

Katholische Hochschule NRW, Abteilung Köln  
14. Postgraduierter Masterstudiengang  
Suchthilfe / Suchttherapie M. Sc.  
(Master of Science in Addiction Prevention and Treatment)

Masterthesis

Diamorphenbehandlung nach § 35 BtMG in Stuttgart  
Dokumentation der Wirksamkeit mithilfe eines Vergleichs mit  
einem teilstationären und einem stationären  
Rehabilitationsangebot

vorgelegt von: **Tamara Darkashly**

Matrikel-Nr.: **510895**

Erstprüfer: **Herr Prof. Dr. Thorsten Köhler**

Zweitprüfer: **Herr Prof. Dr. Wolfgang Schwarzer**

Esslingen im Juni 2020

Kontaktdaten:

Tamara Darkashly

Grabbrunnenstr. 22

73728 Esslingen

### **Abstract**

Die vorliegende Masterthesis dokumentiert die Wirksamkeit der deutschlandweit einmalig angebotenen, staatlich anerkannten, ambulanten Diamorphinbehandlung nach § 35 BtMG in Stuttgart. Mithilfe des Vergleiches mit einer teilstationären und einer vollstationären Therapieeinrichtung in Stuttgart beziehungsweise Tübingen soll ermittelt werden, ob dieses ambulante Behandlungsangebot die Suchthilfelandchaft im Bereich § 35 BtMG bereichert und für welche Zielgruppe diese Behandlung sinnvoll ist.

Zu Beginn steht ein theoretischer Teil: Ein geschichtlicher Abriss über die Substitutionsbehandlung in Deutschland sowie über die Entwicklung des § 35 BtMG, eine Kurzdarstellung der Diamorphinbehandlung sowie ein Einblick in die Konzepte der verglichenen Einrichtungen.

Das Herzstück der Masterthesis stellt die Datenerhebung mittels Fragebogen als quantitative Forschung dar. Dabei werden Patienten<sup>1</sup> der Diamorphinbehandlung sowie diese der beiden anderen Therapiestätten befragt.

Es folgt der empirische Teil mit einer Vorstellung des Forschungsdesigns und der Methodik (Studienaufbau, Durchführung der Untersuchung, Stichprobe). Anknüpfend daran werden die Hypothesen zur Diamorphinbehandlung nach

§ 35 BtMG vorgestellt, ausgewertet und interpretiert. Die Arbeit schließt mit einem Fazit. Dort sind der persönliche Lernerfolg und mögliche Handlungsempfehlungen für die Praxis eingebunden.

Es sei angemerkt, dass die Worte Opiatabhängigkeit und Opioidabhängigkeit gleichbedeutend verwendet werden sowie auch die Bezeichnungen Diamorphinbehandlung und heroingestützte Behandlung (HeGeBe). Auch für den Begriff Rehabilitationsbehandlung finden sich Synonyme in dieser Arbeit: Behandlung, Rehabilitation und Therapie.

Die Quellen der vorliegenden Arbeit sind nach der Harvard-Zitierweise angegeben.

---

<sup>1</sup> In der folgenden Arbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit ausschließlich die männliche Form verwendet. Sie bezieht sich auf Personen beiderlei Geschlechts.

## Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AIDS	Acquired immunodeficiency syndrom
ALG	Arbeitslosengeld
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BtM	Betäubungsmittel
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
BtMVV	Betäubungsmittelverschreibungsverordnung
bwlv	Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation gGmbH
CM	Case Management
DB	Drogenberatung
EMCDDA	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
et al.	und weitere
Diamorphin	Diacetylmorphin
f.	folgende
ff.	fortfolgende
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
HeGeBe	Heroingestützte Behandlung
HIV	Humane Immundefizienz-Virus
JGG	Jugendgerichtsgesetz
JVA	Justizvollzugsanstalt
MI	Motivational Interviewing
MW	Mittelwert
n	Stichprobenumfang
PE	Psychoedukation
PSBS	Psychosoziale Betreuung Substitution
SD	Standardabweichung
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
StGB	Strafgesetzbuch
Tab.	Tabelle
WHO	Weltgesundheitsorganisation

## INHALTSVERZEICHIS

INHALTSVERZEICHIS .....	5
1 THEORETISCHER TEIL .....	7
1.1 Die Substitutionsbehandlung .....	7
1.1.1 Von den Anfängen der Substitutionsbehandlung bis heute .....	7
1.1.2 Opiatsubstitution in Deutschland .....	9
1.2 Ziele der Substitutionsbehandlung .....	12
1.3 Substitutionspräparate und deren Nebenwirkungen .....	14
1.3.1 Methadon .....	15
1.3.2 Levomethadon (L-Polamidon®) .....	16
1.3.3 Subutex® / Suboxone® .....	17
1.3.4 Diacetylmorphin (Diamorphin) .....	19
1.4 Diamorphinbehandlung .....	20
1.4.1 „Heroin-Studie“ Deutschland .....	20
1.4.2 Internationale „Heroin-Studien“ .....	25
1.4.3 Kritik an der heroingestützten Behandlung .....	26
1.4.4 Kosten-Nutzen-Analyse .....	27
1.4.5 Diamorphinbehandlung in Deutschland .....	30
1.5 § 35 BtMG - Therapie statt Strafe .....	31
1.5.1 Definition und Abgrenzung .....	32
1.5.2 Kritik am § 35 BtMG .....	33
1.5.3 Kostenersparnisse .....	35
1.5.4 Studie „Therapie statt Strafe“ .....	36
1.5.5 Studien zur Legalbewährung .....	38
2 EMPIRISCHER TEIL .....	40
2.1 Erkenntnisinteresse .....	40
2.2 Konzepte der verglichenen Einrichtungen .....	41
2.2.1 Diamorphinbehandlung unter Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG .....	41
2.2.2 Substitutionsgestützte Rehabilitation SURE plus .....	44
2.3 Gesundheitsökonomische Aspekte .....	47
2.3.1 Kosten der Behandlung gegenüber Kosten des Vollzugs .....	47
2.3.2 Entlassquoten .....	48
2.4 Forschungsdesign .....	50
2.4.1 Forschungsmethode .....	50
2.4.2 Fragestellungen und Forschungshypothesen .....	50
2.4.3 Studienaufbau .....	55
2.4.4 Durchführung der Untersuchung .....	56
3 ERGEBNISSE .....	58
3.1 Auswertung Fragebogen .....	58
3.2 Hypothesenprüfung .....	60
3.3 Ergebnisdiskussion .....	90

3.3.1	Gütekriterien .....	90
3.3.2	Interpretation der Ergebnisse.....	91
4	FAZIT .....	96
4.1	Persönlicher Lernerfolg.....	96
4.2	Handlungsempfehlung für die Praxis.....	98
4.3	Zusammenfassung .....	100
5	LITERATURVERZEICHNIS .....	102
6	ANHANG.....	108
	Anschreiben Patienten	
	Fragebogen Patienten	
	Konzeption Diamorphinbehandlung unter Strafrückstellung nach 35 BtMG	
	Konzeption SURE plus	
	Eidesstattliche Erklärung	
	Einverständniserklärung	

# 1 THEORETISCHER TEIL

## 1.1 Die Substitutionsbehandlung

Das Wort Substitution stammt vom lateinischen Wort „substituere“ und bedeutet ersetzen. Opioidabhängige<sup>2</sup>, die an einer Abhängigkeit von Opioiden (meist Heroin) leiden, werden mit einem Ersatzstoff behandelt. Da diese unter die Gruppe der Betäubungsmittel (BtM) fallen, müssen sich Behandelnde und Pflegepersonal an konkrete Vorgaben des Gesetzgebers halten.

Die Gabe des Ersatzstoffes ist in eine medizinische Behandlung eingebettet und beinhaltet außer der gesetzes- und richtlinienkonformen Mittelvergabe noch weitere Elemente (Langer, Wittchen, Bühringer und Rehm, 2011, S. 204). Diese werden in den Folgekapiteln genauer vorgestellt.

### 1.1.1 Von den Anfängen der Substitutionsbehandlung bis heute

Als Vorreiter im Bereich Methadonsubstitution gelten die USA. Dort setzte sich diese Therapieform seit 1970 sukzessive als gewöhnliche, da zweckmäßige Behandlungsmethode bei Opioidabhängigkeit durch. Auch andere Länder wie Schweden, die Schweiz, die Niederlande, Kanada, Australien und manche asiatische Länder erkannten, dass die Abstinenzorientierung nicht immer der Schlüssel zum Erfolg bei der Behandlung manifester Abhängigkeitserkrankungen ist und führten strukturierte Substitutionskonzepte ein.

Poehlke, Heinz und Stöver (2016, S. 78) berichten, dass heutzutage in der Schweiz und in den Niederlanden etwa 50% der Heroin-Opioidabhängigen mit Methadon substituiert werden. Im Gegensatz dazu sind die Erfahrungen aus Deutschland in diesem Bereich recht jung. An einem starren Abstinenzparadigma wurde lange festgehalten. In den Anfangsjahren der Substitutionsbehandlung, den späten 1980er Jahren, wurde diese vorrangig

---

<sup>2</sup> Opiode fassen alle Substanzen zusammen, die an den körpereigenen Opioidrezeptoren andocken, darunter fallen auch Opiate.

als Präventionsmaßnahme gegen eine weitere Ausbreitung des HIV eingesetzt. Entsprechend war die Zielgruppe auf HIV-infizierte Drogenabhängige beschränkt (vgl. Klausen und Jörg, 2004, S.55). Die behandelnden Ärzte substituierten damals mit Codein bzw. Dihydrocodein. Böhmer (2015, S. 1) weist darauf hin, dass dieses Präparat in niedrigen Konzentrationen als ausgenommene Zubereitung<sup>3</sup> nicht dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) unterliegt. Wegen seiner kurzen Halbwertszeit war jedoch mehrmals am Tag eine Gabe nötig. Dieses Mittel ist gemäß Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) heute nur noch in begründeten Ausnahmefällen zur Behandlung von Opioidabhängigkeit zugelassen (vgl. Böhmer, 2015, S.1).

In den Folgejahren wurden die Voraussetzungen zur Substitutionsbehandlung gelockert, so dass nun auch Opiatabhängige mit anderen chronischen Erkrankungen wie beispielsweise Tumore oder Hepatitiden zur Behandlung zugelassen wurden. Auch in Fällen einer Überbrückung wie beispielsweise bis zum Therapieantritt war eine Behandlungsaufnahme möglich (vgl. Klausen und Jörg, 2004, S.55). Ab dem Jahr 1992 war es Ärzten erlaubt, auch BtM für die Behandlung von opioidabhängigen Patienten zu verwenden. Mit der Verabschiedung des § 13 BtMG war so der rechtliche Rahmen für eine erfolgversprechendere Substitutionsbehandlung gelegt (Böhmer, 2015, S. 1).

Poehlke et al. (2016, S. 78) berichten, dass sich zunächst Levomethadon als Substitut etablierte. Dies ist seit 1992 als verschreibungspflichtiges BtM zugelassen. Die Zulassung für Methadon folgte zwei Jahre später. Im Jahr 1998 wurde die BtmVV verabschiedet. Daraufhin wurde die Substitutionsbehandlung über die folgenden Jahre zur Regelbehandlung bei Abhängigkeit von Opioiden (Poehlke et al., 2016, S. 78).

Im Jahr 2003 wurden die strengen Regelungen zur Indikation aufgehoben. Seitdem können auch opioidabhängige Menschen ohne Begleiterkrankungen diese Behandlungsoption nutzen, sofern der Arzt dies für zweckmäßig erachtet (vgl. Klausen und Jörg, 2004, S.55).

Das Primat der Abstinenz, das seit Einführung der Substitutionsbehandlung

---

<sup>3</sup> Ausgenommene Zubereitungen sind als Sonderfälle in der Anlage III des BtMG gelistet und sehen bestimmte Mengen und Konzentrationen einer Substanz in abgeteilter Form vor (Binger, 2012).



über allem stand, wurde dann schlussendlich 2017/18 in den entsprechend geltenden Richtlinien abgeändert in das Ziel der Schadensminimierung (vgl. Schäffer, 2018).

### **1.1.2 Opiatsubstitution in Deutschland**

Das medizinische Angebot der Substitutionsbehandlung bei vorliegender Opioidabhängigkeit wird in Deutschland als kassenfinanzierte Leistung standardmäßig angeboten. Die psychosoziale Betreuung (PSB oder PSBS) der Substitutionspatienten ist eine Leistung der jeweiligen Kommunen. Die Versorgungslage kann man grundsätzlich als flächendeckend bezeichnen, auch wenn sich seit wenigen Jahren aufgrund verschiedener Faktoren die Entstehung einer Versorgungslücke, vor allem in ländlichen Gegenden, abzeichnet.

Seit 2002 gibt es das sogenannte Substitutionsregister des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Damit wird vermieden, dass es zu Mehrfachsubstitutionsbehandlungen kommt müssen alle Substitutionspatienten dort gemeldet sein (vgl. Klausen und Gölz, 2004, S. 55). Während im Jahr 2002 laut Bericht zum Substitutionsregister des BfArM 46.000 Patienten in der Substitutionsbehandlung gemeldet waren (S. 2), stieg sich diese Zahl von Jahr zu Jahr.

Wie dem Bundeslagebild Rauschgift (S. 25) des Bundeskriminalamtes zu entnehmen ist, verringerte sich im gleichen Zug die Zahl der Drogentoten in Deutschland von 2.030 im Jahr 2000 zu 1.513 im Jahr 2002, was einen Rückgang von rund 1/4 ausmacht. Dies kann wahrscheinlich auf die Verbreitung der Substitutionsbehandlung zurückgeführt werden. In den darauffolgenden Jahren sank diese Zahl weiter. Im Jahr 2012 wurde der Tiefstwert der vorausgegangenen 20 Jahre von 944 erreicht (Bundeskriminalamt, 2018, S. 15). Anschließend stieg diese Zahl wieder an auf 1.333 im Jahr 2016. 2018 lag der Wert dann bei 1.276 (Bundeskriminalamt, 2018, S. 2).

Im Jahr 2019 wurden gemäß dem Bericht zum Substitutionsregister von 2020 (S. 2) in Deutschland insgesamt 79.700 Substitutionspatienten von 2.607 Ärzten gemeldet. Von diesen behandeln rund 14% die Hälfte aller

Substitutionspatienten. Die Verteilung der Substitutionspatienten auf die Ärzte stellt sich insgesamt folgendermaßen dar:

Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten pro Arzt	Anteil der meldenden substituierenden Ärzte
bis zu 3	27%
4 - 50	50%
51 - 100	16%
über 100	7%

Quelle: BfArM / Bericht zum Substitutionsregister, S. 3

Neben dem BtMG ist der gesetzliche Rahmen für die Substitutionsbehandlung in der BtMVV gelegt. Für die substituierenden Ärzte gelten außerdem die Richtlinien der Bundesärztekammer (BÄK) zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger, sog. BUB-Richtlinien, die Richtlinien „Methoden Vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses (MVV-RL), die Richtlinie der kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie das Arzneimittelgesetz.

Die Richtlinien der BÄK geben vor, dass die Substitutionsbehandlung in ein umfassendes Therapiekonzept eingebunden sein soll (2017, S. 8).

Das Behandlungsangebot bzw. der Umfang der Behandlung ist jedoch von substituierendem Arzt zu Arzt unterschiedlich. In Schwerpunktpraxen werden die Patienten meist weitreichend medizinisch behandelt - von allgemeinmedizinischer Versorgung über die Behandlung von Infektionserkrankungen, psychiatrischer Behandlung bis teilweise hin zu verkehrsmedizinischer Betreuung und Psychotherapie. In allgemeinmedizinischen Praxen, in denen die Substitutionsbehandlung eine Zusatzleistung für einen Teil der Patienten darstellt, beinhaltet die medizinische Betreuung meist die Mittelvergabe und die allgemeinmedizinische Betreuung. Für die psychiatrische und/oder psychotherapeutische Versorgung werden die Patienten im besten Fall vermittelt.

Die PSBS, die über die Kommunen finanziert und geregelt ist, wird i. d. R. von den Suchtberatungsstellen erbracht. Die Intensität dieser Hilfe soll sich nach dem jeweiligen Bedarf richten. So wird gewährleistet, dass neben der gesundheitlichen Stabilisierung auch eine Verbesserung der sozialen Situation erreicht werden kann.

Zwischen Arzt, Beratungsstelle und Patient wird i. d. R. ein Behandlungsvertrag aufgesetzt. Hierbei werden verschiedene Vereinbarungen getroffen, wie beispielsweise Therapieziele, Abbruchkriterien, Umgang mit Beigebrauch<sup>4</sup>, Teilnahme an PSB-Angeboten etc. Nach Tretter (2012, S. 170) soll dieser Vertrag in regelmäßigen Abständen überprüft und ggf. angepasst werden. So soll auch die Behandlungsmotivation und -indikation thematisiert werden. Unter Umständen muss die Zielsetzung neu ausgehandelt werden.

Was die Einnahme des Substitutionspräparats betrifft, sieht der Gesetzgeber in § 5 der BtMVV die regelhafte und meist tägliche Überlassung des Substitutionsmittels an den Patienten in der Arztpraxis oder in der Apotheke vor. In bestimmten Fällen ist diese Abgabe durch entsprechend geschultes Personal in anderen Einrichtungen wie z. B. Krankenhaus, Einrichtung der Suchtkrankenhilfe, stationäre Reha-Einrichtung, Alten-, Pflegeheim, Hospiz etc. oder aber beispielsweise bei Hausbesuchen durch den Pflegedienst möglich. An Schließtagen der Praxis ist die Medikamenten-Abgabe durch eine Apotheke eine gute und sichere Wahl. Weiterhin besteht in solchen Fällen die Möglichkeit, „das Substitutionsmittel zur eigenständigen Einnahme“ (BtMVV, § 5 Abs. 8, S. 1) dem Patienten zu überlassen sofern keine Anhaltspunkte für eine missbräuchliche Verwendung dieses Mittels vorliegen, „Risiken der Selbst- oder Fremdgefährdung so weit wie möglich ausgeschlossen sind“ (BtMVV, § 5, Abs. 8, S. 1, Nr. 3) und der Behandlungsverlauf dies zulässt. Bei dieser sog. „Take-Home-Regelung“ erhält der Patient ein Rezept für maximal 7 Tage, wovon eine Vergabe unter Sicht erfolgen soll.

Wenn der Arzt nach einer gewissen Behandlungszeit der Auffassung ist, dass eine Überlassung des Substitutionsmittels zum unmittelbaren Verbrauch nicht mehr notwendig ist, darf er dem Patienten dies regelmäßig zur eigenverantwortlichen Einnahme verschreiben, und zwar in begründeten Einzelfällen in der für bis zu 30 Tage benötigten Menge, beispielsweise während auswärtigen Arbeitseinsätzen (vgl. BtMVV, 2018, § 5).

---

<sup>4</sup> Beigebrauch oder Beikonsum bezeichnet den Konsum anderer, nicht vorgesehener Substanzen während der medizinischen Substitutionsbehandlung. Das Ziel ist immer eine beigebrauchsfreie Substitutionsbehandlung.

## 1.2 Ziele der Substitutionsbehandlung

Man kann die Ziele der Substitutionsbehandlung prinzipiell in zwei große Stränge zusammenfassen: Schadensminimierung und Suchtmittelfreiheit. Innerhalb dieser gibt es viele Teilziele, die individuell unterschiedlich sein können (Langer et al., 2011, S. 204).

Beim Ziel der Schadensminimierung steht die Sicherung des Überlebens an oberster Stelle (Langer et al., 2011, S. 204). Darunter steht die schrittweise Verbesserung der gesundheitlichen, sozialen und finanziellen Situation des Patienten. Somit werden neben der Opiatabhängigkeit ebenfalls weitere psychiatrische und somatische Erkrankungen therapiert und es wird versucht, den Patienten in seinen sozialen Belangen zu unterstützen. Es versteht sich von selbst, dass die einzelnen Behandlungspläne individuell erstellt werden müssen.

Neben der Schadensminimierung für den Patienten wird die Gesellschaft vor der oftmals mit der Sucht einhergehenden Beschaffungskriminalität geschützt. Dem Patienten ist durch dieses Behandlungsangebot die Chance der Entkriminalisierung gegeben.

Das zweite große Ziel strebt die dauerhafte Abstinenz bzw. Suchtmittelfreiheit an. Für viele Patienten ist dieses Ziel sehr schwer zu erreichen. Oftmals geht es zunächst um das Eindämmen des Beigebrauchs bevor das Ziel der Abstinenz in den Blick genommen werden kann (vgl. Langer et al., 2011, S. 204).

Die Bayrische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen hat im Jahr 1998 aufgelistet, welche sozialen und lebenspraktischen sowie psychologisch-psychotherapeutische Hilfen bei der Substitutionsbehandlung geleistet werden (können):

- „Wiederherstellung der elementaren materiellen und sozialen Lebensgrundlagen
- Herstellung und Stabilisierung des Kontaktes zum Hilfesystem
- Entwicklung und Förderung einer Motivation zum „Ausstieg“ aus der Drogenszene
- Hilfe zum Lebensunterhalt

- Klärung der Krankenversicherung bzw. Zuständigkeiten für Krankenhilfe nach §37 Bundessozialhilfegesetz (BSHG)
- bei schweren Erkrankungen, z. B. fortgeschrittener AIDS-Erkrankung, Beratung und Unterstützung bei der Beantragung von Mehrbedarfszulagen für Verpflegung und Hygiene, Anerkennung des Schwerbeschädigtenstatus und ggf. Vermittlung von Hauspflege
- Beratung bei der Entwicklung realistischer Orientierungen bzgl. einer beruflichen und sozialen Reintegration; im Besonderen handelt es sich hierbei um die Vermittlung von Ausbildungs- oder Umschulungsmaßnahmen, Maßnahmen zur Arbeitserprobung oder von Arbeitsprojekten
- Beratung und Unterstützung bei der Schuldenregulierung
- Zusammenarbeit mit Institutionen der Bewährungshilfe und Führungsaufsicht
- Hilfen und Übungen bei Ämtergängen
- Training in sozialer Kompetenz
- Hilfe bei der Suche einer Wohnung oder einer anderen geeigneten Unterkunft
- Unterstützung bei strafjustiziellen Angelegenheiten
- Unterstützung bei allgemein rechtlichen Problemen
- Tagesstrukturierung
- Aufbau sinnvoller Freizeitaktivitäten
- Förderung der Veränderungsbereitschaft zur Fortführung und planmäßigen Beendigung der Behandlung und zur Loslösung von der Drogenszene
- Rückfallprävention
- Prävention einer HIV-Infektion bzw. Coping-Strategien zur Bewältigung des Lebens mit einer HIV-Infektion
- Behandlung von psychischen Funktionsstörungen und Entwicklungsstörungen mit Folgen für die Lebensführung
- Mitbehandlung psychiatrischer Störungen
- Aufbau der Einsicht in das Bedingungsgefüge des Drogenkonsums“

(Tretter, 2012, S. 171)

### 1.3 Substitutionspräparate und deren Nebenwirkungen

*„Das ideale Substitutionsmittel sollte:  
den Suchtdruck, das sogenannte Craving, wirksam unterdrücken  
eine große therapeutische Breite besitzen  
eine ausreichend lange Wirkdauer besitzen  
sich interaktionsarm verhalten  
kreislaufneutral sein  
die Atmung so wenig wie möglich beeinflussen  
das neurochemische Gleichgewicht stabilisieren  
das Reaktionsverhalten nicht negativ beeinflussen  
kein oder zumindest ein geringes Suchtpotenzial besitzen  
nicht als Droge missbraucht werden können “ (Bastigkeit, 2017, S. 3 f.).*

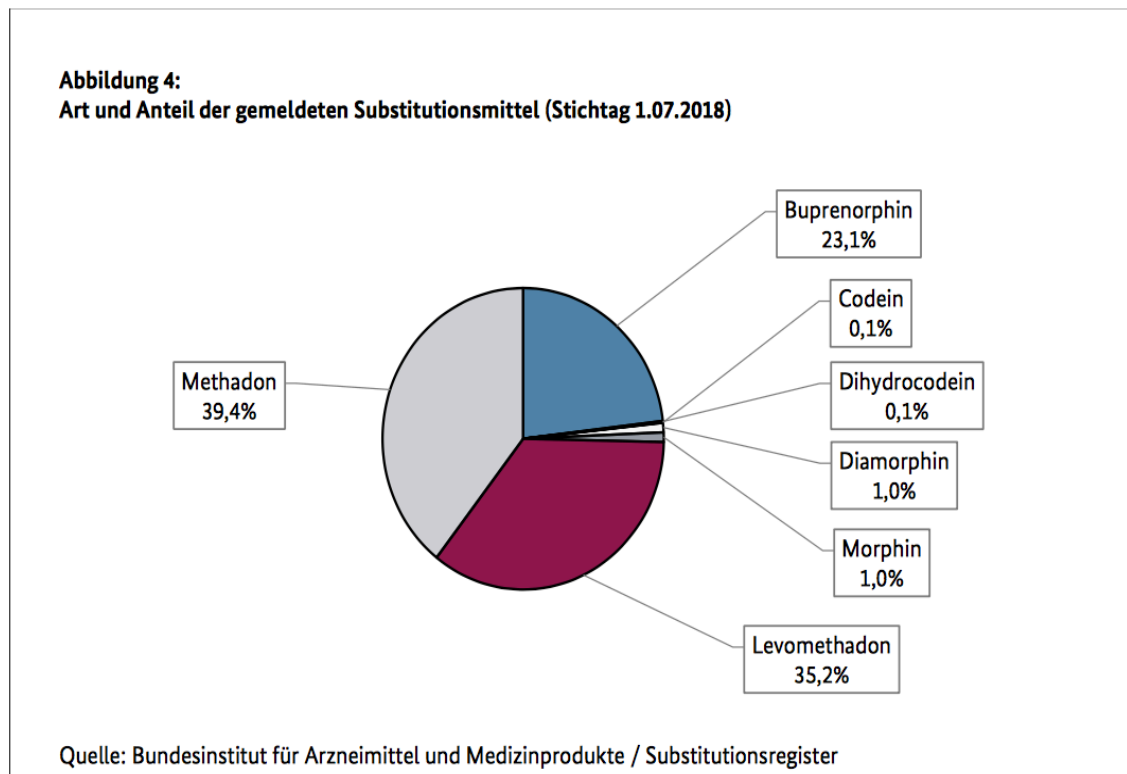
Dieses Wunschbild mag unrealistisch sein, zeigt jedoch auf, wie mannigfaltig die Anforderungen sind, die an ein Substitutionsmittel gestellt werden.

Grundsätzlich besitzen alle Opioid-Analgetika ähnliche Wirkprofile. Sie unterscheiden sich jedoch in ihrer Wirkstärke, Wirkdauer (Halbwertszeit) und ihrer Rezeptorkinetik<sup>5</sup> (Rolke, 2018, S. 5).

Auf der Suche nach dem idealen Mittel fanden so in der Geschichte der Substitutionsbehandlung verschiedene Präparate Anwendung. Etabliert haben sich inzwischen einige wenige und diese werden je nach Indikation und Verträglichkeit, Lebensumständen und Vorerkrankungen verschrieben. Zudem gibt es noch ein paar „Exoten“ unter den Substitutionsmitteln, die in manchen Fällen medizinisch indiziert sind. Dazu zählen: Codein, Dihydrocodein, Morphin und auch Diamorphin. Gemäß dem Bericht zum Substitutionsregister des BfArM wurden im Jahr 2018 in jeweils 0,1% der Fälle Codein und Dihydrocodein verschrieben (S. 4, s. Abbildung unten). Morphin sowie Diamorphin fanden in 1% der Substitutionsbehandlungen Anwendung. Aufgrund dieser geringen Gewichtung werden diese Präparate nachfolgend (abgesehen von Diamorphin) nicht vorgestellt.

---

<sup>5</sup> Unter Rezeptorkinetik versteht man die Art der Bindung und die Affinität eines Pharmakons zu seinen Bindungsstellen (Thiel und Roewer, 2014, S. 28).



### 1.3.1 Methadon

Methadon, ein vollsynthetisches Opiat, verfügt über eine morphinähnliche Wirkung. Erstmals wurde dieser Stoff 1939 als opiathaltiges Analgetikum von der Firma Hoechst synthetisiert. Als Razemat stellt es ein chemisches Gemisch aus zwei Molekülen desselben Wirkstoffs, auch Enantiomere genannt, dar. Diese verhalten sich wie Bild und Spiegelbild zueinander, besitzen also die gleiche Strukturformel (vgl. Hilscher, 2018, S.14, Bender, 2012, S.99). Beim Methadon heißen diese beiden Moleküle Levomethadon (L-Methadon) und Dextromethadon (D-Methadon).

