarzmarkt. Und es ist ganz angenehm“ (GT11_js: w, 42).

„Und dann kam die Scheiß-Substitution und heute das Zeug, was du kriegst auf dem Markt ist totale Bratze. Aber es ist immerhin noch besser als das Zeug, was ich beim Arzt kriege. Ich fühle mich besser, auf jeden Fall. Ich würde Diamorphin probieren, auf jeden Fall, wenn ich das hier kriegen würde, na klar“ (KT3_js: m, 53).

5.4 Individuelle und strukturelle Barrieren

Die Identifizierung von individuellen und strukturellen Barrieren zur Aufnahme einer erneuten oder erstmaligen Substitutionsbehandlung war ein weiteres zentrales Ziel der Studie. Unter diesem Aspekt werden die von den Befragten genannten Gründe gegen eine Behandlung, Erfahrungen mit Substitutionsmitteln vom Schwarzmarkt sowie erlebte Stigmatisierungen ausgewertet.

5.4.1 Gründe gegen eine Substitutionsbehandlung

Die Gründe, die gegen die Aufnahme einer erneuten oder erstmaligen Substitutionsbehandlung sprachen, werden für Befragte mit und ohne vorherige Behandlungserfahrung aufgezeigt. Aus der Auswertung geht deutlich hervor, dass unter Befragten, die noch niemals in einer Substitutionsbehandlung waren, zwei Ablehnungsgründe dominierten (Abb. 5). So äußerten 40% dieser Befragten, die Substitutionsbehandlung generell nicht zu wollen und mehr als 35% gaben an, lieber clean sein zu wollen. Befragte, die jemals in Substitution waren gaben vermehrt als Hinderungsgründe an, nicht jeden Tag in die Substitutionspraxis gehen zu wollen, Angst vor einen Regelverstoß zu haben und den Entzug von Substitutionsmedikamenten im Vergleich zu dem von Heroin als schwieriger zu erleben.

Die Befragten ohne Substitutionserfahrungen unterschieden sich in einigen Gründen signifikant von denen mit vorherigen Substitutionsbehandlungen. Fast doppelt so viele ohne vorherige Substitutionserfahrung wollten grundsätzlich keine Substitutionsbehandlung ($\chi^2=7,43$, $p=0,006$). Im Vergleich zu den Unerfahrenen begründeten die Substitutionserfahrenen ihre Ablehnung häufiger damit, nicht täglich die Substitutionspraxis aufsuchen zu wollen (31,3% vs. 10,0%, $\chi^2=11,80$, $p=0,001$). Weitere Unterschiede zwischen beiden Gruppen bestehen darin, dass mehr Befragte ohne Substitutionserfahrung

nicht aufhören möchten, Drogen zu nehmen (14,3% vs. 6,3%, $\text{Chi}^2=3,96$, $p=0,047$) und, was naheliegt, ihr Wissen über Substitution geringer ist (14,3% vs. 5,6%, $\text{Chi}^2=4,82$, $p=0,028$).

Ein Fünftel der Befragten gab an, gegenwärtig nicht krankenversichert zu sein und daher keine Substitutionsbehandlung aufnehmen zu können. Eine fehlende Krankenversicherung wurde jedoch von niemandem aus den Kleinstädten genannt, aber von 24,1% der Abhängigen aus den Großstädten. Zu erwähnen ist, dass bei den Gründen gegen die Aufnahme einer Substitutionsbehandlung keine signifikanten Geschlechtsunterschiede festzustellen waren.

Unter den Barrieren, die nur jene beantworten konnten, die jemals in Substitutionsbehandlung waren, wurde mit 16% am häufigsten genannt, dass sie kein Vertrauen mehr in die helfende Wirkung der Behandlung hätten. Aber auch Scham spielte bei 14% eine Rolle. Generell schlechte Erfahrungen mit der Substitution wurden von 12% der jemals Substituierten genannt.

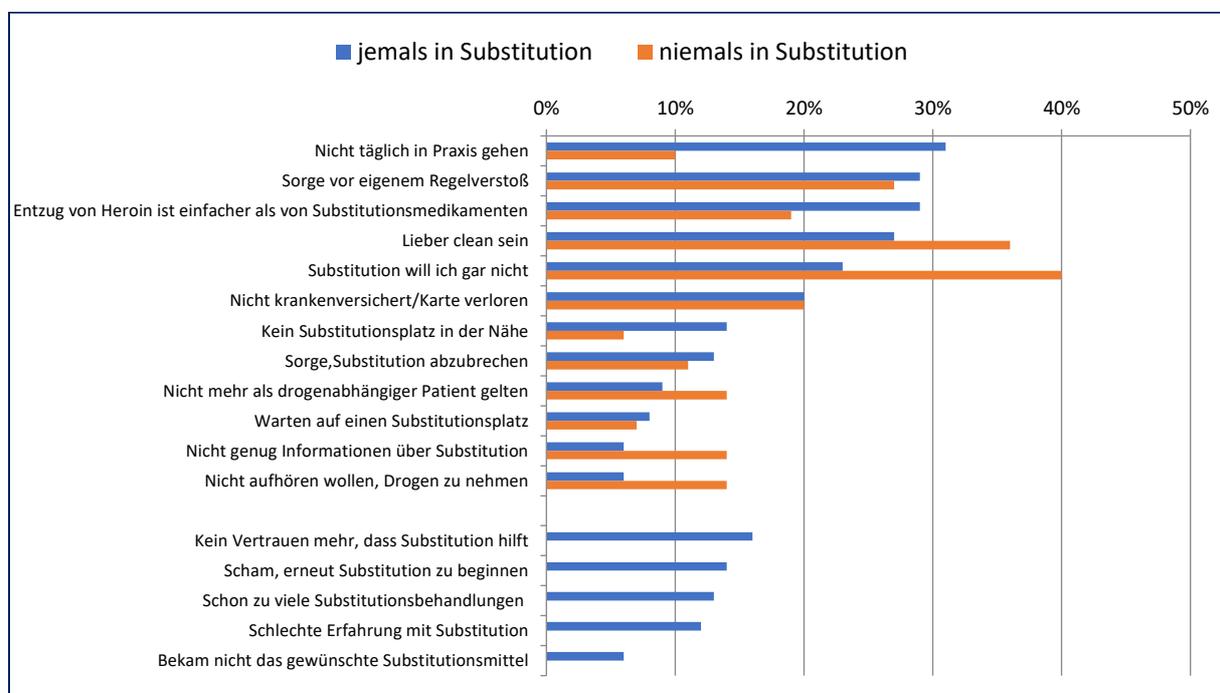


Abbildung 5: Gründe gegen eine Substitutionsbehandlung nach Gruppen mit und ohne Substitutionserfahrung (Mehrfachantworten)

Die insgesamt 12 Gründe gegen eine Substitutionsbehandlung, die für beide Gruppen galten, wurden nach individuellen (6 Gründe) und strukturellen (6 Gründe) Barrieren zugeordnet. Für die Auswertung wurden die jeweilig genannten Barrieren pro Person aufsummiert. Im Durchschnitt wurden 1,3 individuelle Barrieren und 0,8 strukturelle Barrieren angegeben. Insgesamt 26,2% der Befragten nannten keine individuellen und 42,9% der Befragten keine strukturellen Barrieren. Ein Vergleich zwischen den Substitutionserfahrenen und denjenigen ohne Substitutionserfahrung lässt keine signifikanten Unterschiede im Hinblick auf die Barrieren erkennen (Tab. 8). Ebenso wurden keine regionalen oder Geschlechtsunterschiede gefunden. In der Tendenz überwiegen jedoch strukturelle Barrieren unter den

jemals Substituierten (kleiner Effekt, Cohen's d=0,17) und individuelle Barrieren unter jenen, die niemals in Substitutionsbehandlung waren (kleiner Effekt, Cohen's d=0,16).

Tabelle 8: Anzahl struktureller und individueller Barrieren einer Substitutionsbehandlung nach Gruppen mit und ohne Substitutionserfahrung

	Jemals in Substitution (N=162)	Niemals in Substitution (N=71)	Statistik
Individuelle Barrieren (M, S)	1,25 (1,17)	1,45 (1,12)	t=1,21, p=0,229
Strukturelle Barrieren (M, S)	0,87 (0,87)	0,73 (0,96)	t=1,04, p=0,300

QUALITATIVE ANALYSE

In den Interviews dominierten ebenfalls individuelle Barrieren, die gegen eine weitere oder erstmalige Substitutionsbehandlung sprachen. Die bereits genannten Gründe für die Beendigung der Substitutionsbehandlung wie die täglichen Termine oder keine Take-Home Vergabe zu erhalten (Kap. 5.2.3), galten auch für die generelle Ablehnung dieser Behandlung. Des Weiteren resultierte die Ablehnung einer Substitutionsbehandlung daraus, trotzdem weiterhin andere Substanzen wie insbesondere Kokain und/oder Crack zu konsumieren. Da der Beikonsum dieser Drogen nicht eingestellt werden konnte, war die Substitutionsbehandlung aus subjektiver Sicht wenig wirksam, um den Suchtdruck zu mindern. Auch eine Erhöhung der Dosis hatte nicht zu einer Reduktion des Beikonsums geführt.

„Beim Arzt ist es zwar schön, dass ich dann kein Heroin mehr habe. Aber so lange ich Beikonsum mit Kokain habe, ist es auch nicht gut. Dann kriege ich auch kein Take-Home. Das ist eher so das Problem. [...] Ich fühle mich nicht abgedeckt, ich habe trotzdem Suchtdruck, konsumiere trotzdem andere Drogen“ (GT1_js: w, 23).

„Ich war so hoch dosiert, weil ich immer Beigebrauch hatte von Heroin, Kokain und auch Benzos. Der Arzt hat mich öfters mal hochgestellt, damit ich den Beikonsum lasse. Dann hat das auch irgendwann mal funktioniert und dann habe ich mich an die hohe Dosis gewöhnt. [...] Ja, und dann bin ich auch wieder etwas runtergegangen. Und dann hatte ich wieder den Beigebrauch. Irgendwann habe ich es geschafft, aus dem Programm rauszugehen. Seitdem nehme ich überhaupt kein Heroin mehr“ (GT14_js: m, 42).

Bei einigen Befragten hatte eine langjährige Substitutionsbehandlung bewirkt, den Heroinkonsum zu beenden. Auf Dauer entstand jedoch der Eindruck, in der Substitution sozusagen festzustecken und keine weitere Veränderung mehr im Alltag zu erleben. Ein Überdruß gegenüber der Substitutionsroutine löste das Bedürfnis aus, nicht länger von einem Substitutionsmedikament abhängig sein und keine weitere Behandlung mehr zu wollen. Andere Befragte haben eine Substitution aus dem Grund abgelehnt, diese Behandlung aufgrund ihres geringen Opioidkonsum für nicht notwendig zu erachten.

„Aber dann kommt es auch mal hoch „ich möchte sauber sein“. Das ist ja genauso, wie drauf sein – nur das das staatlich anerkannt wird. Ich gehe zum Art, ich kriege mein gelbes Rezept, ich gehe jetzt zum Apotheker, zum „Dealer“ und kriege meine Ration. Ich bin zeitlich gebunden, es ist genau das gleiche.

Mit der illegalen Beschaffung ist natürlich schwieriger. Es ist halt der legale Weg. Es hilft ja auch so. Aber zufrieden macht mich Substitution in dem Sinne nicht wirklich, weil dann will ich auch weiterkommen. Ich möchte dann den nächsten Schritt machen. Mit der Substitution bin ich abgedeckt, aber irgendwann möchte ich dann auch eine andere Phase erreichen. Gerade deswegen, weil ich auch weiß wie es ist, stolperclean zu leben“ (GT2_js: m, 49).

„Ich sehe für mich keine Notwendigkeit darin, weil es nicht viel ist an notwendigem Suchtkonsum“ (GT12_ns: w, 39).

Vier Befragte äußerten explizit, eine weitere Substitutionsbehandlung abzulehnen, weil der Entzug von Substitutionsmedikamenten über Monate andauerte und im Vergleich zu dem Heroinentzug als körperlich erheblich schlimmer erlebt wurde. Um einen solchen Entzug nicht wiederholen zu müssen, wurde keine weitere Substitution gewünscht.

„Ich kann ihnen auf jeden Fall sagen, dass der Entzug von Heroin ist auf jeden Fall einfacher und leichter und schneller. Je länger ich Methadon nehme, umso länger habe ich damit zu kämpfen. Mein erster Entzug, ich habe glaube ich 4 oder 5 Jahre Methadon genommen, ich bin ein halbes Jahr durchgedreht zu Hause, das ging gar nicht. Die ersten 2-3 Monate waren ganz schlimm und dann haste überhaupt nicht mehr gepennt, warst nur am Schwitzen, bist die Wände hoch gegangen, das wurd' nicht besser, das wurde nicht besser“ (KT3_js: m, 53)

„Dieses körperliche, ne, wenn ich mal einen Tag nicht hingeh, oh nee. Mein Entzug auf Therapie, die Entgiftung ging 3 Wochen und dann hatte ich mindestens noch mal einen Monat zu kämpfen auf Therapie, bis ich überhaupt eine Treppe hochgehen konnte, nur wegen der 2 Poladict am Tag die ich genommen hatte, das war die Hölle. Wenn ich noch mal auf so was komme, dann will ich lieber bei Heroin bleiben, der Entzug ist kurz und heftig, aber dann ist es auch vorbei. Diese Gelenkschmerzen, kaum 3 Schritte gehen, ne, Durchfall, ewig noch, über Monate, das kann doch nicht sein“ (KT4_js: w, 31).

Zu den von wenigen Befragten genannten strukturellen Barrieren gehörten die fehlende Krankenversicherung sowie die Obdachlosigkeit. Eine Substitutionsbehandlung bei gleichzeitiger Obdachlosigkeit war aus subjektiver Sicht nicht vereinbar, da basale Bedürfnisse nach Ruhe und Ernährung während der Einnahme des Substitutionsmedikaments bei einem Leben auf der Straße nicht befriedigt werden können.

„Aber wenn du kein Zuhause hast. Dann nehme ich lieber Heroin und Kokain auf der Straße und dann bin ich die ganze Zeit unterwegs. Wenn ein Mensch Methadict nimmt, du musst zuhause sein, wenn du schlafen willst, müde bist oder du essen oder trinken willst. Auf der Straße kannst du das nicht haben“ (GT19_js: w, 25).

Einige Befragte lehnten jede Substitutionsbehandlung ab, weil die Behandlung lediglich dazu führe, den Konsum anderer Substanzen wie Alkohol, Kokain oder Benzodiazepinen zu intensivieren. Aus ihrer Sicht wird der drogenbezogene Lebensstil auch während der Substitution nicht verändert, sondern mittels anderer Substanzen beibehalten. Demzufolge wäre es ehrlicher, zu dem eigenen Drogenkonsum und der damit verbunden Lebensweise zu stehen. In diesem Kontext wurde nicht nur geäußert, dass eine langjährige Medikamenteneinnahme ungesund sei, sondern durch die Substitutionsbehandlung lediglich die Pharmaindustrie finanziert werde und sich hierfür Arztpraxen instrumentalisieren lassen würden. Wenn überhaupt eine Substitutionsbehandlung als sinnvoll erachtet wurde, dann mit der Vergabe des Originalstoffs, also von Diamorphin.

„Wie gesagt, das Methadonprogramm wäre für mich total sinnlos. Ich bin ja trotzdem hier. Das ändert ja überhaupt nichts, rein gar nichts für mich. Und dann würde ich der Pharmaindustrie auch noch ganz viel Geld in die Taschen spielen. Und wenn ich mir Menschen angucke, die 20 Jahre im Programm sind, die sehen nicht gesund aus. Die haben extreme Folgeschäden“ (GT12_ns: w, 39).

„Die Substanz, also Methadon oder Polamidon, die setzt sich im Knochenmark fest und deswegen dauert der Entzug davon so lange, es ist logisch. [...] Ich bin ehrlich, ich stehe auf Drogen, ne“ (GT20_ns: m, 52).

„Die ganzen Substitute sind nichts für mich, da muss ich gar nicht drüber reden. Ich verstehe auch nicht, warum die Ärzte uns nicht das geben, wonach wir süchtig sind unter Beaufsichtigung. Ich verstehe das nicht. [...] Die nehmen zwar alle kein Heroin mehr, das ist richtig, aber die sind alle jetzt auf Koks, auf Tabletten“ (KT3_js: m, 53).

Mehrere Befragte äußerten sich in den Interviews, grundsätzlich gegen eine Substitutionsbehandlung zu sein. Die Gründe für die ablehnende Haltung waren unterschiedlich: So wurden Tabletten als „legale Suchtmittel“ abgelehnt, da die Substitutionsmedikamente lediglich eine andere Form der Abhängigkeit darstellen würden oder aber der drogenbezogene Lebensstil als eine Lebenseinstellung bewertet wurde. Die Verweigerung einer erneuten Substitutionsbehandlung wurde auch damit begründet, die Regeln zur Vergabe Substitutionsmedikaments als repressiv zu betrachten, da hierfür ein adäquates Verhalten als Gegenleistung erbracht werden muss.

