

Evangelische Hochschule Nürnberg

Soziale Arbeit

Bachelor-Thesis

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Arts

**Substitution im Sinne der akzeptierenden
Drogenarbeit.**

Lea Frankmann

Matrikelnummer: 22268555

Erstgutachter: Prof. Dr. Heinz-Peter Olm

Zweitgutachter: Prof. Dr. Michael Bayer

Abgabetermin: 10.08.2022

ABSTRACT

Die Substitution ist eine fest etablierte Behandlungsform von Opioidabhängigkeit. Sie steht in direktem Zusammenhang mit einer akzeptierenden Haltung gegenüber dem Konsumenten. Ziel dieser Arbeit soll die Überprüfung sein, ob Substitution im Sinne jener Haltung erfolgreich ist. Dies sind im Einzelnen die Therapieziele der Substitution wie auch das subjektive Erleben der Akzeptanz seitens der Klienten. Zur Feststellung jener Kriterien wurde eine qualitative Forschung in Form einer Fallstudie mittels Leitfadeninterviews durchgeführt. Das Ergebnis jener ist, dass die Substitution und die akzeptierende Drogenhilfe in diesem Kontext teilweise funktionieren, zum Teil aber auch strukturelle Mängel aufweisen. Durch Substitution können Klienten ihre Therapieziele erreichen, jedoch mit mangelnder Konstanz und nur mit großen Hürden. Die akzeptierende Drogenarbeit wird in der psychosozialen Beratung bereits umgesetzt, in anderen Bereichen der Substitution findet sie jedoch keine Anwendung. Dies bedarf politischen und gesellschaftlichen Anpassungen, um die Hilfeleistung für Opioidabhängige zu verbessern.

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung.....	5
2. Theoretische Grundlagen	7
2.1. Opioide	7
2.1.1. Herkunft und Entstehung	7
2.1.2. Verschiedene Stoffe	8
2.2. Gesellschaftliche Relevanz von Heroin.....	9
2.3. Juristische Grundlagen	9
2.4. Rauschmittel.....	10
2.4.1. Wirkung	11
2.4.2. Auswirkungen.....	14
2.5. Substitution.....	16
2.5.1. Ablauf	16
2.5.2. Substitutionsarzt.....	18
2.5.3. Psychosoziale Beratung	19
2.5.4. Therapieziele	19
2.5.5. Substitute	21
2.5.6. Beikonsum.....	23
2.5.7. Take-home	23
2.6. Akzeptierende Drogenarbeit	24
3. Qualitative Forschung.....	28
3.1. Methoden	28
3.2. Ergebnisse	32
4. Diskussion	39
5. Schluss.....	44
Literaturverzeichnis.....	46
Anhang	51
Eigenständigkeitserklärung	144

HINWEIS ZUM GENDERASPEKT

In folgender Arbeit werden personenbezogene Substantive als verallgemeinernde maskuline Form entsprechend der deutschen Rechtschreibung angegeben. Damit gemeint sind jedoch stets alle weiblichen, männlichen oder diversen Personen, die der jeweiligen Personengruppe angehören.

1. EINLEITUNG

Vor einigen Jahren erfolgte in Nürnberg der Umbau der Königstorpassage am Hauptbahnhof. Neben der Installation von Überwachungskameras und dem Ausbau der Beleuchtungsanlage, wurde der Raum offener und weniger verwinkelt gestaltet (vgl. Pelke 2020). Die Maßnahmen dienten dazu, den bisherigen Rückzugsort vieler Drogenkonsumenten unattraktiv zu machen, wodurch sich die Drogenszene auf den Vorplatz des Nürnberger Hauptbahnhofs verlagerte (vgl. Dworschak 2021). Er dient Drogenkonsumenten allgemein als sozialer Treffpunkt und weniger, um mit Rauschgift zu handeln oder zu konsumieren, da auch der Bahnhofsvorplatz zu sehr unter Beobachtung steht (vgl. Dworschak 2021b). Dennoch ist der Hauptbahnhof in Nürnberg der Ort, an dem die meisten Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz polizeilich erfasst werden (vgl. Polizeipräsidium Mittelfranken 2022: 66). Letztendlich ist er das Zentrum des Nürnberger Drogengeschehens, weshalb dort auch Straßenarbeit¹ stattfindet. Sozialarbeiter lokaler Drogenhilfeeinrichtungen positionieren sich dort, um Kontakte zu den Konsumierenden zu knüpfen und ihnen sterile Konsumutensilien wie etwa Spritzen auszuhändigen (vgl. Dworschak 2021b). Durch den Gebrauch unsauberer Utensilien wird die Übertragung von Infektionskrankheiten riskiert, was demnach durch die Straßensozialarbeit verhindert werden soll. Darüber hinaus können hierbei kurze Beratungsgespräche stattfinden sowie eine erste Vertrauensbasis geschaffen, um Konsumenten den Weg in ein Hilfenetzwerk zu erleichtern (vgl. mudra e.V. 2021: 94). Neben dem Risiko einer Ansteckung mit Krankheiten, spielt die Gefahr einer Überdosis beim Drogenkonsum eine präsente Rolle. Im Jahr 2021 gab es in Nürnberg 25 Drogentote. Seit dem Jahr 2017 ist dies ein steter Anstieg, mit Ausnahme der Höchstzahl von 34 im Jahr 2019. Mit ca. 75% der 25 Rauschgifttoden ist Heroin die mit Abstand häufigste Ursache eines drogeninduzierten Todes (vgl. Polizeipräsidium Mittelfranken 2022 : 68). Jenem gesellschaftlichen Problem, das nicht nur in ganz Deutschland, sondern auch auf der ganzen Welt präsent ist, wird durch das Substitutionsprogramm entgegengewirkt. Hierbei wird Heroinkonsumenten durch einen Arzt eine andere Substanz verschrieben, die anstelle der Droge eingenommen wird (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) 2021: 73, 74). Diese Behandlungsform etablierte sich gegen Ende des 20. Jahrhunderts, nachdem sie sehr lange Zeit nicht gesellschaftsfähig war. In der ersten Hälfte des 20. Jahrhundert war die deutsche Drogenpolitik noch restriktiv und abstinenzorientiert aufgebaut. Erst aufgrund der steigenden Zahl Heroinsüchtiger in den 1970er Jahren wurden Modellversuche zum Einsatz von Methadon durchgeführt, jedoch etablierte sich die Behandlung zu diesem