Das Levomethadon, welches die gewünschte morphinanaloge Wirkung besitzt, wurde circa 10 Jahre später als eigenständiger Stoff synthetisiert (vgl. Böllinger und Stöver, 2002, S. 267). Somit kommen heutzutage das Methadon als Razemat und das reine Levomethadon in der Substitutionstherapie zur Anwendung.

Methadon ist laut Substitutionsregister mit 39,4% aller zum Stichtag 01.07.2018 verschriebenen Substitutionsmittel der am meisten verabreichte Ersatzstoff in der Substitutionsbehandlung. Wendt (2017, S. 226) beschreibt, dass es sehr gut gegen das Entzugssyndrom wirkt, indem es

eine starke Opiatwirkung entfaltet ohne allzu stark zu euphorisieren. Er weist darauf hin, dass es seit 1994 als Substitutionsmittel zugelassen ist. Ferner erklärt er, dass eine Kontrolle über die tatsächliche Einnahme dieser überwiegend flüssig verabreichten Substanz einfacher sei als bei Substitutionsmitteln, die in Tablettenform abgegeben werden. Aufbereitet als Sirup wird versucht, einer missbräuchlichen Applikation (intravenöser Konsum) vorzubeugen. Ein intravenöser Konsum dieses Methadon-Sirups kann zu folgenschweren Abszessen führen.

Methadon weist eine Menge an Nebenwirkungen auf. Diese reichen von Kopfschmerzen, Übelkeit, Schlafstörungen und Verstopfung bis hin zu Potenzstörungen, Schwitzen und Herzrhythmusstörungen. Außerdem ist die Sedierung recht stark, was wiederum bei Vorliegen komorbider psychiatrischer Störungen für viele Patienten ein gewünschter Effekt ist (vgl. Wendt, 2017, S. 226).

In Metaanalysen wurde festgestellt, dass Methadon einerseits hinsichtlich der Haltequote und andererseits in Bezug auf Mortalität und Verringerung von Beikonsum eine sichere Methode in der Langzeitbehandlung von opioidabhängigen Menschen darstellt (Langer et al., 2011, S. 206).

Ein weiterer Vorteil ist, dass nur eine einmalige Anwendung täglich erforderlich ist, da Methadon eine Wirkdauer von fast 24 Stunden hat (Wendt, 2017, S. 225). Das erleichtert für beide Seiten, Arzt und Patient, den organisatorischen Aufwand einer solchen Behandlung. Weiterhin sei nicht unerwähnt gelassen, dass sich Methadon, nicht zuletzt wegen seiner geringen Kosten, großer Beliebtheit als Ersatzstoff erfreut (Langer et al., 2011, S. 206).

### **1.3.2 Levomethadon (L-Polamidon®)**

Levomethadon, ein Methadon-Enantiomer, ist seit 2001 in Deutschland als Substitutionsmittel zugelassen. Es wird ausschließlich als Lösung zur oralen Applikation abgegeben. In der Substitutionsbehandlung ist es unter dem Namen „Polamidon“ bekannt. Vor einigen Jahren in Deutschland eher nur in Ausnahmefällen in der Substitutionsbehandlung eingesetzt, etwa



beispielsweise bei Unverträglichkeit gegenüber Methadon, findet es heutzutage zunehmend mehr Anwendung. Laut Substitutionsregister wurde es zum Stichtag 01.07.2018 in 35,2% aller Fälle verschrieben. L-Polamidon® weist im Vergleich zu Methadon weniger Nebenwirkungen auf (vgl. Wendt, 2017, S. 227).

Die Wirkung setzt 1-2 Stunden nach Einnahme ein und hält 6-8 Stunden an, bei wiederholter Gabe sogar bis zu 36 Stunden. Somit ist eine einmalige Gabe täglich ausreichend (vgl. Schäfer, 2009, S. 64).

Wendt (2017) erklärt, dass es etwas teurer als Methadon ist und nennt dies, im Zusammenhang mit wirtschaftlichen Aspekten als Vorgabe der Krankenkasse, als Grund für die bevorzugte Abgabe von Methadon (S. 227).

### **1.3.3 Subutex® / Suboxone®**

Subutex® ist der Handelsname des Wirkstoffes Buprenorphin. Er ist seit 2000 in Deutschland zugelassen und ergänzt die Substitutionstherapie ungemein, da er sich in seiner Wirkweise von allen anderen Opiaten unterscheidet. Buprenorphin ist ein sog. Partialagonist. Als solcher ist er durch Imitation eines Transmitters (Schlüssel) in der Lage, an bestimmte Rezeptoren (Schloss) nach dem Schlüssel-Schloss-Prinzip zu binden und eine durch diesen Rezeptor vermittelte Wirkung auszulösen (Gensthaler, 1999, S. 2). Durch eine recht hohe Rezeptoraffinität verdrängt der Partialagonist den Agonisten vom Rezeptor und hemmt damit dessen Wirkung (Poehlke et al., 2016, S. 36).

Gensthaler (1999) beschreibt, dass er im Vergleich zu einem reinen Agonisten nicht vollständig in der Lage ist den Rezeptor zu aktivieren. Insofern wird der Maximaleffekt vermieden, was als sog. „Ceiling-Effekt“ bezeichnet wird. Ab einer gewissen Dosierung ist keine weitere Zunahme der Wirkung durch zusätzliche Gaben zu erzielen (Poehlke et al., 2016, S. 36). Somit ist das Risiko, bei Überdosierung eine Atemdepression zu erleiden, deutlich herabgesetzt. Aus diesem Grund eignet sich dieses Substitut gut, um es in einer Take-Home-Verordnung dem Patienten zur eigenständigen Einnahme zu überlassen.

Wendt (2017, S. 228) weist folgerichtig auf die fehlende Sedierung als wichtigsten Unterschied hin. Die Patienten leiden somit nicht unter Entzugserscheinungen, sind gleichzeitig jedoch nicht betäubt, sondern geistig wach (vgl. Wendt, 2017, S. 228). Das ist nicht für alle Patienten geeignet, da viele opioidabhängige Patienten eine Sedierung, wie durch Methadon/Levomethadon erzielt, benötigen, um „eine gewisse Distanz zur Realität einhalten zu können“ (Wendt, 2017, S. 228). Andere Patienten wiederum wollen diesen Rausch nicht und fühlen sich mit Buprenorphin deutlich besser.

Buprenorphin wird als Sublingualtablette verabreicht. Die Wirkdauer ist bei aufgebautem Spiegel recht lang. Sie reicht bei regelmäßiger Einnahme bis zu 60 Stunden (vgl. Schäfer, 2009, S. 64). So ist es auch möglich, einem Patienten zwei Dosierungen auf einmal zu geben, so dass er am nächsten Tag nicht in die Praxis kommen muss (vgl. Wendt, 2017, S. 229).

Suboxone® ist die kombinierte Gabe von Buprenorphin gemeinsam mit dem Opiathemmer Naloxon. Dieses Substitutionsmittel kommt meist dann zur Anwendung wenn ein Sichtbezug nicht gewährleistet werden kann und der nicht bestimmungsgemäße Konsum verhindert werden soll. Bei missbräuchlicher Verwendung dieses Präparates, beispielsweise Injektion, wird das Naloxon aktiv und besetzt alle Opiatrezeptoren. Die Opiatwirkung von Buprenorphin bleibt somit aus (vgl. Wendt, 2017, S. 230).

Tretter (2012, S. 175) beschreibt, dass ein Konsum von Suboxone® auf diesem Weg somit wirkungslos wäre bzw. Entzugssymptome auslösen würde. Einzig bei sublingualer Anwendung bleibt Naloxon inaktiv und Buprenorphin kann wirken (Wendt, 2017, S.230).

Somit scheint Suboxone® vor Missbrauch gefeit zu sein - in der Theorie. In der Realität berichten Patienten dennoch davon, dass es bei nasaler oder intravenöser Einnahme einen Rausch auslöse, zwar abgeschwächt aber dennoch spürbar (vgl. Wendt, 2017, S.230).

### **1.3.4 Diacetylmorphin (Diamorphin)**

Diacetylmorphin (kurz Diamorphin) ist der chemische Ausdruck für Heroin (Wendt, 2017, S.232). Aus dem Mohnsaft (Rohopium) des Schlafmohns wird dieses Opiat durch chemische Prozesse gewonnen. Heroin kam als Husten- und Schmerzmittel im Jahr 1896 durch die Firma Bayer zu seinem Namen. Ein halbes Jahrhundert später wurde es weltweit aufgrund seiner abhängigkeiterzeugenden Wirkung verboten.

Mit der Erfahrung, dass nicht alle Patienten mit den etablierten Substitutionsmitteln zurecht kamen, trat Diamorphin im Jahr 2009 unter dem Namen Diaphin® als von den Krankenkassen zugelassenes Medikament auf den Markt. Die Patienten erhalten Diamorphin ausschließlich zur intravenösen Applikation. Besonders in dieser Form löst es ein euphorisches Rauscherlebnis aus. Die Halbwertszeit hingegen ist dabei sehr kurz, weswegen Diaphin® zwei- bis dreimal täglich verabreicht werden muss, um keine Entzugserscheinungen wie Herzrasen, Muskelkrämpfe und Erbrechen, auszulösen (vgl. Wendt, 2017, S. 232 f.).

Die medizinische Behandlung mit diesem Wirkstoff ist vielen Beschränkungen und Regeln unterworfen, sodass es nur eine Handvoll ärztlicher Praxen in Deutschland gibt, die diese Behandlung vorhalten (können) (Wendt, 2017, S. 234).

Im Folgenden wird die Behandlung mit Diamorphin ausführlich vorgestellt.

## **1.4 Diamorphinbehandlung**

Nicht zuletzt aufgrund der Tatsache, dass die Patientengruppe der Drogenabhängigen heterogen ist und es folglich heroinkonsumierende und behandlungsbedürftige Menschen gibt, die vom gängigen Suchthilfesystem therapeutisch nicht wirksam erreicht werden können, entwickelte sich in verschiedenen Länder dieser Welt um die Jahrtausendwende ein neuer Behandlungsstrang: die Diamorphinbehandlung. So können Patienten, die mit der Vergabe von Methadon, Levomethadon oder Buprenorphin weiterhin „Suchtdruck, Beikonsum oder schwere Nebenwirkungen“ (Wendt, 2017, S. 233) haben, gut versorgt werden.

So betonten Klausen und Gölz schon 2004 in der Zeitschrift „Der Hausarzt“ (S. 55-58), dass es für diese spezielle Patientengruppe nicht die eine Behandlungsmethode gibt. Das Ziel sollte den beiden Autoren nach sein, dass ein Versorgungsnetz geknüpft wird, welches möglichst alle erreicht.

### **1.4.1 „Heroin-Studie“ Deutschland**

Die deutsche Bundesregierung veranlasste von 2002-2006 ein Modellprojekt zur Versorgung schwer opiatabhängiger Menschen mit Diamorphin. Daran nahmen sieben substituierende Ambulanzen in verschiedenen deutschen Städten teil (Wendt, 2017, S. 233)

Diese Studie untersuchte im Kern die Auswirkungen einer Diamorphinbehandlung im Gegensatz zur konventionellen Methadonbehandlung. Dabei wurden folgende Untersuchungsparameter zugrunde gelegt: Gesundheitliche Stabilisierung, Verringerung des Beikonsums, „Abkehr von der Drogenszene, Verbesserung der sozialen Situation, Rückgang der Delinquenz, die Veränderung der Lebensqualität sowie die Frage von Anschlusstherapien“ (Naber und Haasen, 2006, S.1).

Neben dieser Hauptuntersuchung gab es eine kriminologische Begleitforschung sowie eine Spezialstudie über die begleitende psychosoziale Betreuung (PSB).

Die Experimentalgruppe erhielt den Wirkstoff Diamorphin als intravenöse Applikation. Die Kontrollgruppe wurde mit Methadon in oraler Darreichungsform behandelt.

Zielgruppe waren Heroinkonsumenten ab 23 Jahren, die seit mindestens 5 Jahren opiatabhängig sind. Ferner musste ein täglicher und überwiegend intravenöser Heroinkonsum vorliegen. Neben der Hauptdiagnose Opiatabhängigkeit sollten weitere körperliche und/oder psychische Krankheitssymptome vorliegen.

Ausschlusskriterium war die Teilnahme an jedweder Art von suchtttherapeutischer Behandlung. Wichtig in diesem Zusammenhang war, dass der Proband einen oder mehrere wenig erfolgreiche Behandlungsversuche unternommen hatte (vgl. Naber und Haasen, 2006, S. 17).

Es nahmen 1.032 Patienten an der Studie teil mit einem Frauenanteil von 20%.

Der Untersuchungszeitraum erstreckte sich über 24 Monate, unterteilt in zwei 12-monatige Phasen. In der ersten wurde die Wirkung des Arzneimittels innerhalb vergleichbarer Therapiesettings untersucht. Die Verfahren der PSB teilten sich in zwei Gruppen. Die eine Gruppe wurde im

- „Case Management [CM] als ein strukturiertes, nachgehendes Konzept der Betreuung mit hoher Kontaktdichte unter Einbezug der Methode der Motivierenden Gesprächsführung [MI]“ (Naber und Haasen, 2006, S. 17).

betreut. Die andere Gruppe erhielt

- PE/DB: „Drogenberatung [DB] mit Psychoedukation [PE] durch eine fakultative Nutzung örtlicher Drogenberatung und ein zusätzliches Psychoedukationsprogramm von 12 Sitzungen über drei Monate hinweg in einem gruppentherapeutischen Setting mit nachfolgenden Auffrischungssitzungen“ (Naber und Haasen, 2006, S. 17).

Die zweite Phase erhob nur noch Daten der heroingestützten Behandlung im Zusammenhang mit langfristiger Wirksamkeit und sicherheitsrelevanten Aspekten.

Zuletzt wurde eine Follow-up-Studie angelegt, um die „Integration in das regionale Versorgungssystem oder die reguläre Beendigung der

Heroinbehandlung bzw. die Aufnahme weiterführender Therapien“ (Naber und Haasen, 2006, S. 15) zu untersuchen.

Zur Überprüfung der Wirksamkeit wurden zwei Zielkriterien zugrunde gelegt:

- 1.) Verbesserung des körperlichen und psychischen Gesundheitszustands um mindestens 20%
- 2.) Verminderung des illegalen Drogenkonsums: Verringerung des Konsums von „Straßenheroin“ und kein Anstieg von Kokainkonsum (Naber und Haasen, 2006, S. 2).

Bei der Experimentalgruppe wurde eine Verbesserung des Gesundheitszustandes bei 80% der Probanden erreicht, in der Vergleichsgruppe bei 74%. Zum Rückgang des illegalen Beikonsums: In der Heroingruppe lag dieser bei 69,1% und in der Methadongruppe bei 55,2%. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen somit eine statistisch eindeutige Überlegenheit der Diamorphinbehandlung im Gegensatz zur konventionellen Methadon-Behandlung für diese Zielgruppe in beiden Hauptzielkriterien.

Was die Haltequote betrifft, wurden folgende Ergebnisse erzielt: 2% der Probanden der Heroingruppe und 31% der vergleichenden Methadongruppe traten die Studie gar nicht erst an. Nach einem Jahr (Abschluss der ersten Studienphase) verblieben 67% der Teilnehmenden in der Diamorphinbehandlung. In der Vergleichsgruppe mit Methadon waren es hingegen nur noch 39% (vgl. Naber und Haasen, 2006, S. 60).

31% der ausgeschiedenen Teilnehmenden der Experimentalgruppe mit Heroin entschieden sich für eine andere Behandlungsform und 8% wechselten in eine Abstinenztherapie.

Damit wurde der Nachweis erbracht, dass durch diese neue Behandlungsform insgesamt mehr Opiatabhängige erreicht werden können. Sind diese einmal im Hilfesystem, können sie dann ggf. auch in andere anerkannte Therapieformen vermittelt werden (vgl. Naber und Haasen, 2006, S. 63).

Die Ergebnisse zur Kriminalitätsentwicklung bei den Probanden sowie zur Ablösung von der Drogenszene lesen sich ähnlich positiv: 50% der Probanden der Experimentalgruppe lösten sich innerhalb der 12 Monate

gänzlich von der Drogenszene. Bei der Vergleichsgruppe konnte dies bei 40% der Patienten konstatiert werden. Kriminelle Aktivitäten waren in der Heroingruppe bei 27,4% und in der Methadongruppe noch bei 40,2% zu verzeichnen (vgl. Naber und Haasen, 2006, S. 133).

Die intravenöse Verabreichung war unter Aufsicht von Pflegepersonal und Arzt, bei Durchführung von Alkoholtests vor jeder Vergabe und strenger Einhaltung von Urinkontrollen auf Beikonsum, ohne erwähnenswerte Not- oder Zwischenfälle durchführbar. Es kam weiterhin zu keinen sicherheitsrelevanten Zwischenfällen mit der Öffentlichkeit oder Nachbarschaft (vgl. Degkwitz, Bonorden-Kleij's und Haasen, 2007).

In der zweiten Phase der Studie, die sich nur noch auf die Heroingruppe konzentrierte, wurden 434 Patienten erreicht. Darunter befanden sich 20,7% aus der ehemaligen Methadongruppe. Von dieser Gesamtzahl beendeten 80% regulär. Auf sozialer Ebene wurden im Rahmen der PSB folgende positive Ergebnisse erzielt: Die Wohnsituation stabilisierte sich bei vielen Patienten und die Gestaltung der Freizeit verbesserte sich. Deutlich wurde jedoch auch, dass die Entstehung neuer zwischenmenschlicher Beziehungen, Partner- oder Freundschaften, ein schwieriges Unterfangen darstellt. 2/3 der Probanden gaben an, keinen festen Partner zu haben und 10% vermissten verlässliche Freunde (vgl. Degkwitz, Bonorden-Kleij's und Haasen, 2007, S. 127).

Die Arbeitssituation konnte verbessert werden. Der Prozentsatz der regelmäßig Arbeitenden stieg innerhalb der zwei Jahre Diamorphinbehandlung von 11% auf 27%. Weiterhin positiv zu bemerken ist, dass die Arbeitsfähigkeit bei 18% der Probanden hergestellt werden konnte. Sie stieg von 25% auf 43% (vgl. Degkwitz, Bonorden-Kleij's und Haasen, 2007, S. 127).

Zur Spezialstudie der PSB in diesem Modellprojekt wurde zunächst festgestellt, dass eine Kombination von Medikamentenvergabe und PSB bessere Effekte für die Patienten erzielt als die reine Medikamentenvergabe (Haasen und Vertheim, 2007, S. 119). Die Drogensozialarbeit wurde als Bindeglied zwischen Arzt und Patient gesehen werden. Im Idealfall war die Drogensozialarbeit in das medizinische Behandlungsteam integriert (Wittchen et. al., 2011, S. 212).

In Hinblick auf die Haltequote wurde festgestellt, dass die Patienten der Methadongruppe mit CM insgesamt besser erreicht wurden als mit PE (Haasen und Vertheim, 2007, S. 115). Die psychisch belasteten Probanden wurden jedoch per PE/DB besser erreicht und in Betreuung gehalten als mit CM/MI. Andererseits war die Zufriedenheit der Patienten bei der Beratungsform CM/MI etwas höher als bei PE/DB. Die subjektive Verbesserung der Lebensqualität wurde im Heroinarm signifikant höher angegeben als im Methadonarm.

Zur Wirksamkeitsanalyse der psychosozialen Betreuung kann festgehalten werden, dass sowohl Psychoedukation mit Drogenberatung als auch Case Management mit Motivierender Gesprächsführung ihre Daseinsberechtigung haben. Beide Beratungsformen wirkten sich positiv auf das Behandlungsergebnis aus. Weiterhin zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Dauer der Inanspruchnahme einer psychosozialen Intervention und dem Behandlungserfolg: Je länger ein Patient irgendeine Art von Beratung in Anspruch nahm, desto mehr verbessert sich der körperliche und psychische Gesundheitszustand sowie die soziale Situation. Dies liegt sicherlich nicht zuletzt daran, dass beide Behandlungsformen ressourcenorientiert ausgerichtet sind und auf Motivation zur kooperativen Zusammenarbeit setzen ohne dabei sanktionierend oder konfrontativ vorzugehen (vgl. Haasen und Vertheim, 2007, S. 120).

Ausblickend lässt sich feststellen, dass die PSB dann besonders wirkungsvoll ist, wenn sie umfassend und strukturiert (mit Hilfeplan unter Einbeziehung des Patienten) durchgeführt wird (Haasen und Vertheim, 2007, S. 120).

Haasen und Vertheim (2008) erbrachten mit den Ergebnissen dieses Modellprojektes den Nachweis, dass sich die heroingestützte Behandlung (nachfolgend mit HeGeBe abgekürzt) als langfristig besonders erfolgreiche Therapie schwerstabhängiger Heroinkonsumenten erweist.



### 1.4.2 Internationale „Heroin-Studien“

Die Schweiz war Vorreiter einer wissenschaftlich gestützten Implementierung der HeGeBe. Die Ergebnisse einer Studie (Stichprobengröße  $n = 1.035$ ) der Jahre 1994 - 1996 über die Heroinabgabepaxis lieferte eindeutig positive Ergebnisse: Verbesserung des körperlichen und psychischen Gesundheitszustandes der Patienten; Rückgang des Beikonsums; starker Rückgang der Delinquenz; außerordentlich hohe Haltequote verglichen mit anderen Behandlungsformen für Heroinabhängige; gesamtgesellschaftlicher und volkswirtschaftlicher Nutzen durch Senkung der Kosten von Strafverfolgung, -vollzug und Krankenbehandlungen (vgl. Böllinger und Stöver, 2002, S. 289).

Trotz dieser Ergebnisse wurde die HeGeBe „nur“ als ergänzende Behandlung zur bestehenden Palette in der Schweiz aufgenommen (Böllinger und Stöver, 2002, S. 289).

Auch in Kanada wurde in den Jahren 2007/08 eine breit angelegte Studie (NAOMI: North American Opiate Medication Initiative,  $n = 251$ ) in der Behandlung Opiatabhängiger mit den Stoffen Diamorphin und Methadon durchgeführt. Die Studienteilnehmenden waren chronisch opiatabhängig<sup>6</sup>, mindestens 25 Jahre alt, konsumierten regulär auf intravenösem Wege und hatten schon mindestens zwei Versuche in einer regulären Substitutionsbehandlung hinter sich (Oviedo-Joekes et al., 2008, S. 812).

Circa die Hälfte der Teilnehmenden erhielt Methadon zur oralen Einnahme und die andere Hälfte Diamorphin zur intravenösen Applikation. Alle Teilnehmenden wurden über einen Zeitraum von 12 Monaten intensiv medizinisch und psychosozial betreut (Bruhn, 2010, S. 56). Die Hauptzielkriterien der Untersuchung waren der Verbleib in der Substitutionsbehandlung bzw. Drogenabstinenz, Rückgang des Beikonsums sowie der Straffälligkeit (Bruhn, 2010, S. 56). Gemessen an diesen Parametern wurde eine klare Überlegenheit von Diamorphin in der

---

<sup>6</sup> Laut Bundesgesundheitsministerium ist u. a. chronisch krank, wer sich seit mindestens 1 Jahr wegen derselben Erkrankung in medizinischer Behandlung befindet und ohne kontinuierliche medizinische Versorgung eine „Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität“ zu erwarten hätte (Bundesgesundheitsministerium, 2009).

Behandlung mit schwer opiatabhängigen Patienten festgestellt. 88% verblieben in der Behandlung mit Diamorphin, 54% verblieben in dieser mit Methadon. Beigebrauch oder kriminelle Aktivitäten gingen um 67% in der Diamorphingruppe und um 48% in der Methadongruppe zurück. Schwere Nebenwirkungen mit der Verabreichung des Substituts traten bei der Diamorphingruppe in Form von Überdosierung und Krämpfen in 16 Fällen auf. In der Methadongruppe gab es solche schweren Nebenwirkungen in diesem direkten Zusammenhang nicht. Allerdings musste hier ein Todesfall wegen Opioid-Überdosis verzeichnet werden. Die Autoren schlussfolgerten, dass Diamorphin stets in einer Umgebung abgegeben werden soll, in welcher schnell medizinische Hilfe geleistet werden kann (Bruhn, 2010, S. 56).

Neben diesen drei Studien gab es vergleichbare in Spanien (n = 62), Großbritannien und den Niederlanden mit 174 Teilnehmenden (Oviedo-Joekes et al., 2008, S. 823).

Newman (2013, S. 315) weist zurecht darauf hin, dass keine andere suchtmedizinische Behandlung so gut erforscht ist wie die der HeGeBe.

Die EU-Drogenbeobachtungsstelle (EMCDDA) nahm zur HeGeBe 2012 folgendermaßen Stellung: "Patients undergoing SIH [supervised injectable heroin] treatment have experienced significant physical and mental health improvements compared with patients receiving conventional oral substitution prescribing." (Bendek, 2016, S. 558).

### **1.4.3 Kritik an der heroingestützten Behandlung**

Die Substitutionsbehandlung, als inzwischen etablierte Behandlungsform, hat nach wie vor ihre Gegner. So mühsam sich diese Behandlungsform über Jahrzehnte ihre Legitimation und ihren Platz in der Gesellschaft erkämpfen musste, so scheint auch die HeGeBe nicht ohne Gegenwind angenommen zu werden. Sie steht nach wie vor mit vergleichbaren Argumenten wie damals die Substitutionsbehandlung in der Kritik. Die meisten Argumente der Widersacher („Kapitulation vor der Sucht“, „Ärzte als Dealer in weißem Kittel“) verdeutlichen eine gewissen Erwartungshaltung an Suchtbehandlungen im Allgemeinen: Abstinenz als

Ziel für alle drogenkonsumierenden Menschen. Dabei ist das Ziel der Lebensrettung, Schadensminimierung sowie das Hinführen dieser Menschen zum Suchthilfesystem im Allgemeinen gänzlich außer Acht gelassen (Böllinger und Stöver, 2002, S. 291).

Abstinenz ist bei der Suche nach Hilfe nicht für jeden Patienten das eine Ziel. Dennoch kann sich diese Absicht im Laufe der Zeit beim Patienten entwickeln.

### **1.4.4 Kosten-Nutzen-Analyse**

Ein weiterer Kritikpunkt sind die hohen Kosten der Diamorphinsubstitution. Eine die Heroinstudie begleitende Kosten-Nutzen-Analyse (von der Schulenburg, Claes, 2006, S. 144) hat auf der Seite der Kosten alle während der ersten 12 Studienmonate angefallenen Jahresdurchschnittskosten (Personal, PSBS, Substanzen, Raumkosten, Laborkosten, Verwaltung, med. Verbrauchsmaterial, Abnutzung) pro Patient ermittelt und sie denen der Methadonbehandlung gegenüber gestellt. Dabei ergab sich bei der HeGeBe eine Summe von 18.060 € und bei der Methadonbehandlung 6.147 €. In einer weiteren Modellrechnung wurde für eine „ideale Heroinambulanz“ ermittelt, dass dieser Durchschnittswert um 2.000 € gesenkt werden kann (von der Schulenburg und Claes, 2006, S. 187). Bei idealen wirtschaftlichen Bedingungen ist die HeGeBe somit immer noch etwas um den Faktor 2,6 teurer als die Substitutionsbehandlung mit Methadon.

Diese Kostendifferenz hängt vor allem mit erhöhten Sicherheitsvorkehrungen und allen weiteren Vorgaben für die HeGeBe zusammen. So ist beispielsweise eine Take-Home Verordnung nicht möglich. Außerdem müssen die Patienten aufgrund der vergleichsweise geringen Halbwertszeit von Diamorphin die Praxis bis zu dreimal täglich aufsuchen. Dort wird die Abgabe überwacht, ein Arzt muss ununterbrochen anwesend sein. Es entstehen also entsprechend hohe Personalkosten. Ebenfalls ist das Diaphin® teurer als alle anderen Substitute und es entstehen zusätzlich Kosten durch die Gewährleistung einer hygienischen

und sterilen Applikation der Substanz (von der Schulenburg und Claes, 2006, S. 133).

Ebenfalls auf der Kostenseite sind die Einsparungen in verschiedenen anderen Bereichen zu berücksichtigen. So bezifferte das Forscherteam auf der Ebene des Gesundheitswesens den Wegfall gewisser krankheitsbedingter Versorgungskosten, wie Entgiftungsbehandlung, Drogentherapie, akutpsychiatrische Behandlung, mit 3.778 € pro Jahr und Patient bei der HeGeBe und mit 1.134 € bei der Methadongruppe (von der Schulenburg und Claes, 2006, S. 151).