„Nee, wir sind da wirklich konsequent, wir mögen keine Tabletten nehmen. Dann ist uns in Zwischenzeit mal ein paar Stunden schlecht, bis wir genug Geld zusammen geschnorrt haben, wir lehnen das eigentlich grundsätzlich ab. [...] Einfach nur Lebenseinstellung, ist Teil von unserem Leben halt. Wir wollen es auch gar nicht anders. Wir leben halt so einen Lifestyle“ (GT23_ns: w, 33).

„Es geht eher um die Substitutionsmittel. Kopfschmerztabletten mal, kein Problem. Aber ich sage mir, ich bin eh schon süchtig nach Substanzen, da muss ich nicht auch noch süchtig nach was anderem sein, was halt sozial anerkannt ist. Und deshalb nehme ich keine Medikamente“ (GT5_ns: m, 24).

„Ich würde damit nicht klar kommen, täglich in die Ambulanz zu rennen, so. Für mich sind das Repressalien, denen ich mich nicht aussetzen werde. Ich kenne viele, die trinken so wie ich, auch morgens. Wenn die dann da hin gehen und Substitution holen wollen, dann kriegen sie das nicht, wenn sie gepusht haben, zum Beispiel. Das sind Repressalien, ich meine damit nicht, dass die Leute machen können, was sie wollen. Wenn man was kriegen möchte, denn hat man immer was dafür zu tun, das ist ja normal. Aber so in der Art und Weise, wie mit den Leuten teilweise da verfahren wird, das finde ich echt nicht okay“ (GT20_ns:m, 52).

5.4.2 Substitutionsmedikamente vom Schwarzmarkt

Der Erwerb von Substitutionsmedikamenten auf dem Schwarzmarkt ist unter Personen, die sich auf der Drogenszene aufhalten, weit verbreitet. Insgesamt gaben vier Fünftel der Befragten an, schon mal Substitutionsmedikamente auf dem Schwarzmarkt gekauft zu haben (79,4%). Die bevorzugten Medikamente waren mit 69,1% Methadon/Polamidon, gefolgt von Buprenorphin (13,3%) und Morphin (11,0%). Unterschiede zwischen Groß- und Kleinstädten oder den Geschlechtergruppen bestanden nicht. Diejenigen, die noch niemals in einer Substitutionsbehandlung waren, gaben signifikant seltener an, Substitutionsmedikamente auf dem Schwarzmarkt gekauft zu haben, als die Substitutionserfahrenen (63,8% vs. 88,1%, $\chi^2=18,43$, $p<0,001$).

Als Gründe für den Kauf von Substitutionsmedikamenten auf dem Schwarzmarkt wurde am häufigsten angeführt, diese gegen Entzugssymptome zu einzusetzen (Abb. 6). Knapp ein Viertel der Befragten gab als Grund an, in keine Substitutionsbehandlung aufgenommen worden zu sein.

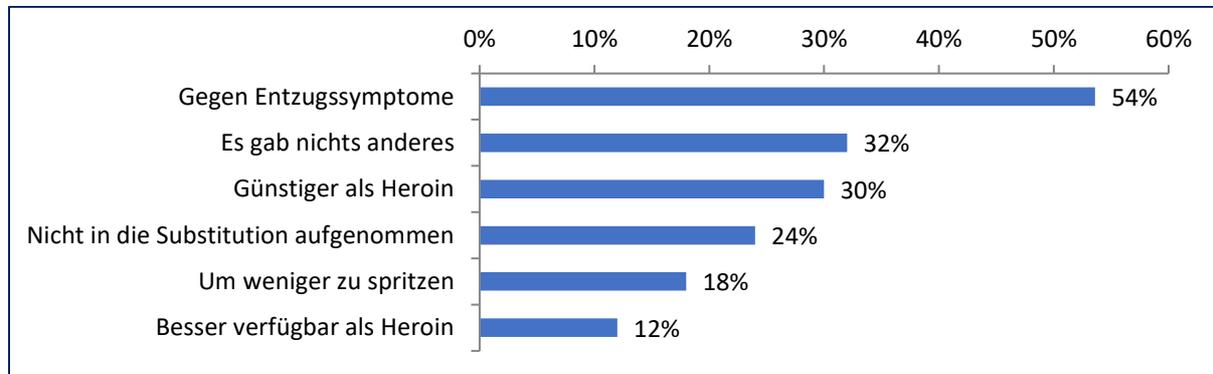


Abbildung 6: Gründe für den Erwerb von Substitutionsmedikamenten auf dem Schwarzmarkt (Mehrfachantworten)

QUALITATIVE ANALYSE

Im Einklang mit den Ergebnissen der Fragebogenerhebung hatten im Vergleich zu den Interviewten ohne Substitutionsbehandlung deutlich mehr Befragte mit Substitutionserfahrung jemals vom Schwarzmarkt Substitutionsmedikamente gekauft. Die Preise auf dem Schwarzmarkt schwankten zwischen 10 und 15 Euro für eine Tablette Subutex oder Poladicct. Herrschte auf dem Schwarzmarkt Mangel an Substitutionsmedikamenten, kostete eine Tablette mitunter bis zu 30 Euro. Insgesamt vier Befragte ohne Substitutionserfahrung bestätigten, immer mal wieder Substitutionsmedikamente vom Schwarzmarkt zu erwerben, um ihren Heroinkonsum zu reduzieren und/oder weniger Geld für Heroin ausgeben zu müssen.

„Ich kauf mir lieber mal ne Methadicct, dann habe ich eineinhalb Tage Ruhe anstatt ein bisschen Schore, wo ich dann 5 Euro rauche und die nach 4 Stunden wieder raus ist und ich dann wieder rauchen muss“ (GT9_ns: m, 35).

Insgesamt elf Befragte mit Substitutionserfahrung berichteten, auf dem Schwarzmarkt gekauft zu haben, wobei unterschiedlichste Substitutionsmittel erworben wurden. In der Regel wird das Medikament bevorzugt, welches subjektiv am besten gegen Entzugserscheinungen wirkt und in dieser Funktion möglichst lange anhält. Für einige Befragte war es eine Kosten-Nutzen Kalkulation, ob das verfügbare Geld eher für Heroin oder für ein Substitutionsmittel ausgegeben wurde. Im Vergleich zu Heroin waren Substitutionsmedikamente zwar günstiger, aber nicht das Mittel der Wahl. Bei Geld- oder Heroinknappheit stellten die illegal erworbenen Medikamente eine wirksame Alternative dar, um den Tag ohne Heroinentzug zu überstehen.

„Wenn ich sonst gar nicht hinkomme oder mir geht es total schlecht ... jetzt hole ich mir ja auch eine Methaddict zwischendurch. Wenn ich nicht so viel Geld hab, damit ich nicht entzügig bin“ (GT1_js: w, 23).

„Ja, ich habe mir schwarz Poladicct gekauft und die hat mich 24 Stunden gehalten, ne 30er. Ich war klar bei Sinnen, konnte meinen Alltag regeln, hab keinen Turkey gehabt, war alles gut. Ist aber eine teure Sache, 15 Euro jeden Tag aufzubringen, dafür nehme ich weniger Heroin, kostet mich dann nur 5 Euro“ (GT13_js: w, 54).

„Ist für mich vergleichbar mit Methadon. Ich habe ein paar Tabletten zu Hause. Substitol zur Not, wenn ich mal kein Heroin hab‘, dass man da nicht gleich die Wände hoch geht. Das nutze ich nur, um keinen Affen zu haben“ (KT3_js: m, 53).

5.4.3 Stigma

Gegenüber Menschen mit Opioidabhängigkeit sowie Drogenabhängigen generell ist Stigma ein weit verbreitetes Phänomen. Insbesondere illegal Drogenkonsumierende haben es mit individueller und struktureller Diskriminierung zu tun, die sich sowohl im persönlichen Umgang und Kontakt als auch gesamtgesellschaftlich darstellt (Ahern et al., 2007; Cheetham et al., 2022). Auch ein negativer Einfluss dieser Stigmatisierung auf die Wirksamkeit suchttherapeutischer Interventionen wird diskutiert (Crapanzano et al., 2022). In den bereits 2009 durchgeführten Befragungen der IMPROVE-Studie gaben 41% der aktuell nicht substituierten Opioidkonsumierenden und 39% der sich in Substitutionsbehandlung befindlichen Patient:innen Stigmatisierung als Hindernis für die Aufnahme einer Substitution an (akzept e.V. et al., 2010). Auch auf Seiten der Gesundheitsversorgung – wenngleich bisher wenig erforscht – zeigen sich Stigmatisierung und Vorbehalte gegenüber Opioiden gebrauchenden Menschen, die von den Betroffenen als Barrieren für eine Behandlungsaufnahme wahrgenommen werden (Cernasev et al., 2021; Madden et al., 2021; Skaggs et al., 2023; Troberg et al., 2022).

In der vorliegenden Szenestudie wurde die „Illicit Drug Use Stigma Scale“ verwendet, welche anhand von 10 Fragen bzw. Aussagen das Ausmaß der empfundenen Stigmatisierung erfasst (Ahern et al., 2007). In Tabelle 9 sind die zustimmenden Prozentanteile aller Befragten (zur Einordnung) im Vergleich zu der Untersuchung von Ahern et al. (2007) mit New Yorker illegal Drogenkonsumierenden (Kokain, Crack, Heroin) dargestellt. Ferner sind die auf einer Werteskala von 0-10 standardisierten Mittelwerte der drei Unterskalen Diskriminierung, Entfremdung und Abwertung sowie der Gesamtmittelwert aller zehn Items wiedergegeben. Mit 96,6% geben fast alle Befragten an, Stigmatisierung in der einen oder anderen Form schon einmal erlebt zu haben. Am stärksten fällt die Stigmatisierung im Bereich Abwertung aus. Hiervon sind 91,7% der Konsumierenden betroffen. In den Bereichen Diskriminierung und Entfremdung haben jeweils etwa vier Fünftel der Befragten Stigmatisierung erfahren.

Im Vergleich mit der amerikanischen Stichprobe fällt auf, dass unter den bundesdeutschen Drogenkonsumierenden allein die Diskriminierung durch Hinderung der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung stärker ausgeprägt ist, was hinsichtlich der Frage, eine Substitutionsbehandlung zu beginnen, von besonderer Bedeutung ist. In allen anderen Items sind sich die zwei Stichproben entweder ähnlich oder die amerikanischen Drogenkonsumierenden sind stärker von Stigmatisierung betroffen, was v.a. auf die Themen Ablehnung durch Familie, sich durch Drogeneinnahme etwas zu beweisen oder dem

allgemeinen Glauben, dass Drogenkonsumierende gefährlich seien, zutrifft. (Die Skalen-Anteile und Mittelwerte sind in der Publikation von Ahern et al. (2007) leider nicht genannt.)

Tabelle 9: Erlebte Stigmatisierung (IDUSC) unter den Befragten anhand der Illicit Drug Use Stigma Scale

Illicit Drug Use Stigma Scale	Vorliegende Studie Anteil Ja	Ahern (2007) Anteil Ja	Gesamtwert (0-10), M (SD)
Diskriminierung	80,7%		5,0 (3,3)
Wurden Sie von einigen ihrer Freunde abgelehnt, weil Sie Drogen nehmen?	65,5%	65,8%	
Hat ein Teil Ihrer Familie Sie abgelehnt, weil Sie Drogen nehmen?	61,8%	75,2%	
Wurden Sie wegen Ihres Drogenkonsums daran gehindert, medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen?	43,7%	23,5%	
Haben Sie eine Wohnung nicht bekommen, weil andere Leute wissen, dass Sie Drogen nehmen?	30,4%	33,5%	
Entfremdung	78,9%		5,2 (3,6)
Gehen Sie manchmal Leuten aus dem Weg, weil Sie denken, die Leute könnten auf Sie herabsehen, weil Sie Drogen nehmen?	59,8%	73,8%	
Haben Sie das Gefühl, dass Sie sich selbst etwas beweisen müssen, weil Sie Drogen nehmen?	36,6%	57,6%	
Schämen Sie sich für Ihren Drogenkonsum?	60,9%	68,4%	
Abwertung	91,7%		7,5 (3,4)
Die meisten Menschen glauben, dass jemand, der Drogen nimmt, gefährlich ist.	70,8%	84,5%	
Die meisten Menschen denken, dass jemand, der Drogen nimmt, kein guter Mensch ist	68,0%	76,5%	
Die meisten Menschen denken, dass jemand, der Drogen nimmt, unzuverlässig ist.	85,2%	84,9%	
Gesamt-Stigmatisierung	96,6%		5,8 (2,5)

Die Ausprägungen der Unterskalen Diskriminierung und Entfremdung liegen im mittleren Bereich der Werteskala (0-10); deutlich erhöht zeigt sich der Stigma-Wert im Bereich Abwertung. Auch der durchschnittliche Stigma-Gesamtwert hat mit 5,8 eine mittlere bis leicht erhöhte Ausprägung. Mit 57,1% weist die Mehrheit der Befragten Werte von 6 oder mehr Punkten auf und ist damit überdurchschnittlich stark von Stigmatisierung betroffen. Im Geschlechtervergleich fällt eine stärkere Betroffenheit der Frauen, insbesondere im Bereich Entfremdung, auf (Tab. 10). Auch jene Konsumierenden, die sich schon mal in Substitutionsbehandlung befanden, sind tendenziell stärker von Stigmatisierung betroffen, hier vor allem im Bereich Diskriminierung. Im Vergleich von Opioidabhängigen aus Groß- und Kleinstädten zeigten sich keine signifikanten Unterschiede.

Tabelle 10: Mittelwerte der Stigma Skalen

	Stigma Gesamtskala	Diskriminierung	Entfremdung	Abwertung
Geschlecht (ohne divers)	*	n.s.	*	n.s.
weiblich	6,37	5,55	6,10	7,72
männlich	5,58	4,76	4,81	7,35
Substitution	n.s.	*	n.s.	n.s.
jemals	6,05	5,33	5,52	7,47
niemals	5,40	4,33	4,62	7,48

Signifikante Ergebnisse der T-Tests, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

QUALITATIVE ANALYSE

In den Interviews äußerten sich nur wenige Befragte zur Stigmatisierung. In Übereinstimmung mit den Ergebnissen aus der quantitativen Analyse handelte es sich bei diesen Äußerungen ebenfalls um Stigma im Bereich der Abwertung. So gab ein Interviewpartner an, im Rahmen der medizinischen Versorgung eine Abwertung gegenüber Heroinkonsumierenden erlebt zu haben. Demgegenüber zeigte sich ein anderer Interviewpartner selbst als stigmatisierend gegenüber anderen Drogenkonsumierenden, indem er den Kontakt zu Menschen ablehnte, die intravenös Drogen gebrauchen.

„Ich war sowieso generell offen mit meiner Drogensucht. Ich habe egal wo ich war, ich bin drogensüchtig, ich nehme Heroin. Im Krankenhaus, wenn ich dann mal Leute besucht habe, die werden da wie die letzten Junkies behandelt“ (KT3_js: m, 53).

„Ich suche mir meine Leute aus, wo ich weiß, dass er mal das nimmt oder das ... kein Problem. Aber wer richtig an der Nadel hängt, mit solchen Leuten will ich nichts zu tun haben“ (GT14_js: m, 42).

Die Erfahrung einer generellen Abwertung durch die Bevölkerung schilderte ein weiterer Befragter. Aus seiner Sicht werden Menschen, die Drogen nehmen, per se abgewertet, „deklassiert“ und nicht mit Respekt behandelt. Eine negative Haltung gegenüber Drogenkonsumierenden resultierte dabei aus Vorurteilen und mangelnder Kenntnis von Drogen und Drogenkonsumierenden.

„Überwiegend würde ich sagen, sehr überwiegend, nicht nur die Ärzte, überhaupt Leute, wenn es auf dem Tisch liegt, dass man Drogist ist, ist eigentlich negativ. Durchgehend negativ, abwertend. Du wirst sagen wir mal, deklassiert. So würde ich das nennen. Aber ehrlich, das machen so viele Menschen [...] Das ist alles Schubladendenken, das finde ich so arm. Die stehen da und machen was und wollen dafür Respekt, aber sie sind nicht bereit, Respekt zu geben. Und ich finde es verwegen zusagen, sich einfach eine Meinung zu bilden, wovon du keine Ahnung hast. Nur weil dir irgendwas nicht gefällt, hast du doch nicht das Recht, zu sagen, das oder das ist gut. Finde ich nicht gut. So was sollte man nicht tun“ (GT20_ns: m, 52).

5.5 Substanzkonsum

Die Opioidabhängigen wurden danach gefragt, welche Substanzen sie aktuell (letzte 24 Stunden), in den letzten 30 Tagen und welche sie jemals im Leben konsumiert hatten. Für die genannten

Substanzen wurde zusätzlich nach dem Alter des Erstkonsums gefragt. Eine detaillierte Auswertung findet sich in Tabelle 11.

Fast alle Befragten haben Erfahrung mit dem Konsum von Heroin, und die überwiegende Mehrheit hat in ihrem Leben bereits Crack oder Kokainpulver konsumiert. Ebenso geben mehr als drei Viertel einen bisherigen Konsum von Cannabis und Alkohol an. Auch aktuell, innerhalb der letzten 24 Stunden, oder im letzten Monat wurden am häufigsten Heroin und Crack konsumiert. Mit gut 43% ist auch Kokainpulver als aktuell gebrauchte Substanz stark unter den Konsumierenden der Drogenszene verbreitet. In ähnlicher Größenordnung bewegte sich der aktuelle Konsum von Cannabis und Alkohol, hier hätte man allerdings einen höheren Verbreitungsgrad erwartet. Nicht verschriebene Benzodiazepine spielten bei gut einem Zehntel der Befragten als aktuelle Substanz eine Rolle.