¹ Geläufig Englisch: streetwork

Zeitpunkt noch nicht. Die medizinische Verwendung von Methadon war also noch immer sehr streng reglementiert und auf den Einsatz bei lebensbedrohlichen Notfällen beschränkt. Einige Ärzte widersetzten sich damals jenen Vorgaben und riskierten damit strafrechtliche Verfolgung. Zum Teil erfolgte die Ausweichung auf andere Substitutionsmittel, welche nicht vom Betäubungsmittelgesetz miterfasst waren. Erst 1985 rückte die Diskussion um das Methadonprogramm in der Politik erneut in den Fokus, wobei nun erstmals deren Potenzial angesprochen wurde. In den 1980er Jahren breitete sich zudem nicht nur die Infektionskrankheit HIV aus, sondern es stieg auch die Zahl der Drogentoten drastisch an. Dies führte zu einer Revision der ausschließlich abstinenzorientierten Drogenhilfe, was den Weg für das Methadonprogramm bereiten sollte. Neue Modellprogramme wurden gestartet, offizielle Richtlinien bekanntgegeben und Methadon wurde von den gesetzlichen Krankenkassen anerkannt. Letzten Endes wurde die Substitutionsbehandlung 1992 offiziell gesetzlich aufgenommen. Heute ist die Substitution eine fest etablierte, gut erforschte Behandlungsform der Opioidabhängigkeit (vgl. Bundesärztekammer 2017: 6). Das deutsche Substitutionsregister zählt im Jahr 2021 81.300 gemeldete substituierte Personen, was knapp die doppelte Anzahl als im Jahr 2002 ist (vgl. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 2016: 2; Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 2022: 2). Analog sank die Zahl der Drogentoten von 2.030 Personen im Jahr 2000 auf 1.581 im Jahr 2020² (vgl. Drogenbeauftragte/r der Bundesregierung 2021). Erst der Wandel von einer bevormundenden, restriktiven Drogenhilfe hin zu einer akzeptierenden Arbeit konnte also den entscheidenden Durchbruch bringen. (vgl. Gerlach/ Stöver 2005: 18-21)

Thema dieser Arbeit soll die Frage sein, ob Substitution im Sinne der akzeptierenden Drogenhilfe erfolgreich ist. Hierzu soll zunächst im Theorieteil ein ausführlicher Überblick über die Substanzgruppe der Opioide, die gesellschaftliche Relevanz von Heroin, die juristischen Grundlagen, der Konsum von Heroin als Rauschmittel, das Konzept der Substitution und der Ansatz der akzeptierenden Drogenarbeit erfolgen. Im Praxisteil werden schließlich Forschungsmethoden, -ablauf und -ergebnisse, der eigens durchgeführten qualitativen Studie dargestellt. Zuletzt soll anhand einer Diskussion der Abgleich der Theorie mit den Forschungsergebnissen erfolgen und damit die Forschungsfrage beantwortet werden. Zudem wird ein Fazit der Erkenntnisse gezogen.

² jedoch 944 Rauschgifttote im Jahr 2012 und seitdem steter Anstieg

2. THEORETISCHE GRUNDLAGEN

Zur Überprüfung der Forschungsfrage erfolgt zunächst eine breitbandige Darstellung der theoretischen Grundlagen. Hierzu werden in Kapitel 2.1. Hintergründe zur Entstehung von Opioiden erläutert und verschiedene Varianten jener vorgestellt. Anschließend erfolgt in Kapitel 2.2. die Darstellung der aktuellen Situation in der Gesellschaft, auch in Bezug auf die rechtliche Situation in Kapitel 2.3. In Kapitel 2.4. werden die Wirkungen und Risiken des missbräuchlichen Konsums von Heroin als Rauschmittel erläutert. Jener Überblick über die Stoffgruppe der Opioide sowie die Darstellung der Epidemiologie erfolgen, um die Relevanz der Substitutionsbehandlung deutlich zu machen. Diese wird auf Basis dessen im Anschluss in Kapitel 2.5. detailliert beschrieben. Anhand der dargelegten Kriterien der Therapieziele der Substitution, wird im Praxisteil (Kapitel 3.) die Forschungsfrage überprüft. Als letztes Kapitel des Theorieteils wird in 2.6. die akzeptierende Drogenarbeit mit den hier entsprechenden Kriterien vorgestellt, um auch anhand dieser im Praxisteil die Forschungsfrage zu überprüfen.

2.1. OPIOIDE

Thema dieses Kapitels sollen die Entstehungsgeschichte von Opioiden und dem Rauschmittel Heroin sein. Zudem werden die für den Verlauf der Arbeit relevanten Termini erläutert und es wird eine Auswahl an Opioiden vorgestellt.

2.1.1. HERKUNFT UND ENTSTEHUNG

Der Ursprung des Rauschmittels stammt von der Pflanze des Schlafmohns (*papaver somniferum*), aus dessen Kapsel der Saft mit den auf den menschlichen Organismus wirksamen Alkaloiden bzw. Opiaten gewonnen wird.

Seine Anwendung reicht bis zur Zeit der Ägypter zurück, die bereits um die berauschende Wirkung wussten. Der Saft des Mohns wird zur Weiterverarbeitung getrocknet, das entstehende Produkt wird als Opium bezeichnet. Anfang des 19. Jahrhunderts konnte das Alkaloid Morphin aus Opium isoliert und als Schmerzmittel eingesetzt werden. (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) 2022a; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) 2021: 20ff.)