Andererseits gilt zu berücksichtigen, dass die HeGeBe chronisch opiatabhängige Menschen erreicht und nachweislich deren gesundheitliche Situation verbessert. So verhindert man schwerwiegende Infektionserkrankungen wie z. B. HIV und Hepatitis. Die Therapien dieser Erkrankungen wiederum würden das Gesundheitssystem teuer zu stehen kommen. Diese Kostenersparnis wurde durch die Begleitforschung nicht erfasst.

Im Bereich Delinquenz wurde ein Rückgang bei der Heroingruppe ermittelt, der mit Kosteneinsparungen in Höhe von 3.251 € zu beziffern ist. Im Rahmen der Methadonbehandlung hingegen erhöhten sich die delinquenzbedingten Schäden um +752 € (von der Schulenburg und Claes, 2006, S. 164).

Weitere Kosteneinsparungen durch ausbleibende Inhaftierungen fielen mit 1210 € bei der Heroingruppe stärker ins Gewicht als in der Methadongruppe mit 827 € (von der Schulenburg und Claes, 2006, S. 171).

Ein Blick auf die Gerichtsverfahren: Hier gab es einen Zuwachs in beiden Behandlungsgruppen. Vermutet wurde, dass polizeiliche Ermittlungen beispielsweise durch einen festen Wohnsitz erfolgreicher verliefen. So konnten auch Delikte aus der Vergangenheit wieder aufgenommen werden. In Zahlen ausgedrückt beliefen sich diese zusätzlichen Kosten auf 2.342 € im Heroinarm und auf 3.520 € im Methadonarm (von der Schulenburg und Claes, 2006, S. 177).

Ein geringer Zuwachs an Erwerbstätigkeit ergab auf volkswirtschaftlicher Ebene einen Produktivitätsgewinn, der in der Heroingruppe mit 163 € und in

der Methadongruppe mit 187 € beziffert wurde (von der Schulenburg und Claes, 2006, S. 176).

Alle Kosten und Ersparnisse auf alle Ebenen zusammengefasst, verursacht die Methadonbehandlung noch weitere Kosten in Höhe von +2.069 €, während die HeGeBe Ersparnisse in Höhe von 5.966 € bewirkt (von der Schulenburg und Claes, 2006, S. 177).

Um eine umfassende Aussage über die gesamtgesellschaftliche Bedeutung der HeGeBe treffen zu können, muss neben den Kosten auch der Nutzwert beleuchtet werden. In der Gesundheitsökonomie existiert ein Evaluationsverfahren, um medizinische Ergebnisse unterschiedlicher Behandlungsalternativen miteinander vergleichen zu können. Durch eine Berechnung werden die durch die Behandlung gewonnenen Veränderungen der Lebensqualität bei entsprechender Lebenserwartung und möglicherweise hinzugewinnender Lebenszeit in Jahren simuliert und ins Verhältnis zu den langfristig entstehenden Kosten gesetzt. Dabei entstehen Kennzahlen zu sog. qualitätsbereinigten Lebensjahren (quality-adjusted life years, kurz: QALYs) die durch eine Behandlungsmaßnahme voraussichtlich gewonnen werden. Ein QALY von 1 entspricht einem Lebensjahr bei perfekter Gesundheit. Ein QALY von 0 meint ein Versterben (vgl. Meißner, 2010, S. 546).

Diese heute umstrittene Ermittlung des Nutzwertes einer Behandlung wurde für die Bewertung der HeGeBe angewandt. Es wurde ermittelt, dass mit den zusätzlichen Behandlungskosten in der HeGeBe ein höheres Niveau der gesundheitsbezogenen Lebensqualität erreicht werden kann. „Die Kosten-Nutzwert-Verhältnisse zeigen, dass in der HeGeBe weniger Aufwendungen notwendig sind, um eine Steigerung um ein qualitätsbereinigtes Lebensjahr (...) zu erreichen als in der Methadonsubstitution“ (von der Schulenburg und Claes, 2006, S. 135).

Extrahiert man die Ergebnisse derjenigen Studienteilnehmenden, welche die Studie komplett absolvierten, zeigt sich im Kosten-Nutzen-Verhältnis eine Überlegenheit der Methadonbehandlung. Verglichen mit den Zahlen der Teilnehmenden, welche die Studie vorzeitig abbrachen, ist die Effizienz auf Seiten der HeGeBe deutlich größer.

„Wie auch in den klinischen Ergebnissen der Hauptstudie zeigt dies erneut, dass eine HeGeBe dann sinnvoll und kosteneffektiv ist, wenn Patienten behandelt werden, die nicht von der Methadontherapie profitieren“ (von der Schulenburg und Claes, 2006, S. 135).

### **1.4.5 Diamorphinbehandlung in Deutschland**

In Folge der dargestellten positiven Ergebnisse schuf der Deutsche Bundestag im Jahr 2009 die rechtlichen Voraussetzungen für die Diamorphinbehandlung in der Regelversorgung opioidabhängiger Patienten (Poehlke et al., 2016, S.141). Die an der Studie beteiligten 7 Ambulanzen erhielten daraufhin die Erlaubnis des jeweiligen Landes, diese Behandlung weiterzuführen. Drei weitere Standorte kamen in den Folgejahren hinzu.

Das Diamorphin wird seitdem auf einem Sondervertriebsweg direkt vom Pharmaziehersteller an die Einrichtung geliefert (Poehlke et al., 2016, S.142). Die Auflagen für diese Einrichtungen sind extrem hoch, sowohl was die Sicherheitsvorkehrungen als auch was die Qualifikation sowie die Anzahl der Mitarbeiter betrifft. Ebenfalls die Voraussetzungen an die Patienten sind im § 5a der BtMVV klar und eng gestrickt:

- Mindestalter: 23 Jahre
- bestehende Opioidabhängigkeit seit mindestens fünf Jahren
- mindestens 2 Suchtbehandlungen, davon mindestens eine 6-monatige Substitutionsbehandlung mit einem oralen Substitut
- Vorliegen einer weiteren schweren körperlichen und psychischen Erkrankung
- vorliegender intravenöser Konsum

Diese Behandlungsform strebt zunächst eine Stabilisierung des gesundheitlichen Zustandes des Patienten an, um langfristig therapieren und bestenfalls deren Abstinenz erreichen zu können (vgl. Bendek, 2016, S. 556).

## **1.5 § 35 BtMG - Therapie statt Strafe**

Im Jahr 1982 erweiterte der Gesetzgeber die Möglichkeiten der Therapien in Verbindung mit Straftaten um die Zurückstellung der Strafverfolgung nach § 35 ff. im BtMG. Dieser Gesetzesänderung gingen hitzige Debatten voraus, die sich im politischen Raum zwischen Drogenhilfe und Justiz entluden. Grund dafür war, dass ein großer Teil der suchtmittelabhängigen Menschen durch das Suchthilfesystem nicht erreicht wurden. Unter den opioidkonsumierenden Menschen entwickelte sich eine Situation zunehmender Verelendung. Dieser konnte man weder mit Hilfsangeboten angemessen begegnen, noch gelang es durch Strafverfolgung Herr der Lage zu werden. Hinzu kam die Konfrontation mit einer neuen Krankheit: AIDS.

Der lange Prozess der gesellschaftlichen Anerkennung von Sucht als Krankheit spiegelt sich auch in diesem Konflikt zwischen Justiz und Drogenhilfe wider: Auf der einen Seite die repressiven Maßnahmen der Rechtsordnung gegen Konsumenten gekoppelt mit dem Wunsch nach Strafe und Sühne. Auf der anderen Seite die Einsicht, dass der Weg über eine weitere Verschärfung der Gesetze nicht zielführend ist. Hinzu kommt der Vorwurf, die Drogenhilfe habe versagt. Eines wurde jedoch immer deutlicher: Irgendetwas muss sich ändern und zwar bestenfalls in der Haltung all jener, die mit suchtmittelkonsumierenden Menschen zu tun hatten. Das starre Abstinenzparadigma begann zu bröckeln und sukzessive entwickelte sich eine annehmende Grundhaltung (vgl. Eckstein, 2009, S.40). Durch die Hinwendung zu einer akzeptierenden Drogenarbeit war der Weg zur Substitutionsbehandlung geebnet.

Justiz und Drogenhilfe näherten sich einander an, was jedoch ganz neue Spannungsfelder mit sich brachte und immer noch bringt. Der § 35 BtMG in seiner Anwendung macht das Doppel-, bis Trippel-Mandat, welches Sozialarbeiter sehr häufig übernehmen müssen, ganz deutlich. Dies wird von Eckstein (2009, S.41) am Beispiel der „durchlöcherten Schweigepflicht“ in diesem Zusammenhang bestätigt.

### 1.5.1 Definition und Abgrenzung

Bis 1982 gab es ausschließlich die nachfolgend dargestellten Therapiemöglichkeiten nach dem Strafgesetzbuch (StGB).

Einerseits ist es möglich, eine Strafe nach § 56 StGB zur Bewährung auszusetzen und diese beispielsweise mit Auflagen (§ 56b StGB) und/oder Weisungen (§ 56c StGB) zu verbinden. Hierbei werden auch immer wieder Therapie-Auflagen oder -weisungen erteilt. Sollte der Verurteilte zusichern, sich einer Therapie zu unterziehen, so kann nach § 56c Abs. 4 StGB von einer Weisung abgesehen werden (Hänchen, 2007, S. 6 ff.).

Andererseits ist bei erwiesener oder nicht auszuschließender Schuldunfähigkeit eine zeitlich unbegrenzte Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB) oder, bei zusätzlicher Suchterkrankung, eine i. d. R. bis zu zweijährige Unterbringung (ein längerer Zeitraum ist nicht ausgeschlossen) in einer Entziehungsanstalt als Maßregel der Besserung und Sicherung (§ 64 StGB) möglich (Böllinger und Stöver, 2002, S. 522), wenn:

- a) ein sog. „Hang“ zum übermäßigen Konsum berauschender Substanzen festgestellt wird (Abhängigkeit),
- b) ein symptomatischer Zusammenhang zwischen Abhängigkeit und Straftat erkennbar ist,
- c) die Gefahr weiterer Straftaten besteht (Gefahrenprognose) und
- d) davon ausgegangen werden kann, dass diese Art der Unterbringung Erfolg hat (vgl. § 64 StGB).

Unterbringungen nach §§ 63/64 StGB dienen in erster Linie der Sicherheit der Gesellschaft vor Gefahren von psychisch erkrankten und/oder suchtmittelabhängigen Menschen. Durch die Therapie soll die Begehung weiterer Straftaten verhindert werden (von der Haar, 2012, S.58).

Zur Abgrenzung von § 64 StGB zum § 35 BtMG kann Folgendes festgehalten werden: Eine Unterbringung nach § 64 StGB wird immer richterlich angeordnet wohingegen eine Rückstellung nach § 35 BtMG auch vom Betroffenen bei der Staatsanwaltschaft beantragt werden kann.



Letztendlich erfolgt die Therapiemaßnahme nach § 35 BtMG als Auflage durch das Gericht unter Zurückstellung der Strafvollstreckung, egal ob selbst beantragt oder von vornherein auferlegt.

Während der § 35 BtMG Straftaten im Zusammenhang mit Betäubungsmitteln betrachtet, geht es bei der Unterbringung nach § 64 StGB generell um Straftaten unter Einfluss von berauschenden Substanzen, also beispielsweise auch Alkohol.

Die §§ 35 ff. BtMG zielen auf die Rehabilitation und Resozialisierung von drogengebrauchenden Straftätern. Ihnen wird also die Möglichkeit eingeräumt, sich einer Behandlung ihrer Suchtmittelabhängigkeit zu unterziehen, sofern die begangene Straftat als „Beschaffungskriminalität“<sup>7</sup> zu werten ist und ein Zusammenhang zwischen Tat und Abhängigkeitserkrankung besteht. Dabei wird nach § 35 BtMG die Strafe zunächst zurückgestellt und der Vollzug dieser ausgesetzt. Sofern die Strafe bereits angetreten wurde, kann der Strafvollzug unter Zustimmung der Staatsanwaltschaft beendet werden.

Voraussetzung bei § 35 BtMG ist immer, dass die einzelne Freiheitsstrafe nicht mehr als zwei Jahre beträgt und der Straftäter sich in Therapie bzw. Vorbereitung dieser befindet. Es können auch mehrere Strafen zusammengefasst zurückgestellt werden. Die Therapiezeit wird dann nach § 36 BtMG auf die Strafe angerechnet bis in dieser Folge 2/3 der Strafe abgegolten sind und der Rest zur Bewährung ausgesetzt werden kann. Im Volksmund wird dieser Vorgang auch „Therapie statt Strafe“ genannt (Wendt, 2017, S. 250 ff.). Diese Therapien sind in den meisten Fällen stationäre Rehabilitationsmaßnahmen. Zunehmend werden aber auch teilstationäre sowie ambulante Therapien beantragt und bewilligt.

### **1.5.2 Kritik am § 35 BtMG**

Die Sinnhaftigkeit dieses Paragraphen wird immer wieder infrage gestellt. Ebenso werden die Auswirkungen, welche seine Anwendung auf das Suchthilfesystem im Allgemeinen haben kann, nach wie vor kritisiert und

---

<sup>7</sup> Beschaffungskriminalität meint Straftaten, die zum Erwerb oder zur Finanzierung von berauschenden Substanzen dienen.

diskutiert. In diesem Zusammenhang taucht der Vorwurf auf, dass sich die Therapieeinrichtungen zu „Handlagern der Justiz“ (Eckstein, 2009, S. 42) machen, indem sie sich beispielsweise ihre Schweigepflicht durchlöchern lassen durch Aufnahme- und Abbruchinformation an die Staatsanwaltschaft. Stöver kritisierte 2002 ebenfalls die „Verquickung von Justiz und Hilfe, von Zwang und Therapie“.

Ein ebenfalls häufig ausgesprochener Kritikpunkt trifft die Patientenschaft, die sich für eine Zurückstellung nach § 35 BtMG bewirbt. Hier wird häufig davon ausgegangen, dass die Therapiemotivation in den meisten Fällen nicht wirklich gegeben sei bzw. sich nur aus der Aussicht auf Haftvermeidung speise. Somit wird davon ausgegangen, dass eine intrinsische Motivation für eine intensive Auseinandersetzung mit der eigenen Abhängigkeitserkrankung fehle.

Eckstein (2009, S. 41) schreibt mit Recht, dass ein drogenfreies Leben nie erzwungen werden kann.

Die Frage nach Therapiemotivation in Verbindung mit äußerem Druck ist in diesem Zusammenhang spannend, kann jedoch in dieser Ausarbeitung nicht weiter ergründet werden.

Ein weiterer Kritikpunkt am § 35 BtMG ist, dass sich die Atmosphäre innerhalb einer Therapieeinrichtung verändert, wenn ein Teil der Patienten aus gänzlich freien Stücken und ein anderer Teil mit Auflage/Weisung oder nach § 35 BtMG die Therapie absolviert (Eckstein, 2009, S. 43).

Im fachlichen Diskurs entzündete sich nach Eckstein ebenfalls immer wieder die Frage, ob „dissoziale Persönlichkeiten dazu neigten, abhängig zu werden [...] oder ob umgekehrt Abhängige im Prozess ihres Abhängigwerdens in Kriminalität und dissoziales Verhalten getrieben würden“ (Eckstein, 2009, S.43).

Im Manual „MATE-Crimi“ von Schippers und Brockmann (2012) findet sich eine Typisierung, wie Suchtmittelmissbrauch und kriminelles Verhalten zusammenhängen können. Nach dieser Unterteilung ist bei Typ A der Konsum Auslöser für delinquentes Verhalten. Bei diesem Typ steht die Delinquenz im Vordergrund. Die Persönlichkeitsstruktur weist antisoziale und grenzüberschreitende Züge auf.

Bei Typ B ist delinquentes Verhalten als Folge des Konsums zu werten, welcher im Vordergrund steht. Bei Typ C findet eine gegenseitige Beeinflussung statt. Bei Typ D steht der Konsum mit der Delinquenz nicht in Beziehung. Dieses vereinfachte Modell kann zwar die Komplexität der Zusammenhänge im Einzelfall nicht abbilden, jedoch Anhaltspunkte für die Pathogenität liefern.

Eckstein (2009, S.43) fragt sich, inwieweit Drogentherapieeinrichtungen für dissoziale Patienten ausgerichtet seien. Ausgehend von der Typisierung nach Schippers und Brockmann könnte man annehmen, dass zumindest Typ A in einer Drogenhilfeeinrichtung falsch aufgehoben sei.

### **1.5.3 Kostenersparnisse**

Die Suchthilfelandchaft in Deutschland ist heutzutage recht breit aufgestellt. Es gibt Behandlungsangebote von ambulant bis stationär über teilstationär mit komplementären Kombi-Therapie-Möglichkeiten. So individuell die Krankheitsbilder und Problemlagen von Patienten mit vorliegender Abhängigkeitserkrankung sind, so differenziert ist das heutzutage vorliegende Behandlungsangebot.

Im Laufe der Jahre haben viele Einrichtungen ihre Tür auch gegenüber der Klientel der sog. „35-er“ geöffnet. So kann ein verurteilter Straftäter, oftmals mit Unterstützung einer Suchtberatungsstelle, wählen, welche Behandlungsform am besten zur Zielerreichung und Lebenssituation passt und demnach entsprechend die Therapie als auch die Strafrückstellung beantragen.

Bezüglich der Haftkosten die durch eine erfolgreiche Therapievermittlung eingespart wurden, stellt der Leiter der Drogenberatungsstelle Release Stuttgart e. V. jährlich eine Rechnung auf. Diese berücksichtigt alle vermittelten Maßnahmen der externen Drogenberatung in der Justizvollzugsanstalt (JVA) Stuttgart. Nach dieser Rechnung wurden im Jahr 2017 insgesamt 42.981 Hafttage und im Jahr 2018 30.225 Hafttage eingespart. Ausgehend von einem täglich sächlichen Haftkostensatz von 20

€<sup>8</sup> (Justizministerium Baden-Württemberg 2016) und abzüglich des Zuschusses des Justizministeriums für die Drogenberatung entspricht das vermiedenen Haftkosten von 330.410 € (2017) und 200.050 € (2018).

### **1.5.4 Studie „Therapie statt Strafe“**

Das Bundesgesundheitsministerium führte im Jahr 2012 in drei deutschen Bundesländern eine Studie durch, die sich mit der Thematik: „Medizinische Rehabilitation Drogenkranker gemäß § 35 BtMG („Therapie statt Strafe“): Wirksamkeit und Trends“ befasste. In dieser Untersuchung ermittelten Zurhold, Vertheim, Reimer und Savinsky (2013, S. 11), dass in Baden-Württemberg im Jahr 2004 insgesamt 471 nicht widerrufenen Vermittlungen von drogenabhängigen Inhaftierten vorgenommen wurden. Somit wurden 254 Hafttage pro Vermittlung vermieden. Insgesamt konnte demnach 185.420 Hafttagen ausgewichen werden. Zurhold et al. rechneten mit einem Tageshaftkostensatz von 75 €. Somit ermittelten sie Einsparungen in Höhe von 13.906.500 € (2013, S. 11).

Für die vorliegende Ausarbeitung sind aus dieser Untersuchung weiterhin die Ergebnisse zu folgender Fragestellung interessant:

Wie wirksam ist eine stationäre Rehabilitation bei Patienten mit einer Auflage nach § 35 BtMG im Vergleich zu allen anderen Patienten gemessen an der Art der Therapiebeendigung?

Bei den regulären Beendigungen stationärer medizinischer Rehabilitation ermittelten Zurhold et al. (2013, S. 2), dass eine justizielle Auflage keinen Einfluss auf die Therapie hat und diese somit mindestens genauso wirksam ist wie bei den Patienten ohne Auflage. Die Quote der regulären Beendigungen lag in der Gruppe der „§ 35-Patienten“ bei 50%. Die Patienten ohne Auflage beendeten ihre Therapie regulär zu 43%.

Weiterhin wurde festgestellt, dass Rechtspfleger von ambulanten Maßnahmen sehr zurückhaltend Gebrauch machen, obwohl sie als

---

<sup>8</sup> Gemäß des Ministeriums der Justiz Baden-Württemberg betrug der Haftkostensatz pro Insasse im Jahr 2018 deutlich mehr als 20 € nämlich 123,53 €. Insofern kann sich die Verfasserin vorstellen, dass bei diesen angesetzten 20 € einige Kosten nicht mit berücksichtigt sind wie Verwaltungs-, Investitions-, Projekt- und gewisse Personalkosten.

gleichwertige Behandlungsoptionen nach § 35 BtMG gelten (Zurhold et al., 2013, S. 2).

Nach einem Kommentar Körners zum BtMG (2007, 6. Auflage) wird auch „eine ambulante, psychosozial begleitete Substitutionsbehandlung“ (Poehlke et al., 2016, S. 33) grundsätzlich als eine der Rehabilitation dienende Behandlung angesehen. Die ärztliche Behandlung muss Beigebrauchskontrollen durchführen und in der Einrichtung für die psychosoziale Betreuung sollen im Therapiekonzept Einzel- und Gruppentherapien sowie Arbeits-, Sport- und Freizeitangebote vorgehalten werden. Stehen beide Angebote in Verbindung miteinander zur Verfügung, kann von einer Maßnahme im Sinne des § 35 BtMG gesprochen werden (Poehlke et al., 2016, S. 33).

Bislang gibt es leider wenig wissenschaftliche Erkenntnisse über die Behandlungseffekte der ambulanten Rehabilitation in der Suchthilfe (Böllinger und Stöver, 2002, S. 251).

### 1.5.5 Studien zur Legalbewährung

Eine Studie von Boldt, Hinz, Meischner-Al-Mousawi und Hartenstein (2017) beschäftigte sich mit der Legalbewährung<sup>9</sup> nach Entlassungen aus Haft zugunsten stationärer Entwöhnungsbehandlungen. Hierbei untersuchten sie die Rückfälligkeit bei 324 Probanden, die in den Jahren 2012 und 2013 eine stationäre Therapie entweder unter Strafrückstellung nach § 35 BtMG oder bei Strafrestausssetzung nach § 57 StGB oder § 88 Jugendgerichtsgesetz (JGG) beginnen konnten.

Der Untersuchungszeitraum bezogen auf die Delikte erstreckte sich bis 05.02.2016 (Boldt et al., 2017, S.59). Sie fanden u. a. heraus, dass der Prozentsatz erneuter Straffälligkeit bei den Probanden mit einer Zurückstellung nach § 35 BtMG im Vergleich zu den Rückstellungen nach den anderen Paragraphen mit 59% am niedrigsten ist. Die Gesamtrückfall-Quote betrug 64,5% (vgl. Boldt et al., 2017, S. 61 f.).

Ein weiteres relevantes Ergebnis ist, dass diese Quote deutlich geringer ist, wenn die Therapie regulär beendet wurde. Dies kann als Indiz dafür gewertet werden, dass eine vollendete Therapie „einen Effekt auf die Minderung künftigen kriminellen Verhaltens hat“ (Boldt et al., 2017, S. 63). Dabei muss jedoch angemerkt werden, dass dieser Unterschied auch dadurch zustande kommen kann, dass die Probanden mit absolvierter Therapie möglicherweise von vornherein über mehr Ressourcen und Fertigkeiten verfügten und in der Folge eher imstande waren, die Therapie zu beenden und sich danach legal zu bewähren (vgl. Boldt et al., 2017, S. 63).

Insgesamt konnte durch diese Studie nur bedingt bestätigt werden, dass eine stationäre Entwöhnungsbehandlung nach § 35 BtMG rückfallpräventiv wirkt (vgl. Boldt et al., 2017, S. 67).

Boldt et al. (2017) schlussfolgerten, dass der Suchtmittelmissbrauch nur einen Einflussfaktor unter anderen darstellt, welcher Auswirkungen auf die Strafrückfälligkeit eines vorbestraften Menschen hat.

---

<sup>9</sup> Die Legalbewährung meint die gesellschaftliche Integration des Patienten in Hinblick auf die Straffälligkeit, also genauer die Regelkonformität des Patienten außerhalb der Haft.

Eine andere, weiter zurückliegende Studie befasste sich mit der Legalbewährung von Personen, deren Strafe ausschließlich nach § 35 BtMG zurückgestellt wurde. Diese Ergebnisse lieferten eine „Strafrückfall-Quote“ von 61,1% (Kurze, 1993, S. 237).

Somit kann von einer Quote der Strafrückfälligkeit bei § 35 BtMG von ca. 60% ausgegangen werden.

## 2 EMPIRISCHER TEIL

### 2.1 Erkenntnisinteresse

Das in der vorliegenden Arbeit untersuchte Therapieangebot der Diamorphinbehandlung nach § 35 BtMG ist in dieser Form, wie eingangs erwähnt, einmalig in Deutschland. In Zusammenarbeit beschreitet release Stuttgart e. V. gemeinsam mit der Schwerpunktpraxis für Suchtmedizin mit diesem Behandlungsangebot Neuland in der Suchtkrankenhilfe. Das Forschungs- und Erkenntnisinteresse ist entsprechend hoch.

Eine wissenschaftliche Evaluation dieses Angebotes fand bisher nicht statt. Die ersten Behandlungen fanden ab dem Jahr 2015 statt und wurden jeweils individuell mit der Staatsanwaltschaft Stuttgart vereinbart, welche dann die Zurückstellung der Strafvollstreckung anerkannte. Seit Juli 2017 besteht eine staatliche Anerkennung des baden-württembergischen Ministeriums für Soziales und Integration. Im Untersuchungszeitraum befanden sich 15 Patienten in dieser Behandlungsform.

Bis dahin wurden insgesamt 33 Behandlungen durchgeführt und 15 davon wurden abgebrochen. Zweimal erfolgte der Abbruch durch den Patienten selbst, in den anderen Fällen seitens der Einrichtung. 18 Behandlungen konnten regulär beendet werden, 17 davon mit einer positiven Prognose. 16 Patienten wurden demnach mit einer negativen Prognose entlassen. Die Erfolgsquote eine reguläre Beendigung betreffend lag somit bei etwa 50%.



## **2.2 Konzepte der verglichenen Einrichtungen**

### **2.2.1 Diamorphinbehandlung unter Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG**

In diesem Kapitel ist die Konzeption der Diamorphinbehandlung unter Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG der Schwerpunktpraxis für Suchtmedizin und der Suchtberatungsstelle release Stuttgart e. V. vom Stand 06/2017 zusammengefasst (s. Anhang).

Die Behandlung richtet sich in erster Linie an straffällig gewordene Patienten der genannten Einrichtungen, deren bisherige Behandlungen und/oder Inhaftierungen nicht ausreichend positive Resultate in Hinblick auf die Abhängigkeitserkrankung und Legalbewährung im Sinne einer Heilung erzielten. Zusätzlich zu bisher gescheiterten vorausgegangenen Maßnahmen muss eine gewisse Erfolgsaussicht auf soziale, gesellschaftliche und berufliche Integration sowie die oben genannten Problembereiche betreffend, bestehen.

Die Behandlung wird von der Kooperationseinrichtung bestehend aus der Schwerpunktpraxis für Suchtmedizin und release Stuttgart e. V., Dienststelle Release Direkt erbracht. Die beiden Einrichtungen sitzen in einem gemeinsamen Gebäude. Dies gewährleistet eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Medizin, Pflege sowie Sozialarbeit wodurch gemeinsame Entscheidungsprozesse sowie intensiven fallbezogenen Austausch ermöglicht werden.

Die vorgehaltenen Behandlungsangebote der Kooperationseinrichtung, unterteilt nach Disziplinen, sind folgende:

„Medizin:

- Hausärztliche Grundversorgung
- Suchtmedizin
- Infektiologie
- Psychiatrische Behandlung
- Psychotherapeutische Behandlung

Pflege:

- Medikamentenvergabe
- Medizinische und psychiatrische Pflege

- Wundversorgung

Sozialarbeit:

- Tagesstrukturierendes Angebot Café SUB
- Psychosoziale Betreuung Substituierter PSBS (gemäß Rahmenstandards Suchthilfeverbund Stuttgart)
- Arbeitsprojekt STAR
- Gruppenangebote (Diamorphingruppe, Yogagruppe, Freizeitgruppe, Trauma-Stabilisierungsgruppe)“ (Konzeption Diamorphinbehandlung, 2017, S.4)

Die Höchstbehandlungsdauer der Diamorphinbehandlung nach § 35 BtMG liegt bei einem Jahr. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten beträgt 330 Tage. Hierbei sei erwähnt, dass die meisten Patienten sowohl vorher als auch nachher weiterhin „Diamorphin-Patienten“ der Praxis sind.

Somit setzt diese Behandlung vor allem darauf, die Gesundheit der Patienten schrittweise und bestenfalls nachhaltig auf allen Ebenen wiederherzustellen. Explizit: gesundheitlich, sozial, beruflich und psychisch. Dies liegt nicht zuletzt daran, dass ein Großteil der Patienten mit großem Behandlungsbedarf in allen genannten Bereichen ankommen.