Durchaus gebräuchlich zeigte sich auch der Konsum von nicht verschriebenen Substitutionsmitteln oder opioidhaltigen Schmerzmedikamenten. Fast man Methadon/Levomethadon, Buprenorphin und Morphin zusammen, haben 60,1% jemals und 37,8% in den letzten 30 Tagen solche Medikamente nicht verschrieben genutzt. Aktuell war es mit 21,0% immer noch ein Fünftel, das sich selbst mit Substitutionsmittel auf der Szene „versorgte“. Subsummiert man darunter schließlich noch opioidhaltige Schmerzmittel (wie z.B. Fentanyl), stieg der Anteil des aktuellen Konsums nicht verschriebener Opioide unter den Befragten der Drogenszene auf 28,8%. Betrachtet man den letzten Monat, waren es mit 47,6% knapp die Hälfte, die nicht verschriebene Substitutionsmittel oder opioidhaltige Schmerzmedikamente konsumierten (jemals: 68,7%). Hier wird deutlich, dass (meistens) in Ermangelung des Heroins und zur Unterdrückung von Entzugssymptomen auf solche Medikamente ausgewichen wurde. Zum anderen deutet sich bei vielen Betroffenen ein Interventionsbedarf an, dem möglicherweise mit einer geregelten Substitutionsbehandlung begegnet werden könnte.

Tabelle 11: Konsumierte Substanzen der Befragten (N=233)

Substanzen	Letzte 24 Stunden (N, %)	Letzte 30 Tage (N, %)	Jemals (N, %)	Alter bei Erstkonsum (M, Jahre)
Heroin	182 (78,1%)	209 (89,7%)	224 (96,1%)	22,1 (8,2)
Kokainpulver	101 (43,3%)	137 (58,8%)	172 (73,8%)	21,3 (7,6)
Crack	172 (73,8%)	187 (80,3%)	198 (85,0%)	25,3 (8,8)
Methadon/Levomethadon nicht verschrieben	33 (14,2%)	67 (28,8%)	113 (48,5%)	28,0 (9,3)
Buprenorphin nicht verschrieben	7 (3,0%)	19 (8,2%)	74 (31,8%)	28,5 (9,1)
Morphin nicht verschrieben	16 (6,9%)	30 (12,9%)	59 (25,3%)	31,3 (10,1)
Benzodiazepine nicht verschrieben	27 (11,6%)	41 (17,6%)	85 (36,5%)	24,2 (8,9)
Speed/MDMA/Amphetamine	17 (7,3%)	32 (13,7%)	112 (48,1%)	19,0 (6,5)
Cannabis	98 (42,1%)	122 (52,4%)	177 (76,0%)	15,6 (4,1)
Alkohol	99 (42,5%)	126 (54,1 %)	179 (76,8%)	15,6 (5,0)
Antiepileptika, nicht verschrieben	18 (7,7%)	37 (15,9%)	72 (30,9%)	32,6 (10,0)
Opioidhaltige Schmerzmittel, nicht verschrieben	26 (11,2%)	40 (17,2%)	68 (29,2%)	30,8 (12,1)

QUALITATIVE ANALYSE

In den Interviews wurde über die so genannten Einstiegsdrogen, die aktuellen Hauptdrogen sowie über den Konsum weiterer Substanzen berichtet. Bezogen auf den Einstieg in den Drogenkonsum wurden von den Befragten unterschiedliche Gründe angegeben. Diese bestanden beispielsweise in der Trennung vom Partner/Partnerin, dem Zusammensein mit einem drogenkonsumierenden Partner, dem Tod von nahestehenden Personen, eigenen psychischen Problemen oder Gewalterlebnissen.

Unter den substitutionserfahrenen Befragten gab es diejenigen, die zu Beginn ihres Drogenkonsums Stimulanzien wie Kokainpulver oder Amphetamine favorisierten. Vor allem der Konsum von Kokainpulver wurde zunächst über Jahre praktiziert und erst mit gravierenden Verletzungen der Nasenscheidewand aufgegeben. Der Konsum von Opioiden trat dann erst in einem späteren Lebensalter auf. Daneben gab es eine Gruppe von Befragten, die als Einstiegsdroge – mitunter bereits in jungen Jahren – Heroin genommen und diesen Konsum langjährig beibehalten haben.

„Ich war eine Kokserin. Eine absolute Kokserin. Parties, High Society, Schickimiki, hab meinen eigenen Laden gehabt, hab sehr gut gelebt. Mir hat es an nichts gefehlt“ (GT15_js: w, 54).

„Ja, ich habe mich selbst auf Subutex gebracht. Ich bin eigentlich ein Amphetaminmensch und Subutex macht wach. Das war der Grund. Und dann war ich abhängig davon. [...] Und hab mich dann selbst auf Subutex gebracht und bin dann in die Substitution reingekommen. Ich war eigentlich nie richtig heroin-abhängig. Ich war eigentlich zuerst Subutex-abhängig“ (GT11_js: w, 42).

„Ich habe mit 14, 15 das erste Mal Heroin ausprobiert. Das hat mir so gut gefallen, dass ich gleich dabei geblieben bin!“ (GT1_js: w, 23).

„Ich krieg die Drogen nicht aus meiner Birne raus. Ich war hauptsächlich heroinabhängig und bin jetzt seit einem Jahr auf Kokain umgestiegen“ (GT6_js: m, 54).

Für einige der jemals Substituierten war Heroin auch nach wie vor die aktuelle Hauptdroge. Zugleich wurde auch Kokain und/oder Crack konsumiert. Andere Befragte konnten – bedingt auch durch die Substitutionsbehandlung – ihren Heroinkonsum leichter regulieren. Für diese Befragten war es jedoch schwierig, mit dem Konsum von Kokain oder Crack aufzuhören. Aus subjektiver Sicht erfolgten Rückfälle mit dem Konsum dieser beiden Substanzen, wodurch letztlich auch der Heroinkonsum wieder anstieg.

„Man hat früher, als es Rohypnol gab, unter Benzos war ich immer vergesslich und das ist nicht mein Ding, da weiß ich nicht mehr was habe ich gestern gemacht, das ist nicht mein Ding. Meine Droge ist Heroin, ab und zu trinke ich ein Bier, ab und zu mal ein bisschen Koks, aber selten. Das kaufe ich mir nicht, ich wohne ja zum Glück über der Szene, da kommen Leute zu mir, die bei mir konsumieren wollen, wo ich dann mein Teil abkriege“ (KT3_js: m, 53).

„Rückfälle sind immer wieder Kokain, Kokainbeikonsum. Ich nehme Kokain sowie auch Crack. Aber das ist nicht die Hauptdroge. Die Hauptdroge ist Opiat. [...] Zu Opiaten greife ich dann automatisch. Kokain ist ein Rückfall, immer. Wenn es einigermaßen gut läuft und ich das im Griff habe. Ich gucke auf eine Sucht von schon 30 Jahren. Da habe ich mir gesagt, ich werde nie abstinent leben“ (GT2_js: m, 49).

Einige Befragte aus den Großstädten bestätigten, zwar noch Heroin zu konsumieren, jedoch Crack als ihre Hauptdroge zu betrachten. Das Suchtpotential von Crack wurde im Vergleich zu Heroin als stärker erlebt, so dass es nahezu als unmöglich erschien, auf Crack zu verzichten. Für einzelne Befragte war Crack auch die Droge der Wahl, da die beruhigende Wirkungsweise als subjektiv funktional zur Bewältigung von Stress erlebt wurde. Sofern Crack die Hauptdroge war, wurden hohe Mengen an Crack geraucht. Der Konsum von Heroin rückte dann in den Hintergrund oder wurde ganz beendet.

„Ja, das [Crack] ist meine erste Droge, das ist wie mein Baby. Das werde ich auch bis zum Grab nehmen. Das werde ich nie aufhören. Es ist mein Ausschaltknopf, es lässt mich alles verdrängen, es lässt mich einfach“ (GT15_js: w, 54).

„Alkohol war schon immer mein Begleiter, sage ich mal so. Ich rauche jeden Tag mein Cannabis, ich rauche jeden Tag mein Crack. Aber ich bin froh, dass ich kein Heroin mehr konsumiere. Das habe ich echt gut hingekriegt. [...] Ich rauche schon meine 2 Gramm Crack. Ich mache damit ja auch meine Geschäfte. Ich deale mit Crack“ (GT14_js: m, 42).

Der Heroinkonsum konnte zwar durch eine Substitutionsbehandlung abgedeckt werden, erfüllte jedoch nicht das Bedürfnis nach der gewünschten Wirkung psychoaktiver Substanzen. Aus diesen Gründen kam es zum Beikonsum von Kokain, wobei diese Substanz dann häufig zur Hauptdroge wurde. Wie auch bei der Droge Crack führte der Kokainkonsum zu einem ständigen Konsumverlangen und beherrschte das Denken.

„Ich bin 2020 durch meinen Ex-Freund heroinabhängig geworden, bzw. alles Mögliche, wurde dann substituiert und wie es dann irgendwie ist oder war, bei vielen Leuten, dass man dann eher auf Kokain zugreift. Heroin gibt es ja jetzt kostenlos, also beim Arzt. [...] Ja, komischerweise, weil Heroin gibt mir eigentlich viel mehr das, was ich brauche. Koks so gar nicht, da bin ich nur noch länger wach und bekomme noch viel mehr mit von meiner Umwelt. Das will ich eigentlich gar nicht so. Ich will eigentlich nur, dass alles gut ist und ich meine Ruhe hab und das habe ich dann oft nicht, aber ich kann trotzdem an nichts anderes denken“ (KT4_js: w, 31).

Bei den Konsumierenden ohne Substitutionserfahrung lagen unterschiedliche Einstiegsdrogen vor. So war bei einigen Befragten die erste Droge bereits Crack, bei anderen Heroin und eine Person hat als Einstiegsdroge Methadon genommen und erst danach mit dem Heroinkonsum begonnen. Zudem gab es auch Befragte, die als Erstsustanzen Stimulanzien, mitunter über viele Jahre hinweg, konsumierten.

„Ich habe früh angefangen damit, mit 14 Jahren. Das ist irgendwie hängen geblieben, wenn man mit so jungen Jahren schon Steine und andere Drogen konsumiert“ (GT3_ns: m, 34).

„Mit den harten Drogen erst vor 3-4 Jahren. Davor immer Cannabis, Speed, Ecstasy, Koks durch die Nase ziehen, das geht schon jahrelang. Aber Steine und Schore gar nicht so lange“ (GT9_ns: m, 35).

„Nein, nur Methadon. Ich habe auch Methadon zuerst genommen vor Heroin. Super gemacht“ (GT10_ns: m, 33).

Für einige Befragte war die aktuelle Hauptdroge Heroin, wobei die älteren unter ihnen Heroin seit mehr als 20 Jahren konsumierten. Diejenigen mit einem primären Heroinkonsum wären eine Zielgruppe für die Substitutionsbehandlung. Wurde eine Substitution dennoch grundsätzlich abgelehnt, schilderten einzelne Heroinkonsumierende erfolgreiche Bemühungen um einen selbstorganisierten Ausstieg aus der Heroinabhängigkeit. Für den körperlichen Entzug hatten sie sich an einen ruhigen Ort zurückgezogen und schrittweise die Heroinosis reduziert. Die Heroinabstinenz währte teils einige Monate, teils aber auch mehrere Jahre.

„3 Jahre von 2008 bis 2010 und 2010 habe ich versucht aufzuhören Heroin zu nehmen, ich habe einen kalten Entzug gemacht. Ich kannte jemanden auf Sylt und die Person hat mir immer angeboten, dass wenn ich Lust habe zum Aufhören und will kalten Entzug machen, ich könnte zu ihr fahren und da bleiben bis ich körperlich und psychisch es nicht mehr brauche und sie würde mich versorgen. Das habe ich gemacht. Ich hab echt knapp nen Monat gebraucht, nicht mehr körperlich und psychisch und ja ich hab ne Pause von ungefähr einem halben Jahr gemacht und nach halbem Jahr hab ich wieder entschieden, ne, das war mir langweilig, keine Drogen, kein Alkohol. Das war mir langweilig. Ich hab wieder entschieden, nimmst du wieder Heroin“ (GT21_ns: m, 43).

Die große Verfügbarkeit von Kokain und Crack in Frankfurt und Hamburg spiegelte sich darin wider, dass für Befragte aus diesen Städten nicht Heroin, sondern Crack und/oder Kokain ihre Hauptdroge war. Wenngleich auch Heroin konsumiert wurde, richtete sich das Drogenverlangen dominant auf diese beiden Substanzen. Insbesondere Crack wurde als eine Droge beschrieben, die in starkem Maße psychisch abhängig macht, wobei sich das eigene Verhalten und Denken zwanghaft auf den nächsten Konsum fokussiert. So schildert auch ein Befragter eindrucksvoll, für den Crackkonsum „alles zu tun“, was Straftaten beinhaltete, die auch zur Inhaftierung führen konnten.

„Mir war es schon klar, wo ich in Haft war, dass ich wieder konsumieren werde. Der Suchtdruck war einfach da. Also nicht auf Heroin, aber auf Kokain und andere Drogen. Wenn man das gleich am ersten Tag konsumiert, ist das andere natürlich nicht weit entfernt“ (GT3_ns: m, 34).

„Ja, ich rauche Steine auch. Kokainpulver gar nicht mehr in den letzten Jahren. Ist schon besser, dass ich jetzt rauche. 15 Jahre habe ich gezogen. [...] Das Steinerachen hat mir psychisch wirklich mehr zu schaffen gemacht. Über Monate hinweg. Das war wirklich schlimm“ (GT12_ns: w, 39).

„Und der Stein ist eine ganz miese Sache, den hätte ich nicht anfassen sollen. Das zieht einen so weg, das hat einen so im Griff, psychisch, es ist ja nicht nur so, dass es mir schlecht geht wenn ich nicht

rauche, aber das ich will, ich will, ich will. Ich mache alles dafür. Außer irgendwie Leute ausrauben, so was habe ich noch nicht gemacht. Aber ich bin auch schon mal klauen gegangen. Nach der JVA nicht wieder gemacht. Ich finde es auch sehr gut, dass ich es bisher so hinkriege“ (Gt9_ns: m, 35).

Weitere Substanzen waren für die meisten Befragten nicht so relevant. In den Interviews sprachen lediglich fünf Personen über den Konsum von Cannabis, der individuell unterschiedlich intensiv war. Mit zwei Ausnahmen hatten die anderen Befragten eher unregelmäßig Cannabis genommen oder aber täglich eine geringe Menge als Mittel zum Einschlafen. Zwei Personen hingegen waren seit vielen Jahren Cannabiskonsumierende und wollten diese Substanz weiterhin konsumieren – auch während der Substitutionsbehandlung.

„Andere illegale Sachen Kokain, Pilze, LSD, von Cannabis will ich gar nicht sprechen, das ist für mich keine Droge, eigentlich, das nehme ich auch so seit ich 14 bin, 38 Jahre lang“ (GT20_ns: m, 52).

„Ich weiß für mich persönlich, ich werde nie ganz clean sein, weil dafür bin ich zu lange drauf, zwar auch mit Pausen. Aber ich möchte auch kiffen, aber es gibt auch viele Ärzte, die selbst wenn man keine anderen Drogen weiter konsumiert bei der Substitution, selbst kiffen nicht tolerieren. Und mir hilft das Kiffen aber“ (GT8_js: w, 51).

Zwei Personen berichteten davon, dass der Konsum von Cannabis oder Benzodiazepinen aufgrund von Negativwirkungen im Laufe der Zeit eingestellt wurde. Wenn der Konsum starke unerwünschte Effekte auslöste, wie z.B. eine Bewusstseinsstrübung, fiel die Entscheidung zum Verzicht auf diese Substanz offenbar leicht.

„Ab und an mal einen Stein. Marihuana vertrage ich leider nicht so. Habe ich früher gerne genommen, kann ich nicht mehr“ (GT23_ns: w, 33).

„Mit den Benzos hatte ich aufgehört, weil dann bist du so weggetreten und die Menschen beklauen einen. Da hatte ich dann keine Lust mehr drauf“ (GT14_js: M, 42).

DAUER DES KONSUMS

Für die am häufigsten genannten Substanzen, die in den letzten 24 Stunden bzw. im vergangenen Monat konsumiert wurden, wurde die bisherige Dauer des Konsums berechnet. Hierfür wurde das Alter des Erstkonsums in Bezug zum Lebensalter gesetzt. Die Tabelle 12 zeigt für die Substanzen Heroin, Kokainpulver, Crack, Cannabis und Alkohol die durchschnittliche Konsumdauer in Jahren. Es wird deutlich, dass unter den im Durchschnitt knapp 42-jährigen Befragten, Heroin und Kokain seit im Mittel etwa 20 Jahren konsumiert wurden und auch Crack schon vor durchschnittlich fast 16 Jahren zum ersten Mal geraucht wurde. Die Konsumdauer der Substanzen Alkohol und Cannabis fällt erwartungsgemäß länger aus.