1898 wurde durch Weiterverarbeitung von Morphin Heroin gewonnen und als Schmerz- und Hustenmittel zum medizinischen Gebrauch veröffentlicht. Die Folge waren zahlreiche substanzabhängige Menschen und damit einhergehend viele Drogentote, sodass das Medikament 1931 wieder vom Markt genommen wurde (vgl. Deutsche Hauptstelle

für Suchtfragen (DHS) 2022c). Verboten wurde es schließlich 1971 (vgl. Stümpel 2021), blieb jedoch als illegales Rauschmittel bestehen. Die Zahl der Drogentoten stieg bis 1990 stetig an und erreichte dort ihren Höhepunkt. Während im Jahr 1985 noch 324 Drogentote in Westdeutschland aufgefunden wurden, waren es im Jahr 1990 1491 Rauschgifttote in Westdeutschland (vgl. Bundeskriminalamt 1990: 194). Erst die Einführung der Substitutionsbehandlung konnte der Tendenz gegensteuern. (vgl. Walter/ Soyka 2019: 178)

2.1.2. VERSCHIEDENE STOFFE

Auf Basis von Opium gibt es weitere Opioide wie Heroin. Jene Substanzen werden entweder auf Basis von Alkaloiden des Opiums halbsynthetisch hergestellt, also durch chemische Vorgänge weiter modifiziert. Es gibt jedoch auch synthetische Opioide, die ausschließlich künstlich erzeugt werden. Als Opiate werden die Alkaloide des Opiums bezeichnet und sind also natürlich in der Pflanze vorkommende Stoffe. Opioide sind künstlich generierte Varianten dessen. Der Begriff wird im Sprachgebrauch jedoch nicht immer eindeutig abgegrenzt. Im Verlauf der Arbeit soll der Begriff der Opioide verallgemeinend verwendet werden. (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) 2021: 21, 24)

Im Lauf der Jahre wurden immer mehr Opioide entwickelt, wobei Buprenorphin und Methadon neben Heroin die zentralsten sind. Erstere beiden sind geläufige Substitute, die in Kapitel 2.5.5. detailliert beschrieben werden. Heroin wird in Kapitel 2.4. vorgestellt. Darüber hinaus ist das Hauptopiat Morphin zu nennen, das den Ursprung der heutigen Opioide bildet und außerdem in der Medizin in Form einer Flüssigkeit oder Tabletten als starkes Schmerzmittel verbreitet ist. Seine Wirkung dauert bei intravenöser Gabe zwischen 4 und 5 Stunden an. Ein besonders starkes Schmerzmittel ist Fentanyl, dessen Wirkung 125-mal so hoch wie die von Morphin ist und zudem stark atemdepressiv³ wirkt. Es wird in Form von Pflastern abgegeben, die vor allem in Bayern missbräuchlicherweise aufgekocht und gespritzt werden. Die erzielte Wirkung wird oft unterschätzt, was eine erhöhte Todeszahl im Zusammenhang mit Fentanyl zur Folge hat (vgl. DBDD 2017: 35; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) 2021: 66). Im Jahr 2020 verstarben 21 Menschen an einer Vergiftung durch ausschließlich Fentanyl (vgl. Bundeskriminalamt 2021: 26). Es gibt viele weitere Opioide, die an dieser Stelle jedoch nicht relevant sind.

Trotz der lokalen Besonderheit von Fentanyl, ist Heroin fast das einzige, als Rauschmittel relevante Opioid in Deutschland (vgl. DBDD 2017: 35) und spielt demnach auch bei

³ Den Atem dämpfend

der Substitutionsbehandlung die größte Rolle. Deshalb wird im weiteren Verlauf der Arbeit hauptsächlich auf Heroin eingegangen und nicht zwischen den einzelnen Opioiden differenziert. (vgl. Walter/ Soyka 2019: 186-189; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) 2021: 23-26).

2.2. GESELLSCHAFTLICHE RELEVANZ VON HEROIN

In diesem Kapitel soll statistisch fundiert die Verbreitung von Heroin in der deutschen Bevölkerung aufgezeigt werden, um damit die Rolle der Substitutionsbehandlung zu betonen.

Auch heutzutage noch spielt Heroin in der Gesellschaft eine Rolle. Im Jahr 2016 wurden Schätzungen zur Zahl der Opioidabhängigen in Deutschland vorgenommen, bei der die Dunkelziffer anhand von Fragebögen ermittelt wurde. Das Ergebnis betrug insgesamt rund 167.000 Opioidabhängige im Alter zwischen 15 und 64 Jahren, wobei in der Substitution gemeldete Personen miteingeschlossen wurden, welche 56% ausmachen. 75% der Gesamtzahl sind Männer (vgl. Kraus et al. 2018: 7, 21ff.). Die Zahl der drogeninduzierten Todesfälle spiegelt den missbräuchlichen Konsum von Opioiden in der Gesellschaft wider. Im Jahr 2020 starben 186 Personen an den Folgen von ausschließlich Opioidkonsum, wobei davon Heroin bei 130 Personen die Ursache war. In Verbindung mit weiteren Stoffen führte Heroin bei 230 Personen zum Tod. Die Substanz, deren Konsum im Jahr 2020 am zweithäufigsten tödlich endete, sind Amphetamine mit 51 verstorbenen Personen. Damit fielen Heroin im Jahr 2020 fast dreimal so viele Konsumenten zum Opfer als Amphetaminen. Zu Betonen ist jedoch auch, dass gegenüber dem Jahr 2019 eine Abnahme der Sterbefälle durch Heroin bzw. Morphin um fast 19% erfolgte (vgl. Bundeskriminalamt 2021: 28, 29). Darüber hinaus ist eine Tendenz zu erkennen, dass das Durchschnittsalter Opioid Gebrauchender stetig steigt und die Droge im Umkehrschluss unter jungen Menschen zunehmend weniger verbreitet ist (vgl. DBDD 2017: 36).

2.3. JURISTISCHE GRUNDLAGEN

Opioide zählen unter das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) und damit ist ihre Abgabe streng geregelt. In diesem Kapitel sollen die rechtlichen Grundlagen zum Betäubungsmittel Heroin dargestellt werden.