Die Diamorphinbehandlung nach § 35 BtMG zielt auf die „Sicherung des möglichst gesunden Überlebens [...], Sicherung materieller und existentieller Grundlagen [...], gesellschaftliche Reintegration [...], Überwindung problematischen Suchtverhaltens [...], persönliche Autonomie und Lebenskompetenz [...]“ (Konzeption Diamorphinbehandlung, 2017, S. 3) sowie die Legalbewährung.

Neben speziellen Voraussetzungen, die u.a. auch die justiziellen Bedingungen, beispielsweise die Rückstellungsfähigkeit der Strafe betreffen und in Vorgesprächen bei Suchtmedizinern / Psychiatern und Sozialarbeitern geprüft werden, gelten die Grundvoraussetzungen für die Diamorphinbehandlung, die in Kapitel 1.4.4 vorgestellt wurden.

Mit dem Erhalt eines Aufnahmetermins durch die Einrichtungen kann der Bewerber einen Antrag auf Rückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG bei der Staatsanwaltschaft stellen.

Bei Aufnahme in die Behandlung wird mit dem Patienten ein individueller Behandlungsvertrag mit den jeweils zuständigen Bezugspersonen aus den jeweiligen Einrichtungen aufgesetzt. Hier werden die Rahmenbedingungen und die Ziele festgehalten. Wesentliche Elemente dieses Vertrages sind:

- „Mitwirkungspflicht
- mindestens zweimal tägliche Teilnahme an der Medikamentenvergabe
- keine Fehltage in der Vergabe
- Regelmäßige Teilnahme an der Gruppentherapie
- i. d. R. einmal wöchentlich Arzttermine
- i. d. R. einmal wöchentlich PSBS-Kontakte
- Regelmäßige Urinkontrollen unter Sichtbezug
- Verzicht auf Konsum nicht ärztlich verordneter Suchtstoffe und Medikamente
- aktives, frühzeitiges Mitteilen etwaiger Rückfälle und Beikonsum
- stationäre Teilentgiftung bei Beikonsum
- Teilnahme am Arbeitsprojekt bei entsprechender Eignung“ (Konzeption Diamorphinbehandlung, 2017, S. 6)

Als Behandlungsmaxime in der Schwerpunktpraxis für Suchtmedizin und bei Release Direkt gilt generell die individuelle Behandlung. So ist auch der Behandlungsvertrag für den Einzelnen zugeschnitten bzw. ausgehandelt. Die Behandlungselemente werden also durch besondere Absprachen, die sich auch im Verlauf der Behandlungen ergeben können, ergänzt.

Rückmeldungen zum Verlauf der Behandlung an die Staatsanwaltschaft erfolgen nach deren Maßgabe in regelmäßigen Abständen, i. d. R. alle 2-3 Monate mit folgenden Inhalten:

- Teilnahme des Patienten an den vorgegebenen Terminen
- Ergebnisse der Urinkontrollen
- Besonderheiten im Verlauf der Behandlung

Die Entscheidung über die Anerkennung der Behandlungszeit nach den gesetzlichen Vorgaben aus § 36 BtMG trifft die Staatsanwaltschaft. Maßgebliche Entscheidungsgrundlage dafür ist die im Abschlussbericht enthaltene Prognose. Eine positive Prognose wird ausgestellt, wenn „der Patient ein hohes Maß an Behandlungscompliance zeigt, den individuell erwartbaren Fortschritt bei der Zielerreichung zeigt und aktiv am Behandlungsfortschritt mitarbeitet“ (Konzeption Diamorphinbehandlung, 2017, S. 4).

Die Entwöhnung vom Beikonsum wird bei den Patienten nicht vorausgesetzt, jedoch als Ziel vorgegeben und im Verlauf der Behandlung angestrebt.

Die Behandlung als solche setzt im alltäglichen Umfeld des Patienten an und versucht ihn innerhalb von diesem möglichst passgenau zu betreuen. Insofern unterscheidet sich diese ambulante Behandlung von stationären Therapien, die i. d. R. mit vielen Einzel- und Gruppentherapiegesprächen und anderen Behandlungselementen tagfüllend sind.

Dennoch ist der Behandlungsumfang trotz ambulanter Form recht groß und somit zeitintensiv für den Patienten.

### **2.2.2 Substitutionsgestützte Rehabilitation SURE plus**

Nachfolgend ist das gemeinsam existierende Rahmenkonzept über die substitutionsgestützte Rehabilitation (SURE plus) zwischen der vollstationären Einrichtung Fachklinik Tübingen und der teilstationären Einrichtung Tagwerk Stuttgart vom Stand 04/2015 zusammengefasst (s. Anhang).

Seit dem Jahr 2015 ist es in beiden Therapiestätten möglich, bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen und nach einem entsprechenden Aufnahmeprozedere eine Rehabilitation unter der Gabe des Substitutionsmittels zu absolvieren.

Diese substitutionsgestützte Rehabilitation können Patienten unter Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG durchlaufen. Hierfür existieren keine gesonderten Konzeptionen sondern die Behandlung ist in beiden Fällen gleich.

Die Fachklinik Tübingen hält 15 - 20 von 50 Betten für die substitutionsgestützte Rehabilitation vor. Das Tagwerk Stuttgart bietet 6 Plätze für die sog. SURE Patienten.

Die Regelbehandlungsdauer beträgt 24 Wochen.

Zielgruppe sind all jene Patienten, die sich wegen unterschiedlichen Gründen nur auf eine (zumindest anfänglich) substitutionsgestützte Therapie einlassen können.

Die verwendeten Substitutionsmittel sind Buprenorphin und Methadon. Bei den Dosierungen der jeweiligen Substitute im Rahmen der medizinischen Behandlung bestehen Obergrenzen. Dies ist bei Methadon 6 ml pro Tag/Patient und bei Buprenorphin 8 mg pro Tag/Patient (in Ausnahmefällen 12 mg). Bei einem Vorgespräch wird genau geprüft, ob eine sog. Rehafähigkeit gegeben ist. Die Mitpatienten, die nicht substituiert werden, sollen nicht in ihrer Abstinenz beeinflusst werden. Beide Einrichtungen sind nach wie vor grundsätzlich abstinentorientiert, d. h. die meisten der Patienten kommen nach einer abgeschlossenen Entgiftung zur Therapie, treten also „clean“ an.

Die Zielgruppe für SURE teilt sich in drei Untergruppen:

- 1) Substituierte, die abstinent leben möchten, dies aktuell jedoch (ohne die Rehabilitation) nicht umsetzen können. Hier ist die „Ausdosierung“ angestrebt.
- 2) Substituierte, „die eine möglichst geringe, suffiziente Erhaltungsdosis anstreben“ (Substitutionsgestützte Rehabilitation, 2015, S. 2) um zunächst psychische Stabilität zu erlangen und vor Rückfällen geschützt zu sein.
- 3) Substituierte, die auch nach der Reha substituiert bleiben wollen, jedoch „teilhabeorientierte Ziele verfolgen: Erwerbsfähigkeit; Behandlung von psychischen Begleiterkrankungen, Antriebslosigkeit oder weiterer Suchtproblematik; Loslösen aus dem Drogenmilieu; soziale Integration; Neuorientierung.“ (S. 2).

In jedem Fall findet eine Abwägung mit den Kosten und Nutzen der fortgesetzten Substitutionsbehandlung statt. Ein Herauslösen aus der Substitutionsbehandlung wird zwar nicht als Ziel vorgegeben, dennoch sind die Patienten „grundsätzlich bereit, sich mit der Zielsetzung abstinenter Lebensweise auseinanderzusetzen“ (S.1)

Der beruflichen (Re-)Integration kommt während der Therapie eine große Bedeutung zu. So werden bewährte berufsintegrierende Maßnahmen wie BOSS (Beruflich Orientierte Rehabilitation Suchtkranker in Stufen) und BISS (Berufliche Integration nach stationärer Suchttherapie) umgesetzt. Diese Maßnahmen stellen eine Art Stufenprogramm mit schrittweiser

Annäherung an den Arbeitsmarkt dar, an deren Ende im besten Fall eine Arbeitsstelle zu gefunden wird.

Die beiden Einrichtungen legen im Falle der fortgesetzten Substitutionsbehandlung nach Therapie einen großen Wert auf die Sicherstellung der medizinischen Weiterbehandlung. Außerdem wird für alle Patienten eine Nachsorgebehandlung am Wohnort sichergestellt.

## **2.3 Gesundheitsökonomische Aspekte**

In diesem Kapitel sollen die anfallenden Kosten der jeweiligen Behandlung mit den Kosten, die in der JVA anfallen würden, verglichen werden. Im zweiten Schritt werden die Entlassquoten (Therapieabschluss /-abbruch) je Einrichtung vorgestellt.

### **2.3.1 Kosten der Behandlung gegenüber Kosten des Vollzugs**

Für das Haushaltsjahr 2016 wurden die Kosten des Vollzugs in Baden-Württemberg vom Justizministerium ermittelt. Diese belaufen sich auf 118,09 € (einschließlich Bauinvestitionen) pro Insasse (Völkel, 2019).

Der Pflegesatz in der Fachklinik Tübingen laut Anette Wollinger, stellvertretende Klinikleitung, liegt derzeit bei 139,40 € (schriftliche Korrespondenz per E-Mail, Esslingen, 02.03.2020).

Die deutsche Rentenversicherung vergütet dem Tagwerk Stuttgart, gemäß den Aussagen von Farid Hässelbarth, Mitarbeiter bei Tagwerk Stuttgart, pro Tag und Patient 116,05 € (schriftliche Korrespondenz per E-Mail, 28.02.2020).

Die anfallenden Kosten der Diamorphinbehandlung wurden von Dr. Andreas Zsolnai, Leiter der Schwerpunktpraxis für Suchtmedizin, grob ermittelt. Demnach kostet ein Tag innerhalb der Diamorphinbehandlung rund 35 € (schriftliche Korrespondenz per E-Mail, 08.03.2020). Hinzu kommen Medikamentenkosten von 10 €. Dies entspricht 45 € pro Tag und Patient. Uwe Collmar, Leiter der psychosozialen Beratungsstelle Release Direkt, fügt hinzu: „Bei einer durchschnittlichen Auslastung der PSBS mit 60 Klienten pro 100%-Stelle kommen wir in einer überschlägigen Berechnung auf Kosten von ca. 6 € pro Klient und Tag für Personal, Miet- und Sachkosten“ (schriftliche Korrespondenz per E-Mail, Release Direkt Stuttgart, 10.03.2020).

	JVA Baden-Württemberg	Fachklinik Tübingen (stationär)	Tagwerk Stuttgart (teilstationär)	Diamorphin- und PSBS Stuttgart (ambulant)
Kosten pro Tag/Person	118,09 €	139,40 €	116,05 €	≈51 €

### 2.3.2 Entlassquoten

	Fachklinik Tübingen	Tagwerk Stuttgart	Diamorphin-behandlung Stuttgart
Therapien gesamt	303		
davon mit § 35 BtMG	124	15	40
reguläre Entlassung	77	9	21
vorzeitige Entlassung auf ärztliche Veranlassung	113	2	14
vorzeitige Entlassung mit ärztlichem Einverständnis	2	-	-
Abbruch / vorzeitige Entlassung ohne ärztliche Veranlassung	87	3	2
disziplinarische Entlassung	24	1	3

Stand: November 2019

In der Fachklinik Tübingen haben zum Stichtag 08.11.2019 insgesamt 303 Patienten eine substitions-gestützte Rehabilitation beendet. 124 dieser Patienten (103 Männer, 21 Frauen) waren nach § 35 BtMG dort in Behandlung.

Von 303 angetretenen substitions-gestützten Behandlungen wurden 87 durch den Patienten abgebrochen und 24 Behandlungen disziplinarisch beendet. Das entspricht einer Abbruchquote von 36,6%. Bei den restlichen Behandlungen erfolgte die Entlassung regulär (25,4%), vorzeitig auf ärztliche Anordnung (37,3%) oder vorzeitig mit ärztlichen Einverständnis



(0,4%). (Frau Schmid, Aufnahmeplanung, bwlv Fachklinik Tübingen, Stand 11/2019). Die Zahlen sind in der Nachkommastelle gerundet.

Im Tagwerk Stuttgart wurden bis Ende 2019 insgesamt 15 substitutionsgestützte Rehabilitationsbehandlungen mit § 35 BtMG durchgeführt. Davon konnten 9 Patienten regulär entlassen werden (60%), zwei wurden vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis entlassen (13,3%), drei Patienten vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis (20%) und einmal erfolgte eine disziplinarische Entlassung (6,7%).

Bei der Diamorphinbehandlung sehen die Prozentwerte folgendermaßen aus: Von 40 Behandlungen wurden zwei durch den Patienten abgebrochen (5%), dreimal erfolgte eine disziplinarische Entlassung (7,5%) und in 14 Fällen wurde die Behandlung durch die Einrichtung abgebrochen (35%). Ein Behandlungsende hingegen erreichten 14 Patienten regulär nach Zeit (35%) und 7 Patienten regulär mit Verlängerung (17,5%). Von diesen 40 Behandlungen wurden 20 Patienten eine positive und 20 Patienten eine negative Prognose bescheinigt (Release Direkt, Statistik § 35, 11/2019).

Ein Vergleich dieser Behandlungsquoten ist schwierig, weil einerseits die Gruppengrößen stark voneinander abweichen und andererseits, weil sich bei den Entlasszahlen der Fachklinik Tübingen die Behandlungen nach § 35 BtMG nicht extrahieren lassen.

## **2.4 Forschungsdesign**

### **2.4.1 Forschungsmethode**

Der Nutzen der Diamorphinbehandlung nach § 35 BtMG in Stuttgart wurde mittels einer Vollerhebung aller zum Zeitpunkt der Befragung gegenwärtigen und ehemaligen Patienten per standardisiertem Fragebogen untersucht.

Etablierte Therapieformen auf dem Feld des § 35 BtMG sind stationäre Rehabilitationsbehandlungen und mehr und mehr auch teilstationäre Angebote.

Ein Vergleich zu diesen beiden Behandlungsformen schuf die Möglichkeit, die Ergebnisse der Befragung der Diamorphin-Patienten besser einordnen zu können. Die entscheidenden Kriterien für eine vergleichende Betrachtung der Behandlungsformen waren:

- Therapie nach § 35 BtMG
- Substitutions- bzw. Diamorphinbehandlung
- Einrichtung innerhalb von Baden-Württemberg

### **2.4.2 Fragestellungen und Forschungshypothesen**

Ab diesem Kapitel wird wegen der besseren Lesbarkeit die Diamorphinbehandlung als ambulante Therapie bezeichnet.

Im Zentrum der Forschung stand die Frage: Profitieren Patienten, die sich für die ambulante Behandlung nach § 35 BtMG in Stuttgart entscheiden, von dieser Therapie? Dies sollte vor allem durch Betrachtung der Legalbewährung genauer untersucht werden.

Von Interesse war außerdem die Frage, ob es einen bestimmten „Typ Patient“ gibt, der sich am besten für diese ambulante Behandlung eignet und was diesen ggf. kennzeichnet.

Vorausgesetzt die Diamorphinbehandlung erwiese sich als wirksam, stellte sich auch die Frage nach Wirkfaktoren.

Zusammengefasst: Wer profitiert am besten von dieser Behandlung? Was sind genau die Wirkfaktoren, die diese Behandlung erfolgreich werden lassen?

Anhand des erstellten Fragebogens sind nachfolgende Forschungshypothesen entstanden:

### Hypothese 1.1

Die Patienten der ambulanten Therapie haben im Vorfeld durchschnittlich insgesamt mehr Therapien begonnen als die Patienten der teilstationären und stationären Therapie.

### Hypothese 1.2

Wenn sich ein Patient für die ambulante Therapie entscheidet, dann hat er im Vorfeld insgesamt mehr Therapien abgebrochen als beendet.

Diese Prüfung dieser beiden Hypothesen soll Auskunft über die Zielgruppe geben, für die diese Behandlung gut geeignet ist.

### Hypothese 2.1

Je länger ein Patient sich schon in einer Substitutions-, Diamorphinbehandlung befindet, desto eher entscheidet er sich für die ambulante Therapie nach § 35 BtMG im Gegensatz zur teilstationären oder stationären Therapie nach § 35 BtMG.

### Hypothese 2.2

Wenn sich ein Patient für die ambulante Therapie nach § 35 BtMG entscheidet, dann ist ein Hauptentscheidungskriterium der Verbleib innerhalb der Diamorphinbehandlung, auch nach Ende der Therapie.

Ausgehend von der Annahme, dass die Diamorphinbehandlung die chronisch opiatabhängigen Patienten besonders gut erreicht, soll mit dieser Hypothese geprüft werden, ob die Dauer der Substitutions-, Diamorphinbehandlung einen negativen Einfluss auf die Motivation zur Abstinenz hat. In dem Fall wäre die ambulante Therapie für chronisch opiatabhängige Patienten besser geeignet, da die Abstinenz nicht das Ziel der Behandlung ist. Der positive Umkehrschluss wäre folglich: Die Diamorphinbehandlung wirkt langfristig stabilisierend.

Hypothese 3

Wenn ein Patient die ambulante Therapie nach § 35 BtMG antritt, dann wird diese mit größerer Wahrscheinlichkeit abgebrochen als die teilstationäre oder stationäre Therapie.

Diese Hypothese wurde gebildet ausgehend von der Mutmaßung, dass es für einen psychisch und sozial stark beeinträchtigten Menschen möglicherweise schwerer ist, in seinem gewohnten Umfeld sukzessive problematische Lebensbereiche wieder aufzubauen.

Hypothese 4.1

Wenn ein Patient die ambulante Therapie regulär beendet, wird er in der Zukunft weniger häufig straffällig als ein Patient, der nicht regulär beendet.

Diese Hypothese überprüft den Kern dieser Forschung: hat die Behandlung einen Einfluss auf die Straffälligkeit der Patienten?

Mithilfe dieser Hypothesenprüfung soll nachgewiesen werden, dass sich die Behandlung als solche positiv auf die Gesundheit und vor allem die Legalbewährung der Patienten auswirkt.

Hypothese 4.2

Wenn ein Patient die ambulante Therapie regulär abgeschlossen hat, dann ist der Beikonsum geringer als bei einem Patienten, der diese nicht regulär abgeschlossen hat.

Hypothese 5

Die Hauptwirkfaktoren dieser ambulanten Therapie sind: die Atmosphäre der Einrichtung und die individuelle Behandlung bestehend aus ärztlicher, pflegerischer und sozialarbeiterischer Komponente.

Diese Hypothese soll untersuchen, ob die von den Behandelnden vermuteten Wirkfaktoren tatsächlich einen positiven Einfluss auf die Genesung der Patienten haben.

Hypothese 6

Wenn sich ein Patient für die ambulante Therapie entscheidet, dann speist sich die Therapie-Motivation stärker aus dem Willen zur Haftvermeidung als bei der Vergleichsgruppe.

Diese Hypothesen soll prüfen, wie bedeutend die extrinsische Motivation für die Entscheidung zur dieser Behandlung bei den Patienten ist.

Im Fragebogen fand das Persönlichkeitsinventar der Big-Five Anwendung. Verwendet wurde der Fragenkatalog in Form der validierten und normierten Kurzsкала mit 10 Items (BFI-10) in deutscher Übersetzung. Das Leibniz Institut für Sozialwissenschaften stellt dieses Instrument wie auch Referenzwerte zur Verfügung. Jede Dimension wird mit jeweils zwei Variablen abgedeckt.

Das Big Five Persönlichkeitsintenventar BFI-10 eignet sich sehr gut als Messinstrument da es die wissenschaftlichen Gütekriterien der Objektivität, Reliabilität und Validität erfüllt.

Dieses Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit ist „zurzeit das am weitesten verbreitete Modell zur Beschreibung der Gesamtpersönlichkeit“ (Kemper, Beierlein, Bensch, Kovaleva, Rammstedt, 2013, S. 7) und eignet sich gut zur Persönlichkeits- und Verhaltensforschung.

Unterschieden werden fünf Persönlichkeitsdimensionen: Extraversion, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit, Neurotizismus und Offenheit. Diese Dimensionen oder Kategorien kann man als Merkmale bezeichnen, die jeweils bei jedem Menschen unterschiedlich stark ausgeprägt sind. Aus diesen Ausprägungen setzt sich die individuelle Persönlichkeit zusammen (Satow, 2012, S. 5).

H. J. Eysenck prägte den Begriff „Neurotizismus“ und fasste ihn als Persönlichkeitsdimension auf. Es meint das Verhältnis von emotionaler Stabilität bzw. Labilität der Persönlichkeit. Menschen mit einer Ausprägung im Bereich Neurotizismus tendieren zu Labilität. Aufgrund einer schnellen Erregbarkeit des limbischen Systems neigen diese Menschen außerdem eher zu Stress. Sie reagieren empfindlich auf Eindrücke und erleben häufiger negative Emotionen (Trauer, Angst, Unsicherheit). Außerdem werden diese schneller ausgelöst und bleiben länger bestehen (vgl. Hennig, 2005, S. 252 f.).

„Offenheit“ meint bei großer Ausprägung das Interesse für neue Erfahrungen, den Einfallsreichtum und die Neugierde im Gegensatz zu konventionellem Verhalten und dem Streben nach Sicherheit (vgl. Schulze, 2000).

Bei einem hohen Ausschlag auf der Skala der Dimension „Extraversion“ finden sich Persönlichkeitseigenschaften wie Geselligkeit und Optimismus wieder. In schwacher Ausprägung zeigt sich eher Introversion und Zurückhaltung (Schulze, 2000).

Bei „Verträglichkeit“ sieht man in starker Ausprägung die Neigung zu Altruismus sowie zu Kooperation und Nachgiebigkeit. Schwach ausgebildet zeigt sich eher die Eigenschaft der Wettbewerbsorientierung (vgl. Schulze, 2000).

Einem Menschen mit starker Ausprägung bei der Dimension „Gewissenhaftigkeit“ würde man wahrscheinlich Eigenschaften wie Zuverlässigkeit, Disziplin und Leistungsbereitschaft zuschreiben. Im Gegensatz dazu würde ein unbekümmerter und eher nachlässiger Mensch eine tendenziell geringere Ausprägung aufweisen (vgl. Schulze, 2000).

### Hypothese 7.1

Wenn bei einem befragten Patienten die Persönlichkeitsdimension „Neurotizismus“ nach der Kategorisierung der Big-Five ausgeprägt ist, dann besteht hier eher eine komorbide Störung als bei dem Durchschnitt der befragten Patienten.

### "Hypothese 7.2

Wenn bei einem befragten Patienten die Persönlichkeitsdimension „Offenheit“ nach der Kategorisierung der Big-Five eine hohe Ausprägung aufweist, dann hat dieser Patient mehr Beikonsum als der Durchschnitt der Patienten.

Diese beiden Hypothesen untersuchen mithilfe des Persönlichkeitsmodells der Big-Five Zusammenhänge zwischen ausgeprägten Persönlichkeitsmerkmalen einerseits und komorbiden Störungen bzw. Beikonsum andererseits. Sollten sich Zusammenhänge feststellen lassen, kann man diese Erkenntnis für den therapeutischen Prozess nutzen.

### Hypothese 8

Wenn ein suchtmittelabhängiger Patient im Rahmen seiner Behandlung befragt wird, dann fallen die Antworten tendenziell stärker sozial erwünscht aus als bei einem durchschnittlichen Mitbürger.

Ausgehend von der Annahme, dass die Rahmenbedingungen dieser Befragung eine Offenheit in Bezug auf heikle Themen wie Straffälligkeit und Beikonsum nicht zulassen, soll diese letzte Hypothese Auskunft darüber geben, vor welchem Hintergrund die Ergebnisse dieser Befragung interpretiert werden können.

Konkret: Inwieweit muss von beschönigten Angaben ausgegangen werden?

### **2.4.3 Studienaufbau**

Nach Festlegung der Forschungsmethode und des Forschungsdesigns sowie nach Fertigstellung des Exposés wurde der Fragebogen für die schriftliche Befragung erstellt. Zwischen erster Rohfassung und vorliegender Endfassung wurden einige Versionen verworfen bzw. abgeändert. In Rücksprache mit dem Erstprüfer Prof. Dr. Köhler wurde der Fragebogen gekürzt sowie an verschiedenen Stellen angepasst. Weiterhin ergab eine Pre-Testung mit drei Patienten, dass die eine oder andere Frage nicht schlüssig bzw. unklar formuliert war. Weiterhin meldeten Kollegen (Mitarbeitende von Release Direkt) zurück, dass die Auswahl bei diversen Fragen mit Mehrfachantworten nicht umfassend genug war. Angaben zu Medikamenten und diversen Störungsbildern im Fragebogen wurden in Rücksprache mit Dr. Zsolnai, behandelnder Arzt der Schwerpunktpraxis für Suchtmedizin, angepasst.

Der Fragebogen wurde dann, aus Gründen der besseren Lesbarkeit und Verständlichkeit, in zwei Versionen erstellt: für ehemalige und für aktuelle Patienten. Die Fragen blieben dennoch sinngemäß gleich, sodass alle Fragebögen gemeinsam ausgewertet werden konnten.

Schließlich wurde ein Anschreiben aufgesetzt, welches einerseits alle wichtigen Infos zur Befragung mit Kontaktdaten enthält. Andererseits soll es Transparenz schaffen, die Anonymität der Befragung hervorheben und die Furcht vor negativen Konsequenzen in Bezug auf die eigene Behandlungssituation bzw. justizielle Situation nehmen.

Damit die Teilnehmenden konzentriert und gespannt bleiben, wurde das Anschreiben so knapp wie möglich formuliert.

Alle befragten Patienten erhielten also Fragebogen plus Anschreiben.

#### **2.4.4 Durchführung der Untersuchung**

Die Untersuchung begann zum Stichtag 25.04.2019 mit einer ersten Befragung der aktuellen Diamorphin-Patienten in Stuttgart und endete am 30.05.2019.

Die Befragung aller ehemaligen Patienten der Diamorphinbehandlung erfolgte sowohl auf postalisch als auch auf persönlich im Zeitraum Mai/Juni 2019.

Zum Stichtag 25.04.2019 hatten 33 Behandlungen mit 31 Personen stattgefunden. Das heißt zwei Patienten hatten zweimal an dieser Behandlungsform teilgenommen. Drei der 31 ehemaligen Patienten waren inzwischen leider verstorben.

Am 08.05.2019 erfolgte die Befragung der Patienten der bwlv Fachklinik Tübingen, die in die Stichprobe fielen.

An zwei Terminen im Mai erfolgte die Befragung der aktuellen Patienten der teilstationären Therapie durch eine Mitarbeiterin der Einrichtung Tagwerk. Sie wurde im Vorfeld genau instruiert. Von den fünf Patienten, die zu der Zeit dort ihre Therapie absolvierten, erklärten sich alle bereit, den Fragebogen auszufüllen.

Die ehemaligen Patienten der verglichenen Einrichtungen wurden auf postalischem Weg befragt. Da die Quote dieser Patienten mit den genannten Einschlusskriterien bei beiden Einrichtungen nicht allzu groß ist, musste bei der Auswahl der Zielgruppe in der Zeit sehr weit zurückgegangen werden.

Bei der bwlv Fachklinik Tübingen wurden 56 Patienten ermittelt, beim Tagwerk Stuttgart waren es 38 ehemalige Patienten. Alle erhielten sie einen Umschlag mit Fragebogen und Anschreiben.

Insgesamt konnten 45 Fragebögen ausgewertet werden. Davon waren 30 Fragebögen durch Patienten der ambulanten Therapie ausgefüllt (16 ehemalige und 14 aktuelle Patienten). Vom Tagwerk Stuttgart konnten fünf aktuelle Patienten befragt werden und fünf Fragebögen erhielt ich von ehemaligen Patienten zurück. Bei der Fachklinik Tübingen fielen die Zahlen leider noch kleiner aus: Zwei aktuelle Patienten und drei ehemalige Patienten hatten sich an der Befragung beteiligt.