Tabelle 12: Dauer des Konsums von Heroin, Kokain, Crack, Cannabis und Alkohol

	Heroin (N=206)	Kokainpulver (N=136)	Crack (N=177)	Cannabis (N=120)	Alkohol (N=111)
Dauer des Konsums in Jahren (M, S)	19,5 (11,3)	20,0 (10,5)	15,7 (10,8)	25,3 (9,6)	25,9 (10,3)

Ein signifikanter Geschlechtsunterschied in der Konsumdauer besteht nicht. Jedoch zeigten sich Unterschiede zwischen den Befragten im Städtevergleich und bezogen auf ihre Erfahrung mit Substitutionsbehandlungen. Die Konsumdauer aller aufgeführten Substanzen war unter Befragten mit Substitutionserfahrungen signifikant länger (Tab. 13), wobei zu berücksichtigen ist, dass Letztere im Durchschnitt etwa fünfeinhalb Jahre älter sind. Ebenso zeigte sich eine Tendenz zu längerer Konsumerfahrung in den Großstädten (Tab. 14), insbesondere bei Kokain, Crack und Alkohol. Hier ist zu beachten, dass zwischen den Befragten aus Groß- und Kleinstädten kein signifikanter Altersunterschied besteht.

Tabelle 13: Dauer des jeweiligen Substanzkonsums in Jahren (Mittelwert, Streuung) nach Substitutionsbehandlung

Substanzen	Substitutionsbehandlung				Statistik
	jemals		niemals		
	N	Konsum in Jahren (M, S)	N	Konsum in Jahren (M, S)	
Heroin	141	22,3 (10,6)	65	13,5(10,5)	t=5,57, p<0,001
Kokainpulver	96	22,1 (9,4)	40	17,5 (11,3)	t=3,62, p=0,001
Crack	124	17,5 (10,4)	53	11,6 (10,7)	t=3,39, p=0,001
Cannabis	79	27,2 (9,0)	41	21,4 (9,6)	t=3,28, p=0,001
Alkohol	72	28,2(10,3)	39	21,7 (8,9)	t=3,29, p=0,001

Tabelle 14: Dauer des jeweiligen Substanzkonsums in Jahren (Mittelwert, Streuung) nach Stadtgröße

Substanzen	Größe der Städte				Statistik
	Großstadt		Kleinstadt		
	N	M (S)	N	M (S)	
Heroin	185	19,9 (11,0)	21	16,8 (13,2)	t=1,20, p=0,233
Kokainpulver	118	20,9 (10,3)	18	13,6 (10,3)	t=2,82, p=0,006
Crack	168	16,2 (10,8)	9	6,0 (4,7)	t=5,76, p<0,001
Cannabis	99	25,7 (9,2)	21	23,1 (11,2)	t=1,54, p=0,255
Alkohol	90	26,9 (9,9)	21	21,9 (11,2)	t=2,02, p=0,046

Zwei Drittel der Befragten hatten jemals in ihrem Leben intravenös konsumiert (65,2%), davon etwas mehr als die Hälfte auch im letzten Monat (35,2%). 30,0% hatten von einem ehemals intravenösen Gebrauch mittlerweile (zum Befragungszeitpunkt) auf eine andere Konsumform gewechselt. Hierbei zeigten sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Größe der Städte oder des Geschlechts. Substitutionserfahrene gaben im Vergleich zu jenen ohne Erfahrung signifikant häufiger einen intravenösen Konsum an, insbesondere was den Zeitraum des zurückliegenden Monats betraf (Tab. 15).

Tabelle 15: Intravenöser Drogenkonsum nach Erfahrung mit Substitutionsbehandlungen

	Intravenöser Drogenkonsum (N, %)			Statistik
	ja, letzte 30 Tage	ja, früher	nein	
Substitutionsbehandlung				
jemals	67 (42,1%)	50 (31,4%)	42 (26,4%)	Chi2=17,73 p<0,001
niemals	14 (19,7%)	19 (26,8%)	38 (53,5%)	
Gesamt	81 (35,2%)	69 (30,0%)	80 (34,8%)	

QUALITATIVE ANALYSE

Im Zusammenhang mit dem intravenösen Drogenkonsum schilderten einige Befragte, zu Beginn Kokain oder Heroin gesnift oder geraucht zu haben, und dann zu einem intravenösen Konsum übergegangen zu sein. Der Umstieg erfolgte, um die Drogenwirkung zu intensivieren, wobei allen die Risiken des intravenösen Konsums wie Überdosierung und ein schlechter Venenstatus durchaus bewusst waren.

„Ich habe es ja zu anfangs gesnift. Aber ich habe eine gebrochene Nase, hört sich jetzt vielleicht blöd an. Drücken ist halt intensiver. Wenn du vorsichtig bist und nicht so gierig. Es gehört eine Portion Selbstliebe dazu, dann passiert das auch nicht mit einer Überdosis. Dann nimmst du eben eher weniger als mehr“ (GT17_js: w, 41).

„Ich rauche Kokain, aber auch spritzen. Auch als Cocktail, aber meistens separat“ (GT1_js: w, 23).

„Genau, gesnift auch schon, alles Mögliche, aber vorwiegend spritzen, intravenös. [...] Schlecht, ich muss mehrere Male stechen, bevor ich etwas finde und dementsprechend sehen meine Beine auch aus. Ich gehe in die Beine, nicht in die Arme, eher weniger in die Arme“ (GT6_js: m, 54).

Die meisten Befragten hatten jedoch vom intravenösen Konsum zu risikoärmeren Konsumformen gewechselt. Der Umstieg auf das Sniefen oder Rauchen war insbesondere dadurch begründet, keine Venen mehr für die intravenöse Applikation zu finden oder zu treffen. Teilweise wurde der intravenöse Konsum auch aus einer Form von Überdross gegen diese Applikationsform beendet und stattdessen ein weniger riskantes Konsummuster etabliert.

„Ich hab' jahrelang, ja, ich habe jahrelang intravenös. Ich treff' nicht mehr, jetzt ziehe ich Nase. [...] Ich ärgere mich eher, dass ich nicht mehr treffe. Für mich war das immer der schnellste und beste Weg. Aber ich treff' halt nicht mehr, das ist dann eine riesige Schweinerei. Über Nase jetzt, seit ein paar Jahren (KT3_js: m, 53).

„Mittlerweile nicht mehr, seit 20 Jahren nicht mehr. 11, 12 Jahre lang habe ich es injiziert. Seitdem rauche und schniefe ich das. [...] Ich habe nie irgendwelche Nadeln doppelt benutzt, ne. Ich habe früher, egal ob ich gefixt hab, darauf geachtet. Ich habe nie Pumpen getauscht, nie zusammen auf 'nem Löffel aufgekocht“ (GT20_ns: m, 52).

Schließlich bestätigten einige Befragte, den intravenösen Konsum stets abgelehnt zu haben. Aus ihrer Sicht bedeutete der intravenöse Konsum eine zu große gesundheitliche Schädigung, so dass ganz im Sinne von Harm Reduction in weniger schädlicher Weise Drogen konsumiert wurden.

„Wir spritzen überhaupt nicht. Mein Mann hat früher mal gespritzt, aber ich habe das noch nie gemacht. Ich will das auch nicht. Er macht das auch nicht. Das macht alles nur kaputt und die Venen gehen kaputt und, nee, machen wir nicht“ (GT23_ns: w, 33).

5.5.1 Riskanter Alkoholkonsum

Der weit verbreitete und auch hier eingesetzte standardisierte Kurzfragebogen AUDIT-C scheint im Nachhinein für die von uns durchgeführte Szenebefragung offensichtlich nicht allzu gut geeignet. Die Frage nach der „Anzahl der Standard-Getränke an einem typischen Trinktag“ als auch jene nach mehr als 6 Standardgetränken an einem typischen Trinktag wurden teilweise gar nicht oder nicht immer glaubwürdig beantwortet. Dennoch lassen sich die entsprechenden Skalenwerte aufsummieren, wobei die fehlenden Items mit dem Wert Null gezählt werden. Folgt man dieser nur eingeschränkt zu interpretierenden Auswertung, wiesen 31,8% der Männer und 34,2% der Frauen ein riskantes Trinkmuster nach AUDIT-C auf (insgesamt 32,2%). Aufgrund der genannten Antwortlücken dürften diese Anteile aber eine Unterschätzung darstellen. Insgesamt gaben 36,9% der Befragten an, nie Alkohol zu trinken, was nicht exakt mit der oben dargestellten Lifetime-Prävalenz übereinstimmt, jedoch unter den Umständen einer solchen Szenebefragung noch im Rahmen der zu erwarteten Unschärfen liegt. Auf eine gegenseitige Korrektur der Angaben wurde verzichtet.

Ein relevanter (und signifikanter) Geschlechtsunterschied besteht nicht. Auch zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede des riskanten Alkoholkonsums im Städtevergleich sowie bezogen auf die Erfahrung mit Substitutionsbehandlungen.

QUALITATIVE ANALYSE

In den Interviews bestätigte nur eine Minderheit, überhaupt keinen Alkohol zu trinken. Sofern über den Alkoholkonsum gesprochen wurde, handelte es sich zumeist um eine Alkoholabhängigkeit. Alkohol ist leicht verfügbar und legal, so dass sich der Alkoholkonsum schnell steigerte. In diesem Zusammenhang gaben sowohl die männlichen wie auch die weiblichen Befragten an, täglich mehrere Flaschen Bier und/oder Flaschen Spirituosen getrunken zu haben. Wegen des hoch riskanten Alkoholkonsums konnte es auch zu einer Alkoholvergiftung kommen.

„Ich trinke schon am Tag so meine 10 Bier. Und dann noch 3 von den Flachmännern mit Wodka. [...] Ja, da bin ich auch noch am Kämpfen. Ist nicht gerade einfach, weil den kann man ja auch legal überall kaufen. Das ist das Schwierigste daran. [...] Ich habe mal eine Zeit gehabt, da habe ich noch mehr getrunken. So eine große Flasche Wodka oder Korn habe ich getrunken und noch meine 8 Bier dazu. Einmal hatte ich eine Alkoholvergiftung“ (GT14_js: M, 42).

„Oh, das trinke ich jeden Tag, ganz schön viel. 2-3 Flaschen Korn“ (GT23_ns: w, 33).

Der tägliche Konsum von mehreren Flaschen Spirituosen hatte erhebliche gesundheitliche Auswirkungen. So fiel das Aufstehen und Laufen unter der Alkoholeinwirkung schwer und führte sogar zu einem Bluterbrechen, was eine medizinische Notfallsituation indiziert. In einem anderen Fall war die alkoholabhängige Befragte der körperlichen Misshandlung ihres alkoholabhängigen Ehemannes ausgesetzt. Aufgrund der massiven Beeinträchtigungen durch die Alkoholabhängigkeit wurde ein Alkoholentzug erfolgreich durchlaufen und eine nachhaltige Alkoholabstinenz erreicht.

„Ich war früher Alkoholiker, aber seit 14 Jahren trocken. Ich habe vor 14 Jahren jeden Tag 3 Flaschen Wodka alleine gesoffen und dann bin ich in den Zustand gekommen, dass, wenn ich wach geworden bin früh morgens, ich konnte noch nicht mal aufstehen und laufen, wenn ich nicht meine erste Flasche getrunken habe. Und dann, wenn ich etwas mehr als 3 Flaschen, habe ich Blut gekotzt und da habe ich gedacht, nee, nee, du bist noch zu jung“ (GT21_ns: m, 43).

„Ich habe ein Alkoholproblem, seit 3 Jahren ganz massiv. Ich habe am Tag 3 Flaschen Wodka getrunken. [...] Ich gehe zum Beispiel nie ungeschminkt raus, das ist mir so peinlich, wo ich auf Alk war, war mir das scheißegal, aber jetzt nicht mehr. Jetzt bin ich klar im Kopf [...]. Mein Ex-Mann konsumierte auch, wir haben dann zusammen Alkohol getrunken, dann gab es immer Auseinandersetzungen, dann hat er mich geschlagen, Alkoholikerin, mich beschimpft [...]“ (GT7_js: w, 39).

Ein moderater bis riskanter Alkoholkonsum umfasste eine große Bandbreite an Trinkgewohnheiten. In der Regel wurde jedoch täglich getrunken – allerdings je nach befragter Person in unterschiedlicher Menge. Deutlich wurde in den Beschreibungen, dass der Alkoholkonsum zwischen einem geringeren und wiederum riskanten Konsum variieren konnte.

„Ich trinke meine paar Bier, so 3 am Tag, harten Stoff gar nicht. Wenn mal eine Geburtstagsfeier ist, trinke ich auch mal einen Wodka“ (KT3_js: m, 53).

„Ich trink so 5-6 Dosen am Tag und dann ist gut, vorher waren es 20 oder so. Aber ich steigere mich schon langsam wieder“ (GT9_ns: m, 35).

5.6 Gesundheit

Die Opioidkonsumierenden wurden gebeten, auf einer Ratingskala (von 1=sehr gut bis 5=sehr schlecht) ihren körperlichen sowie ihren psychischen Gesundheitszustand anzugeben. Im Durchschnitt wurde die körperliche sowie die psychische Gesundheit als mittelmäßig bis eher schlecht beurteilt (körperlicher Zustand: M=3,3 (S=1,1), psychischer Zustand: M=3,4 (S=1,1)). Dabei zeigt sich, dass insbesondere der psychische Zustand von fast der Hälfte (47,1%) als schlecht oder sehr schlecht bezeichnet wurde, im körperlichen Bereich betrifft dies mit 40,4% ebenfalls einen sehr hohen Anteil. Dem gegenüber bezeichnen nur 21,8% ihren psychischen und 21,3% ihren körperlichen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut.

Weibliche Personen beurteilten ihren körperlichen und psychischen Gesundheitszustand signifikant schlechter als männliche. Opioidabhängige, die schon einmal substituiert worden waren, befinden sich in einem signifikant schlechteren psychischen Zustand als diejenigen, die noch nie in einer Substitutionsbehandlung waren (Tab.16). (Dabei spielte das höhere Alter der jemals Substituierten keine Rolle, was in einer multivariaten Analyse geprüft wurde.) Die groß- oder kleinstädtische Region steht mit dem Gesundheitszustand der Konsumierenden nicht im Zusammenhang.

Tabelle 16: Körperlicher und psychischer Gesundheitszustand in der letzten Woche (1=sehr gut bis 5=sehr schlecht)

	Körperliche Gesundheit (M,S)	Statistik	Psychische Gesundheit (M,S)	Statistik
Geschlecht (ohne divers)				
weiblich	3,5 (1,2)	t= 2,26	3,7 (1,2)	t= 2,85
männlich	3,2 (1,0)	p=0,026	3,3 (1,0)	p=0,005
Städte				
Großstadt	3,2 (1,0)	t= 0,30	3,4 (1,1)	t= 0,79
Kleinstadt	3,3 (1,3)	p=0,766	3,6 (1,4)	p=0,433
Substitution				
jemals	3,3 (1,0)	t= 1,33	3,6 (1,1)	t= 3,13
niemals	3,1 (1,1)	p=0,185	3,1 (1,2)	p=0,002

Die Frage nach einer HIV-Infektion wurde von der überwiegenden Mehrheit der Opioidabhängigen verneint (91,7%). Neun Personen, entsprechend 3,9%, gaben an, HIV-positiv zu sein, und zehn Personen wussten ihren HIV-Status nicht (4,4%). Von den neun Opioidabhängigen mit HIV-Infektion wurden sieben entsprechend behandelt. Mit 30,1% hatten knapp ein Drittel eine Hepatitis C-Infektion, acht Personen wussten es nicht (3,5%). Etwas mehr als die Hälfte der HCV-Infizierten (39 Personen, entsprechend 56,5%) wurden behandelt.

Befragte, die in Substitutionsbehandlung waren, gaben mit 36,7% signifikant häufiger eine Hepatitis C-Infektion an als jene ohne Substitutionserfahrung (15,5%). Unter Letzteren befinden sich aber auch anteilig deutlich mehr Personen, die ihren Infektionsstatus nicht kannten (7,0% vs. 1,9%).

5.6.1 Körperliche Gesundheit

Die in dieser Befragung eingesetzte (modifizierte) OTI-Gesundheitsskala bestand aus 32 körperlichen Problembereichen bezogen auf Beschwerden innerhalb des letzten Monats. Insgesamt gaben nur vier Personen keinerlei körperliche Beschwerden an (1,7%), wobei es sich hier aufgrund der listenhaften Darstellung auch um ein Antwortartefakt (geringe Beachtung, Verständlichkeitsprobleme) handeln könnte. Es wurden im Durchschnitt 9,7 ($\pm 6,6$) Symptome genannt, zu 95,3% handelte es sich dabei um Beeinträchtigungen des Allgemeinbefindens. Am häufigsten wurden Beschwerden wie Müdigkeit, Erschöpfung, Schlafstörungen und Gewichtsabnahme angegeben (Tab. 17). Häufig genannt wurden weiterhin Kopfschmerzen und Vergesslichkeit bezogen auf das Nervensystem, Husten, Abhusten von Schleim und Ödeme bezogen auf Herz- und Kreislauf-Probleme sowie Übelkeit aus dem Bereich von Magen- und Darmproblemen. Beschwerden durch das Injizieren von Drogen traten vergleichsweise seltener auf, da nur eine Minderheit der befragten Opioidabhängigen aktuell einen intravenösen Konsum von Substanzen praktizierte.