Heroin fällt unter Anlage I des §1 Abs.1 BtMG, die sich auf „nicht verkehrsfähige Betäubungsmittel“ bezieht. Weitere Opiode, die in der Medizin wie Substitution oder

Schmerztherapie Verwendung finden, sind in Anlage III des §1 Abs.1 BtMG aufgelistet. Jene umfasst alle „verkehrs-fähigen und verschreibungsfähigen Betäubungsmittel“, was in der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) geregelt ist. Ab §§29-30b BtMG werden die einzelnen Straftatbestände in Verbindung mit Betäubungsmitteln definiert. Im Einzelnen beziehen sie sich unter anderem auf Anbau, Herstellung, Handel, Einführung oder Ausführung ohne Handel zu treiben, Veräußerung, Abgabe, weitere Formen des in den Verkehr Bringens, Erwerbs oder allgemein Verschaffens. Der eigentliche Konsum steht nicht unter Strafe. In den einzelnen Normen wird das Strafmaß anhand zusätzlicher Tatbestände differenziert. Beispiele dafür sind, ob an jüngere Personen abgegeben wird, die Straftat als Mitglied einer Bande erfolgt, ob eine geringe Menge vorliegt oder Schusswaffen oder vergleichbare Gegenstände involviert waren. Die jeweiligen Strafen sind Freiheitsentzug in verschiedenem Ausmaß oder Geldstrafen⁴. Des Weiteren regelt §31a BtMG das Absehen von der Verfolgung, was nach Absatz 1 bei geringer Menge zum Eigengebrauch sein kann. Welche Grenze diese geringe Menge jedoch konkret meint, ist nicht einheitlich geregelt und wird in jedem Bundesland sehr unterschiedlich gehandhabt. Bei Heroin werden ca. 1 Gramm bis 3 Gramm als geringe Menge beurteilt (vgl. Laudon/ Schneider o.D.).

2.4. RAUSCHMITTEL

Nach den allgemeineren Erläuterungen zur Substanzgruppe der Opiode, soll nun insbesondere auf den missbräuchlichen Konsum als Rauschmittel eingegangen werden. Mitinbegriffen sind hier Hintergründe der Drogenszene, aber auch die Wirkweise von Heroin und den Auswirkungen auf den Konsumenten.

Heroin - in der Szene als „brown“ (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) 2021: 21) „sugar“ (ebd.) „h“ (ebd.) „junk“ (ebd.) oder „Stoff“ (ebd.) bezeichnet - ist das zentralste Opioid auf dem Schwarzmarkt und soll zunächst in diesem Kontext näher beschrieben werden.

Heroin besteht in Form von weißem bis braunem Pulver, das meistens intravenös konsumiert wird. Hierfür wird die Substanz mit Wasser aufgekocht und dann mit einer Spritze in die Vene injiziert. Außerdem kann Heroin auch durch die Nase gesniffet werden und zum Teil wird es auf Aluminiumfolie erhitzt und geraucht. Die benötigte Menge variiert

⁴ Stark vereinfachte Beschreibung des BtMG. Für die Zwecke dieser Arbeit ist der hier gewählte Umfang ausreichend.

aufgrund der schnellen Toleranzentwicklung⁵ stark. Sie kann von 0,5 Gramm bis 3 Gramm am Tag betragen. (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) 2018)

Straßenübliches Heroin ist dabei stets eine Zusammensetzung aus dem eigentlichen Wirkstoff und verschiedener Streckmittel, die mitunter auch gefährlich werden können. Üblicherweise ist das Pulver mit Coffein und Paracetamol gestreckt (vgl. Peter et al. 2017). Ein Beispiel für einen riskanten Streckstoff wäre Fentanyl, was eine sichere Dosierung beinahe unmöglich macht und das Risiko einer Überdosierung birgt (vgl. BZgA 2018).

Heroin hatte im Jahr 2020 einen Straßenpreis von durchschnittlich 46,20€ pro Gramm, wobei der Preis innerhalb der letzten 10 Jahre um gut 20% gestiegen ist (vgl. DBDD 2021: 20). Der Reinheitsgrad⁶ des Rauschgiftes weist im vergangenen Jahrzehnt eine steigende Tendenz auf. So betrug er im Jahr 2011 noch knapp über 10% und im Jahr 2020 24,6% (vgl. DBDD 2021: 25).

2.4.1. WIRKUNG

In diesem Kapitel geht es um die Wirkung des Konsums von Heroin. Neben dem Effekt für den Konsumenten, werden die Wirkzusammenhänge auf neurobiologischer Ebene⁷ erläutert. Auf Basis dessen erfolgen die Ausführungen zur Substitution in Kapitel 2.5. Des Weiteren werden die im klinischen Bereich angewandten Diagnosen im Kontext mit Opioiden geschildert, die in verschiedenen Abstufungen erfolgen.

Typisch für Heroin beim intravenösen Konsum ist der „Rush“ (Walter/ Soyka 2019: 184) oder „Flash“ (BZgA o.D.b). Damit ist ein sehr schnell eintretender, flutartiger Rausch kurz nach dem Konsum gemeint, der nur wenige Minuten anhält. Bei dauerhaftem Konsum flaut dieser Effekt jedoch ab. Nach jenem ersten Euphorie-Gefühl geht der Rausch dann über in eine dämpfende und entspannende Wirkung. Negative Gefühle und Gedanken werden unwichtig, es stellt sich eine allgemeine Zufriedenheit ein. Bei fehlender Toleranz gegenüber der Substanz hält der Effekt ca. 5 Stunden an, auch dieser wird bei regelmäßigem Konsum zunehmend kürzer und weniger intensiv. (vgl. Walter/ Soyka 2019: 186; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) 2021: 24)

⁵ Abnehmende Reaktion des Körpers bei anhaltendem Konsum aufgrund von Gewöhnungseffekten (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) 2018)

⁶ Anteil des tatsächlichen Wirkstoffes

⁷ Biochemische Zusammenhänge stark vereinfacht. Für die Zwecke dieser Arbeit ist der hier gewählte Umfang ausreichend.