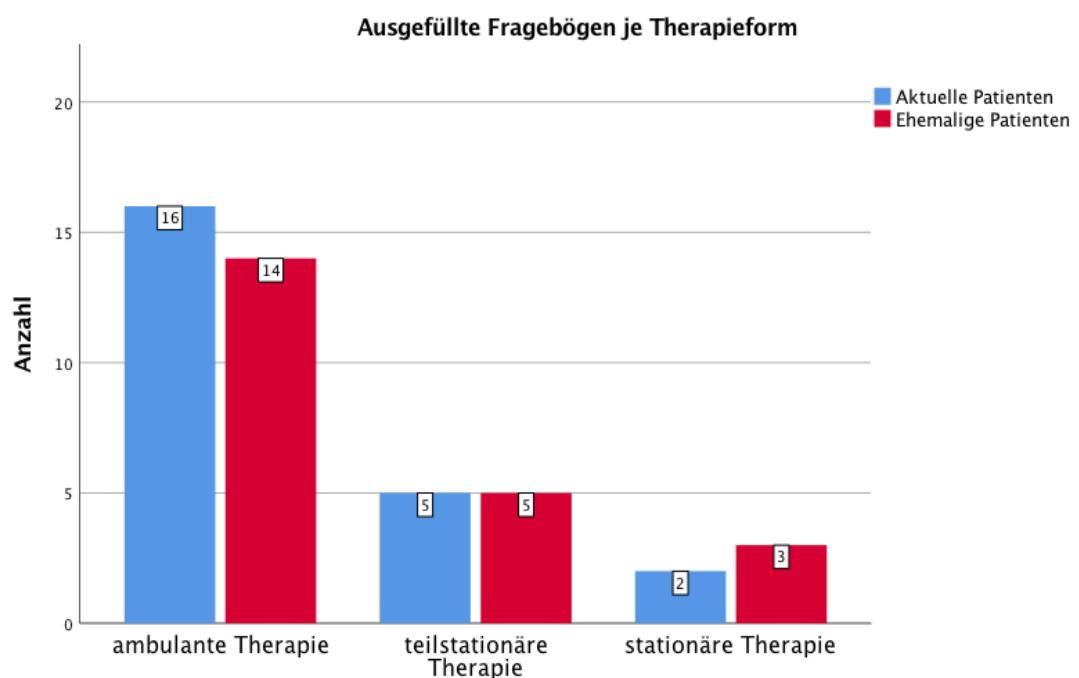


## EMPIRISCHER TEIL

Die folgende Tabelle zeigt die Stichprobengrößen der jeweiligen Einrichtungen sowie die Rückläufe in Zahlen und Prozent.

	Diamorphin- behandlung Stuttgart (ambulant)	Tagwerk Stuttgart (teil- stationär)	Fachklinik Tübingen (stationär)	Gesamt je Zeile
Anzahl aktueller Patienten zum Stichtag 25.04.2019	16	5	3	24
Rücklauf aktueller Patienten	16	5	2	23
Rücklauf in %	100%	100%	~67%	~96%
Anzahl ehemaliger Patienten zum Stichtag 25.04.2019	31	38	56	125
Rücklauf ehemaliger Patienten	14	5	3	22
Rücklauf in %	~45%	~13%	~5%	~16%

Die folgende Grafik veranschaulicht den gesamten Rücklauf der Fragebögen unterteilt in aktuelle und ehemalige Patienten je Therapieform.



## 3 ERGEBNISSE

### 3.1 Auswertung Fragebogen

Zum Stichtag 31.08.19 wurde die Befragung geschlossen. Die Erfassung der Ergebnisse begann.

Die Auswertung der Fragebögen erfolgte ausschließlich mit dem Statistikprogramm IBM SPSS Statistics 25, eine Statistik- und Analyse-Software. Hier wurden anhand der Fragen des Fragebogens 37 Items in 115 Variablen. Nach Eingabe der einzelnen Daten der Fragebögen konnten diverse Mehrfachantwortensets und weitere Variablen erstellt werden. Um das deutsche Gesis-Inventarset der Big 5 (Rammstedt et al., 2014) auswerten zu können, war ein Umcodieren der negativ gepolten Items und eine anschließende Zusammenführung der Variablen innerhalb der jeweiligen Dimensionen erforderlich.

Zur Prüfung der Hypothesen kamen folgende Auswertungsmethoden zum Einsatz: Häufigkeitstabellen, Kreuztabellen, Mittelwerte, einfache und gruppierte Säulendiagramme, ein Streudiagramm sowie der Chi<sup>2</sup>-Test nach Fischer und Pearson.

Der sehr geringe Rücklauf an ausgefüllten Fragebögen erschwerte oder verhinderte die Auswertung mit bestimmten Methoden von SPSS. Der Umstand, dass die Mehrheit der Variablen nominal codiert sind, ließ maximal eine Korrelation mit dem Chi<sup>2</sup>-Test zu.

Der Chi<sup>2</sup>-Test prüft, ob zwischen zwei kategorialen Variablen ein Zusammenhang besteht, welcher nicht auf dem Zufall basiert. Um diesen auszuschließen, bedient man sich der sog. Nullhypothese. Diese nimmt an, dass kein Zusammenhang zwischen zwei Variablen besteht und das Ergebnis durch Zufall zustande kommt. Da man den Zufall ausschließen möchte, muss man den Beweis erbringen, dass die Nullhypothese nicht zutrifft. Hierfür ist ein Wahrscheinlichkeitswert zu ermitteln, der sog. p-Wert (hier: asymptotische Signifikanz). Dieser Wert liegt immer zwischen 0 und 1 (Bender, und Lange, 2001, S. 39).

„Der  $p$ -Wert ist die Wahrscheinlichkeit dafür, dass sich die Daten wie beobachtet realisieren, falls in Wirklichkeit die Nullhypothese zutrifft“ (Bender und Lange, 2001, S. 39).

Somit gibt dieser rechnerisch ermittelte Wert außerdem einen Anhaltspunkt dafür, mit welcher Wahrscheinlichkeit die Alternativhypothese, die relevant ist, zutrifft. Um diesen Wert dann einordnen zu können, muss man vorab eine Grenze über die maximale Irrtumswahrscheinlichkeit festlegen. Das heißt, ab welchem Wert kann das Ergebnis quasi nicht auf den Zufall zurückgeführt werden. Diese Grenze ist das sog. Signifikanzniveau  $\alpha$ . Man legt es i. d. R. bei 5% fest, also  $\alpha = 0,05$ . Dies entspricht einer typischen Fehlerwahrscheinlichkeit. Alle Werte unter diesem Niveau gelten somit als signifikant. Ergebnisse mit Werten größer als 0,05 gelten als nicht statistisch signifikant (Bender, Lange, 2001, S. 39). Allerdings muss beachtet werden, dass trotz fehlender statistischer Signifikanz dennoch von einem Effekt zwischen den Variablen ausgegangen werden kann. Einfluss auf den  $p$ -Wert haben außer der tatsächlichen Relevanz nämlich ebenfalls die Stichprobengröße und die Variabilität der Daten. Eine große Stichprobe kann einen kleinen  $p$ -Wert generieren und dennoch geringe Effekte aufweisen. Umgekehrt kann eine kleine Stichprobe einen großen  $p$ -Wert hervorbringen, trotz vorhandenen Korrelationen zwischen den Variablen (vgl. Bender und Lange, 2001, S. 39).

### 3.2 Hypothesenprüfung

Hypothese 1.1

Die Patienten der ambulanten Therapie haben im Vorfeld durchschnittlich insgesamt mehr Therapien begonnen als die Patienten der teilstationären und stationären Therapie.

Patienten ambulante Therapie

**Therapien gesamt**

Anzahl Therapien	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
1	7	23,3	23,3
2	1	3,3	3,3
3	6	20,0	20,0
4	5	16,7	16,7
5	3	10,0	10,0
6	5	16,7	16,7
7	2	6,7	6,7
9	1	3,3	3,3
Gesamt	30	100,0	100,0

**§ 35 gesamt**

Anzahl § 35	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
0	3	10,0	10,0
1	7	23,3	23,3
2	1	3,3	3,3
3	6	20,0	20,0
4	4	13,3	13,3
5	4	13,3	13,3
6	2	6,7	6,7
7	2	6,7	6,7
9	1	3,3	3,3
Gesamt	30	100,0	100,0

**Regulär beendete Therapien**

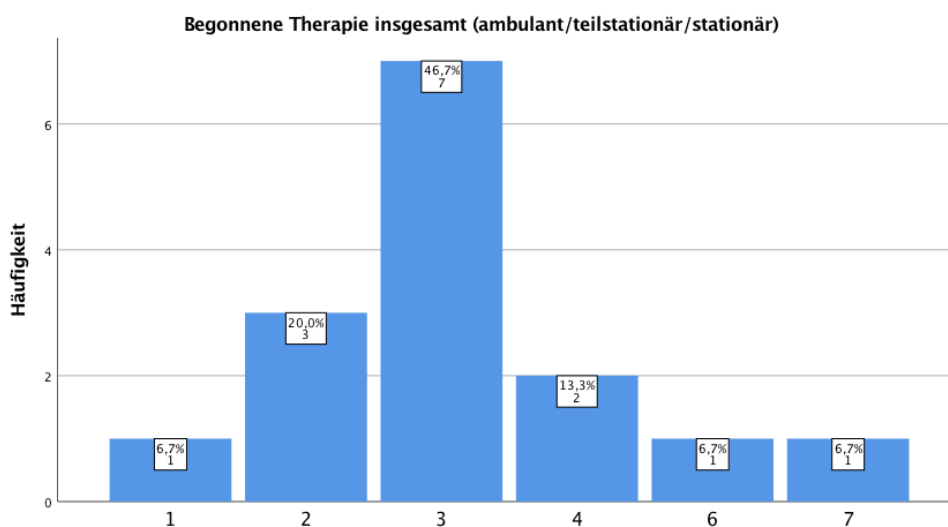
	Anzahl regulär beendeter Therapien	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	0	12	40,0	41,4
	1	7	23,3	24,1
	2	2	6,7	6,9
	3	4	13,3	13,8
	4	1	3,3	3,4
	5	2	6,7	6,9
	6	1	3,3	3,4
	Gesamt	29	96,7	100,0
Fehlend	nicht ausgefüllt	1	3,3	
Gesamt		30	100,0	

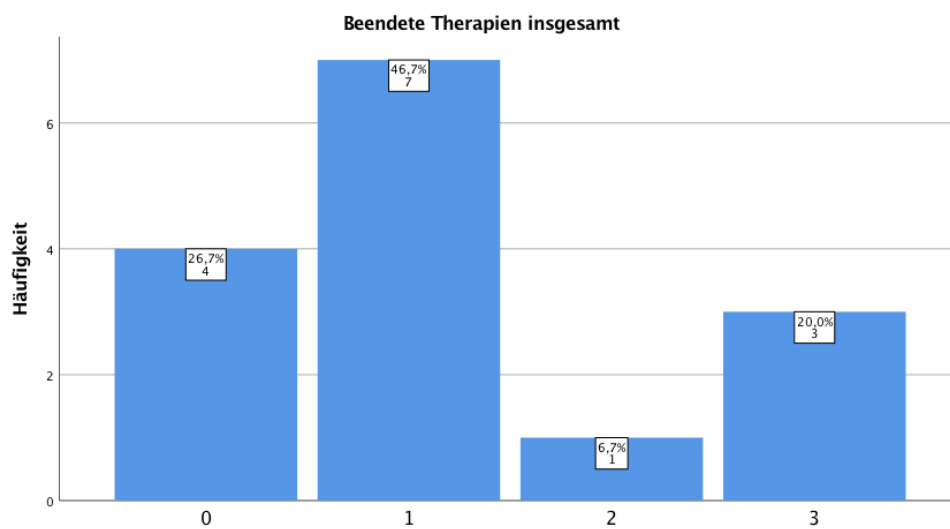
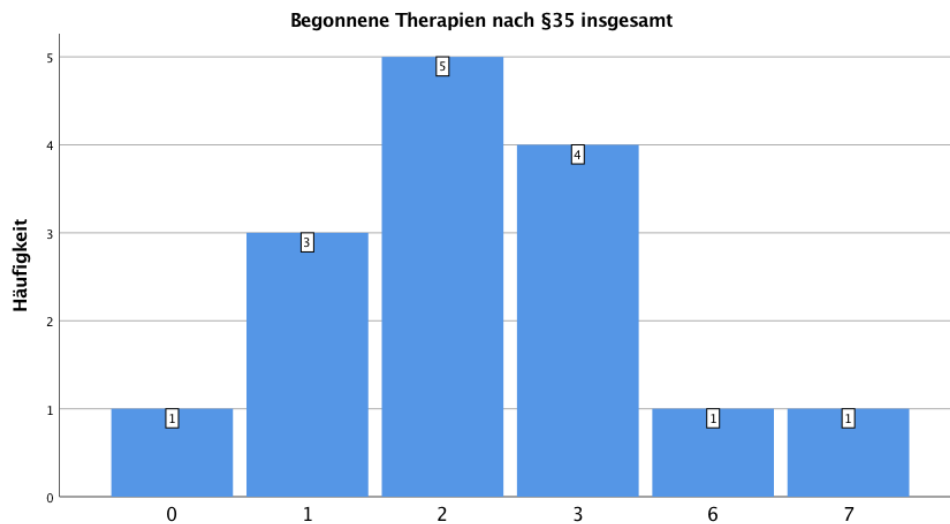
Die 30 befragten Patienten der ambulanten Therapie haben insgesamt 115 Therapien begonnen. Ein Patient hat somit im Durchschnitt 3,8 Therapien begonnen. Von insgesamt 115 Therapien waren 98 nach § 35 BtMG.

43 von 115 Therapien wurden insgesamt regulär beendet. Ein einzelner Patient hat die Anzahl beendeter Therapien nicht angegeben. Dieser Prozentsatz von 3,3% muss außer Acht gelassen werden.

Es ergibt sich, dass weniger als die Hälfte aller begonnenen Therapien, nämlich 37,4% regulär beendet wurden.

Patienten teilstationäre, stationäre Therapie





15 befragte Patienten der teilstationären und stationären Therapie haben insgesamt 49 Therapien begonnen. Ein Patient hat somit im Durchschnitt 3,3 Therapien begonnen. Von insgesamt 49 Therapien waren 38 nach § 35 BtMG. 18 von 49 Therapien wurden regulär beendet. Das entspricht einem Prozentsatz von 36,7%.

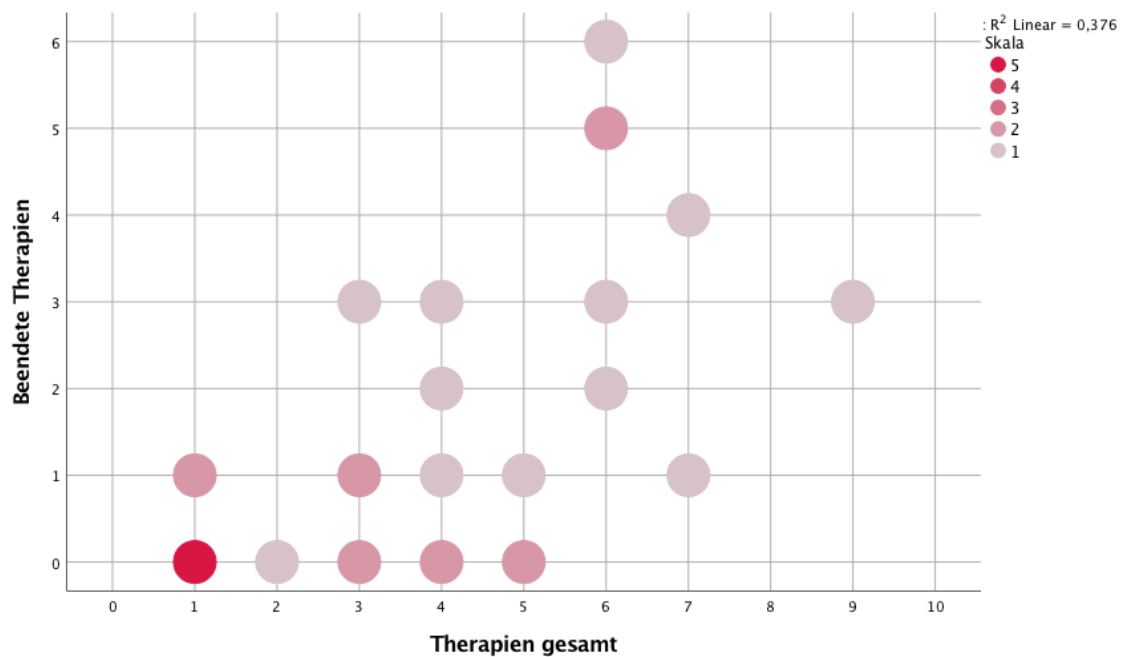
Der Unterschied zwischen 3,8% durchschnittlich begonnener Therapien und 3,3% zwischen den verglichenen Gruppen ist nicht signifikant.

Die Hypothese 1.2 ist somit widerlegt.

### Hypothese 1.2

Wenn ein Patient für die ambulante Therapie entscheidet, dann hat er im Vorfeld insgesamt mehr Therapien abgebrochen als beendet.

Patienten ambulante Therapie



Die Punkte stehen für die Anzahl der Nennungen. Die farbige Zuordnung findet sich am oberen rechten Rand des Streudiagramms. Somit liest sich dieses Diagramm folgendermaßen: 2 Patienten geben jeweils an, bisher 4 Therapien begonnen und keine davon beendet zu haben.

Die meisten dunkler eingefärbten Punkte finden sich im unteren Bereich der y-Achse. Somit lässt sich erkennen, dass von den Patienten der ambulanten Therapie eindeutig mehr Therapien abgebrochen denn regulär beendet wurden.

In Hypothese 1.2 wurde der genaue Prozentwert regulär beendeter Therapien bei dieser Gruppe mit 37,4% ermittelt.

Die Hypothese 1.3 gilt somit als bewiesen.

Hypothese 2.1

Je länger ein Patient sich schon in einer Substitutions-, Diamorphenbehandlung befindet, desto eher entscheidet er sich für die ambulante Therapie nach § 35 BtMG im Gegensatz zur teilstationären oder stationären Therapie nach § 35 BtMG.

Alle Patienten

**Kreuztabelle: Therapieform \* Dauer Substitutionsbehandlung**

		Dauer Substitutionsbehandlung					Gesamt
		weniger als 1 Jahr	1-2 Jahre	3-4 Jahre	5-10 Jahre	mehr als 10 Jahre	
ambulante Therapie	Anzahl	2	3	8	8	9	30
	Prozent	6,7%	10,0%	26,7%	26,7%	30,0%	100,0%
teilstationäre Therapie	Anzahl	1	3	1	2	2	9
	Prozent	11,1%	33,3%	11,1%	22,2%	22,2%	100,0%
stationäre Therapie	Anzahl	0	0	0	4	1	5
	Prozent	0,0%	0,0%	0,0%	80,0%	20,0%	100,0%
Gesamt	Anzahl	3	6	9	14	12	44
	Prozent	6,8%	13,6%	20,5%	31,8%	27,3%	100,0%

56,7% aller befragten Patienten der ambulanten Therapie befinden sich seit mindestens 5 Jahren in einer Substitutionsbehandlung. 44,4% sind es bei den Patienten der teilstationären Therapie, 100% bei den Patienten der stationären Therapie. Seit mindestens 3-4 Jahren in Substitutionsbehandlung befinden sich 83,4% der Patienten der ambulanten Therapie, 55,5% der teilstationären und 100% der stationären Therapie. Durchschnittlich knapp 80% aller Patienten befinden sich demnach seit mindestens 3-4 Jahren in Substitutionsbehandlung.

Die große Streuung der Antworten lässt lediglich den Schluss zu, dass die Hypothese 2.1 als nicht belegt gilt.

Hypothese 2.2

Wenn sich ein Patient für die ambulante Therapie nach § 35 BtMG entscheidet, dann ist ein Hauptentscheidungskriterium der Verbleib innerhalb der Diamorphinbehandlung, auch nach Ende der Therapie.

Zunächst wird die Frage nach der Therapie-Motivation herangezogen: „Weshalb haben Sie sich (damals) für dieses Therapie-/Behandlungskonzept entschieden?“ und darunter die genauere Angabe: „Weil ich so in der Substitutionsbehandlung bleiben kann.“ Ausgewertet werden die Angaben der aktuellen und die der ehemaligen Patienten der ambulanten Therapie.



## ERGEBNISSE

### Aktuelle Patienten ambulante Therapie

#### **Therapie-Motivation: Weil ich so in der Substitutionsbehandlung bleiben kann**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	13	81,3	81,3	81,3
	Nein	3	18,8	18,8	100,0
	Gesamt	16	100,0	100,0	

### Ehemalige Patienten ambulante Therapie

#### **Therapie-Motivation: Weil ich so in der Substitutionsbehandlung bleiben kann**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	7	50,0	50,0	50,0
	Nein	7	50,0	50,0	100,0
	Gesamt	14	100,0	100,0	

Mehr als 80% der aktuellen Patienten und 50% der ehemaligen Patienten der ambulanten Therapie geben dieses Kriterium als entscheidend für die Therapieauswahl an.

Die als Mehrfachantwortenset ausgewertete Frage ergibt für alle Patienten der ambulanten Therapie folgendes Ergebnis:

### Patienten ambulante Therapie

#### **Fallzusammenfassung**

	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Motivation	30	100,0%	0	0,0%	30	100,0%

a. Dichotomie-Gruppe tabellarisch dargestellt bei Wert 1

#### **Häufigkeiten von Therapie-Motivation**

	Antworten		Prozent der Fälle
	N	Prozent	
Zuversicht, Regeln einhalten zu können	12	11,4%	40,0%
Ich kann in meinem gewohnten Umfeld bleiben	15	14,3%	50,0%
Interesse am Therapieangebot	10	9,5%	33,3%
Weil ich so in der Substitutionsbehandlung bleiben kann	20	19,0%	66,7%
Bisherige Therapien haben nichts gebracht	14	13,3%	46,7%
Ich kann mich nur um mich kümmern	5	4,8%	16,7%
Ich kann mein Leben wie zuvor weiterführen	9	8,6%	30,0%
Ich kann so vermeiden, eingesperrt zu sein	20	19,0%	66,7%
Gesamt	105	100,0%	350,0%

a. Dichotomie-Gruppe tabellarisch dargestellt bei Wert 1

## ERGEBNISSE

### Patienten teilstationäre Therapie

	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Motivation	10	100,0%	0	0,0%	10	100,0%

a. Dichotomie-Gruppe tabellarisch dargestellt bei Wert 1.

#### Häufigkeiten von Motivation

	Antworten		Prozent der Fälle
	N	Prozent	
Zuversicht, Regeln einhalten zu können	2	8,7%	20,0%
Ich kann in meinem gewohnten Umfeld bleiben	3	13,0%	30,0%
Interesse am Therapieangebot	6	26,1%	60,0%
Weil ich so in der Substitutionsbehandlung bleiben kann	3	13,0%	30,0%
Bisherige Therapien haben nichts gebracht	1	4,3%	10,0%
Ich kann mich nur um mich kümmern	2	8,7%	20,0%
Ich kann so vermeiden, eingesperrt zu sein	6	26,1%	60,0%
Gesamt	23	100,0%	230,0%

a. Dichotomie-Gruppe tabellarisch dargestellt bei Wert 1.

### Patienten stationäre Therapie

#### Fallzusammenfassung

	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Motivation	5	100,0%	0	0,0%	5	100,0%

a. Dichotomie-Gruppe tabellarisch dargestellt bei Wert 1

#### Häufigkeiten von Motivation

	Antworten		Prozent der Fälle
	N	Prozent	
Zuversicht, Regeln einhalten zu können	2	12,5%	40,0%
Ich kann in meinem gewohnten Umfeld bleiben	2	12,5%	40,0%
Interesse am Therapieangebot	3	18,8%	60,0%
Weil ich so in der Substitutionsbehandlung bleiben kann	4	25,0%	80,0%
Bisherige Therapien haben nichts gebracht	3	18,8%	60,0%
Ich kann mich nur um mich kümmern	1	6,3%	20,0%
Ich kann so vermeiden, eingesperrt zu sein	1	6,3%	20,0%
Gesamt	16	100,0%	320,0%

a. Dichotomie-Gruppe tabellarisch dargestellt bei Wert 1

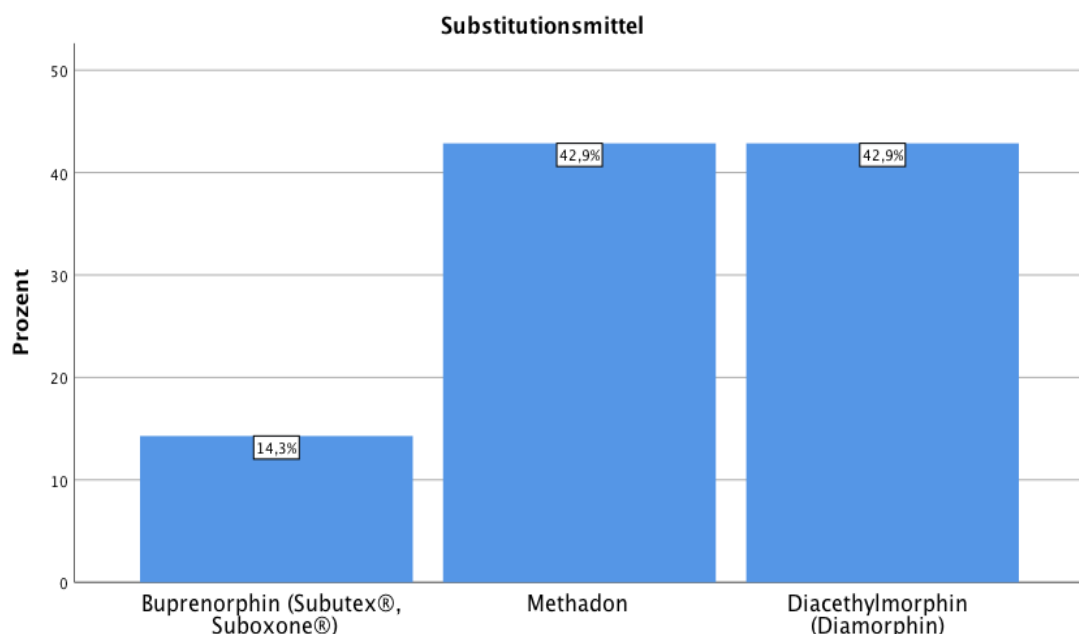
Bei den Patienten der ambulanten Therapie wird von allen Antwortmöglichkeiten das Item „Weil ich so in der Substitutionsbehandlung bleiben kann“ gemeinsam mit dem Item: „Ich kann so vermeiden, eingesperrt zu sein“ am häufigsten angekreuzt. Insgesamt geben 2/3 aller befragten Patienten der ambulanten Therapie diese beiden Kriterien als entscheidend für die Auswahl dieser Therapie an. 30% der Patienten der teilstationären Therapie geben das Kriterium des Verbleibs in der Substitutionsbehandlung als entscheidungsleitend an. Daneben überwiegen mit jeweils 60% der Faktor der Haftvermeidung sowie das Interesse am Therapieangebot.

Bei den Patienten der stationären Therapie fällt die Bedeutung der fortsetzbaren Substitutionsbehandlung mit 80% ähnlich hoch aus wie bei den Patienten der ambulanten Therapie.

Nicht unerwähnt bleiben darf, dass bei der Vergleichsgruppe (Patienten der teilstationären und stationären Therapie) auch sog. „SURE-Patienten“ dabei waren. Hierbei findet ein langsames „Abdosieren“ während der Therapiezeit statt, so dass sie ohne Einstellung auf ein Substitutionsmittel entlassen werden können.

Zu weiteren Hypothesenprüfung wird ein Blick auf die Behandlungssituation nach Ende der Therapie geworfen.

### Ehemalige Patienten ambulante Therapie



## ERGEBNISSE

---

Alle 14 befragten ehemaligen Patienten der ambulanten Therapie befinden sich nach Therapieende weiterhin in Substitutionsbehandlung. Etwas weniger als die Hälfte dieser Patienten (~43%) bekommen weiterhin Diamorphin.

Eine Häufigkeitstabelle über die Wohnsituation der ehemaligen Patienten der ambulanten Therapie ergibt, dass sich die Frage nach weiterer Substitutionsbehandlung mit Diamorphin für 35,7% dieser Befragten aufgrund der Nichtverfügbarkeit am Aufenthaltsort (in Haft, in anderer Therapie-Einrichtung) nicht stellt.

### Ehemalige Patienten ambulante Therapie

Wohnsituation	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Betreutes Wohnen	4	28,6	28,6	28,6
Stationäres Wohnen	1	7,1	7,1	35,7
In einer Mietwohnung / Eigentumswohnung / Eigenheim	3	21,4	21,4	57,1
In Haft	4	28,6	28,6	85,7
In einer Therapieeinrichtung	1	7,1	7,1	92,9
Bei anderer Person	1	7,1	7,1	100,0
Gesamt	14	100,0	100,0	

Zusammenfassend kann festgehalten werden: Alle Patienten der ambulanten Therapie befinden sich weiterhin in Substitutionsbehandlung, 43% davon in Diamorphinbehandlung. Für 2/3 aller Patienten der ambulanten Therapie war diese Möglichkeit ein leitendes Auswahlkriterium. Hypothese 2.2 ist somit belegt.