Tabelle 17: Körperliche Symptome nach Problembereichen in Anlehnung an die OTI-HSS (N=233)

Allgemeinbefinden (max. 8 Items)	N	%	Anteil Bereich	M (S) der Skala
Müdigkeit, Erschöpfung	162	69,5	95,3%	3,6 (2,1)
Schlafstörungen	158	67,8		
Gewichtabnahme, Untergewicht	130	55,8		
Appetitverlust	102	43,8		
Nachtschweiß	102	43,8		
Gelenkschmerzen/-steifigkeit	97	41,6		
Zahnschmerzen	62	26,6		
Geschwollene Lymphdrüsen	37	15,9		
Nervensystem (max. 7 Items)	N	%	Anteil Bereich	M (S) der Skala
Kopfschmerzen	100	42,9	76,0%	1,9 (1,8)
Vergesslichkeit	92	39,5		
Schwindel	69	29,4		
Taubheitsgefühl, Kribbelgefühl	61	26,2		
Körperzittern, Tremor	45	19,3		
Blackouts	39	16,7		
Krampfanfälle	35	15,0		
Herz- und Kreislauf (max. 7 Items)	N	%	Anteil Bereich	M (S) der Skala
Husten	91	39,1	75,5%	2,0 (1,9)
Abhusten von Schleim	85	36,5		
Geschwollene Füße, Ödeme	75	32,2		
Pfeifende/ keuchende Atmung	59	25,3		
Herzrasen	55	23,6		
Schmerzen in der Brust	50	21,5		
Atemnot	47	20,2		
Magen und Darm (max. 7 Items)	N	%	Anteil Bereich	M (S) der Skala
Übelkeit	82	35,2	63,9%	1,3 (1,4)
Verstopfung	63	27,0		
Bauchschmerzen	58	24,9		
Durchfall	55	23,6		
Erbrechen	51	21,9		
Probleme: Injizieren von Drogen (max. 5 Items)	N	%	Anteil Bereich	M (S) der Skala
schlechter Venenstatus	51	21,9	40,8%	0,8 (1,2)
Abszesse, Hautinfektionen	50	21,5		
auffällige Narben, Blutergüsse	43	18,5		
Überdosis	24	10,3		
Dirty Hit, Krankheitsgefühl wegen verunreinigter Drogen	25	10,7		
auffällige Narben, Blutergüsse	43	18,5		

Nicht nur insgesamt, auch auf Ebene der Einzelsymptome gaben weibliche Personen signifikant mehr körperliche Probleme an als männliche Opioidabhängige (Tab. 18). Bis auf die mit intravenösem Kon-

sum zusammenhängenden Symptome trifft dies auf alle Gesundheitsbereiche zu. Jene, die jemals substituiert worden waren, befanden sich insgesamt in einem schlechteren körperlichen Zustand (wiederrum unabhängig vom höheren Alter). In den einzelnen Bereichen bezog sich dies aber nur auf das Allgemeinbefinden und Probleme im Zusammenhang mit intravenösem Konsum. Signifikante Unterschiede zwischen den Opioidabhängigen aus Groß- oder Kleinstädten zeigten sich nicht.

Tabelle 18: Körperliche Symptome (OTI-HSS) nach Geschlecht und Erfahrung mit Substitutionsbehandlungen

	Körperliche Gesundheit, gesamt	Allgemeinbefinden	Nervensystem	Herz, Kreislauf	Magen, Darm	Spritzenprobleme
Geschlecht	**	**	*	**	*	n.s.
weiblich	11,8	4,2	2,3	2,6	1,7	1,4
männlich	8,7	3,4	1,7	1,7	1,2	1,2
Substitution	*	**	n.s.	n.s.	n.s.	**
jemals	10,4	3,9	2,0	2,0	1,4	1,0
noch nie	8,1	3,0	1,6	1,9	1,1	0,5

Signifikante Ergebnisse der T-Tests, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

QUALITATIVE ANALYSE

Eine rapide Gewichtsabnahme gaben auch einige der Interviewten als primäre körperliche Beschwerde an. Der starke Gewichtsverlust ist durch den exzessiven Drogenkonsum begründet, der unter anderem nach der Entlassung aus dem Gefängnis oder einem Krankenhaus praktiziert wurde.

„Ich habe innerhalb von 14 Tagen fast 12 Kilo abgenommen. Mit 75 Kilo entlassen worden und jetzt bin ich bei 62 Kilo mit Klamotten. Hab mich gut runtergewirtschaftet in den paar Tagen“ (GT3_ns: m, 34).

Manche der Befragten nannten eine Vielzahl unterschiedlicher körperlicher Probleme wie Abszesse, offene Wunden an Füßen oder Armen, Lungen- und Rückenbeschwerden. Auch in diesen Fällen war der schlechte gesundheitliche Zustand vorwiegend auf das Crackrauchen, den Konsum anderer Drogen und den drogenbedingten Lebensstil zurückzuführen. So wurde der typische Tagesablauf beschrieben als das stundenlange Herumlaufen zum Kauf und Konsum von Drogen, dem Aufsuchen einer niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtung für basale Bedürfnisse wie Essen und Duschen sowie dem erneuten Unterwegssein zum Drogenkauf.

„Meine Wehwechen habe ich. Meine Füße sind komplett offen und meine Lunge macht mir Probleme, weil sie verschleimt ist. Rücken habe ich auch Probleme, aber es war schon schlimmer als jetzt.“ (GT9_ns: m, 35).

Einige der Interviewten hatten jedoch lebensbedrohliche Erkrankungen, die eine medizinische Behandlung in einem Krankenhaus erforderten. Dazu gehörten Thrombosen, Blutvergiftung, Lungenentzündung, eine Bauchspeicheldrüsenentzündung, Krebs und Tumor. Zum Teil waren die schweren Erkrankungen eine Folge des übermäßigen Drogen- und Alkoholkonsums.

„Und mir ging's, ich glaube, ich habe Blut gespuckt und mir ging's gar nicht gut. Und dann haben sie den RTW gerufen [...], dann bin ich ins Krankenhaus und dann haben sie mich untersucht und also es stand 50:50, dass ich überhaupt die Nacht überleb. Ich hab so 'ne starke Bauchspeicheldrüsenentzündung gehabt, dass die Nieren und Leber schon mit angegriffen waren. Das war wirklich in letzter Not“ (GT7_js: w, 39).

„Weil ich hab ja eine ganz seltene Krankheit und war auch schon in der Schmerzambulanz, also sie haben alles gemacht, was sie machen konnten und dann ging es dann ein Stück weiter und jetzt habe ich eine Schmerzpumpe, die war gefüllt mit Morphium Und dieser scheiß Tumor sitzt auch an der Bauchschlagader, da kannst du auch nichts machen. Die kann jeden Augenblick reißen, wenn der größer wird wieder“ (KT1_ns: m, 56).

5.6.2 Psychische Gesundheit: PHQ-4 (Patient Health Questionnaire)

Die Belastung der befragten Opioidabhängigen aufgrund von Ängsten oder Depressionen mittels des PHQ-4 (Kroenke et al., 2009) ergab einen Durchschnittswert von 5,6 ($\pm 3,9$) und zeigte damit einen deutlich höheren PHQ-4 Score als von den Autoren in ihrer Stichprobe mit Personen im ambulanten ärztlichen Bereich ermittelt (2,5). In den von Kroenke et al. (2009) gebildeten vier Kategorien (normale bis starke Beschwerden) stellt sich unter den befragten Opioidabhängigen ebenfalls die stärkere Belastung durch Ängste oder Depressionen anschaulich dar (Tab. 19). In Bezug auf die vier Beschwerdekategorien zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern, hinsichtlich Substitutionserfahrungen oder des Wohnorts. Tendenziell lässt sich (wiederum) eine stärkere Betroffenheit der weiblichen Opioidkonsumierenden erkennen. In Bezug auf den PHQ-4 Gesamtscore ergab sich hier auch ein statistisch signifikanter Unterschied (Frauen: $M=6,5$ ($\pm 4,0$), Männer: $M=5,2$ ($\pm 3,7$), $p < 0,05$).

Tabelle 19: Psychische Gesundheit: PHQ-4 im Vergleich zur Stichprobe von Kroenke et al. (2009)

Beschwerden nach PHQ-4	Anteil	Kroenke et al. (2009)
normal	24,3%	61,5%
mild	30,9%	23,3 %
moderat	17,0%	10,6 %
stark	27,8%	4,6 %

Über die Verwendung des PHQ-4 hinausgehend wurden zudem psychische Probleme oder Erkrankungen im letzten Monat erfragt. Mehr als Dreiviertel der Befragten berichten von Innerer Unruhe und Grübeln (Tab. 20). Unterschiede zwischen Opioidabhängigen aus Groß- und Kleinstädten sowie mit und ohne Substitutionserfahrung ergaben sich nicht. Allerdings gaben weibliche im Vergleich zu männlichen Personen häufiger Panikattacken (39,4% vs. 23,1%, $\text{Chi}^2=5,96$, $p=0,015$) und traumatische Erlebnisse an (34,8% vs. 17,7%, $\text{Chi}^2=7,57$, $p=0,006$).

Tabelle 20: Psychische Probleme und Erkrankungen im letzten Monat (N=216)

Psychische Probleme	N	%
Innere Unruhe, Grübeln	181	83,8
Panikattacken	63	29,2
Traumatische Erlebnisse	50	23,1
Psychose/Schizophrenie	45	20,8
Selbstmordgedanken	40	18,5
Anderes	31	14,4

Im Einklang mit den Ergebnissen des PHQ-4 wird auch aus den Angaben zu vorgegebenen psychischen Symptomen und Erkrankungen die große psychische Belastung unter den Konsumierenden der Drogenszene deutlich. Wenngleich keine systematische psychiatrische Diagnostik durchgeführt werden konnte, dürfte sich unter den Befragten ein Viertel bis ein Drittel mit manifesten psychischen Störungen befinden, die weiteren Behandlungsbedarf erforderlich machen.

QUALITATIVE ANALYSE

Während wenige Befragte explizit bestätigten, keine psychischen Probleme zu haben, interpretierten andere Befragte ihr Suchtverhalten als Folge psychischer Störungen. Aus ihrer Sicht haben instabile Familienverhältnisse (unbekannter Vater, Gewalt in der Familie, drogenabhängiges Familienmitglied) sowie Erfahrungen der körperlichen Misshandlung oder sexueller Gewalt durch den Partner oder ein Familienmitglied letztlich dazu geführt, eine Drogenabhängigkeit zu entwickeln.

„Die Frage steht bei mir im Raum, ist es ein traumatisches Erlebnis, dass mich zur Sucht gebracht hat oder ist es überhaupt die Sucht? Es hat sich einfach herausgestellt, dass die Erlebnisse [in der Kindheit], daran beteiligt waren, süchtig zu werden“ (GT2_js: m, 49).

Einige Befragte berichteten, unter sozialen Ängsten zu leiden. Diese Ängste traten in Menschenmassen im öffentlichen Raum oder im öffentlichen Nahverkehr auf und äußerten sich in Panikattacken mit Schweißausbrüchen und starkem Unwohlsein. Situationen wie Bahnfahrten werden gemieden oder aber können nur unter dem Einfluss von Alkohol, Cannabis oder anderen Drogen ertragen werden.

„Wegen Alkohol krank zu werden oder den Löffel abzugeben, ist auch nicht das Wahre. Aber bei mir ist das Problem, dass der Alkohol meine Psyche beeinflusst. Dass meine Angstzustände, die ich habe so ein bisschen, dass es halt überdeckt ist. [...] Ich habe dann keine Hemmungen. Ich will nicht sagen, dass der Alkohol mich mutiger macht. Aber meine Hemmschwelle ist auf jeden Fall anders. [...] Soziale Ängste auf jeden Fall. Ich merke das daran, dass ich nicht mag, im Mittelpunkt zu stehen oder wenn die U-Bahn gerammelt voll ist. Ich muss da raus, ich kriege dann Schweißausbrüche. Aber mit Alkohol, da macht mir das nicht so viel aus“ (GT14_js: m, 42).

Darüber hinaus schilderten Befragte, eine Psychose infolge des Cannabiskonsums bekommen zu haben, unter ADHS zu leiden und entsprechende Medikamente zu benötigen, um zur Ruhe zu kommen.

Bei einer Befragten wurde eine bipolare Störung diagnostiziert, die nicht nur den Abbruch mehrerer Ausbildungen und Jobs begründete, sondern auch zum Abbruch der Substitutionsbehandlung führte. Drei Interviewpartner äußerten Suizidgedanken zu haben oder sogar bereits Suizidversuche unternommen zu haben. Die Suizidalität resultierte aus individuell unterschiedlichen Lebensumständen; den körperlichen Folgen des Alkoholmissbrauchs, der drohenden Wiederinhaftierung und der Aggressivität als Wirkung Einnahme von Fentanyl. Wahrgenommene Negativauswirkungen wie Antriebslosigkeit, Kraftlosigkeit und Wesensveränderungen durch den Lebensstil oder den Drogeneffekt waren maßgebliche Bedingungen für die Suizidalität.

„Das Fentanyl habe ich bestimmt ein Dreiviertel Jahr genommen. Ja, das war eine harte Zeit. Meine Frau hat es auch gemerkt, die ist mir ständig aus dem Weg gegangen. Ich bin eigentlich sehr ruhig, mich bringt so schnell nichts aus der Ruhe, aber das Zeug, das war hart. Ein falsches Wort und gleich auf 180. [...] Ja, nach dem ersten Selbstmordversuch wurde mir halt nahegelegt, einen Psychiater, Psychologen zu suchen und das habe ich gemacht“ (KT1_ns: m, 53).

6. Diskussion der Ergebnisse

Im Rahmen der Studie haben insgesamt 233 Opioidabhängige, die sich entsprechend der Einschlusskriterien derzeit nicht in einer Substitutionsbehandlung befinden, an der quantitativen Erhebung mittels Fragebogen teilgenommen. Von ihnen wurden 162 (entsprechend 69,5%) früher mal in einer Arztpraxis oder Ambulanz substituiert. Zusätzlich zur Fragebogenerhebung wurde mit insgesamt 27 Opioidabhängigen ein persönliches qualitatives Interview durchgeführt. Unter den Interviewten waren 18 Befragte jemals in einer Substitutionsbehandlung.

Das primäre Ziel der Studie bestand darin, die Behandlungsbedarfe zu explorieren. In diesem Zusammenhang wurden auch die Gründe untersucht, aus denen eine Substitutionsbehandlung entweder nicht fortgesetzt oder aber niemals aufgenommen wurde. Aus den quantitativen wie qualitativen Ergebnissen geht hervor, dass eine vorherige Substitutionsbehandlung insbesondere deswegen beendet wurde, um clean zu werden oder nicht täglich eine Substitutionspraxis aufsuchen zu müssen. Zudem gaben die Befragten an, keine weitere Substitution zu wollen, aus Angst vor einem Regelverstoß und dem schwierigen Entzug von Substitutionsmedikamenten. Neben individuellen Gründen wie dem nicht immer realistischen Wunsch, vollständig drogenfrei zu werden, kommen hier auch strukturelle Gründe zum Vorschein. Die enge Anbindung und Einhaltung von Behandlungsregeln stellten für einen Teil der Befragten offensichtlich eine Überforderung dar. Ähnlich wie in der Studie von Lo et al. (2018) zeigte auch die vorliegende Untersuchung, dass die Substitutionsbehandlung bei einem Teil der Befragten wegen des Beikonsums von insbesondere Kokain, Crack und einem täglichen Rauschtrinken eigenständig oder durch die behandelnden Ärzt:innen beendet wurde. Diese gegen eine Substitutionsbehandlung sprechenden Gründe treten nach wie vor auf, wenngleich mit den seit 2017 im Zusammenhang

mit der 3. BtMVVÄndV geltenden BÄK-Richtlinien zur substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger (sowie in der Neufassung vom April 2023) mittlerweile größere Spielräume bestehen, die Probleme des Beikonsums in das Behandlungskonzept zu integrieren.

In den Interviews gaben einige Befragte an, dass die Nebenwirkungen der Substitutionsmedikamente wie vor allem starke Müdigkeit und Gewichtszunahme ein Grund dafür waren, die Substitutionsbehandlung nicht fortsetzen zu wollen. Hier hätte das mittlerweile in Deutschland breit verfügbare Angebot an Substitutionsmedikamenten bei einem Teil der betroffenen Patient:innen zu einer Besserung beitragen können, sofern dieses Angebot flexibel eingesetzt würde.