Neurobiologische Wirkweise

Der menschliche Körper produziert selbst Opiate wie beispielsweise Endorphine und verfügt deshalb über Opiatrezeptoren. Das konsumierte Heroin⁸ wird vom Körper sehr schnell in die beiden Abbauprodukte 6-Monoacetylmorphin und Morphin zersetzt, da es wegen seiner chemischen Eigenschaft schneller vom Blut ins Gehirn aufgenommen werden kann - schneller als reines Morphin. Die beiden Abbauprodukte können im Gehirn dann, im Gegensatz zum Ausgangsstoff Heroin, an genannte Rezeptoren binden. So erreichen diese beiden Produkte des Rauschmittels vor allem bei Injektion nach wenigen Minuten ihre höchste Konzentration, was für den geschilderten Rush-Effekt verantwortlich ist. Morphin wird schließlich deutlich langsamer abgebaut als 6-Monoacetylmorphin und Heroin, was zum Eintritt des länger andauernden Euphorie-Gefühls führt. Die Opiatrezeptoren werden in drei Gruppen unterteilt, wobei jede Art von Rezeptoren spezifische Wirkungen verursacht. Alle drei Arten, die δ -Rezeptoren, die κ -Rezeptoren und die μ -Rezeptoren, wirken schmerzstillend. Durch die Stimulation der Rezeptoren erfolgt die Ausschüttung von Neurotransmittern⁹ wie Dopamin, Noradrenalin und Serotonin, was die letztendliche Wirkung im Körper hervorruft. (vgl. Walter/ Soyka 2019: 184-185; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) 2021: 20-23; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) 2018)

Symptomatik und Diagnose

Neben den geschilderten subjektiven Auswirkungen für den Konsumenten, sowie den Vorgängen auf neurobiologischer Ebene, bringen die Stadien des Heroinkonsums verschiedene Symptome mit sich. Die Stadien reichen von der Intoxikation, also dem Rauschzustand (vgl. Dilling/ Freyberger 2019: 65), hin zur Abhängigkeit und dem Entzugssyndrom. Alle Stadien sollen im Folgenden aus medizinischer Perspektive erläutert werden.

Einer berauschten Person wird im klinischen Bereich der Konsum in erster Linie anhand der Substanz im Organismus nachgewiesen. Zudem gibt es einige äußere Merkmale, durch die der Rauschzustand einer Person erkannt wird. Kennzeichen von „Verletzungen“ (Dilling/ Freyberger 2019: 65), die „Aspiration von Erbrochenem“ (ebd.), „Delir“ (ebd.), „Wahrnehmungsstörungen“ (ebd.), „Koma“ (ebd.) oder „Krampfanfälle[n]“ (ebd.) gehören ganz allgemein zum Auftreten einer berauschten Person. Opioid spezifisch kann zudem Teilnahmslosigkeit und Betäubung, „Enthemmung“ (Dilling/ Freyberger 2019: 67), „psychomotorische Verlangsamung“ (Dilling/ Freyberger 2019: 68) ,

⁸ Chemisch: Diamorphin/ Diacetylmorphin

⁹ Stoffe, die zur Kommunikation zwischen Nervenzellen dienen.

„Aufmerksamkeitsstörung“ (ebd.), „Einschränkung der Urteilsfähigkeit“ (ebd.) oder „Beinträchtigung der persönlichen Leistungsfähigkeit“ (ebd.) auftreten. Dazu können „Schläfrigkeit“ (ebd.), „verwaschene Sprache“ (ebd.), eine Verengung der Pupillen und „Bewusstseinsminderung“ (ebd.) kommen. Die akute Intoxikation kann zudem zu einer „Atemdepression“ (ebd.), sowie dem Abfall von Blutdruck und der Körpertemperatur führen. (vgl. ebd.)

Einen Schritt weiter als der bloße Konsum geht die Definition des „schädliche[n] Gebrauch[s]“ (Dilling/ Freyberger 2019: 76), der sich langfristiger auf die körperliche, wie psychische Gesundheit auswirkt. Schädigungen des Körpers sind dabei eindeutig auf den Konsum zurückzuführen wie beispielsweise eine Hepatitis oder HIV-Infektion. Miteinbezogen wird die Störung sozialer Beziehungen, sowie eine allgemein geminderte „Urteilsfähigkeit“ (ebd.) infolge des Konsums. Zudem besteht die Definition auch aus einem zeitlichen Rahmen, der eine gewissen Kontinuität festlegt. Andere psychische Erkrankungen werden als Ursache für das Störungsbild ausgeschlossen. (vgl. ebd.)

Die nächste Stufe ist schließlich die Diagnose einer Abhängigkeit von Opioiden, die aus dem Konsum resultieren kann. Heroin gilt als eine der Drogen mit dem höchsten Abhängigkeitspotenzial, da eine Sucht bei jener Substanz besonders schnell entsteht. Jedoch ist dies auch von Person zu Person individuell, da Suchtentstehung von vielen Faktoren abhängt¹⁰ (vgl. BzGA o.D.c). Mitinbegriffen in die Diagnose der Opioidabhängigkeit ist der unwiderstehliche Drang, das Rauschmittel zu konsumieren, was als „Craving“ bezeichnet wird (Dilling/ Freyberger 2019: 77). Der Kontrollverlust über das Konsumverhalten ist ebenso ein entscheidender Faktor, da Betroffene sich häufig eine gewisse Konsummenge vornehmen, oder den Plan machen, den Konsum zu beenden, jedoch dann scheitern. Das Auftreten von körperlichen Entzugssymptomen ist ebenso eine entscheidender Aspekt. Dazu kommt, dass die konsumierte Menge kontinuierlich erhöht wird, da der Körper wie oben geschildert eine Toleranz gegenüber der Substanz entwickelt und ansonsten das Rauscherleben verringert werden würde. In Bezug auf die Lebenswelt des Betroffenen ist festzustellen, dass sich sein Alltag ausschließlich um die Droge dreht. Dabei erfolgt der Verlust bisheriger Interessen bzw. rücken andere Aufgaben des Alltages stark in den Hintergrund. Die Substanz spielt eine zentrale Rolle im Leben der Drogen-Gebrauchenden¹¹. Das letzte Kennzeichen ist, dass sich Betroffene über die Konsequenzen ihres Konsums bewusst sind bzw. bewusst sein könnten und ihn dennoch fortsetzen. (vgl. Dilling/ Freyberger 2019: 77, 78)

¹⁰ Siehe Kapitel 2.4.2.