### Hypothese 3

Wenn ein Patient die ambulante Therapie nach § 35 BtMG antritt, dann wird diese mit größerer Wahrscheinlichkeit abgebrochen als die teilstationäre oder stationäre Therapie.

Zur Überprüfung dieser Hypothese werden die durch die Einrichtungen erhobenen Entlass-Zahlen (Prozent) in Verbindung mit den Entlassformen (s. 2.3.2) miteinander verglichen.

## ERGEBNISSE

	Stationäre Therapie	Teilstationäre Therapie	Ambulante Therapie
Substitutionsgestützte Therapie / Diamorphinbehandlung gesamt	303		
Davon mit § 35 BtMG	124	15	40
<b>Entlassformen</b>			
Regulär	25,4%	60%	52,5%
Vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis	0,7%	-	-
Vorzeitig auf ärztliche Veranlassung	37,3%	13,3%	
Abbruch durch Einrichtung			35%
Abbruch des Patienten / Vorzeitig ohne ärztliche Veranlassung	28,7%	20%	5%
disziplinarisch	7,9%	6,7%	7,5%
Reguläre Entlassung mit positiver Prognose			50%
Reguläre Entlassung mit negativer Prognose			50%

Entlassformen	Stationäre Therapie	Teilstationäre Therapie	Ambulante Therapie
Reguläre Entlassung	25,4%	60%	52,5%
Abbruch (durch Patient; durch Einrichtung; disziplinarische Entlassung) / Vorzeitige Beendigung (ärztlich angeordnet, mit ärztlichem Einverständnis)	36,6%	26,6%	47,5%
	38%	13,3%	-
	<u>74,6%</u>	<u>40%</u>	<u>47,5%</u>

Stand: November 2019

Zu beachten seien bei diesen Tabellen folgende Gegebenheiten:

Zum einen sind die Zahlen bei der stationären Therapie nicht direkt vergleichbar mit den anderen beiden Therapieformen, da hier alle substitutionsgestützten Therapien eingeschlossen sind, auch die ohne § 35 BtMG. Zum anderen sind die Kategorien der Entlassformen bei der ambulanten Therapie im Vergleich zur teilstationären und stationären Therapie nicht gleichbedeutend. Die in der zweiten Tabelle in einer Zeile

zusammengefassten Termini „Abbruch durch Einrichtung“ und „Vorzeitig auf ärztliche Veranlassung“ können ähnliche Bedingungen der Entlassung meinen.

Ebenfalls ist anzunehmen, dass sich die Ursachen für eine Therapie-Beendigung bei den jeweiligen Einrichtungen unterscheiden. Zumindest zwischen der Schwerpunktpraxis für Suchtmedizin und den beiden anderen Einrichtungen dürfte es aufgrund stark differierender Behandlungskonzepte so sein. Beispielsweise liegt es nahe, dass Verstöße gegen den Behandlungsvertrag bzw. das Regelwerk in der stationären und teilstationären Therapie früher zu einem Behandlungsende führen als bei der ambulanten Therapie.

Ein weiterer verzerrender Faktor sind möglicherweise die unterschiedlichen Größen der Einrichtungen. Die Stichprobengrößen der Einrichtungen in Stuttgart ergeben naturgemäß ein weniger differenziertes Bild als die Fachklinik Tübingen.

Bei der ambulanten Therapie findet bei Entlassung eine weitere Einteilung statt, die in diesem Zusammenhang interessant ist: Entlassung mit positiver oder mit negativer Prognose. Leider kann dieser Punkt nicht vergleichend ausgewertet werden.

Obgleich sich die Zahlen nach Entlassform aufgrund genannter Gegebenheiten schwer vergleichen lassen, wird Hypothese 3 verworfen. Ein Vergleich der Entlassform mit der Prognose bei den Patienten der ambulanten Therapie ergibt folgendes:

20 Patienten wurden regulär und mit positiver Prognose entlassen. Ein Patient wurde regulär und mit negativer Prognose entlassen. Ebenfalls interessant sind die unterschiedlichen Zahlen zum Abbruch durch den Patienten. Diese fällt bei der Diamorphinbehandlung mit 5% recht gering aus im Gegensatz zu 20% beim Tagwerk und 28,7% bei der Fachklinik Tübingen.

Zusammengefasst kann ausgesagt werden:

Wenn ein Patient die ambulante Therapie nach § 35 BtMG antritt, dann wird diese nicht mit größerer Wahrscheinlichkeit abgebrochen denn regulär beendet.

50% der Patienten werden regulär und mit positiver Prognose entlassen.

Hypothese 4.1

Wenn ein Patient die ambulante Therapie regulär beendet, dann ist er in der Zukunft weniger häufig straffällig als wenn er diese nicht regulär beendet.

Zur Prüfung der Hypothese 4 wird zunächst der Chi<sup>2</sup>-Test nach Pearson angewandt. Hierfür werden die ehemaligen Patienten der ambulanten Therapie ausgewählt.

**Verarbeitete Fälle**

	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Entlassform * Straffälligkeit	14	100,0%	0	0,0%	14	100,0%

Dann wird eine Kreuztabelle aus „Straffälligkeit“ und „Entlassform“ erstellt mit erwarteter Häufigkeit sowie der Berechnung nach Chi<sup>2</sup>.

				Ja, einmal	Ja, mehrmals	Nein	
Entlassform	Regulär nach	Anzahl	4	0	2	6	
	Behandlungsplan	Erwartete Anzahl	2,6	2,1	1,3	6,0	
	Vorzeitig mit	Anzahl	0	1	0	1	
	Einverständnis	Erwartete Anzahl	,4	,4	,2	1,0	
	Vorzeitig ohne	Anzahl	0	1	0	1	
	Einverständnis	Erwartete Anzahl	,4	,4	,2	1,0	
	Disziplinarisch	Anzahl	2	3	1	6	
		Erwartete Anzahl	2,6	2,1	1,3	6,0	
Gesamt		Anzahl	6	5	3	14	
		Erwartete Anzahl	6,0	5,0	3,0	14,0	

Die Nullhypothese lautet: Wenn ein Patient die ambulante Therapie regulär beendet, dann wird er in der Zukunft genauso häufig straffällig wie ein Patient, der die ambulante Therapie nicht regulär beendet.

Die kategorialen Variablen sind: Häufigkeit der Straffälligkeit und Entlassform.

## ERGEBNISSE

---

### Chi<sup>2</sup>-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)
Chi <sup>2</sup> nach Pearson	7,467 <sup>a</sup>	6	,280
Likelihood-Quotient	9,931	6	,128
Zusammenhang linear-mit-linear	,127	1	,721
Anzahl der gültigen Fälle	14		

a. 12 Zellen (100,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,21.

Der p-Wert beträgt 0,28 und ist somit größer als 0,05.

Dies bedeutet, dass der Zusammenhang zwischen Straffälligkeit und Entlassform nicht signifikant ist.

Dies kann auf die kleine Stichprobengröße zurückgeführt werden.

Da die Stichprobe kleiner 20 ist, ist ein exakter Test nach Fisher notwendig.

### Chi<sup>2</sup>-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi <sup>2</sup> nach Pearson	7,467 <sup>a</sup>	6	,280	,368		
Likelihood-Quotient	9,931	6	,128	,187		
Exakter Test nach Fisher	7,797			,208		
Zusammenhang linear-mit-linear	,127 <sup>b</sup>	1	,721	,812	,406	,080
Anzahl der gültigen Fälle	14					

a. 12 Zellen (100,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,21.

b. Die standardisierte Statistik ist ,357.

Auch hier ist der Wert größer als 0,05 und somit ist das Ergebnis auch nach Fisher deutlich: Es besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Entlassform und der Straffälligkeit der ehemaligen Patienten der ambulanten Therapie.

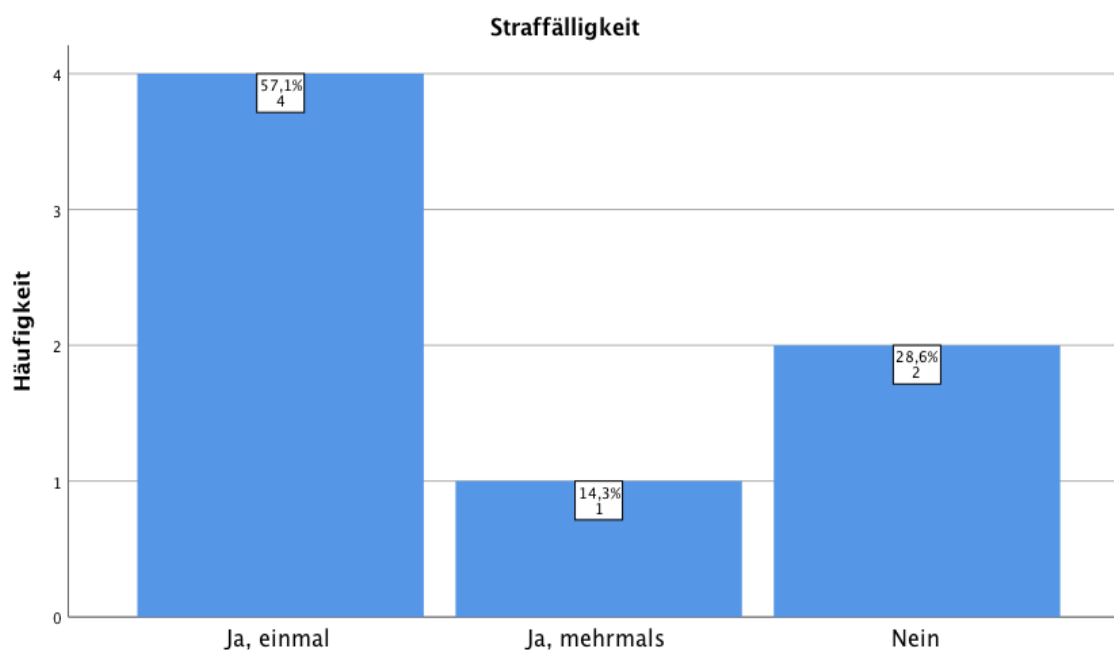
Nachdem die Hypothese nach dem Chi<sup>2</sup>-Test verworfen werden muss, folgt ein detaillierter Blick auf die einzelnen Angaben mithilfe von Häufigkeitstabellen.



## ERGEBNISSE

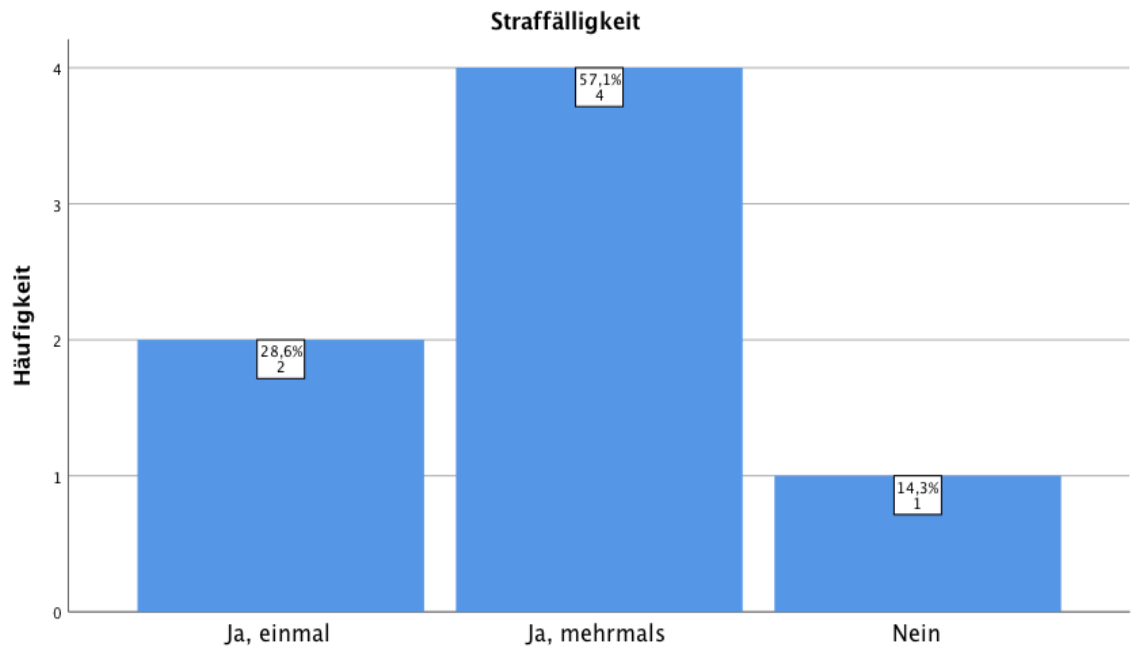
Ehemalige Patienten der ambulanten Therapie, die die Behandlung regulär oder vorzeitig mit ärztlichem/therapeutischem Einverständnis beendeten

			ambulante Therapie	teilstationäre Therapie	stationäre Therapie	Gesamt je Zeile
Straffälligkeit	Ja, einmal	Anzahl	4	1	1	6
		Prozent	57,1%	25,0%	100,0%	50,0%
	Ja, mehrmals	Anzahl	1	1	0	2
		Prozent	14,3%	25,0%	0,0%	16,7%
	Nein	Anzahl	2	2	0	4
		Prozent	28,6%	50,0%	0,0%	33,3%
Gesamt		Anzahl	7	4	1	12
		Prozent	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%



Ehemalige Patienten der ambulanten Therapie, die disziplinarisch bzw. vorzeitig ohne ärztliches/therapeutisches Einverständnis entlassen wurden

			ambulante Therapie	stationäre Therapie	Gesamt je Zeile
Straffälligkeit	Ja, einmal	Anzahl	2	2	4
		Prozent	28,6%	100,0%	44,4%
	Ja, mehrmals	Anzahl	4	0	4
		Prozent	57,1%	0,0%	44,4%
	Nein	Anzahl	1	0	1
		Prozent	14,3%	0,0%	11,1%
Gesamt		Anzahl	7	2	9
		Prozent	100,0%	100,0%	100,0%



Vergleicht man die beiden Tabellen, fällt auf, dass die Straffälligkeit - verglichen anhand der Entlassform - bei den Patienten, die disziplinarisch oder vorzeitig ohne ärztliches/therapeutisches Einverständnis entlassen wurden, höher ist als bei den Patienten, die regulär bzw. mit ärztlichem/therapeutischem Einverständnis entlassen wurden. 57,1% der Patienten, die die Therapie nicht erfolgreich beendeten, wurden mehrmals straffällig. 14,3% sind es bei den Patienten, die die Therapie erfolgreich beendeten.

Dennoch sei erwähnt, dass auch in der zweiten Gruppe der ehemaligen Patienten die meisten einmal straffällig wurden nach ihrer Entlassung. Zusammengefasst sei festgehalten, dass bei der Gruppe der vorwiegend disziplinarisch entlassenen Patienten 57% danach mehrmals straffällig wurden während Patienten, die vorwiegend regulär aus der ambulanten Therapie entlassen wurden, zu 57% nur einmal straffällig wurden.

Mit diesem detaillierten Blick ist die Hypothese 4.1 zwar in einem gewissen Sinne bestätigt, trifft jedoch nicht statistisch signifikant in Erscheinung.

Hypothese 4.2

Wenn ein Patient die ambulante Therapie regulär abgeschlossen hat, dann ist der Beikonsum geringer als bei einem Patienten, der die Therapie nicht regulär abgeschlossen hat.

Zur Prüfung dieser Hypothese wird zunächst der Beikonsum der ehemaligen Patienten der ambulanten Therapie, die disziplinarisch oder vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis entlassen wurden, ausgewertet und im Anschluss mit denen verglichen, die regulär entlassen wurden.

Ausgewählte Fälle: Falls  $F_0 = 2$  und  $F_4 = 1$  und ( $F_6 = 3$  |  $F_6 = 4$ ) bedeutet: Ehemalige Patienten ambulante Therapie, disziplinarische Entlassung oder Abbruch des Patienten → 8 Patienten

**Häufigkeiten von Beikonsum**

		N	Prozent	Prozent der Fälle
Beikonsum	Heroin	1	5,9%	12,5%
	Kokain	3	17,6%	37,5%
	THC	3	17,6%	37,5%
	Alkohol	5	29,4%	62,5%
	Benzodiazepine	1	5,9%	12,5%
	Weitere nicht verschriebene Medikamente	1	5,9%	12,5%
	Amphetamine	1	5,9%	12,5%
	Keine	2	11,8%	25,0%
	Gesamt	17	100,0%	212,5%

a. Dichotomie-Gruppe tabellarisch dargestellt bei Wert 1.

Ausgewählte Fälle: Falls  $F_0 = 2$  und  $F_4 = 1$  und  $F_6 = 1$  bedeutet: Ehemalige Patienten ambulante Therapie, reguläre Entlassung → 6 Patienten

**Häufigkeiten von Beikonsum**

		N	Prozent	Prozent der Fälle
Beikonsum	THC	1	16,7%	16,7%
	Alkohol	1	16,7%	16,7%
	Amphetamine	1	16,7%	16,7%
	Keine	3	50,0%	50,0%
Gesamt	6	100,0%	100,0%	

a. Dichotomie-Gruppe tabellarisch dargestellt bei Wert 1.

Bei der ersten Gruppe (nicht regulär entlassene ehemalige Patienten) werden von 8 Patienten 15 Substanzen angegeben, die zusätzlich konsumiert werden. Der größte Beikonsum fällt auf Alkohol. Unter der Gruppe der ehemaligen Patienten, die disziplinarisch bzw. vorzeitig ohne ärztliche Zustimmung entlassen wurden, liegt dieser in 62,5% der Fälle vor im Gegensatz zu 16,7% der Fälle unter den regulär entlassenen Patienten. Der Beikonsum von Heroin und Benzodiazepinen wird einmal (12,5% der Fälle), der Beikonsum von Kokain (37,5% der Fälle) wird dreimal angegeben. Bei der Gruppe der regulär entlassenen Patienten wird dieser Konsum nicht angegeben. Insgesamt geben hier 3 Patienten an, zusätzlich eine Substanz zu konsumieren.

In der ersten dieser beiden Gruppen geben 3 der 6 Patienten an, keine zusätzlichen Stoffe zu sich zu nehmen. Bei der zweiten Gruppe geben 2 von 8 der Patienten an, keinen Beikonsum zu haben.

Die Hypothese 4.2 gilt somit als belegt. Angemerkt werden muss auch an dieser Stelle, dass die Aussagekraft wegen des kleinen Datensatzes und der fehlenden statistischen Signifikanz entsprechend geschmälert ist.

### Hypothese 5

Die Hauptwirkfaktoren dieser ambulanten Therapie sind: die Atmosphäre der Einrichtung und die individuelle Behandlung bestehend aus ärztlicher, pflegerischer und sozialarbeiterischer Komponente.

Zur Prüfung dieser Hypothese wird die Auswertung der Frage nach einzelnen Einflussfaktoren auf die Gesundung herangezogen. Diese Frage ist ordinal skaliert mit den Skalenwerten: viel, etwas, kaum, wenig.

Mithilfe der Ermittlung von Mittelwerten können die Variablen miteinander verglichen werden, zunächst innerhalb einer Patientenschaft, im nächsten Schritt zwischen den Therapieformen.

## ERGEBNISSE

### Patienten ambulante Therapie

#### Wie entscheidend sind/waren...für die Stabilisierung/Gesundung?

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Std.- Abweichung
Regeln	26	1	4	2,15	,834
Drohende Strafvollstreckung (Druck von außen)	30	1	4	1,60	,968
Struktur / der Tagesplan	29	1	4	1,86	,953
Atmosphäre der Einrichtung	28	1	4	1,89	,956
Austausch der Mitpatient*innen	30	1	4	2,57	,971
Beziehungsebene zu Behandelnden	30	1	4	2,47	,973
Sozialarbeit	29	1	4	2,10	1,012
ärztliche Behandlung	30	1	4	1,60	,932
pflegerische Behandlung	29	1	4	2,00	,926
Einzel-Therapiegespräche	29	1	4	1,93	1,132
Gruppentherapie	28	1	4	2,54	,999
Arbeitstherapie	27	1	4	2,63	1,149

1 = viel / 2 = etwas / 3= kaum / 4 = wenig

kleinste Mittelwerte: grün markiert; größte Mittelwerte: rot markiert

### Patienten teilstationäre, stationäre Therapie

#### Wie entscheidend sind/waren...für die Stabilisierung/Gesundung?

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Std.- Abweichung
Regeln	13	1	3	1,62	,768
drohende Strafvollstreckung (Druck von außen)	14	1	4	2,14	1,167
Struktur / Tagesplan	14	1	2	1,50	,519
Atmosphäre der Einrichtung	14	1	4	1,50	,855
Austausch der Mitpatient*innen	14	1	4	1,93	,829
Beziehungsebene zu Behandelnden	13	1	4	2,08	,862
Sozialarbeit	14	1	4	1,86	,864
ärztliche Behandlung	14	1	4	2,00	1,038
pflegerische Behandlung?	14	1	4	2,14	1,099
Einzel-Therapiegespräche	15	1	3	1,47	,743
Gruppentherapie	15	1	3	2,07	,799
Arbeitstherapie	15	1	3	2,27	,704

1 = viel / 2 = etwas / 3= kaum / 4 = wenig

kleinste Mittelwerte: grün markiert; größte Mittelwerte: rot markiert

Die meiste Zustimmung bei den Patienten der teilstationären und stationären Therapien erhielten folgende Wirkfaktoren:

- die Einzel-Therapiegespräche (Mittelwert: 1,47)
- die Struktur/der Tagesplan (Mittelwert: 1,50)
- die Atmosphäre der Einrichtung (Mittelwert: 1,50)

Mit Werten zwischen 1 und 2 bewegen sie sich zwischen „viel“ und „etwas“. Bei den Patienten der ambulanten Therapie wurde folgende Faktoren als einflussreichste auf die Stabilisierung bzw. Gesundheit angegeben:

- die drohende Strafvollstreckung (Mittelwert: 1,60)
- die ärztliche Behandlung (Mittelwert: 1,60)

Die Mittelwerte dieser beiden Items werden nun den entsprechenden Mittelwerten der Vergleichsgruppe gegenübergestellt:

	Ambulante Therapie (Mittelwert)	Teilstationäre, stationäre Therapie (Mittelwert)
Drohende Strafvollstreckung	1,60	2,14
Ärztliche Behandlung	1,60	2,00

Im Vergleich zu den Ergebnissen der Patienten von teilstationärer und stationärer Behandlung wiegen diese beiden Faktoren etwas schwerer, heißt: Die drohende Strafvollstreckung sowie die ärztliche Behandlung haben bei den Patienten der ambulanten Therapie einen etwas höheren Einfluss auf die Stabilisierung und Gesundheit als bei den Patienten der teilstationären und stationären Therapie.

Hypothese 5 ist somit widerlegt.

Dennoch kann die Aussage getroffen werden, dass bei den Patienten der ambulanten Therapie zumindest die ärztliche Behandlung einen Hauptwirkfaktor bei der Stabilisierung und Gesundheit darstellt.

**Hypothese 6**

Wenn sich ein Patient für die ambulante Therapie entscheidet, dann speist sich die Therapie-Motivation stärker aus dem Willen zur Haftvermeidung als bei der Vergleichsgruppe.

Zur Überprüfung dieser Hypothese wird die Frage nach der Therapie-Motivation herangezogen: „Weshalb haben Sie sich (damals) für dieses Therapie-/Behandlungskonzept entschieden?“. Die Befragten konnten dabei mehrere Antworten ankreuzen.

**Patienten ambulante Therapie**

**Fallzusammenfassung**

	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Motivation	30	100,0%	0	0,0%	30	100,0%

a. Dichotomie-Gruppe tabellarisch dargestellt bei Wert 1.

Weshalb haben Sie sich (damals) für diese Therapie entschieden?	N	Prozent der Fälle
Zuversicht, Regeln einhalten zu können	12	40,0%
Ich kann in meinem gewohnten Umfeld bleiben	15	50,0%
Interesse am Therapieangebot	10	33,3%
Weil ich so in der Substitutionsbehandlung bleiben kann	20	66,7%
Bisherige Therapien haben nichts gebracht	14	46,7%
Ich kann mich nur um mich kümmern	5	16,7%
Ich kann mein Leben wie zuvor weiterführen	9	30,0%
Ich kann so vermeiden, eingesperrt zu sein	20	66,7%
<b>Gesamt</b>	<b>105</b>	<b>350,0%</b>

In dieser Gruppe werden am häufigsten folgende Hauptentscheidungskriterien genannt: Haftvermeidung und Fortführung der Substitutionsbehandlung.

Patienten teilstationäre Therapie

**Fallzusammenfassung**

	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Motivation	10	100,0%	0	0,0%	10	100,0%

a. Dichotomie-Gruppe tabellarisch dargestellt bei Wert 1.

Weshalb haben Sie sich (damals) für diese Therapie entschieden?	N	Prozent der Fälle
Zuversicht, Regeln einhalten zu können	2	20,0%
Interesse am Therapieangebot	6	60,0%
Weil ich so in der Substitutionsbehandlung bleiben kann	3	30,0%
Bisherige Therapien haben nichts gebracht	1	10,0%
Ich kann mich nur um mich kümmern	2	20,0%
Ich kann so vermeiden, eingesperrt zu sein	6	60,0%
Gesamt	23	230,0%

In der Gruppe der Patienten der teilstationären Therapie erhielten mit jeweils 60% folgende Kriterien die meiste Zustimmung: Fortführung der Substitutionsbehandlung und Interesse am Therapieangebot.

Patienten stationäre Therapie

**Fallzusammenfassung**

	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Motivation	5	100,0%	0	0,0%	5	100,0%

a. Dichotomie-Gruppe tabellarisch dargestellt bei Wert 1.

Weshalb haben Sie sich (damals) für diese Therapie entschieden?	N	Prozent der Fälle
Zuversicht, Regeln einhalten zu können	2	40,0%
Interesse am Therapieangebot	3	60,0%
Weil ich so in der Substitutionsbehandlung bleiben kann	4	80,0%
Bisherige Therapien haben nichts gebracht	3	60,0%
Ich kann mich nur um mich kümmern	1	20,0%
Ich kann so vermeiden, eingesperrt zu sein	1	20,0%
Gesamt	16	320,0%

Bei den Patienten der stationären Therapie fällt die meiste Zustimmung auf die Items: Fortführung der Substitutionsbehandlung, Interesse am



Therapieangebot und Hoffnung auf nachhaltigen „Therapieerfolg“.

Entscheidend scheint für die Mehrheit aller Patienten die Fortführung der Substitutionsbehandlung zu sein.

Das Item: „Ich kann so vermeiden, eingesperrt zu sein“ wird von 2/3 der Patienten der ambulanten Therapie als entscheidend angegeben. Bei den Patienten der teilstationären Therapie fallen auf dieses Item 60% und bei den Patienten der stationären Therapie gerade mal 20%. Dabei sei jedoch angemerkt, dass sich die 20% aus Antworten von 5 Patienten ergeben. Um die Verzerrung durch die unterschiedlich großen Stichproben so gut es geht auszugleichen, fasse ich diese Ergebnisse in einer Auswertung zusammen. Hierbei ergibt sich ein Prozentwert von 46,7%.

### Patienten teilstationäre/stationäre Therapie

	N	Prozent der Fälle
Zuversicht, Regeln einhalten zu können	4	26,7%
Ich kann in meinem gewohnten Umfeld bleiben	5	33,3%
Interesse am Therapieangebot	9	60,0%
Weil ich so in der Substitutionsbehandlung bleiben kann	7	46,7%
Bisherige Therapien haben nichts gebracht	4	26,7%
Ich kann mich nur um mich kümmern	3	20,0%
Ich kann so vermeiden, eingesperrt zu sein	7	46,7%
Gesamt	39	260,0%

Die Hypothese ist somit belegt, aber die Aussagekraft ist gering.

#### Hypothese 7.1

Wenn bei einem befragten Patienten die Persönlichkeitsdimension „Neurotizismus“ nach der Kategorisierung der Big-Five ausgeprägt ist, dann besteht hier eher eine komorbide Störung als bei dem Durchschnitt der befragten Patienten.

Zur Hypothesenprüfung wurde folgendes Vorgehen gewählt:

- 1) Die zu den Persönlichkeitsdimensionen zugehörigen Items identifizieren, um Subskalen zu erstellen.

- 2) Umkodieren in andere Variable: Das jeweils 2. Item der einzelnen Dimensionen wird als negativ gepoltes Item rekodiert.
- 3) Fälle auswählen (starke Ausprägung in der Dimension Neurotizismus).
- 4) Häufigkeitstabelle der psychischen Erkrankungen erstellen.