Von den Befragten, die niemals eine Substitutionsbehandlung aufgenommen hatten, wurden vorrangig zwei Motive genannt. So wurde zum einen die Substitutionsbehandlung grundsätzlich abgelehnt, zum anderen bestand ebenfalls der Wunsch nach Abstinenz. Für die grundlegende Ablehnung wurden in den Interviews vielfältige Gründe angeführt; die Einnahme von Substitutionsmedikamenten führe nur zu einer legalen Form der Abhängigkeit, die Substitution bewirke keine Reduktion des Kokain- und Crackkonsums und dass die Absicht besteht, weiterhin Drogen zu konsumieren und der damit verbundene Lebensstil die eigene Lebenseinstellung beinhaltet.

Eine neuseeländische Studie aus dem Jahr 2011 (Deering et al., 2011) kam zu vergleichbaren Ergebnissen und bestätigt, dass eine mangelnde Flexibilität der Behandlung, eine fehlende Take-Home Vergabe und Nebenwirkungen der Medikamente zu einem Behandlungsabbruch führten und Substitutionsunerfahrene mehrheitlich eine Substitution grundsätzlich ablehnten. Offensichtlich haben sich die Gründe für Behandlungsabbrüche und die Vermeidung einer Substitutionsbehandlung über die Jahre nicht wesentlich geändert. Demzufolge spielt für die Aufrechterhaltung einer Substitution die Take-Home Vergabe eine zentrale Rolle sowie die individuelle Zufriedenheit mit dem Substitutionsmittel und den Behandlungsregeln. Zugleich gibt es eine Gruppe von Opioidabhängigen, die in der Substitutionsbehandlung generell eher Nachteile sehen bzw. keinerlei Bereitschaft zu einer medikamentösen Behandlung haben.

Zur Zufriedenheit mit der letzten Substitutionsbehandlung zeigen die Auswertungen, dass mehr als die Hälfte mit der Behandlung eigentlich zufrieden war. Die Interviews illustrierten, dass sie vor allem davon profitierten, keine Entzugserscheinungen zu haben, weniger Straftaten zu begehen, keine Sexarbeit mehr anbieten zu müssen und kein Heroin mehr zu konsumieren. Ähnliche Vorteile der Substitutionsbehandlung wurden auch in der Studie von Winstock et al. (2011) festgestellt. Wenngleich ein Teil der Befragten die vorherige Substitutionsbehandlung wegen Nebenwirkungen der Substitutionsmedikamente abgebrochen hat, würde die Mehrheit bei einer erneuten Behandlung zukünftig das gleiche Substitutionsmittel bevorzugen, welches sie bereits erhalten hatten.

Den Anforderungen und Zielsetzungen der Studien entsprechend befanden sich alle Befragten zum Erhebungszeitpunkt in keiner Substitutionsbehandlung. Damit stellt sich die Frage nach den individuellen und strukturellen Barrieren für die Ablehnung einer Substitutionsbehandlung. Auffälligerweise wurde insbesondere die Substitutionsbehandlung von jenen kaum gewünscht, die noch niemals in Substitution waren, deren Vorbehalte also nicht erfahrungsgelernt, sondern offensichtlich prinzipieller Natur waren. Zugleich zeigen die Ergebnisse, dass auch bei diesen Personen durchaus ein Unterstützungsbedarf vorhanden war. In der vorliegenden Studie äußerte ein Großteil der Befragten den Bedarf nach Harm Reduction Maßnahmen wie Konsumraum, Kontaktladen und (niedrigschwellige) Beratung.

Internationale Studien zeigen, dass die Hauptbarrieren in der mangelnden Flexibilität der OAT (Deering et al., 2011; Kourounis et al., 2016), der Obdachlosigkeit sowie in der Inhaftierung (Lo et al., 2018; Pilarinos et al., 2022) bestanden. Diese Ergebnisse können auch in der vorliegenden Studie bestätigt werden. So zählten die mangelnde Take-Home Vergabe, die fehlende Krankenversicherung, aber auch die Obdachlosigkeit zu den häufiger genannten strukturellen Barrieren. Ein Viertel der Abhängigen aus den Großstädten, aber niemand aus den Kleinstädten, war zum Zeitpunkt der Befragung nicht krankenversichert und konnte deswegen keine Substitutionsbehandlung aufnehmen. Über 40% der Befragten aus den Großstädten waren obdachlos und aus subjektiver Sicht war eine tägliche Vergabe des Substitutionsmedikaments mit der Obdachlosigkeit nicht vereinbar. Eine Inhaftierung stellte ebenfalls eine strukturelle Barriere für die Aufnahme oder Fortführung einer Substitution dar. Ein Großteil (über 80%) derjenigen, die nie in Substitution waren, wurden auch in Haft nicht substituiert, und selbst bei denjenigen mit vorheriger Substitution wurde nicht einmal die Hälfte in Haft substituiert. Im Zusammenhang mit den strukturellen Barrieren ist zu erwähnen, dass in den Großstädten wie auch in den Kleinstädten ein fehlender Substitutionsplatz vergleichsweise selten eine Zugangsbarriere darstellte. Als individuelle Barrieren dominierten der Wunsch, lieber ganz clean zu sein, die Angst vor dem schwierigen Entzug von Substitutionsmedikamenten sowie eine generelle Ablehnung der Substitutionsbehandlung. Dabei zeigte sich, dass individuelle Gründe tendenziell häufiger von Befragten ohne Substitutionserfahrung genannt wurden und strukturelle Gründe vermehrt von jenen, die früher bereits in Substitutionsbehandlung waren. Unter Letzteren wurden teilweise auch direkt aus der Behandlungserfahrung abgeleitete Gründe gegen eine erneute Substitution wie fehlendes Vertrauen, dass die Substitution hilft, oder die Scham, erneut die Behandlung zu beginnen, genannt. Mit der vorliegenden Studie konnten in den Interviews noch weitere Barrieren identifiziert werden, die für das Erkenntnisinteresse von hoher Relevanz sind. Einige Befragte bewerteten die Substitutionsbehandlung als nicht wirksam, da durch die Substitution der Konsum anderer Substanzen wie Alkohol, Kokain intensiviert wurde, um einen Rauscheffekt zu erleben. Andere äußerten, dass nicht Heroin, sondern Kokain und/oder Crack ihre Hauptdroge sei. Zudem waren einige Befragte zusätzlich alkoholabhängig und

konnten das Rauschtrinken – auch während der Substitution – nicht kontrollieren. Angesichts einer primären Abhängigkeit von anderen Substanzen als Opioiden ist offensichtlich, dass es unter Konsumentenden der Drogenszene eine Gruppe von Abhängigen gibt, bei der die Substitutionsbehandlung wenig effektiv sein dürfte und daher nicht als primäre Maßnahme anzusehen ist.

Eine Vielzahl an Studien hat sich mit Stigma als mögliche Barriere für die Aufnahme einer Suchtbehandlung beschäftigt. Hierbei ging es zum einen um das internalisierte Stigma, sich als „wertlos“ zu erleben, sowie um das erfahrene Stigma „kein normaler Patient“ zu sein. Im Kontext von Barrieren zur Substitutionsbehandlung sind die folgenden Ergebnisse zu Stigma der vorliegenden Studie von Bedeutung. Antizipiertes oder erlebtes Stigma beinhaltete am häufigsten die Abwertung (über 90%) und in dieser Hinsicht waren die meisten Befragten überzeugt, dass andere Menschen Drogenkonsumierende als unzuverlässig wahrnehmen. Als Stigma in Form von Diskriminierung bestätigten über 40% der Befragten, wegen ihres Drogenkonsums keine medizinische Versorgung erhalten zu haben. Stigmatisierungsprozesse haben offenbar einen negativen Einfluss auf die Inanspruchnahme und den Zugang zu medizinischen Behandlungen.

Die Ermittlung des Bedarfs nach einer Substitutionsbehandlung war eines der zentralen Ziele dieser Untersuchung. Der Behandlungsbedarf ist auch vor dem Hintergrund der vorhandenen Erfahrungen mit Substitutionsmedikamenten zu betrachten. In diesem Kontext ist zu berücksichtigen, dass ebenso wie in der Studie von Johnson & Richert (2019) auch in dieser Studie die Mehrheit der Befragten von knapp 80% bereits Substitutionsmedikamente – vor allem Methadon/Levomethadon und Buprenorphin – auf dem Schwarzmarkt erworben haben. In beiden Studien dienten die Substitutionsmedikamente zur Vermeidung von Entzugssymptomen oder einer eigenständigen Substitution. Es hätte vermutet werden können, dass vor allem Befragte ohne Substitutionserfahrungen vom Schwarzmarkt kauften. Interessanterweise weisen die Ergebnisse auf das Gegenteil hin. Die Substitutionserfahrenen hatten signifikant häufiger Substitutionsmedikamente auf dem Schwarzmarkt erworben als diejenigen, die noch niemals in einer Substitutionsbehandlung waren. Dieser Befund lässt sich möglicherweise so interpretieren, dass eine größere Affinität zu Substitutionsmedikamenten (aufgrund der erfahrenen Wirkung) mit einer höheren Bereitschaft zu einer regulären Substitutionsbehandlung einhergeht.

Diese Interpretation wird durch die Ergebnisse zum Bedarf nach einer Substitutionsbehandlung unterstützt. Während knapp die Hälfte derjenigen mit vorheriger Substitutionserfahrung eine weitere Substitutionsbehandlung favorisierte, wurde diese von gerade mal 14% derjenigen ohne Substitutionserfahrung gewünscht. Auch weitere Behandlungsangebote wie eine Entzugsbehandlung oder eine Langzeittherapie wurden insgesamt von den Befragten ohne Substitutionserfahrung seltener gewünscht als von den Substitutionserfahrenen. Der größere Behandlungsbedarf von Befragten mit vorheriger

Substitutionsbehandlung lässt sich dadurch erklären, dass sie vergleichsweise stärker unter körperlichen und psychischen Beschwerden litten und damit einen größeren Behandlungsbedarf aufwiesen.

Abschließend lässt sich aus den Ergebnissen der Studie festhalten:

Die Entscheidung für eine Substitutionsbehandlung ist durch vorherige Behandlungserfahrungen, den Erfahrungen mit Substitutionsmedikamenten und dem erwarteten subjektiven Nutzen einer Behandlung beeinflusst. In Übereinstimmung mit der Literatur (Gilman et al., 2018; Muthulingam et al., 2019) ist der Behandlungsbedarf abhängig von positiven Aspekten wie der Unterdrückung von Entzugsscheinungen, geringem Kriminalitätsdruck und einem geregelten Tagesablauf auf der einen Seite, aber auch von Nebenwirkungen der Substitutionsmedikamente und insbesondere der als unflexibel erlebten Behandlungsbedingungen wie Take-Home Vergaben auf der anderen Seite. Den meisten substituierten Befragten war es wichtig, Autonomie und Selbstbestimmung über ihre Dosis und Behandlungsdauer haben zu können.

Erfahrungen von Opioidabhängigen mit den Nebenwirkungen und dem langwierigen Entzug von Substitutionsmedikamenten sowie daraus resultierende Vorbehalte sollten bei der Behandlung ernst genommen werden. Die Vergabe von Methadon, Levomethadon, Buprenorphin oder anderen Substitutionsmitteln sollte nach individuellen Kriterien erfolgen. Angesichts vieler bestehender Mythen um Substitutionsmedikamente in der Drogenszene ist auch nach wie vor eine Aufklärung über die Wirkungen und Nebenwirkungen der einzelnen Medikamente erforderlich. Zudem ist jeweils im individuellen Fall abzuklären, ob ein Opioidabhängiger während der Substitutionsbehandlung mehr Kontrolle im Sinne einer täglichen Vergabe als Maßnahme einer Tagesstrukturierung benötigt oder aber mehr Freiraum durch eine Take-Home Vergabe oder möglicherweise der Auswahl einer Depot-Medikation wünscht. Die jeweiligen Rahmenbedingungen sollten individuell stärker abgeklärt werden und können sich auch im Verlauf der Behandlung verändern. Aus den Ergebnissen geht deutlich hervor, dass substituierte mehr Selbstbestimmung über ihre Behandlung erwarten. Zugleich zeigen die Ergebnisse aber auch, dass es eine Gruppe von Drogenabhängigen gibt, die eine Substitutionsbehandlung explizit ablehnen. Diese Gruppe dürfte nur schwer von den Vorteilen einer Substitution zu überzeugen sein. Nicht zuletzt ist auch der Umgang mit dem verbreiteten Konsum von Crack und zunehmend von Kokain ungeklärt und bedarfsgerechte Angebote sind unzureichend oder fehlen gänzlich.

Abschließend ist zu überlegen, ob nicht ein stärker niedrigschwellig ausgerichtetes Substitutionsangebot installiert werden sollte, um strukturelle Barrieren abzubauen und auch jene Opioidabhängigen zu erreichen, die formale Voraussetzungen für eine reguläre Substitutionsbehandlung wie eine fehlende Krankenversicherung nicht erfüllen oder die aufgrund ihrer Obdachlosigkeit diese Behandlungsform auf einfachere Weise für sich nutzen könnten.

Die vorliegende Studie weist einige Limitationen auf, da der Fragebogen nur auf Deutsch vorhanden war und somit Abhängige mit unzureichenden Deutschkenntnissen nur teilweise erreicht wurden. Die

Teilnahme an der Studie war freiwillig, so dass Opioidabhängige in einem sehr desolaten gesundheitlichen Zustand oftmals nicht in der Lage waren, sich an den Erhebungen zu beteiligen.

7. Literatur

- Ahern, J., Stuber, S., & Galea, J. (2007). Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug And Alcohol Dependence*, 88(2-3), 188-196.
- BfArM. (2023). *Bericht zum Substitutionsregister, Januar 2023*. www.bfarm.de
- Bush, K., Kivlahan, D., McDonnell, M., Fihn, S., & Bradley, K. (1998). The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C): an Effective Brief Screening Test for Problem Drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. *Arch Intern Med*, 158(16), 1789-1795. <https://doi.org/10.1001/archinte.158.16.1789>
- Carlberg-Racich, S., Sherrod, D., Swope, K., Brown, D., Afshar, M., & Salisbury-Afshar, E. (2022). Perceptions and Experiences With Evidence-based Treatments Among People Who Use Opioids. *J Addict Med*. <https://doi.org/10.1097/adm.0000000000001064>
- Carlisle, V. R., Maynard, O. M., Bagnall, D., Hickman, M., Shorrock, J., Thomas, K., & Kesten, J. (2023). Should I Stay or Should I Go? A Qualitative Exploration of Stigma and Other Factors Influencing Opioid Agonist Treatment Journeys. *Int J Environ Res Public Health*, 20(2). <https://doi.org/10.3390/ijerph20021526>
- Cernasev, A., Hohmeier, K. C., Frederick, K., Jasminb, H., & Gatwood, J. (2021). A systematic literature review of patient perspectives of barriers and facilitators to access, adherence, stigma, and persistence to treatment for substance use disorder. *Exploratory Research in Clinical and Social Pharmacy*, 2, 100029. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.rcsop.2021.100029>
- Curtis, M., Dietze, P., Wilkinson, A. L., Agius, P. A., Stewart, A. C., Cossar, R. D., Butler, T., Walker, S., Kirwan, A., Winter, R. J., & Stoové, M. (2023). Discontinuation of opioid agonist treatment following release from prison in a cohort of men who injected drugs prior to imprisonment in Victoria, Australia: A discrete-time survival analysis. *Drug Alcohol Depend*, 242, 109730. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109730>
- Darke, S., Ward, J., Zador, D., & Swift, G. (1991). A scale for estimating the health status of opioid users. *British Journal of Addiction*, 86(10), 1317–1322. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1991.tb01707.x>
- De Maeyer, J., Vanderplasschen, W., & Broekaert, E. (2010). Quality of life among opiate-dependent individuals: A review of the literature. *Int J Drug Policy*, 21(5), 364-380. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2010.01.010>
- Deering, D. E. A., Sheridan, J., Sellman, J. D., Adamson, S. J., Pooley, S., Robertson, R., & Henderson, C. (2011). Consumer and treatment provider perspectives on reducing barriers to opioid substitution treatment and improving treatment attractiveness. *Addict Behav*, 36(6), 636-642. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.01.004>
- Dufort, A., & Samaan, Z. (2021). Problematic Opioid Use Among Older Adults: Epidemiology, Adverse Outcomes and Treatment Considerations. *Drugs Aging*, 38(12), 1043-1053. <https://doi.org/10.1007/s40266-021-00893-z>
- EMCDDA. (2021). *TECHNICAL REPORT Balancing access to opioid substitution treatment with preventing the diversion of opioid substitution medications in Europe: challenges and implications*.
- Frank, D., & Walters, S. M. (2021). "I'm Going to Stop Myself Before Someone Stops Me": Complicating Narratives of Volitional Substance Use Treatment. *Front Sociol*, 6, 619677. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2021.619677>
- Franke, G. H. (2007). *Mini-Symptom-Checklist* Hogrefe.
- Garpenhag, L., & Dahlman, D. (2021). Perceived healthcare stigma among patients in opioid substitution treatment: a qualitative study. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 16(1), 81. <https://doi.org/10.1186/s13011-021-00417-3>
- Ghosh, A., Roub, F., Pillai, R. R., Mahintamani, T., Basu, D., Subodh, B. N., & Mattoo, S. K. (2022). Course and Correlates of Stigma in Patients on Opioid Agonist Treatment: A Prospective Study from an Outpatient Treatment Program in India. *Indian J Psychol Med*, 44(3), 246-252. <https://doi.org/10.1177/02537176211012103>
- Gilman, M., Li, L., Hudson, K., Lumley, T., Myers, G., Corte, C., & Littlewood, R. (2018). Current and future options for opioid use disorder: a survey assessing real-world opinion of service users on novel therapies including depot formulations of buprenorphine. *Patient Prefer Adherence*, 12, 2123-2129. <https://doi.org/10.2147/ppa.S180641>
- Gomes, T., Campbell, T. J., Martins, D., Paterson, J. M., Robertson, L., Juurlink, D. N., Mamdani, M., & Glazier, R. H. (2021). Inequities in access to primary care among opioid recipients in Ontario, Canada: A population-based cohort study. *PLoS Med*, 18(6), e1003631. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003631>