¹¹ Terminus dem Leitbild für akzeptierende Drogenhilfe entnommen und im Verlauf der Arbeit aufgegriffen.

Als letztes Störungsbild soll noch auf das Syndrom des Entzugs eingegangen werden. Im Allgemeinen ist damit die Reaktion des Körpers auf das Absetzen der konsumierten Droge gemeint, wobei jene Reaktion sehr komplex ausfällt. Sie hängt stark von der entsprechenden Substanz ab, wobei der Opioidentzug besonders intensiv ist, was ihn so herausfordernd macht (vgl. BzGA o.D.). Die Symptome auf psychischer Ebene sind „Craving“ (Dilling/ Freyberger 2019: 80) nach der Substanz, „Reizbarkeit“ (Walter/ Soyka 2019: 192), „Depressive Verstimmung“ (ebd.). Das körperliche Entzugssyndrom fällt ebenfalls komplex aus, mit Symptomen wie Nasenausfluss sowie „Niesen“ (Dilling/ Freyberger 2019: 80), „Tränenfluss“ (ebd.), „Muskelschmerzen oder -krämpfe“ (ebd.), Bauchschmerzen, „Übelkeit oder Erbrechen“ (Dilling/ Freyberger 2019: 81), Durchfall, „Pupillenerweiterung“ (ebd.), Gänsehaut bzw. „Schauer“ (ebd.), eine stark erhöhte Herzfrequenz wie auch ein stark erhöhter Blutdruck, „Gähnen“ (ebd.) und „unruhiger Schlaf“ (ebd.). Diese Entzugserscheinungen treten wenige Stunden nach dem letzten Konsum ein und erreichen ihren Höhepunkt nach ein bis zwei Tagen. Nach circa einer Woche klingen sie dann wieder ab (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) 2021: 21).

2.4.2. AUSWIRKUNGEN

Neben den unmittelbaren Wirkungen durch den Heroinkonsum gehen mit einer dauerhaften Abhängigkeitserkrankung viele Begleiterscheinungen einher. Konsumenten erleben Beeinträchtigungen im psychischen, sozialen und körperlichen Sinne. Neben den Folgeschäden und Risiken spielen in diesem Kapitel auch die Suchtentstehung und -ursachen eine Rolle.

Folgeschäden und Risiken

Auch wenn sich das Rauschgift selbst kaum schädlich auf die Organe auswirkt, schädigen meist die beinhaltenen Streckstoffe den Körper (vgl. Walter/ Soyka 2019: 193). Außerdem erleiden langjährig Drogen-Gebrauchende oft Spritzenabszesse durch den intravenösen Konsum und ebenfalls auftreten können übertragbare Krankheiten wie Hepatitis oder HIV durch die Verwendung von gebrauchten und unsterilen Konsumutensilien (vgl. Deutsche Hautstelle für Suchtfragen (DHS) 2021: 83). Ganz allgemein lässt der körperliche Zustand jener Personen nach, was unter anderem Mangelerscheinungen, Herzleiden und sexuelle Störungen beinhaltet. Dazu kommt, dass auch bei anhaltendem Konsum stets ein hohes Risiko der Überdosierung gegeben ist, die zum Tod führt. Todesursachen können das Ersticken an Erbrochenem sowie eine mangelhafte Versorgung mit Sauerstoff und schließlich ein Kreislaufkollaps sein (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) 2018).

Des Weiteren bringt der entsprechende Lebensstil des Drogenkonsums einige psychosoziale Konsequenzen mit sich. Dazu gehören beispielsweise Beschaffungskriminalität oder Prostitution, die eine Folge der hohen benötigten Geldsummen für die Substanz sind. Juristische Schwierigkeiten bis hin zur Haftstrafe sind keine Seltenheit. Damit einher gehen soziale Isolation sowie allgemein Verelendung, wie beispielsweise eine mangelhafte Körperhygiene (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) 2018). Auf psychischer Ebene kommen depressive Verstimmung, Veränderungen der Persönlichkeit und Schlafstörungen dazu. Immer wieder suizidieren sich Konsumenten aufgrund ihrer prekären Lage mittels einer bewussten Überdosis Heroin, was als „Goldener Schuss“ (ebd.) bezeichnet wird. (vgl. Walter/ Soyka 2019: 192).

Suchtentstehung und -ursachen

Die körperliche und psychische Abhängigkeit einer psychotropen Substanz wie Heroin sind durch komplexe Hintergründe zu erklären.

Das körperliche Abhängigkeitssyndrom geht mit der schnellen Toleranzentwicklung bei Heroinkonsum einher. So muss die Dosis nach und nach erhöht werden, um das gleiche Rauscherlebnis zu erzeugen. Auf neurobiologischer Ebene liegt das an der steten Anpassung des Gehirns an die konsumierte Substanz. Bleibt die Zufuhr des Stoffes aus, entsteht ein Mangel, der sich durch oben geschilderte körperliche Entzugssymptome bemerkbar macht. So muss also kontinuierlich, in steigender Dosierung konsumiert werden, um Entzugserscheinungen zu vermeiden (vgl. Walter et al. 2019: S.30; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) 2021: S.22). Die psychische Abhängigkeit ist in vielen Fällen die Folge einer Unterdrückung eigentlicher persönlicher Probleme durch den Konsum wie zum Beispiel auch schwerwiegende psychische Erkrankungen. Auch ein mangelndes Selbstbewusstsein oder ein belastender Alltag werden von Konsumenten durch Heroin unterdrückt. Dazu kommt schließlich, dass durch das Entzugssyndrom eintretende Cravings ebenso mental belastend sind und damit zum erneuten Konsum verleiten (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) 2018; BZgA o.D.c)