Fälle auswählen

Folgende Fälle wurden ausgewählt: (Big5\_4 = 1 | Big5\_4 = 2 | Big5\_9 = 4 | Big5\_9 = 5). Das entspricht nachfolgenden Fragen mit Antworten:

„Ich bin entspannt, lasse mich durch Stress nicht aus der Ruhe bringen.“ mit den Antworten: „trifft nicht zu“ sowie „trifft wenig zu“ und

„Ich werde leicht nervös und unsicher.“ mit den Antworten „trifft ziemlich zu“ sowie „trifft sehr zu“.

Diese Auswahl der Fälle zielt auf die Patienten mit einer hohen Ausprägung in der Persönlichkeitsdimension Neurotizismus.

Ausgewählte Fälle: Falls (Big5\_4 = 1 | Big5\_4 = 2) & (Big5\_9 = 4 | Big5\_9 = 5) bedeutet: hohe Ausprägung bei „Neurotizismus“ → 7 Patienten

**Therapieform**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ambulante Therapie	6	85,7	85,7	85,7
teilstationäre Therapie	1	14,3	14,3	100,0
Gesamt	7	100,0	100,0	

Von diesen 7 Patienten sind 6 im Rahmen ihrer ambulanten Therapie und ein Patient im Rahmen der teilstationären Therapie befragt worden.

**Fallzusammenfassung**

	Fälle		Fehlend		Gesamt	
	Gültig N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Komorbiditäten	7	100,0%	0	0,0%	7	100,0%

a. Dichotomie-Gruppe tabellarisch dargestellt bei Wert 1.

7 Patienten geben an, eine oder mehrere komorbide psychische Erkrankungen zu haben. Diese sind in nachfolgender Tabelle dargestellt:

**Häufigkeiten von Komorbiditäten**

		Antworten		Prozent der Fälle
		N	Prozent	
Komorbiditäten	Affektive Erkrankung	6	46,2%	85,7%
	Traumatisierung	1	7,7%	14,3%
	Essstörung	1	7,7%	14,3%
	Angststörung	4	30,8%	57,1%
	Keine	1	7,7%	14,3%
Gesamt		13	100,0%	185,7%

a. Dichotomie-Gruppe tabellarisch dargestellt bei Wert 1.

**Alle Patienten / Komorbiditäten insgesamt**

**Häufigkeiten von Komorbiditäten**

		Antworten		Prozent der Fälle
		N	Prozent	
Komorbiditäten	Affektive Erkrankung	17	29,8%	38,6%
	Traumatisierung	5	8,8%	11,4%
	Essstörung	2	3,5%	4,5%
	Persönlichkeitserkrankung	1	1,8%	2,3%
	Angststörung	10	17,5%	22,7%
	Keine	22	38,6%	50,0%
Gesamt		57	100,0%	129,5%

a. Dichotomie-Gruppe tabellarisch dargestellt bei Wert 1.

6 von 7 der ausgewählten Fälle, also die Patienten mit einer hohen Ausprägung auf der Persönlichkeitsdimension Neurotizismus haben eine affektive Erkrankung und 4 von 7 weisen eine Angststörung auf. In der Vergleichsgruppe fallen diese Komorbiditäten deutlich geringer aus (s. Tabelle).

35,3% aller befragten Patienten mit einer affektiven Erkrankung und 40% aller Patienten mit einer Angststörung weisen in diesem Bereich ebenfalls eine hohe Ausprägung auf.

Nach Hans J. Eysenck sind Menschen mit einer hohen Ausprägung in Neurotizismus anfälliger für Krankheiten und Stress. Sie neigen außerdem eher zu Depressivität, Ängstlichkeit und emotionale Labilität (Hennig, 2005, S. 252 f.). Die Ergebnisse meiner Untersuchung stützen diese Aussage.

Hypothese 7.1 gilt als bestätigt.

**Hypothese 7.2:**

Wenn bei einem befragten Patienten die Persönlichkeitsdimension „Offenheit“ nach der Kategorisierung der Big-Five eine hohe Ausprägung aufweist, dann haben diese Patienten mehr Beikonsum als der Durchschnitt der Patienten.

Ausgewählte Fälle: Falls (Big5\_5 = 1 | Big5\_5 = 2) & (Big5\_10 = 4 | Big5\_10 = 5) bedeutet: hohe Ausprägung bei „Offenheit“ → 11 Patienten

Häufigkeiten von Beikonsum		Antworten		Prozent der Fälle
		N	Prozent	
Beikonsum	Kokain	2	11,8%	18,2%
	THC	5	29,4%	45,5%
	Alkohol	6	35,3%	54,5%
	Benzodiazepine	1	5,9%	9,1%
	Weitere nicht verschriebene Medikamente	1	5,9%	9,1%
	Keine	2	11,8%	18,2%
<b>Gesamt</b>		<b>17</b>	<b>100,0%</b>	<b>154,5%</b>

a. Dichotomie-Gruppe tabellarisch dargestellt bei Wert 1.

11 Patienten aller 45 Befragten weisen eine hohe Ausprägung im Bereich „Offenheit“ auf. 9 von diesen 11 Patienten geben Beikonsum von einer oder mehreren Substanzen an. In mehr als der Hälfte der Fälle konsumieren sie zusätzlich Alkohol und THC.

Alle Patienten / Beikonsum insgesamt

Häufigkeiten von Beikonsum		Antworten		Prozent der Fälle
		N	Prozent	
Beikonsum	Heroin	2	3,1%	4,5%
	Kokain	5	7,8%	11,4%
	THC	15	23,4%	34,1%
	Alkohol	13	20,3%	29,5%
	Benzodiazepine	2	3,1%	4,5%
	Weitere nicht verschriebene Medikamente	5	7,8%	11,4%
	Amphetamine	2	3,1%	4,5%
	Keine	20	31,3%	45,5%
	<b>Gesamt</b>	<b>64</b>	<b>100,0%</b>	<b>145,5%</b>

a. Dichotomie-Gruppe tabellarisch dargestellt bei Wert 1.

Insgesamt geben 24 Patienten Beikonsum von einer oder mehreren Substanzen an.

Die 9 von 11 Patienten, die eine hohe Ausprägung im Bereich „Offenheit“ angeben, machen 40% des insgesamt angegebenen Kokain-Konsums, 46,2% des gesamten Alkohol-Konsums, 50% des gesamten Benzodiazepin-Konsums und 1/3 des gesamten THC-Konsums aus.

Insofern ist der Anteil des Beikonsums unter den Patienten mit einer hohen Ausprägung in der Kategorie „Offenheit“ höher als im Gesamtdurchschnitt.

Hypothese 7.2 ist somit belegt.

Studien haben nachgewiesen, dass sich Menschen mit einer großen Ausprägung auf der Dimension „Offenheit für neue Erfahrungen“ u. a. durch Neugierde und einem großen Interesse an Abwechslung, Aufregung und neuen Erlebnissen auszeichnen (vgl. Rammsayer et al., 2016, S. 234 f.). Diese Erkenntnisse werden durch die Ergebnisse aus der Befragung zu Hypothese 7.2 gestützt.

### Hypothese 8:

Wenn ein suchtmittelabhängiger Patient im Rahmen seiner Behandlung befragt wird, dann fallen die Antworten tendenziell stärker sozial erwünscht aus als bei einem durchschnittlichen Mitbürger.

Im Fragebogen wurde die Kurzskala mit 6 Items „zur Erfassung des psychologischen Merkmals soziale Erwünschtheit“ von Kemper, Beierlein, Bensch, Kovaleva, Rammstedt (2014) verwendet. Sie erlaubt eine ökonomische, „reliable und valide Erfassung des Gamma-Faktors sozial erwünschten Antwortverhaltens“ (Kemper et al., 2014, S. 2).

Als Referenzwerte dienen Gruppenmittelwerte einer bevölkerungsrepräsentativen Zufallsstichprobe (N=566). Die Ergebnisse dieser Befragung können somit verglichen und eingeordnet werden.

**Untertreibung negativer Qualitäten**

Die Ergebnisse der deutschlandweiten Stichprobe sind unterteilt nach Geschlecht, Alter und (Schul-)bildung.

Tabelle 7

*KSE-G NQ- (Untertreibung negativer Qualitäten)*

Geschlecht	Bildung	Altersgruppen						Gesamt (Alter)	
		18 - 35		36 - 65		> 65		M	SD
		M	SD	M	SD	M	SD		
Männlich	gering	2.51	1.08	3.08	0.84	3.36	0.66	3.15	0.83
	mittel	2.61	1.01	3.08	0.72	3.43	0.62	3.09	0.80
	hoch	2.72	0.93	2.96	0.96	3.20	0.84	2.94	0.94
	Gesamt	2.63	0.99	3.04	0.84	3.35	0.68	3.07	0.85
Weiblich	gering	2.58	0.78	3.26	0.74	3.56	0.67	3.36	0.76
	mittel	2.99	0.79	3.24	0.71	3.59	0.62	3.23	0.74
	hoch	3.04	0.77	3.40	0.59	3.38	0.70	3.26	0.70
	Gesamt	2.96	0.79	3.29	0.69	3.55	0.66	3.28	0.74
Gesamt (Geschlecht)	gering	2.54	0.95	3.17	0.79	3.46	0.67	3.26	0.80
	mittel	2.88	0.87	3.18	0.72	3.50	0.62	3.18	0.77
	hoch	2.91	0.85	3.19	0.82	3.28	0.78	3.11	0.83
	Gesamt	2.83	0.89	3.18	0.77	3.45	0.68	3.19	0.80

Anm.: N = 566

Quelle: Kemper et al., 2014, S. 15

Für einen bestmöglichen Vergleich wurden Durchschnitts-Mittelwerte folgender Gruppen ermittelt.

- Geschlecht: gesamt (Männer und Frauen)
- Alter: 18-35 Jahre, 35-65 Jahre
- Bildung: gesamt (gering, mittel, hoch).

Durchschnittlicher Mittelwert (M): 3,01

Die Standard-Abweichung (SD) gibt Auskunft über die Streubreite der Daten um den Mittelwert herum, also die durchschnittliche Entfernung der Angaben zu diesem. Sie bewegt sich bei den extrahierten Werten zwischen 0,77 und 0,89.

Alle Patienten

**Deskriptive Statistik**

	N Statis- tik	Mini- mum Statistik	Maxi- mum Statistik	Mittelwert Statistik	Std.- Fehler	Std.- Abweich- ung Statistik	Varianz Statistik
Es ist schon mal vorgekommen, dass ich jemanden ausgenutzt habe.	44	1	5	2,77	,181	1,198	1,436
Ich habe schon mal Müll einfach in die Landschaft oder auf die Straße geworfen.	45	1	5	3,00	,188	1,261	1,591
Manchmal helfe ich jemandem nur, wenn ich eine Gegenleistung erwarten kann.	45	1	5	1,98	,151	1,011	1,022

1= trifft nicht zu; 2=trifft wenig zu; 3= trifft teilweise zu; 4= trifft ziemlich zu; 5= trifft sehr zu

Durchschnittlicher Mittelwert (MW): 2,58 (Vergleichswert: 3,01)

Die SD bewegt sich zwischen 1,01 und 1,26. Die Angaben der Patienten sind also etwas breiter gestreut als bei der Referenzgruppe. Dies kann auf die vergleichsweise kleine Stichprobengröße zurückgeführt werden. Die SD bewegt sich in einem Korridor, in welchem der MW als Auswertungsinstrument dienlich ist.

Der durchschnittliche MW der befragten Patienten liegt um 0,43 niedriger als der durchschnittliche MW bei der Vergleichsgruppe. Die negativen Qualitäten der befragten Patienten werden demnach etwas mehr untertrieben als bei einem durchschnittlichen Mitbürger.

## Übertreibung positiver Qualitäten

Tabelle 6  
KSE-G PQ+ (Übertreibung positiver Qualitäten)

Geschlecht	Bildung	Altersgruppen						Gesamt (Alter)	
		18 - 35		36 - 65		> 65		M	SD
		M	SD	M	SD	M	SD		
Männlich	gering	2.33	0.77	2.72	0.72	2.84	0.67	2.73	0.72
	mittel	2.51	0.76	2.73	0.71	2.90	0.72	2.74	0.73
	hoch	2.70	0.82	2.74	0.66	2.89	0.74	2.76	0.73
	Gesamt	2.54	0.80	2.73	0.70	2.87	0.69	2.74	0.72
Weiblich	gering	2.21	0.72	2.53	0.73	2.79	0.69	2.64	0.73
	mittel	2.79	0.70	2.66	0.71	2.95	0.84	2.74	0.78
	hoch	2.64	0.81	2.86	0.66	3.26	0.49	2.83	0.76
	Gesamt	2.65	0.76	2.67	0.70	2.88	0.72	2.73	0.76
Gesamt (Geschlecht)	gering	2.28	0.75	2.62	0.73	2.82	0.68	2.68	0.73
	mittel	2.71	0.72	2.68	0.76	2.92	0.77	2.74	0.76
	hoch	2.66	0.81	2.80	0.71	3.04	0.67	2.80	0.75
	Gesamt	2.61	0.76	2.70	0.74	2.88	0.71	2.73	0.74

Anm.: N = 566

Quelle: Kemper et al., 2014, S. 14

Nach denselben Kategorien wie auf vorheriger Seite wurde nachfolgender Wert ermittelt.

Durchschnittlicher MW: 2,67

Die SD bewegt sich bei den entnommenen Ergebnissen zwischen 0,74 und 0,76.

### Alle Patienten

#### Deskriptive Statistik

	N Statistik	Minimum Statistik	Maximum Statistik	Mittelwert Statistik	Std.-Fehler	Std.-Abweichung Statistik	Varianz Statistik
Im Streit bleibe ich stets sachlich und objektiv.	45	1	5	3,13	,126	,842	,709
Auch wenn ich selbst gestresst bin, behandle ich andere immer freundlich und zuvorkommend.	45	1	5	3,29	,137	,920	,846
Wenn ich mich mit jemandem unterhalte, höre ich ihm immer aufmerksam zu.	44	1	5	3,82	,114	,756	,571

1= trifft nicht zu; 2=trifft wenig zu; 3= trifft teilweise zu; 4= trifft ziemlich zu; 5= trifft sehr zu



Durchschnittlicher MW: 3,41 (Vergleichswert: 2,67)

Die SD liegt zwischen 0,76 und 0,92. Die Streuung der Ergebnisse um den MW herum ist folglich eher gering, weshalb der MW verwendet werden kann.

Der durchschnittliche MW der befragten Patienten liegt um 0,74 höher als der durchschnittliche MW bei der Vergleichsgruppe.

Die positiven Qualitäten der befragten Patienten werden demnach etwas mehr übertrieben als bei einem durchschnittlichen Mitbürger.

Es scheint so zu sein, dass die befragten Patienten stärker sozial erwünscht antworten als ein „Otto-Normalverbraucher“.

Hypothese 8 ist bewiesen.

### **3.3 Ergebnisdiskussion**

#### **3.3.1 Gütekriterien**

Die drei Gütekriterien Validität, Reliabilität und Objektivität als Standard wissenschaftlichen Arbeitens wurden, so gut es mit dieser Datenmenge und diesem Fragebogen möglich war, gewürdigt und befolgt.

So hat die Verfasserin als Mitarbeiterin der Suchtberatungsstelle Release Direkt versucht, sich nicht von ihrer eigenen Meinung, Ansichten ihrer Kollegen/Vorgesetzten und persönlichen Erfahrungen leiten zu lassen. Ein großes Anliegen war es, so objektiv wie möglich im Forschungsprozess vorzugehen.

Das Kriterium der Reliabilität kann aufgrund der kleinen Stichprobe bei einigen der Hypothesen leider nicht erfüllt werden. Denn je kleiner eine Stichprobe, desto häufiger sind extreme Ergebnisse (Kahneman, 2012, S. 109 ff). Insofern kann nicht ausgeschlossen werden, dass eine Wiederholung der Untersuchung andere Ergebnisse liefert. Diese Tatsache schmälert die Aussagekraft der Ergebnisse. Das dritte Kriterium der Validität ist nicht durchgängig erfüllt. Somit sind manche Ergebnisse glaubwürdiger als andere.

Vor diesem Hintergrund muss nun auch die nachfolgende Ergebnisdiskussion gelesen werden.

Die Bedingungen der Befragung machten es den befragten Patienten möglicherweise schwer, sich gänzlich offen zu diesen zum Teil sehr persönlichen und heiklen Fragen zu äußern. Das strukturelle Gefüge dieser Therapie in Bezug auf die Justiz können bei den Patienten Furcht vor negativen Konsequenzen bei ehrlicher Beantwortung mancher Fragen hervorrufen haben. Hinzu kommt bei den Patienten der ambulanten Therapie die Doppelrolle der Verfasserin: Zum einen als Mitarbeiterin von Release Direkt und zum anderen als Studentin im Rahmen dieser Masterarbeit. Das kann eine klare Abgrenzung zur eigenen Betroffenheit verhindert haben.

Das Bemühen diese Effekte möglichst klein zu halten, werden von der Verfasserin als erfolgreich werten. So wurde an mehreren Stellen auf die

Anonymität dieser Befragung hingewiesen und diese durch das organisatorische Vorgehen verdeutlicht. Weiterhin wurde auf große Transparenz in Bezug auf den Inhalt der Arbeit geachtet. Alle Patienten haben die Möglichkeit, diese Arbeit nach Fertigstellung zu lesen.

### **3.3.2 Interpretation der Ergebnisse**

Zur Interpretation der Ergebnisse sei zunächst ein Blick auf die letzte Hypothese geworfen. Diese gibt Anhaltspunkte dafür, wie die Antworten der befragten Patienten eingeordnet werden können. Die Ergebnisse aus Hypothese 8 weisen darauf hin, dass negative Qualitäten von den befragten Patienten stärker untertrieben die positiven Qualitäten stärker übertrieben dargestellt wurden als bei „Otto Normalverbraucher“.

Bei der Interpretation der weiteren Ergebnisse geht es zunächst um die Zielgruppe der Patienten der ambulanten Therapie, bzw. den Typus Patient, der sich für dieses Konzept entscheidet und die Beantwortung der Frage, wer eigentlich in diesem besonderen Therapiesetting profitiert.

Herausgearbeitet wurde durch diese Untersuchung, dass sich überwiegend jene Menschen für dieses Konzept entscheiden, die sich schon mehrere Jahre im Suchthilfesystem bewegen, als chronisch opiatabhängig gelten und in bisherigen klassischen Therapien tendenziell wenig erfolgreich waren, sprich: ihre Abhängigkeitserkrankung bisher nicht im Sinne einer Abstinenz heilen konnten oder wollten.

Diese Erkenntnis ist nicht überraschend, da die Einschlusskriterien für die Diamorphinbehandlung vorgeben, dass diverse Behandlungen im Vorfeld, wie beispielsweise eine Abstinenztherapie, nicht zu einer Besserung geführt haben. Das kann an der Vorgabe zur Abstinenz liegen, die für viele chronisch opiatabhängige Patienten nicht (mehr) zu erreichen bzw. nicht gewollt ist. Diese Vermutung wird durch die Hypothese 2.2 gestützt: Die Möglichkeit zur Weiterführung der Substitutions- bzw. Diamorphinbehandlung sind maßgebend für die Aufnahme der ambulanten Therapie. Folgender Zusammenhang kann angenommen werden: Wenn ein chronisch opiatabhängiger Patient schon in mehreren klassischen Therapien gescheitert ist und dieser grundsätzlich von der

Diamorphinbehandlung profitiert, dann eignet sich die ambulante Therapie besser. Für den Patienten besteht die Möglichkeit, sich langfristig über die Diamorphinbehandlung zu stabilisieren.

Entgegen meiner Annahme, dass in der ambulanten Therapie eher die Langzeit-Substitutionspatienten vorzufinden sind als in den beiden vergleichenden Therapieformen, zeigt sich bei der Prüfung der Hypothese 2.1 ein divergentes Bild: Alle im Fragebogen angegebenen Auswahlmöglichkeiten von unter 1 Jahr bis mehr als 10 Jahre wurden ausgewählt. Tendenziell sprechen die substitutionsgestützten Therapien und die Diamorphinbehandlung Langzeit-Substitutionspatienten an. Durchschnittlich befinden sich von allen befragten Patienten mehr als 80% seit mindestens 3 Jahren in Substitutionsbehandlung.

Zur Dokumentation der Wirksamkeit einer Behandlung ist ein Blick auf die Therapieabschlüsse wichtig. Hypothese 3 beschäftigte sich mit der Abbruchquote der ambulanten Therapie. Die Annahme, dass mehr Therapien abgebrochen als regulär beendet wurden, konnte nicht bestätigt werden. Etwas mehr als die Hälfte (52,5%) der begonnenen ambulanten Diamorphinbehandlungen nach § 35 BtMG wurden regulär beendet und 50% davon mit einer positiven Prognose entlassen.

Mit dieser Vorhersage wird der Staatsanwaltschaft mitgeteilt, dass sich der Patient in gewissen Lebensbereichen (wie Wohnraum, Finanzen, Einkommensverhältnisse, justizielle Angelegenheiten, physische und psychische Situation) im Rahmen der Behandlung/Therapie soweit verbessern bzw. stabilisieren konnte, dass, nach fachlicher Einschätzung auch für die Zukunft, von einer guten Entwicklung ausgegangen werden kann. Dadurch sinkt die Wahrscheinlichkeit künftiger Beschaffungskriminalität.

Bei diesem Ergebnis kann die ambulante Therapie als erfolgreich eingestuft werden.

Innerhalb des Behandlungsrahmens der ambulanten Therapie erhält der Patient zwar einerseits viel Unterstützung durch die intensive psychosoziale Behandlung. Der Tagesablauf ist strukturiert durch Einzel- und Gruppengespräche sowie Arbeitsangebote und nicht zuletzt durch die medizinische Behandlung, die ein zwei- bis dreimaliges tägliches

Erscheinen erfordert. Andererseits bleiben genug freie Zeiten, die der Patient der selbstverantwortlichen Gestaltung während er sich gleichzeitig lossagen muss von Versuchungen beispielsweise zu Substanzkonsum und/oder kriminellen Aktivitäten. Dies scheint vor allem in den ersten Wochen und Monaten schwer zu sein, wenn die positiven Auswirkungen eines veränderten Lebensstils noch nicht sichtbar sind. In Hinblick darauf scheinen diese 50% der Patienten mit regulärer Entlassung bei positiver Prognose ein ausreichend hohes Maß an Selbstverantwortung oder hinreichend Ressourcen und Fähigkeiten mitgebracht zu haben.

Das wichtigste Kriterium zur Dokumentation der Wirksamkeit dieser Behandlung ist die Legalbewährung. Die Frage nach der Veränderung des delinquenten Verhaltens kann Aufschluss darüber geben, wie hilfreich diese ambulante Therapie letztendlich war.

Wie die in Kapitel 1.5.4 vorgestellten Studienergebnisse zur Legalbewährung zeigen, ist das Ziel der Straffreiheit nach einer Therapie ein hehres. Dennoch kann die Therapie in diesem Bereich etwas bewirken. Auch wenn das Ergebnis aus Hypothese 4.1 nicht statistisch signifikant ist, wurde ein Unterschied bei der Häufigkeit begangener Straftaten zwischen den Patienten, die regulär und denen, die nicht regulär entlassen wurden, gezeigt. Es kann folglich ausgesagt werden, dass eine regulär beendete ambulante Therapie die Chance erhöht, in der Folge weniger häufig straffällig zu werden.

Es gibt noch weitere Zusammenhänge, die diese Ergebnisse begründen könnten, wie beispielsweise der Zeitraum zwischen Therapieende und Befragung. Eine Verringerung der Straftaten kann nicht ausschließlich auf die Effekte der ambulanten Therapie zurückgeführt werden.

Ein weiteres wichtiges Kriterium zur Dokumentation der Effektivität der Behandlung ist der Beikonsum. Patienten, die diesen aufweisen, werden in der ambulanten Therapie nicht von vornherein abgelehnt, eine Beikonsumsfreiheit wird jedoch im Verlauf der Behandlung dringend angestrebt. 50% der Patienten, die regulär entlassen wurden, geben an, keinen Beikonsum zu haben. Bei den Patienten, die nicht regulär entlassen wurden, sind es 25%.

Die Frage ist nun: Haben die Patienten mit mehr Beikonsum von vorherein eine schlechtere Chance, die Behandlung regulär zu beenden? Oder kann dieser Unterschied auf die Effekte der ambulanten Therapie zurückgeführt werden?

Die Ergebnisse, die nicht statistisch signifikant sind, können diese Frage leider nicht eindeutig beantworten. Ebenfalls kann den Daten nicht entnommen werden, welcher Konsum von welchen Patienten vor der Therapie Bestand hatte, welcher Konsum während der Therapie abgelegt werden konnte und ob irgendein Konsum nach der Therapie neu dazu kam. In Verbindung mit den Ergebnissen zu sozial erwünschtem Antwortverhalten der befragten Patienten (Hypothese 8) können keine validen Aussagen zur Veränderung des Beikonsums durch die Diamorphinbehandlung nach § 35 BtMG getroffen werden.

Hypothese 5 beschäftigte sich mit den für die Patienten subjektiv empfundenen Hauptwirkfaktoren der Therapie. Obwohl die Hypothese widerlegt wurde, sind die Ergebnisse dieser Auswertung interessant. Bei den Patienten der verglichenen Therapieformen wiegen durchschnittlich die Einzel- und die Gruppentherapiegespräche sowie die Struktur / der Tagesplan und die Atmosphäre der Einrichtung am stärksten.

Bei den Patienten der ambulanten Therapie können zwei Faktoren identifiziert werden, die am stärksten auf die Patienten „wirken“. Das ist zum einen die ärztliche Behandlung, sprich die Diamorphinbehandlung, und zum anderen die drohende Strafvollstreckung. Zweites kann in diesem Zusammenhang als Bestandteil der Motivation zur Therapie verstanden werden. Die Aussicht einer Inhaftierung scheint viele Patienten bei möglichen Durststrecken in Therapie zu halten. Die Diamorphinbehandlung als solche hilft im Schnitt den Patienten am meisten zur Stabilisierung und Gesundung.

Kritisch anzumerken ist an dieser Stelle, dass die Antwortmöglichkeit „drohende Strafvollstreckung“ zur Frage nach Wirkfaktoren für die Gesundung etwas irritiert. Eine drohende Strafvollstreckung kann keinen unmittelbaren Einfluss auf die Gesundung eines Menschen haben, sondern nur einen mittelbaren, indem der Druck von außen die Motivation steigern kann. Insofern muss miteinkalkuliert werden, dass gewisse Patienten dieser

Aussage deshalb nicht zustimmen konnten, weil sie hier keinen Zusammenhang sahen.

Hypothese 6 greift erneut die Wichtigkeit der Haftvermeidung als Motiv auf und die Ergebnisse untermauern damit die Erkenntnisse aus Hypothese 5. Für viele Patienten der ambulanten Therapie wird die Haftvermeidung als eines der beiden ausschlaggebenden Kriterien für die Aufnahme der Therapie genannt. Die Mehrheit der Patienten der teilstationären und stationären Therapie benennt wiederum das Interesse am therapeutischen Angebot als entscheidend. Was die Mehrheit aller befragten Patienten über die Therapieformen hinweg bei der Entscheidung für die jeweilige Therapie eint, ist die Bedeutung der fortgesetzten Substitutionsbehandlung.

Die Hypothesen 7.1 und 7.2 zeigen zum einen, dass Patienten mit einer hohen Ausprägung auf der Persönlichkeitsdimension Neurotizismus anfälliger für weitere Erkrankungen sind. Zum anderen haben die Patienten mit einer hohen Ausprägung auf der Persönlichkeitsdimension „Offenheit für neue Erfahrungen“ insgesamt mehr Beikonsum als ein Durchschnittspatient.

Diese Resultate dieser beiden Hypothesen bringen zwar keine neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse, auch nicht im Zusammenhang mit der Wirksamkeit der Diamorphinbehandlung nach § 35 BtMG. Sie bestätigen jedoch die bestehenden wissenschaftlichen Erkenntnisse auch für diese Patientenschaft. So können die Ergebnisse möglicherweise für die Auswahl der Patienten, die sich für diese ambulante Therapie bewerben, interessant sein. Ebenfalls ist vorstellbar, dass Behandelnde mithilfe dieser Erkenntnisse im Therapieverlauf auf die Persönlichkeitsanteile und -merkmale eingehen können.

## 4 FAZIT

### 4.1 Persönlicher Lernerfolg

Insgesamt kann festgehalten werden, dass der Erkenntnisgewinn zur Dokumentation der Wirksamkeit der ambulanten Therapie nach § 35 BtMG eher bescheiden ist.

Im Folgenden möchte ich daher mein Vorgehen kritisch reflektieren.