- Grønnestad, T. E., & Sagvaag, H. (2016). Stuck in limbo: illicit drug users' experiences with opioid maintenance treatment and the relation to recovery. *Int J Qual Stud Health Well-being*, *11*, 31992. <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.31992>
- Guastaferrro, W. P., Koetzle, D., Lutgen-Nieves, L., & Teasdale, B. (2022). Opioid Agonist Treatment Recipients within Criminal Justice-Involved Populations. *Subst Use Misuse*, *57*(5), 698-707. <https://doi.org/10.1080/10826084.2022.2034869>
- Hall, N. Y., Le, L., Majmudar, I., & Mihalopoulos, C. (2021). Barriers to accessing opioid substitution treatment for opioid use disorder: A systematic review from the client perspective. *Drug Alcohol Depend*, *221*, 108651. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108651>
- Holliday, S. M., Magin, P. J., Dunbabin, J. S., Ewald, B. D., Henry, J. M., Goode, S. M., Baker, F. A., & Dunlop, A. J. (2012). Waiting room ambience and provision of opioid substitution therapy in general practice. *Med J Aust*, *196*(6), 391-394. <https://doi.org/10.5694/mja11.11338>
- Husain, J. M., Cromartie, D., Fizzle-Jones, E., Brochier, A., Borba, C. P. C., & Montalvo, C. (2023). A qualitative analysis of barriers to opioid agonist treatment for racial/ethnic minoritized populations. *J Subst Abuse Treat*, *144*, 108918. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2022.108918>
- Johnson, B., & Richert, T. (2019). Non-prescribed use of methadone and buprenorphine prior to opioid substitution treatment: lifetime prevalence, motives, and drug sources among people with opioid dependence in five Swedish cities. *Harm Reduct J*, *16*(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s12954-019-0301-y>
- Karlsson, N., Kåberg, M., Berglund, T., Hammarberg, A., Widman, L., & Ekström, A. M. (2021). A prospective cohort study of risk behaviours, retention and loss to follow-up over 5 years among women and men in a needle exchange program in Stockholm, Sweden. *Int J Drug Policy*, *90*, 103059. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.103059>
- Kourounis, G., Richards, B. D., Kyprianou, E., Symeonidou, E., Malliori, M. M., & Samartzis, L. (2016). Opioid substitution therapy: Lowering the treatment thresholds. *Drug Alcohol Depend*, *161*, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.12.021>
- Kraus, L., Seitz, N. N., Schulte, B., Cremer-Schaeffer, P., Braun, B., Verthein, U., & Pfeiffer-Gerschel, T. (2019). Estimation of the number of people with opioid addiction in Germany. *Dtsch Arztebl* *116*, 137-143. <https://doi.org/https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0137>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2009). An Ultra-Brief Screening Scale for Anxiety and Depression: The PHQ-4. *Psychosomatics*, *50*(6), 613-621. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(09\)70864-3](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0033-3182(09)70864-3)
- Lamont, R., Rosic, T., Sanger, N., & Samaan, Z. (2020). Psychosis and Comorbid Opioid Use Disorder: Characteristics and Outcomes in Opioid Substitution Therapy. *Schizophr Bull Open*, *1*(1), sgaa007. <https://doi.org/10.1093/schizbullopen/sgaa007>
- Lo, A., Kerr, T., Hayashi, K., Milloy, M. J., Nosova, E., Liu, Y., & Fairbairn, N. (2018). Factors associated with methadone maintenance therapy discontinuation among people who inject drugs. *J Subst Abuse Treat*, *94*, 41-46. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.08.009>
- Ma, J., Bao, Y. P., Wang, R. J., Su, M. F., Liu, M. X., Li, J. Q., Degenhardt, L., Farrell, M., Blow, F. C., Ilgen, M., Shi, J., & Lu, L. (2019). Effects of medication-assisted treatment on mortality among opioids users: a systematic review and meta-analysis. *Mol Psychiatry*, *24*(12), 1868-1883. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0094-5>
- Malta, M., Varatharajan, T., Russell, C., Pang, M., Bonato, S., & Fischer, B. (2019). Opioid-related treatment, interventions, and outcomes among incarcerated persons: A systematic review. *PLoS Med*, *16*(12), e1003002. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003002>
- Marchand, K. I., Oviedo-Joekes, E., Guh, D. et al. (2011). Client satisfaction among participants in a randomized trial comparing oral methadone and injectable diacetylmorphine for long-term opioid-dependency. *BMC Health Serv Res*, *11*(174). <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-174>
- Marotta, P. L., & McCullagh, C. A. (2018). A cross-national analysis of the association between yearsof implementation of opioid substitution treatments and drug-related deaths in Europe from 1995 to 2013., *33*, 679-688. [https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s10654-017-0342-z\(0123456789\)\(.volV\)\(0123456789,-\(\).volV\)](https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s10654-017-0342-z(0123456789)(.volV)(0123456789,-().volV))
- McCadden, M. D., Vasileva, D., Orchanian-Cheff, A., & Buchman, D. Z. (2019). Ambiguous identities of drugs and people: A scoping review of opioid-related stigma. *Int J Drug Policy*, *74*, 205-215. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.10.005>
- Moran, L., Keenan, E., & Elmusharaf, K. (2018). Barriers to progressing through a methadone maintenance treatment programme: perspectives of the clients in the Mid-West of Ireland's drug and alcohol services. *BMC Health Serv Res*, *18*(1), 911. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3717-2>

- Muthulingam, D., Bia, J., Madden, L. M., Farnum, S. O., Barry, D. T., & Altice, F. L. (2019). Using nominal group technique to identify barriers, facilitators, and preferences among patients seeking treatment for opioid use disorder: A needs assessment for decision making support. *J Subst Abuse Treat*, *100*, 18-28. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.01.019>
- O'Connor, A. M., Cousins, G., Durand, L., Barry, J., & Boland, F. (2020). Retention of patients in opioid substitution treatment: A systematic review. *PLoS One*, *15*(5), e0232086. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232086>
- Paul, L. A., Bayoumi, A. M., Chen, C., Kocovska, E., Smith, B. T., Raboud, J. M., Gomes, T., Kendall, C., Rosella, L. C., Bitonti-Bengert, L., Rush, B., Yu, M., Spithoff, S., Crichlow, F., Wright, A., Watford, J., Besharah, J., Munro, C., Taha, S., Nosyk, B., Strike, C., Manson, H., Kahan, M., & Leece, P. (2023). Evaluation of the gap in delivery of opioid agonist therapy among individuals with opioid-related health problems: a population-based retrospective cohort study. *Addiction*, *118*(4), 686-697. <https://doi.org/10.1111/add.16096>
- Pijl, E. M., Alraja, A., Duff, E., Cooke, C., Dash, S., Nayak, N., Lamoureux, J., Poulin, G., Knight, E., & Fry, B. (2022). Barriers and facilitators to opioid agonist therapy in rural and remote communities in Canada: an integrative review. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, *17*(1), 62. <https://doi.org/10.1186/s13011-022-00463-5>
- Pilarinos, A., Kwa, Y., Joe, R., Thulien, M., Buxton, J. A., DeBeck, K., & Fast, D. (2022). Navigating Opioid Agonist Therapy among Young People who use Illicit Opioids in Vancouver, Canada. *Int J Drug Policy*, *107*, 103773. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2022.103773>
- Platt, L., Minozzi, S., Reed, J., Vickerman, P., & Hagan, H., French, C., Jordan, A., Degenhardt, L., Hope, V., Hutchinson, S., Maher, L., Palmateer, N., Taylor, A., Bruneau, J. & Hickman, M. (2018). Needle and syringe programmes and opioid substitution therapy for preventing HCV transmission among people who inject drugs: findings from a Cochrane Review and meta-analysis. *Addiction*, *113*, 545-563. <https://doi.org/10.1111/add.14012>
- Reynolds, G., Lindsay, B. L., Knaak, S., & Szeto, A. C. H. (2022). Opioid Use Stigma: An Examination of Student Attitudes on Harm Reduction Strategies. *Int J Ment Health Addict*, *20*(6), 3381-3397. <https://doi.org/10.1007/s11469-022-00756-7>
- Russell, C., Pang, M., Nafeh, F., Farrell Macdonald, S., Derksen, D., Rehm, J., & Fischer, B. (2022). Barriers and facilitators to opioid agonist treatment (OAT) engagement among individuals released from federal incarceration into the community in Ontario, Canada. *Int J Qual Stud Health Well-being*, *17*(1), 2094111. <https://doi.org/10.1080/17482631.2022.2094111>
- Schäffer, D., Stöver, H. & Schieren, C. (2021). 100000 Substituierte bis 2022 – Eine Zwischenbilanz nach einem Jahr. 8. In *Alternativer Drogen- und Suchtbericht* (pp. 93-98).
- Schlöffel, M., Mittag, O., Funke, W., Pollmann, H., Köhler, J., & al., e. (2016). Praxisempfehlungen für den Umgang mit komorbiden Suchtproblemen in der somatischen und psychosomatischen Rehabilitation (Materialband). In U. Freiburg (Ed.), (pp. 54). Freiburg.
- Sociás, M. E., Dong, H., Wood, E., Brar, R., Richardson, L., Hayashi, K., Kerr, T., & Milloy, M. J. (2020). Trajectories of retention in opioid agonist therapy in a Canadian setting. *Int J Drug Policy*, *77*, 102696. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102696>
- Stöver, H. (2011). Barriers to Opioid Substitution Treatment Access, Entry and Retention: A Survey of opioid Users, Patients in Treatment, and Treating and Non-Treating Physicians. *European Addiction Research*, *17*, 44-54. <https://doi.org/https://doi.org/DOI:10.1159/000320576>
- Treloar, C., Lancaster, K., Gendera, S., Rhodes, T., Shahbazi, J., Byrne, M., Degenhardt, L., & Farrell, M. (2022). Can a new formulation of opiate agonist treatment alter stigma?: Place, time and things in the experience of extended-release buprenorphine depot. *Int J Drug Policy*, *107*, 103788. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2022.103788>
- Troberg, K., Lundqvist, K., Hansson, H., Håkansson, A., & Dahlman, D. (2022). Healthcare seeking among Swedish patients in opioid substitution treatment - a mixed methods study on barriers and facilitators. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, *17*(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s13011-022-00434-w>
- Van Hout, M. C., Crowley, D., McBride, A., & Delargy, I. (2018). Optimising treatment in opioid dependency in primary care: results from a national key stakeholder and expert focus group in Ireland. *BMC Fam Pract*, *19*(1), 103. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0792-8>
- Verthein, U., Degkwitz, P., & Haasen, C. (2007). *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger: Die Wirksamkeit der Diamorphinbehandlung im Vergleich zur Methadonsubstitution – Ergebnisse der 1. und 2. Studienphase* (Vol. Band 1). Nomos.
- Winstock, A. R., Lintzeris, N., & Lea, T. (2011). "Should I stay or should I go?" Coming off methadone and buprenorphine treatment. *Int J Drug Policy*, *22*(1), 77-81. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2010.08.001>

Zippel-Schulz, B., Specka, M., Stöver, H., Nowak, M., Cimander, K., Maryschok, M., Poehlke, T., Helms, T. M., & Scherbaum, N. (2019). Ergebnisse der langjährigen Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger-die SubsCare-Studie [Results of Long-Term Opioid Maintenance Treatment-the SubsCare Study. *Suchttherapie*, 20, 76-84. <https://doi.org/https://doi.org/10.1055/a-0623-0714>

 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf	Universität Hamburg, ZIS Studie zum Substitutionsbedarf von Opioidabhängigen, die gegenwärtig nicht in einer Substitutionsbehandlung sind
---	---

Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus und schreiben Sie nicht Ihren Namen auf den Bogen. Diese Befragung ist anonym!

01. Ihr Alter: __ __ Jahre	02. Ihr Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers												
03. Sind Sie selbst oder Ihre Eltern nach Deutschland eingewandert? <input type="checkbox"/> Nein, meine Eltern und ich sind in Deutschland geboren. <input type="checkbox"/> Ja, ich bin selbst nach Deutschland eingewandert. <input type="checkbox"/> Ja, meine Eltern nach Deutschland eingewandert.													
04. Haben Sie einen Partner oder eine Partnerin? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, erst seit kurzem (etwa 6 Monaten) <input type="checkbox"/> ja, schon seit längerer Zeit													
05. Wie ist Ihre derzeitige Wohnsituation? Bitte nur 1 Antwort! <input type="checkbox"/> Alleine in Wohnung lebend <input type="checkbox"/> Mit Partner/Partnerin und/oder Kindern in eigener Wohnung <input type="checkbox"/> Bei Angehörigen (Eltern, eigenen Kindern, anderen Verwandten) <input type="checkbox"/> Vorübergehend bei Freunden/Bekanntem <input type="checkbox"/> In Betreutem Wohnen, Therapieeinrichtung, Unterkunft für Geflüchtete, Pflegeheim <input type="checkbox"/> Wohnheim, Hotel, Pension <input type="checkbox"/> Obdachlos, auf der Straße <input type="checkbox"/> Anderes: <input type="text"/> ...													
06. Hatten Sie im <u>letzten</u> Monat ernsthafte Konflikte mit? <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Partner/Partnerin</td> <td style="width: 11%;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td style="width: 11%;"><input type="checkbox"/> nein</td> <td style="width: 45%;"><input type="checkbox"/> Ich habe keinen Partner</td> </tr> <tr> <td>Ihren Kindern, die nicht älter als 18 Jahre sind</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> Ich habe keine Kinder</td> </tr> <tr> <td>Guten Freunden, Freundinnen</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> Ich habe keine Freunde</td> </tr> </table>		Partner/Partnerin	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ich habe keinen Partner	Ihren Kindern, die nicht älter als 18 Jahre sind	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ich habe keine Kinder	Guten Freunden, Freundinnen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ich habe keine Freunde
Partner/Partnerin	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ich habe keinen Partner										
Ihren Kindern, die nicht älter als 18 Jahre sind	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ich habe keine Kinder										
Guten Freunden, Freundinnen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ich habe keine Freunde										
07. Welche Arbeit hatten Sie im <u>letzten</u> Monat hauptsächlich? Bitte nur 1 Antwort! <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit (regelmäßig) <input type="checkbox"/> Geringfügig beschäftigt (1 € bis 520 €-Job) <input type="checkbox"/> Erwerbslos/ arbeitslos </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Schule, Studium, Ausbildung <input type="checkbox"/> Rente, Frührente <input type="checkbox"/> Hausfrau/Hausmann (nicht auf Stellensuche) <input type="checkbox"/> Anderes: <input type="text"/> ... </td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit (regelmäßig) <input type="checkbox"/> Geringfügig beschäftigt (1 € bis 520 €-Job) <input type="checkbox"/> Erwerbslos/ arbeitslos	<input type="checkbox"/> Schule, Studium, Ausbildung <input type="checkbox"/> Rente, Frührente <input type="checkbox"/> Hausfrau/Hausmann (nicht auf Stellensuche) <input type="checkbox"/> Anderes: <input type="text"/> ...										
<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit (regelmäßig) <input type="checkbox"/> Geringfügig beschäftigt (1 € bis 520 €-Job) <input type="checkbox"/> Erwerbslos/ arbeitslos	<input type="checkbox"/> Schule, Studium, Ausbildung <input type="checkbox"/> Rente, Frührente <input type="checkbox"/> Hausfrau/Hausmann (nicht auf Stellensuche) <input type="checkbox"/> Anderes: <input type="text"/> ...												
08. Woraus bestand Ihre Haupteinnahmequelle im <u>letzten</u> Monat? Bitte nur 1 Antwort! <input type="checkbox"/> Erwerbstätigkeit <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld / Krankengeld <input type="checkbox"/> Sozialhilfe/Arbeitslosengeld II (Hartz IV) <input type="checkbox"/> Pension, Rente <input type="checkbox"/> Unterstützung durch Partner/Partnerin/Eltern/Verwandte <input type="checkbox"/> Keine Einkünfte <input type="checkbox"/> Sonstiges													
09. Haben Sie Einkommen durch Prostitution bzw. Sex-Arbeit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja													
10. Haben Sie Einkommen durch illegale Tätigkeiten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Drogenverkauf, Drogenhandel <input type="checkbox"/> ja, Diebstahl, Raub oder ähnliches <input type="checkbox"/> ja, anderes: <input type="text"/> ...													