Die Ursachen für die Entstehung einer Suchterkrankung sind individuell und nicht immer eindeutig zu fassen. Es gibt eine Vielzahl an Erklärungsmodellen die jeweils unterschiedliche psychische wie auch biologische und soziale Faktoren mit einbeziehen. Allgemein gefasst ist Suchtentstehung jedoch immer das Wechselspiel aus drei Aspekten. Der erste ist die eigene Person, wie die individuelle Persönlichkeit, wobei zudem von einer genetischen Disposition für Suchterkrankungen ausgegangen wird. Charaktereigenschaften wie impulsives Verhalten und mangelnde Impulskontrolle gelten als Risikofaktoren für die Suchtentstehung (vgl. Walter/ Soyka 2019: 183). Der zweite Aspekt ist die Umwelt der Person, also ihre Lebensbedingungen und soziale Situation, wobei

insbesondere Gewalterfahrungen und Vernachlässigung im Kindesalter die Wahrscheinlichkeit für eine spätere Drogenabhängigkeit erhöhen (vgl. Walter/ Soyka 2019: 183). Als drittes spielen Faktoren der Droge selbst bei der Suchtentstehung mit hinein, wie die Wirkung, Konsumerlebnisse und Verfügbarkeit (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) 2021: S.16). Im Sinne des „Vulnerabilitätsrisikomodell[s]“ (Lehmkuhl 2004: 26) psychischer Erkrankungen - wie es auch die Suchterkrankung ist - bedeutet dies also, dass eine grundsätzliche Veranlagung für die Krankheit gegeben sein muss, äußere Risikofaktoren jene jedoch letztendlich auslösen (vgl. Lehmkuhl 2004: 27).

2.5. SUBSTITUTION

Wie oben bereits erwähnt spielt Substitution eine elementare Rolle in der Behandlung der schwerwiegenden Erkrankung einer Opioidabhängigkeit (vgl. Bundesärztekammer 2017: 6). In folgenden Kapiteln wird die Substitution als Therapieform, inklusive dem Ablauf, Hintergründen zum Substitutionsarzt, der psychosozialen Beratung, den Therapiezielen der Substitution, einzelner Substitute, der Besonderheit des Beikonsums und der Take-home Regelung erläutert.

Substitution¹² bedeutet Austausch oder Wechsel (vgl. Dudenredaktion o.D.). Im Kontext der Drogenhilfe ist gemeint, dass Opioidabhängigen auf Grundlage von §5 BtMVV ein Substitut von einem Arzt verschrieben wird, um dieses statt Heroin einzunehmen. Substitute sind immer synthetische Opioide und deshalb der Wirkweise von Heroin ähnlich. Sie besetzen die Opiatrezeptoren, jedoch ohne ein Rauscherlebnis hervorzurufen. Der Effekt ist, dass bei Konsumenten Entzugssymptome ausbleiben, jedoch trotz Einnahme des Opioids kein Euphorie Gefühl eintritt. Letztendlich wird der Heroinentzug also unterdrückt. (vgl. Raschke 1994: 140, 150)

2.5.1. ABLAUF

Um in Substitution aufgenommen zu werden, muss sich der Heroin Konsument selbstständig bei einem Substitutionsarzt melden. Die Übernahme der Kosten für die Behandlung muss von der gesetzlichen Krankenkasse genehmigt werden, wobei das Fünfte Sozialgesetzbuch zum Tragen kommt. Es erfolgt zunächst eine Anamnese des Patienten, in der die Vorgeschichte sowie Vorerkrankungen geklärt werden. Danach wird der Patient ausgiebig untersucht, der Arzt tauscht sich mit vorbehandelnden Ärzten aus und es wird ein Drogenscreening gemacht. Als nächstes muss eine Opioidabhängigkeit nach dem ICD-10¹³ sowie gegebenenfalls weitere psychische Störungen diagnostiziert und

¹² lateinisch substituere: sub = unter, statuere = stellen (vgl. Dudenredaktion o.D.)

¹³ Siehe Kapitel 2.4.1

die Abhängigkeit von weiteren Substanzen festgestellt werden. Körperliche Begleiterkrankungen der Opioidabhängigkeit und gegebenenfalls eine Schwangerschaft werden ermittelt. Als letztes werden die aktuellen psychosozialen Lebensumstände in die Anamnese miteinbezogen. Im Anschluss wird dann ein individuelles Therapiekonzept erstellt, das an die Bedürfnisse des Patienten angepasst ist. Dabei sind neben allen somatischen Beschwerden auch alle psychosozialen mitinbegriffen (vgl. Bundesärztekammer 2017: 6-9). Wurde die Anamnese durchgeführt und der Patient aufgenommen, wird er durch den Arzt auf ein ausgewähltes Substitut eingestellt. Die Auswahl der entsprechenden Substanz sowie die richtige Dosis sind individuell zu wählen, da sie von vielen Faktoren abhängen. Dies liegt an den unterschiedlichen körperlichen und psychischen Grundvoraussetzungen, in denen sich Klienten befinden, wenn sie in Substitution kommen. Über die Zeit erfolgt gegebenenfalls eine Anpassung der Dosis oder des Substituts (vgl. Raschke 1994: 32, 33). Die Ausgabe des Substitutionsmittels erfolgt täglich (vgl. Raschke 1994: 140) in gemäß §5 Abs. 10 BtMVV genau definierten Ausgabestellen. Zur Ausgabe befugte Personen sind in erster Linie der substituierende Arzt selbst und dessen medizinisches Personal. Darüber hinaus kann jedoch auch medizinisches Fachpersonal wie etwa in weiteren anerkannten Einrichtungen¹⁴, bei Hausbesuchen medizinische Fachkräfte einer ambulanten Versorgung, in Apotheken genauso wie in Krankenhäusern das Substitut ausgehändigt werden. Zuletzt gibt es auch staatlich anerkannte Drogenhilfeeinrichtungen, deren ausgebildetes Personal ebenfalls das Substitut vergeben darf. Es gilt jedoch immer die Prämisse, wenn der Arzt selbst vor Ort bzw. dort tätig ist, dass jener die Ausgabe vollziehen muss und das Fachpersonal demnach nicht berechtigt ist. Außerdem müssen sämtliche Ausgabestellen stets eine konkrete Vereinbarung mit dem Substitutionsarzt haben.