Vor Erstellung des Fragebogens wäre es sinnvoll gewesen, die Hypothesen auszuformulieren. Nur so kann man den Fragebogen kompatibel und adäquat gestalten. Mein Fragebogen enthielt leider einige Fragen, die nicht zur Auswertung kamen. Dafür mussten manchen Fragen mehrmals zur Auswertung herangezogen werden.

Fragen zur Veränderung bestimmter Faktoren anhand derer ich die Wirksamkeit dokumentierte, hätten die Auswertung vereinfacht. So hätte ich z. B. fragen können: „Hatte die Therapie einen positiven Einfluss auf ihren Beikonsum / ihre Straffälligkeit?“ (vorher / nachher).

Die bei der Frage zum Beikonsum zur Auswahl stehenden Substanzen decken alle gängigen Stoffe/Stoffgruppen ab. Vollständig ist die Auswahl dennoch nicht. Im Nachhinein hätte ich beim Auswahlfeld „Sonstige“ die Möglichkeit geben sollen hier eigene Angaben zu machen. Ferner kann ich mir auch vorstellen, dass der ein oder andere Patient den Handelsnamen eines Medikaments aber nicht dessen Wirkstoff kennt.

Die skalierten Fragen im letzten Teil des Fragebogens sind in der Gewichtung ihrer Skala wenig eindeutig: „viel - etwas - wenig - kaum“. „Wenig“ und „Kaum“ unterscheiden sich in ihrer Bedeutung zu wenig voneinander. Hier wäre eine eindeutigere Skala angebracht gewesen, wie: „viel - etwas - kaum - gar nicht“.

Zudem hätten gewisse weitere Informationen die Hypothesen untermauern können. So wäre beispielsweise eine offene Frage zur Therapiemotivation hilfreich gewesen. Außerdem wäre es vorteilhaft gewesen, das Abklopfen der Therapiemotivation um eine freie (offene) Frage zu ergänzen. Damit



hätten alle Interessen der Zielgruppe erfasst und möglicherweise nicht bedachte Aspekte erschlossen werden können.

Was das organisatorische Vorgehen der Befragung betrifft, habe ich auch etwas gelernt. Die Rücklaufquote habe ich bei dieser Zielgruppe zu optimistisch eingeschätzt. Gerne hätte ich einzelne ehemalige Patienten telefonisch kontaktiert und zur Mithilfe motiviert, doch das war mir aus Gründen des Datenschutzes leider nicht möglich. Da die Grundgesamtheit aus der Einrichtung Tagwerk sehr klein ist und die der Fachklinik Tübingen schwer bis nicht mehr postalisch zu erreichen sind, war der Rücklauf entsprechend gering. Somit stand diese Befragung insgesamt in einem schlechten Kosten-Nutzen-Verhältnis. Ebenfalls war ein Vergleich dieser drei Behandlungskonzepte dadurch erschwert.

Folgende Gründe kann ich für den geringen Rücklauf ausmachen:

- Die Zielgruppe ist aufgrund des vorliegenden Krankheitsbildes eine für schriftliche Befragungen schwer zu erreichende. Die Zuverlässigkeit für Rückläufe fällt geringer aus als bei „Otto Normalverbraucher“.
- Um den Datenschutz bei den ehemaligen Patienten der vergleichenden Einrichtungen zu gewährleisten, konnte der fehlende Bezug zu meiner Person nicht durch persönliche Ansprache aufgewogen werden.
- Die ausgewählte Zeitspanne bei den ehemaligen Patienten der verglichenen Einrichtungen war aufgrund der spezifischen Zielgruppe recht groß. Je mehr Zeit seit Beendigung der Behandlung bis zur Befragung vergeht umso geringer ist die Rücklaufquote.
- Der Versand der Fragebögen mit frankierten Rücksendeumschlägen erfolgte in den Monaten Mai und Juni 2019. Dabei beachtete ich leider nicht, dass die Deutsche Post das Porto ab 01.07.2019 um 0,10 € erhöht hatte.
- Es wurde kein Anreiz, wie beispielsweise ein zu gewinnender Gutschein, gesetzt. Dieser hätte die Rücklaufquote gegebenenfalls minimal verbessert.

## 4.2 Handlungsempfehlung für die Praxis

Dass die Diamorphinbehandlung die Palette der Behandlungsangebote für Menschen mit vorliegender Opiatabhängigkeit komplementiert, steht außer Frage. Insofern plädiere ich für eine flächendeckende Versorgung. Was die Verabreichungsform betrifft, sollte es meiner Meinung nach künftig für Ärzte möglich sein, Diamorphin ebenfalls in Tablettenform zu auszugeben um so auch die Patienten therapieren zu können, die zwar auf den Wirkstoff gut ansprechen aber diesen nicht intravenös applizieren wollen oder können.

Vor Aufnahme in die Behandlung kann es sinnvoll sein, die Persönlichkeitsstruktur mithilfe des Big-Five-Inventars zu ermitteln. Dementsprechend kann besser abgeschätzt werden, welcher Fokus genau bei der Problemlösung gesetzt werden sollte. So kann beispielsweise das Thema Beikonsum mit Persönlichkeitsanteilen im therapeutischen Prozess in Verbindung gebracht werden.

Was die Gestaltung der Therapie/Behandlung nach § 35 BtMG betrifft, sehe ich es als wichtig, dass sich die Therapeuten/Ärzte und Sozialarbeiter gemeinsam mit der Frage auseinandersetzen, inwieweit der einzelne Patient eine Motivation aus sich heraus im Laufe der Therapie entwickelt und welche Hilfestellung er dabei erhält. Ebenfalls sollten für Patienten gedankliche Räume geschaffen werden, in welchen sie sich, trotz des engen Rahmens der Legalbewährung und Beikonsumfreiheit, eigene Ziele möglichst frei setzen können. Dieser Zielfindungsprozess setzt einen therapeutischen Rahmen der Offenheit voraus. So sollte beispielsweise auch ein etwaiges Ziel jenseits der Abstinenz (nach Therapieabschluss) vom Therapeuten gewürdigt werden. Inwieweit sich solche Ziele dann mit einer weiteren Diamorphinbehandlung nach § 35 BtMG vereinbaren lassen, kann weiter im Beratungs-/Therapieprozess beleuchtet werden. Wichtig ist mir an dieser Stelle auch explizit zu formulieren, dass die Anforderungen des § 35 BtMG einen gewissen Behandlungsdruck und eine Kontrollpflicht mit sich bringen, die auf Seiten der Behandelten eher Bedenken als Vertrauen und Offenheit zu den Behandelnden schaffen. Oftmals geht damit ein Bruch in der unabdingbaren Vertrauensbasis zwischen Therapeut und Klient einher. Ein solcher Bruch kann meines Erachtens nur durch

Offenheit, Klarheit und Transparenz gekittet werden. Dies ist meines Erachtens für den weiteren Beratungskontext elementar wichtig.

Nicht zu vernachlässigen ist ebenfalls die Tatsache, dass die Aufnahme von Patienten, die eine Therapie nach § 35 BtMG absolvieren, immer zur Veränderung der Atmosphäre innerhalb der Einrichtung beiträgt. Insofern muss die Auswahl der Bewerber mit Bedacht getroffen werden.

Mithilfe des Manuals MATE-Crimi von Schippers und Broekman (2012) kann der Typ Patient in Hinblick auf die Delinquenz im Verhältnis zum Suchtmittelmissbrauch ermittelt werden. Das kann entscheidend sein bei der Frage, auf welches Verhalten hin, das kriminelle oder das Suchtverhalten, die Behandlung ausgerichtet sein sollte und ob eine Aufnahme in der Diamorphinbehandlung nach § 35 BtMG demnach sinnvoll ist.

### 4.3 Zusammenfassung

Das Behandlungsangebot der Diamorphinbehandlung nach § 35 BtMG hat seine Daseinsberechtigung. Es gibt eine Gruppe von schwerabhängigen Patienten, die sich in dieser Behandlungsform mit niederschwelligem Zugang stabilisieren können, wenn auch zum Teil nur zeitweise. In diesem Fall profitiert der einzelne Patient und im Falle verhüteter Straftaten auch die Gesellschaft. Bei diesen Patienten ist Abstinenz oftmals nicht das Ziel der Diamorphinbehandlung, unabhängig von § 35 BtMG. Patienten, die ihren gesundheitlichen und/oder sozialen Status durch die Diamorphinbehandlung in Verbindung mit der psychosozialen Betreuung verbessern konnten und drohen, durch Strafvollzug (erneut) zu destabilisieren, erhalten hier die Chance, an bisher Erzieltes anzuknüpfen. Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass es vor allem die Diamorphinbehandlung ist, die positive Wirkung zeigt. Die Patienten möchten diese nicht aufgeben und speisen ihre Therapiemotivation zum großen Teil aus dem Verbleib in dieser Behandlungsform und aus der Vermeidung einer Inhaftierung.

In Hinblick auf die Straffälligkeit erzielt diese Behandlung bei einem Teil der Patienten positive Effekte. Dennoch endeten ungefähr die Hälfte aller bis zum Untersuchungszeitpunkt durchgeführten Diamorphinbehandlungen nach § 35 BtMG mit negativer Prognose in einem Behandlungsabbruch. Eine gezieltere Patientenauswahl in Hinblick auf Motivation, Lebenssituation und Persönlichkeitsstruktur und mithilfe psychologischer Diagnostik kann die Erfolgsquote erhöhen. Darauf abzielend kann ebenfalls die Probezeit nach Behandlungsaufnahme auf alle Patienten ausgeweitet werden.

Der gesundheitsökonomische Faktor der Wirtschaftlichkeit fällt positiv ins Gewicht. Eine Inhaftierung in einer Justizvollzugsanstalt, die in den allermeisten Fällen die Alternative zu einer Behandlung nach § 35 BtMG darstellt, kostet mehr als doppelt so viel.

Ein Vergleich der drei Einrichtungen ist kaum möglich, da sich die Konzepte stark unterscheiden. Tübingen und Tagwerk kann man eher miteinander vergleichen, da sich hier das Regelwerk, die Behandlungsstruktur und die

Behandlungsangebote ähneln. Die Diamorphinbehandlung hingegen hält ein Konzept mit eher niederschwelligem Zugang vor. Doch um darin zu bestehen, bedarf es entweder eines recht hohen Maßes an Selbstverantwortung und Willensstärke oder Lebensbereiche mit ausreichend stabilem Fundament. Eher ungeeignet ist die Diamorphinbehandlung nach § 35 BtMG für Patienten, die bisher nicht von der Diamorphinbehandlung profitierten und den Anforderungen an die Eigenverantwortung nicht standhalten können.

Die Ergebnisse dieser Dokumentation der Wirksamkeit der Diamorphinbehandlung nach § 35 BtMG geben einen Hinweis darauf, dass das Behandlungsangebot durchaus positive Effekte mit sich bringt.

Diese Behandlung ist sinnvoll für den Typ Patient, der grundsätzlich von der Diamorphinbehandlung profitiert im Sinne einer langfristigen Stabilisierung und der in der Lage ist, den alltäglichen Versuchungen zu Konsum oder Gesetzesverstößen standzuhalten weil er beispielsweise andere Bewältigungsstrategien entwickelt hat. Unter diesen Gegebenheiten kann dieser ambulante Behandlungsrahmen zielführend ausgefüllt werden.

## 5 LITERATURVERZEICHNIS

- Bastigkeit, M. (2007): Sucht. Ersatzdrogen als Drogenerersatz, in: *Pharmazeutische Zeitung*, Nr. 21, S. 1-12, online verfügbar unter <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/ausgabe-212007/ersatzdrogen-als-drogenerersatz> [04.06.2020].
- Bendek, C. (2016): Die Substitutionsbehandlung in Deutschland, in: *Onlinezeitschrift für Höchststrichterliche Rechtsprechung zum Strafrecht*, Jg. 17, Nr. 12, S. 556–564, online verfügbar unter <https://www.hrr-strafrecht.de/hrr/archiv/16-12/index.php?sz=8> [05.06.2020].
- Bender, R. und S. Lange (2001): Was ist der p-Wert?, in: *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, Jg. 126, S.39-40, online verfügbar unter <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-2001-12739.pdf> [05.06.2020].
- Bender, S. (2012): Racemate und Enantiomere, in: *Die PTA in der Apotheke*, Nr. 3, S. 99, online verfügbar unter <https://www.diepta.de/news/praxis/wissen-sie-es-noch-racemate-und-enantiomere-539266/> [21.06.2020].
- Binger, M. (2012): Betäubungsmittel kompakt - Teil 1, in: *Die PTA in der Apotheke*, Nr. 7, S. 48-49, online verfügbar unter: <https://www.diepta.de/news/praxis/politik-betaeubungsmittelrecht-kompakt-teil-1-538945> [04.06.2020].
- Böhmer, P. (2015): Heroinsubstitution. Überzeugende Erfolge, in: *Pharmazeutische Zeitung*, Jg. 47.
- Böllinger, L. und H. Stöver (2002): *Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik. Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen*, 5., vollst. überarb. Aufl. Frankfurt am Main: Fachhochschul-Verlag, ([Materialien zur Sozialarbeit und Sozialpolitik], Bd. 12).
- Boldt, A., S. Hinz, M. Meischner-Al-Mousawi und S. Hartenstein (2017): Legalbewährung nach Entlassungen aus Haft zu stationärer Entwöhnungsbehandlung - eine Rückfalluntersuchung, in: *Bewährungshilfe - Soziales • Strafrecht • Kriminalpolitik*, Jg. 64, Nr. 1, S. 56-69.
- Bruhn, C.(2010): Diacetylmorphin erfolgreicher als Methadon, in: *Deutsche Apotheker Zeitung*, Jg. 150, Nr. 5, S. 56.
- Bühl, A. (2019): *SPSS. Einführung in die moderne Datenanalyse ab SPSS 25*, 16., aktualisierte Auflage, Hallbergmoos: Pearson (Pearson Studium - Scientific Tools).
- Bundesärztekammer (Hrsg.) (2018): *Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL): Substitutionsgestützte*

- Behandlung Opiatabhängiger*, online verfügbar unter [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/QS/MVV-RL-Substitution.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/QS/MVV-RL-Substitution.pdf) [04.06.2020].
- Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit (2009): *Glossar, Begriffe A-Z, Chronisch kranke Menschen*, online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/c/chronisch-kranke-menschen.html> [03.07.2020].
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Hg.): *Bericht zum Substitutionsregister 2010, Bundesopiumstelle*, online verfügbar unter [https://www.akzept.org/pdf/volltexte\\_pdf/nr23/substitution/bfarm\\_bericht2010.pdf](https://www.akzept.org/pdf/volltexte_pdf/nr23/substitution/bfarm_bericht2010.pdf) [02.06.2020].
- Bundeskriminalamt (Hrsg.): *Rauschgiftkriminalität. Bundeslagebild 2017 - Tabellenanhang*, online verfügbar unter <https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/JahresberichteUndLagebilder/Rauschgiftkriminalitaet/2017RauschgiftBundeslagebildTabellen.html;jsessionid=D6712719F384247AEBC90E30BA6E48BC.live0602?nn=27972> [23.05.2020].
- Bundeskriminalamt (Hrsg.) (2019): *Rauschgiftkriminalität Bundeslagebild 2018*, online verfügbar unter [https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/Lagebilder/Rauschgiftkriminalitaet/rauschgiftkriminalitaet\\_node.html](https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/Lagebilder/Rauschgiftkriminalitaet/rauschgiftkriminalitaet_node.html) [03.06.2020].
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz: *Verordnung über das Verschreiben, die Abgabe und den Nachweis des Verbleibs von Betäubungsmitteln (Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung). BtMVV*, vom 20.01.1998, online verfügbar unter [https://www.gesetze-im-internet.de/btmvv\\_1998/BtMVV.pdf](https://www.gesetze-im-internet.de/btmvv_1998/BtMVV.pdf) [04.06.2020].
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (15.05.1871): *Strafgesetzbuch. StGB*, vom 13.11.1998, online verfügbar unter <https://gesetze-im-internet.de/stgb/BJNR001270871.html> [04.06.2020].
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (28.07.1981): *Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Betäubungsmittelgesetz). BtMG*, vom 01.03.1994, online verfügbar unter [https://www.gesetze-im-internet.de/btmg\\_1981/BtMG.pdf](https://www.gesetze-im-internet.de/btmg_1981/BtMG.pdf) [04.06.2020].
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung: *Bekanntmachung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Änderung der Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. BUB-Richtlinien*, online verfügbar unter <https://www.g-ba.de/downloads/39-261-7/2002-10-28-BUB-Methadon.pdf> [04.06.2020].

- Degkwitz, P. (2008): Was wirkt wirklich? Evidenz und Erfahrung in der Suchtarbeit. What Really Works - Evidence and Experience in the Field of Addiction, in: *Suchttherapie*, Nr. 9, S. 47–48.
- Degkwitz, P., K. Bonorden-Kleij's und C. Haasen (2007): Heroingestützte Behandlung in Kanada, Europa und Deutschland -. Politisches Umfeld, praktische Erfahrungen und weitere Entwicklungen, in: *Suchttherapie*, Jg. 181, Nr. 8, S. 122-127, online verfügbar unter <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-2007-1032322> [24.06.2020].
- Degkwitz, P. und U.Verthein (2013): 10 Jahre HeGeBe in Deutschland - der lange Weg zur Normalisierung, in: *Suchtmedizin in Forschung und Praxis*, Jg. 15, Nr. 5, S. 286–294.
- Eckstein, G. (2009): Der § 35 BtmG: Erfolgsgeschichte - oder ist zusammengewachsen, was nicht zusammengehört? in: *Konturen - Fachzeitschrift zu Sucht und sozialen Fragen*, Jg. 30, Nr. 1-2, S. 40-43.
- Field, A. (2018): *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. 5th edition, Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC, Melbourne: SAGE.
- Gensthaler, B. M. (1999): Substitution: Mehr Sicherheit mit Buprenorphin, in: *Pharmazeutische Zeitung*, Nr. 51, online verfügbar unter <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/inhalt-51-1999/pharm1-51-1999> [30.05.2020].
- Goldmann, T. (2012): *Entwicklung der Delinquenz der Teilnehmenden des Bonner Modellprojektes zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger*, (Dissertation), Universität Bonn.
- Haasen, C. und U. Verthein (2008): *Die Wirksamkeit der Diamorphinbehandlung im Vergleich zur Methadonsubstitution - Ergebnisse der 1. und 2. Studienphase*, Baden-Baden: Nomos (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd.156).
- Henning, J. (2005): Neurotizismus, in: H. Weber und T. Rammsayer (Hrsg.), *Handbuch der Persönlichkeitspsychologie und Differentiellen Psychologie*, S. 251–256.
- Hilscher, H.-J. (2018): Methadon ein essentielles Medikament in der Palliativmedizin, in: *Connexi*, Nr. 7, S. 12-17, online verfügbar unter [https://pkdnil.de/wpcontent/uploads/Methadon\\_ein\\_essentielles\\_Medikament\\_in\\_der\\_Palliativmedizin.pdf](https://pkdnil.de/wpcontent/uploads/Methadon_ein_essentielles_Medikament_in_der_Palliativmedizin.pdf) [21.06.2020].
- Kahneman, D. (2011): *Thinking, Fast and Slow*, London: Penguin Books.
- Kemper, Christoph J., C. Beierlein, D. Bensch, A. Kovaleva und B. Rammstedt (2012): *Eine Kurzsкала zur Erfassung des Gamma-Faktors sozial erwünschten Antwortverhaltens: die Kurzsкала Soziale Erwünschtheit-Gamma (KSE-G)*, Mannheim (GESIS-Working Papers, Bd. 2012/25), online verfügbar unter [https://zis.gesis.org/pdfFiles/Dokumentation/Kemper+\\_Soziale\\_Erwuenslichkeit-Gamma\\_c.pdf](https://zis.gesis.org/pdfFiles/Dokumentation/Kemper+_Soziale_Erwuenslichkeit-Gamma_c.pdf) [04.06.2020].



- Kemper, Christoph J., C. Beierlein, D. Bensch, A. Kovaleva und B. Rammstedt (2012): *Eine kurze Skala zur Messung der fünf Dimensionen der Persönlichkeit: Big-Five-Inventory-10 (BFI-10)*. *Working Papers*. Hg. v. GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften, Mannheim, online verfügbar unter [https://www.gesis.org/fileadmin/kurzskalen/working\\_papers/BFI10\\_Workingpaper.pdf](https://www.gesis.org/fileadmin/kurzskalen/working_papers/BFI10_Workingpaper.pdf) [16.05.2020].
- Kemper, Christoph J., C. Beierlein, D. Bensch, A. Kovaleva und B. Rammstedt (2013): Eine kurze Skala zur Messung der fünf Dimensionen der Persönlichkeit. 10 Item Big Five Inventory (BFI-10), in: *Methoden, Daten, Analysen: mda; Zeitschrift für empirische Sozialforschung*, Jg. 7, Nr. 2, S. 233–249, online verfügbar unter [https://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/zeitschriften/mda/Vol.7\\_Heft\\_2/MDA\\_Vol7\\_2013-2\\_Rammstedt.pdf](https://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/zeitschriften/mda/Vol.7_Heft_2/MDA_Vol7_2013-2_Rammstedt.pdf) [16.05.2020].
- Kemper, Christoph J., C. Beierlein, D. Bensch, A. Kovaleva und B. Rammstedt (2014): *Eine Kurzskala zur Erfassung des Gamma-Faktors sozial erwünschten Antwortverhaltens: Die Kurzskala Soziale Erwünschtheit-Gamma (KSE-G)*. *Working Papers*, Hg. v. Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen (ZIS), GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften, online verfügbar unter [https://www.gesis.org/fileadmin/\\_migrated/content\\_uploads/KSE\\_G\\_Workingpaper\\_01.pdf](https://www.gesis.org/fileadmin/_migrated/content_uploads/KSE_G_Workingpaper_01.pdf) [04.06.2020].
- Kemper, Christoph J. / C. Beierlein / D. Bensch / A. Kovaleva / B. Rammstedt (2014): *BigFive Inventory 10 (BFI-10)*, Hg. v. Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen (ZIS), GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften, online verfügbar unter <https://doi.org/10.6102/zis76> [22.05.2020].
- Klausen, G. und J. Götz (2004): Substitutionstherapie bei Heroinabhängigen: Mit dem Opiat allein ist es nicht getan, in: *Der Hausarzt*, Jg. 41, Nr. 20, S. 55-58.
- Kurze, M. (1993): Strafrechtspraxis und Drogentherapie: Eine Implementationsstudie zu den Therapieregungen des Betäubungsmittelrechts, in: *Kriminologie und Praxis 12, KUP: Schriftenreihe der Kriminologischen Zentralstelle e. V.*, Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Langer, K., H.-U. Wittchen, G. Bühringer und J. Rehm (2011): Die Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger: Grundlagen, Versorgungssituation und Problembereiche, in: *Suchtmedizin in Forschung und Praxis*, Jg. 13, Nr. 5, S. 202-211.
- Lenssen, Marie.-L. und A. Heuermann (2017): Methadon- und Levomethadon: Substitutionslösungen auf dem Prüfstand, in: *Pharmazeutische Zeitung*, Jg. 35, S. 1–11.
- Meißner, Marc (2010): Was ist ein Qaly?, in: *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 107, Nr. 12, S. 542-546, online verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/70329/Was-ist-ein-Qaly> [30.06.2020].

- Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg (03.07.2017): Staatliche Anerkennung nach § 35 BtMG, Stuttgart.
- Naber, D. und C. Haasen (2006): *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger - eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie. Abschlussbericht der klinischen Vergleichsstudie zur Heroin- und Methadonbehandlung gemäß Studienprotokoll Nr. ZIS-HV9-0701 vom 23. Juli 2001, und Amendments Nr. ZIS-HA9/1 bis ZIS-HA9/10, ZIS-HA9/13 und ZIS-HA9/14*, Hamburg: ZIS.
- Newman, R. G. (2011): HeGeBe. Die Perspektive aus Sicht des Methadon-Papstes, in: *Suchtmedizin in Forschung und Praxis*, Jg. 15, Nr. 5, S. 314-315.
- Oviedo-Joekes, E., B. Nosyk, S. Brissette, J. Chettiar, P. Schneeberger und D. C. Marsh (2008): *The North American Opiate Medication Initiative (NAOMI): Profile of Participants in North America's First Trial of Heroin-Assisted Treatment*, in: *Journal of Urban Health*, Jg. 85, Nr. 6, S. 812–825. Online verfügbar unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2587648> [17.05.2020].
- Poehlke, T., W. Heinz und H. Stöver (2016): *Drogenabhängigkeit und Substitution - ein Glossar von A-Z.*, 4.Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Rolke, R. (2018): Therapie chronischer Schmerzen. Schwerpunkt Opioide - unter besonderer Berücksichtigung des Einsatzes von Co-Analgetika und Antidepressiva, in: *arztCME, Zertifizierte Fortbildung für Ärztinnen und Ärzte*, online verfügbar unter [https://www.my-cme.de/wp-content/uploads/arztcme\\_chronische\\_schmerzen.pdf](https://www.my-cme.de/wp-content/uploads/arztcme_chronische_schmerzen.pdf) [21.06.2020].
- Schippers, G. und T. Broekman (2012). *MATE-Crimi 2.1 Handbuch und Leitfaden*. Nijmegen: Bureau Beta, online verfügbar unter <https://www.mateinfo.eu/mateinfo/pubs/MATE-Crimi-de%202.1%20Manual%20and%20Protocol-D.pdf> [22.05.2020].
- Schulze., R.: Lexikon der Psychologie. Big Five Persönlichkeitsfaktoren, in: [spektrum.de](http://spektrum.de), online verfügbar unter <https://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/big-five-persoenlichkeitsfaktoren/2360> [06.06.2020].
- Satow, L. (2012): *Big-Five-Persönlichkeitstest (B5T). Test- und Skalendokumentation*, online verfügbar unter <https://www.drSATOW.de/tests/persoenlichkeitstest/B5T-Testdokumentation.pdf> [22.05.2020].
- Schäfer, C. (2009): Pharmazeutische Beratung bei Substitution, in: *Deutsche Apotheker Zeitung*, Nr. 3, S. 64, online verfügbar unter <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2009/daz-3-2009/pharmazeutische-beratung-bei-substitutionsmitteln> [28.06.2020].
- Schäfer, D. (2018): Schadensminimierung: Endlich: Neue Regeln erleichtern die Substitutionsbehandlung, in: *Deutsche Aidshilfe*,

online verfügbar unter <https://magazin.hiv/2018/12/10/neue-regeln-fuer-substitutionsbehandlung> [22.05.2020].

- Strang, J., T. Groshkova und N. Metrevian (2012): *New heroin-assisted treatment: recent evidence and EMCDDA Insights New heroin-assisted treatment. Recent evidence and current practices of supervised injectable heroin treatment in Europe and beyond*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lissabon, online verfügbar unter [https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/690/Heroin\\_Insight\\_335259.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/690/Heroin_Insight_335259.pdf) [22.05.2020].
- Thiel, H. und Roewer, N. (2014): *Anästhesiologische Pharmakotherapie: Von der Grundlagen zur Pharmakologie zur Medikamentenpraxis*, 3. Auflage, Stuttgart: Thieme Verlag
- Von der Haar, M. (2012): § 64 StGB in der Praxis - Ein Überblick, in: *Suchttherapie* Jg. 13, Nr. 2, S.58-65.
- Von der Schulenburg, J. M. und C. Claes (2006): *Gesundheitsökonomische Begleitforschung. Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger: eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie*, Forschungsstelle für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung, Leibniz Universität Hannover, Hannover.
- Völkel, B. (2019): *Justizvollzug. Daten und Fakten*. Ministerium der Justiz und für Europa Baden-Württemberg, online verfügbar unter <https://justiz-bw.de/,Lde/Startseite/Justiz/datenundfakten#anker6181003> [22.05.2020].
- Vuille, E. (2017): Suchttherapie im Wandel der Zeit, in: *Sucht Magazin*, Nr. 6, S. 38–39.
- Wittchen, H.-U., G. Bühringer und J. Rehm (2011): Ergebnisse und Schlussfolgerungen der PREMOS-Studie. Effekte der langfristigen Substitution Opioidabhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcome, in: *Suchtmedizin in Forschung und Praxis*, Jg. 13, Nr. 5, S. 202-252.
- Zurhold, H., U. Verthein und A.L. Savinsky (2013): Medizinische Rehabilitation Drogenkranker gemäß § 35 BtMG ("Therapie statt Strafe"): Wirksamkeit und Trends. Hg. v. Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS), Bundesministerium für Gesundheit, online verfügbar unter [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Drogen\\_und\\_Sucht/Berichte/Kurzbericht/Kurzbericht\\_\\_\\_35\\_final.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Kurzbericht/Kurzbericht___35_final.pdf) [22.05.2020].

## 6 ANHANG