11. Haben Sie aktuell Probleme mit der Justiz? (Wie etwa ein laufendes Verfahren, Anklage, Bewährung)

nein ja

12. Waren Sie schon einmal im Gefängnis (ohne Untersuchungshaft)?

ja nein → wenn nein, weiter mit **Frage 17**

13. Wie oft waren Sie im Gefängnis? |__|__| mal

14. Wurden Sie im Gefängnis (dauerhaft) substituiert (nicht als Entgiftung)?

nein ja

15. Haben Sie im Gefängnis schon mal Methadon/Polamidon, Buprenorphin/Subutex oder Morphin von anderen Häftlingen gekauft?

nein ja

16. Wenn Sie im Gefängnis Methadon/Polamidon, Buprenorphin/Subutex oder Morphin von anderen Häftlingen gekauft haben, aus welchen Gründen? *Sie können auch mehrere Gründe angeben!*

- Es war keine Substitution verfügbar.
 Ich bin nicht ins Substitutionsprogramm reingekommen.
 Ich brauchte die Mittel gegen Entzugssymptome.
 Ich brauchte die Mittel zur Entspannung.
 Ich habe damit gehandelt.

17. Haben Sie mal eine Therapie wegen Ihres Drogengebrauchs gemacht? *Sie können auch mehrere Behandlungen angeben!*

- nein
 ja, Entgiftung/Entzugsbehandlung
 ja, stationäre Langzeittherapie (Cleantherapie)
 ja, ambulante Abstinenztherapie (Cleantherapie)

18. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen und Aussagen.

		Nein	Ja
1	Wurden Sie von einigen ihrer Freunde abgelehnt, weil Sie Drogen nehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Hat ein Teil Ihrer Familie Sie abgelehnt, weil Sie Drogen nehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Wurden Sie wegen Ihres Drogenkonsums daran gehindert, medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Haben Sie eine Wohnung nicht bekommen, weil andere Leute wissen, dass Sie Drogen nehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Gehen Sie manchmal Leuten aus dem Weg, weil Sie denken, die Leute könnten auf Sie herabsehen, weil Sie Drogen nehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Haben Sie das Gefühl, dass Sie sich selbst etwas beweisen müssen, weil Sie Drogen nehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Schämen Sie sich für Ihren Drogenkonsum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Die meisten Menschen glauben, dass jemand, der Drogen nimmt, gefährlich ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Die meisten Menschen denken, dass jemand, der Drogen nimmt, kein guter Mensch ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Die meisten Menschen denken, dass jemand, der Drogen nimmt, unzuverlässig ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Waren Sie schon einmal in einer Substitutionsbehandlung?

- ja nein ➔ weiter mit **Frage 25 (Seite 4)**

Bitte antworten Sie auf die nächsten **Fragen 20 bis 24** nur,
wenn Sie schon einmal in einer Substitutionsbehandlung waren!

20. Wie lange wurden Sie in Ihrem Leben insgesamt substituiert?

- bis zu 6 Monaten bis zu 1 Jahr bis zu 2 Jahren
 bis zu 5 Jahren länger als 5 Jahre

21. Wann war Ihre letzte Substitutionsbehandlung?

- vor etwa 3 Monaten vor etwa 6 Monaten vor etwa 1 Jahr
 vor 1 bis 2 Jahren vor mehr als 2 Jahren

22. Mit welchem Medikament wurden Sie zuletzt substituiert?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Levomethadon (L-Polamidon®) | <input type="checkbox"/> Morphin (Substitol®) |
| <input type="checkbox"/> Methadon (Lösung, Methaddict®) | <input type="checkbox"/> Diamorphin (Heroin) |
| <input type="checkbox"/> Buprenorphin (z. B. Subutex®, Suboxone®) | <input type="checkbox"/> Dihydrocodein/Codein |
| <input type="checkbox"/> Buprenorphin-Depot (Buvidal®) | <input type="checkbox"/> weiß ich nicht mehr |

23. Aus welchen Gründen haben Sie Ihre letzte Substitutionsbehandlung beendet?

Sie können mehrere Gründe angeben!

- Ich wollte ganz clean werden.
 Ich habe eine Drogentherapie gemacht und musste das Substitutionsmittel absetzen.
 Ich habe das Substitutionsmittel nicht vertragen / hatte zu starke Nebenwirkungen.
 Ich war im Gefängnis und dort wurde die Substitutionsbehandlung nicht fortgeführt.
- Ich wollte ein anderes Substitutionsmittel und mein Arzt hat es mir nicht gegeben.
 Der Arzt hat die Behandlung beendet, weil mein Beikonsum zu hoch war.
 Der Arzt hat die Behandlung beendet, weil ich Termine nicht eingehalten habe.
 Der Arzt hat die Behandlung beendet, weil ich aggressiv war.
- Es gibt keine substituierende Praxis in meiner Nähe.
 Ich wollte nicht fast jeden Tag für mein Substitutionsmittel in die Praxis gehen müssen.
 Mein behandelnder Arzt hat gewechselt und mit ihm/ihr kam ich nicht mehr zurecht.
- Ich wollte nicht länger von anderen als drogenabhängig angesehen werden.
 In der Arztpraxis wurde ich nicht als normaler Patient /normale Patientin behandelt.
 Ich war besorgt, dass meine Familie/Freunde/Arbeitgeber es herausfinden könnten.
- Andere Gründe, welche  ...

24. Denken Sie bitte an Ihre letzte Substitutionsbehandlung.

1. Wie würden Sie die Qualität der Substitutionsbehandlung beurteilen, die Sie <u>zuletzt</u> erhalten haben?			
ausgezeichnet <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	weniger gut <input type="checkbox"/>	schlecht <input type="checkbox"/>
2. Haben Sie die Art von Behandlung erhalten, die Sie wollten?			
eindeutig nicht <input type="checkbox"/>	eigentlich nicht <input type="checkbox"/>	im Allgemeinen ja <input type="checkbox"/>	eindeutig ja <input type="checkbox"/>
3. Entsprach Ihre Substitutionsbehandlung Ihren Bedürfnissen?			
sie hat fast allen meinen Bedürfnissen entsprochen <input type="checkbox"/>	sie hat den meisten meiner Bedürfnisse entsprochen <input type="checkbox"/>	sie hat nur wenigen meiner Bedürfnisse entsprochen <input type="checkbox"/>	sie hat meinen Bedürfnissen nicht entsprochen <input type="checkbox"/>
4. Würden Sie Freunden Ihre letzte Substitutionspraxis empfehlen, wenn Ihre Freunde eine ähnliche Hilfe benötigen würden?			
eindeutig nicht <input type="checkbox"/>	ich glaube nicht <input type="checkbox"/>	ich glaube ja <input type="checkbox"/>	eindeutig ja <input type="checkbox"/>
5. Wie zufrieden waren Sie mit dem Ausmaß der Hilfe, die Sie in der Arztpraxis oder der Ambulanz erhalten haben?			
ziemlich unzufrieden <input type="checkbox"/>	leicht unzufrieden <input type="checkbox"/>	weitgehend zufrieden <input type="checkbox"/>	sehr zufrieden <input type="checkbox"/>
6. Hat ihre letzte Substitutionsbehandlung Ihnen geholfen, angemessener mit Ihren Problemen umzugehen?			
ja, sie half eine ganze Menge <input type="checkbox"/>	ja, sie half etwas <input type="checkbox"/>	nein, sie half eigentlich nicht <input type="checkbox"/>	nein, sie hat mir die Dinge schwerer gemacht <input type="checkbox"/>
7. Wie zufrieden waren Sie im Großen und Ganzen mit der Substitutionsbehandlung, die Sie erhalten haben?			
sehr zufrieden <input type="checkbox"/>	weitgehend zufrieden <input type="checkbox"/>	Leicht unzufrieden <input type="checkbox"/>	ziemlich unzufrieden <input type="checkbox"/>
8. Würden Sie wieder in die Substitutionspraxis gehen, wenn Sie Hilfe bräuchten?			
eindeutig nicht <input type="checkbox"/>	ich glaube nicht <input type="checkbox"/>	ich glaube ja <input type="checkbox"/>	eindeutig ja <input type="checkbox"/>

25. Wenn Sie sich eine Substitution vorstellen könnten, welches Substitutionsmedikament würden Sie bevorzugen? Bitte nur 1 Antwort!

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Levomethadon (L-Polamidon®) | <input type="checkbox"/> Morphin (Substitol®) |
| <input type="checkbox"/> Methadon (Lösung, Methaddict®) | <input type="checkbox"/> Diamorphin (Heroin) |
| <input type="checkbox"/> Buprenorphin (z. B. Subutex®, Suboxone®) | <input type="checkbox"/> Dihydrocodein/Codein |
| <input type="checkbox"/> Buprenorphin-Depot (Buvidal®) | <input type="checkbox"/> weiß nicht |

26. Warum ist es Ihnen momentan nicht möglich, in eine Substitutionsbehandlung zu gehen?
Sie können auch mehrere Gründe angeben!

- Substitution will ich gar nicht.
- Ich möchte lieber ganz clean sein.
- Der Entzug von Substitutionsmedikamenten ist schlimmer als von Heroin.
- Ich möchte gar nicht aufhören Drogen zu nehmen / ich möchte meine Lebensweise nicht ändern.
- Ich möchte nicht als drogenabhängiger Patient / Patientin gesehen werden.

- Ich habe schon so viele Substitutionsbehandlungen angefangen, mir reicht es erstmal.
- Ich schäme mich, schon wieder eine Substitution anzufangen.
- Ich habe beim letzten Mal schlechte Erfahrungen mit der Substitution gemacht, deshalb möchte ich es nicht noch einmal machen.
- Ich habe kein Vertrauen mehr, dass mir eine Substitution noch hilft.

- Ich bin besorgt, dass ich die Regeln nicht befolgen kann.
- Ich bin besorgt, dass ich die Therapie nicht durchhalte.
- Ich möchte nicht (fast) jeden Tag in die Substitutionspraxis müssen.
- Ich kann dort nicht das Substitutionsmittel bekommen, mit dem ich gut zurechtkomme.
- Ich habe mich schon gekümmert, muss aber auf einen Substitutionsplatz warten.

- Ich bin nicht krankenversichert / habe meine Versichertenkarte verloren.
- Ich finde keinen Arzt, keine Ärztin / es gibt keine Substitution in meiner Nähe.
- Ich weiß nicht genug über die Substitution / mir fehlt es an Informationen.

- Andere Gründe:  ...

27. Haben Sie schon einmal Methadon/Polamidon, Buprenorphin/Subutex oder Morphin/Substitol auf dem Schwarzmarkt gekauft?

- ja nein  wenn nein, weiter mit **Frage 30**

28. Wenn Sie eines der Mittel gekauft haben, aus welchen Gründen? Sie können auch mehrere Gründe angeben!

- Ich bin nicht ins Substitutionsprogramm reingekommen.
- Es ist günstiger als Heroin.
- Es ist besser verfügbar (als z.B. Heroin).
- Es gab in dem Moment nichts anderes.
- Ich brauchte das gegen Entzugssymptome.
- Um weniger Drogen zu spritzen/intravenös zu konsumieren.

29. Welches Mittel bevorzugen Sie, wenn Sie vom Schwarzmarkt kaufen?

- Methadon/Pola Buprenorphin/Subutex Morphin/Substitol
 Anderes:  ...

30. Welche der folgenden Substanzen haben Sie schon mal konsumiert? Welche in den letzten 30 Tagen, und welche in den letzten 24 Stunden? Wie alt waren Sie, als Sie angefangen haben, diese Substanzen regelmäßig zu konsumieren?

	In den letzten 24 Stunden	In den letzten 30 Tagen	Jemals	Alter bei Erstkonsum
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _
Kokainpulver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _
Crack, „Steine“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _
nicht verschriebenes Metha/Pola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _
nicht verschriebenes Subutex /Suboxone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _
nicht verschriebenes Morphin/Substitol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _
nicht verschriebene Benzos , Z-Substanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _
Speed, Amphetamine, MDMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _
Antiepileptika (Pregabalin/Lyrica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _
Opioidhaltige Schmerzmittel (z B. Fentanyl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _

31. Haben Sie jemals Drogen gespritzt/ intravenös konsumiert?

- nein
 ja, früher mal ja, auch in den letzten 30 Tagen

32. Wie oft trinken Sie Alkohol?

- nie → weiter mit **Frage 35**
 etwa 1 mal pro Monat
 2-4 mal pro Monat
 2-3 mal pro Woche
 4 mal oder öfter pro Woche

33. Wenn Sie an einem Tag Alkohol trinken, wie viele alkoholische Standard-Getränke trinken Sie dann typischerweise?

- 1 oder 2
 3 oder 4
 5 oder 6
 7 bis 9
 10 oder mehr

Standard-Getränke



Bier:
0,33 Liter



Wein:
0,25 Liter



Schnaps:
0,02 Liter

34. Wie oft haben Sie an einem Tag mehr als 6 alkoholische Getränke getrunken?

- nie
 seltener als 1 mal pro Monat
 1 mal pro Monat
 1 mal pro Woche
 täglich oder fast täglich

35. Wie ging es Ihnen in der letzten Woche körperlich und psychisch?

	sehr gut	eher gut	mittelmäßig	eher schlecht	sehr schlecht
körperlicher Zustand	<input type="checkbox"/>				
psychischer Zustand	<input type="checkbox"/>				

36. Welche körperlichen Probleme hatten Sie im letzten Monat? Bitte kreuzen Sie alles an, was zutrifft.

Allgemeinbefinden

- Müdigkeit, Erschöpfung
 Appetitverlust
 Gewichtsabnahme, Untergewicht
 Schlafstörungen
 Nachtschweiß
 Zahnschmerzen
 Geschwollene Lymphdrüsen (Hals, Leiste, Achseln)
 Gelenkschmerzen/Gelenksteifigkeit
 (Rücken, Knie, Hüfte)

Probleme wegen Spritzen von Drogen (Injektionen)

- Überdosis
 Dirty Hit (schlechter Stoff beim Spritzen mit Krankheitsgefühl)
 Abszesse / Hautinfektionen
 auffällige Narben, Blutergüsse
 Schwierigkeiten, Blutgefäße beim Spitzen zu treffen

Herz- und Kreislauf

- Husten
 Abhusten von Schleim
 Schmerzen in der Brust
 Herzrasen
 Geschwollene Füße, Ödeme
 Atemnot
 Pfeifende /keuchende Atmung

Nervensystem

- Kopfschmerzen
 Blackouts
 Körperzittern, Tremor
 Taubheitsgefühl, Kribbelgefühl
 Schwindel
 Krampfanfälle
 Vergesslichkeit

Magen und Darm

- Übelkeit
 Erbrechen
 Bauchschmerzen
 Verstopfung
 Durchfall

37. Haben Sie ... ?

- | | nein | ja | weiß nicht |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| eine HIV-Infektion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| eine Hepatitis C-Infektion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

38. Wenn Sie eine HIV oder Hepatitis C-Infektion haben oder hatten, waren Sie deswegen in Behandlung?

- | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------|
| Behandlung einer HIV-Infektion | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Behandlung einer Hepatitis C-Infektion | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

39. Welche dieser Probleme hatten Sie im letzten Monat? Bitte kreuzen Sie alles an, was zutrifft.

- Innere Unruhe, Grübeln
 Panikattacken
 Psychose / Schizophrenie
 Selbstmordgedanken
 Traumatische Erlebnisse (Opfer von Gewalt, Vergewaltigung)
 Anderes: ✎ ...


40. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

		Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
1.	Wenig Interesse oder Freude an ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. Sind Sie wegen körperlichen oder psychischen Problemen in ärztlicher Behandlung?

Sie können auch mehrere Behandlungen angeben!

- Ja, beim Hausarzt oder bei Hausärztin.
 Ja, beim Arzt oder Ärztin in einer Drogenhilfeeinrichtung.
 Ja, bei einem Psychiater oder einer Psychiaterin.
 Nein, ich brauche keine ärztliche Behandlung.
 Nein, aber ich bräuchte eine ärztliche Behandlung.

42. Wie häufig haben Sie in den letzten 30 Tagen folgende (Hilfs-)Angebote genutzt?

	täglich	ca. einmal pro Woche	seltener als einmal pro Woche	Gar nicht
Konsumraum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spritzentausch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medizinische Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suchtberatung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schuldenberatung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rechtsberatung, Bewährungshilfe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationsmaterial zu Safer Sex, Safer Use, Hepatitis, HIV		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterstützung bei Krisensituationen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. Welche Hilfsangebote sind für Sie wichtig? *Sie können auch mehrere Angebote angeben!*

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> gar nichts/kein Hilfsangebot | <input type="checkbox"/> Entgiftungsplatz |
| <input type="checkbox"/> Konsumraum (Drogen spritzen / rauchen) | <input type="checkbox"/> Substitution |
| <input type="checkbox"/> Aufenthaltsraum, Essen, Trinken, Duschen etc. | <input type="checkbox"/> Langzeittherapie/ Cleantherapie |
| <input type="checkbox"/> Beratung | <input type="checkbox"/> anderes Angebot: ... |
| <input type="checkbox"/> medizinische Versorgung | |
| <input type="checkbox"/> Spritzentausch | |

Bitte kontrollieren Sie, ob Sie alle Fragen beantwortet haben und denken Sie daran, dass diese Umfrage anonym ist.
Bitte an keiner Stelle Ihren Namen vermerken. **Vielen Dank für Ihre Mühe und Ihre Zeit!**