Der Substitutionsarzt ist zur Beobachtung und genauen Kontrolle des Behandlungsverlaufs des Klienten verpflichtet. Infolgedessen werden zu Anfang der Substitution regelmäßig Termine vereinbart, in denen sich der Arzt einen Eindruck verschaffen kann. Außerdem werden von Zeit zu Zeit Urintests durchgeführt, um eventuell vorhandenen Beikonsum (siehe Kapitel 2.5.6.) feststellen zu können sowie die ordnungsgemäße Einnahme des Substituts zu kontrollieren (vgl. Raschke 1994: 46; Bundesärztekammer 2017: 10-11).

Der Ausstieg aus der Substitution erfolgt entweder nach Absprache mit dem Substitutionsarzt oder durch einen Abbruch auf freiwilliger Basis seitens des Klienten. Bei gewissen gesundheitsschädlichen Indikationen kann zudem der Arzt die Therapie vorzeitig beenden. Allgemein wird jedoch der Abbruch der Substitutionsbehandlung aufgrund des

¹⁴ Wie etwa Einrichtungen der Rehabilitation, dem Gesundheitsamt, einem Pflegeheim etc.

damit verbundenen hohen Risikos nach Möglichkeit vermieden und ist stets die letzte Option. Trifft der Klient selbst die Entscheidung, seine Substitutionsbehandlung abzubrechen, wird er umfassend über alle Konsequenzen aufgeklärt, sowie ihm die Option einer ordnungsgemäßen Abdosierung¹⁵ aufgezeigt (vgl. Bundesärztekammer 2017: 15, 16). Ursprünglich sollte dies in der Theorie immer das langfristige Ziel sein, um eine Abstinenz zu erreichen (vgl. §5 Abs.2 BtMVV). Dieser Prozess geht in sehr kleinen Schritten von Statten und dauert dementsprechend viele Monate bis Jahre an (vgl. Raschke 1994: 32-34). Inzwischen ist in der Praxis jedoch anerkannt, dass eine Abstinenz nicht für jeden Patienten umsetzbar ist und deshalb eine lebenslange, stabile Substitution erstrebenswerter (vgl. Bundesärztekammer 2017: 6).

2.5.2. SUBSTITUTIONSARZT

Nicht jeder Mediziner kann eine Substitution durchführen. Ein Substitutionsarzt muss nach §5 Art.3 BtMVV die medizinischen Grundvoraussetzungen der entsprechenden Ärztekammer erfüllen, um für die Substitutionstherapie qualifiziert zu sein. Im Einzelnen können dies entsprechende Weiterbildungen, eine Facharztausbildung der Psychiatrie oder Psychotherapie oder das Ablegen eines Kurses zur Suchtmedizin sein (vgl. Landesärztekammer Brandenburg 2019). Darüber hinaus hat der substituierende Arzt eine Dokumentations- und eine Meldepflicht. Gemäß §5b BtMVV muss jeder Substituierte im Substitutionsregister des Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte erfasst sein. Die Daten des Patienten sind dabei geschützt, da sie nur in Form eines Patienten-codes gemeldet werden dürfen. Das Substitutionsregister dient dazu, eine doppelte Substitution auszuschließen, die Qualifizierung des Arztes sicherzustellen und das verschriebene Substitut statistisch erfassen zu können. Eine unverschlüsselte Meldung der Patientendaten ist laut §5b Abs. 2 BtMVV unzulässig. Die Dokumentationspflicht im Sinne des §5 Abs.13 S.3 BtMVV bezieht sich auf verschiedene Aspekte, die ebenfalls von der Bundesärztekammer festgelegt wurden. Im Einzelnen sind dies detaillierte Informationen zum Patienten bei Beginn der Substitutionsbehandlung, ein Therapiekonzept mit den entsprechenden Zielen, einige Hintergründe bei der Take-Home-Regelung (siehe Kapitel 2.5.7.), die Dokumentation bei Abbruch der Behandlung, Informationen bei der Substitution in einer externen Einrichtung, die Erfassung genauer Details bei Substitution durch einen minder qualifizierten Arzt gemäß §5 Abs. 4 BtMVV oder eines Vertretungsarztes gemäß §5 Abs. 5 BtMVV und zuletzt bei Substitution durch Diamorphin nach §5a BtMVV. (vgl. Bundesärztekammer 2017: 17-19)

¹⁵ Reduktion bis hin zum Absetzen

2.5.3. PSYCHOSOZIALE BERATUNG

Drogenabhängigkeit wirkt sich in alle Lebensbereiche aus bzw. in vielen Lebensbereichen sind Ursachen für die Sucht zu finden. Deshalb wird Substituierten stets eine psychosoziale Beratung und psychologische oder psychiatrische Therapie nahegelegt, auf die jeder Substitutionspatient einen Anspruch hat. Wie jene konkret ausfällt, hängt stark vom Individuum und seinen persönlichen Bedürfnissen ab. Neben einfacheren, risikomindernden Interventionen können diese bis hin zur Erarbeitung der Abstinenz reichen. Die beratende Person kann ein substituierender Arzt, Sozialarbeiter oder Psychologe sein. Sie ermittelt den individuellen Bedarf des Klienten und erstellt einen ressourcenorientierten Hilfeplan im Einklang mit einem Therapiekonzept der Substitution (vgl. Bundesärztekammer 2017: 9, 10). Dies wird dann mit entsprechender Unterstützung durch die beratende Person in die Tat umgesetzt. In regelmäßigen Abständen erfolgt dann die Überprüfung der Fortschritte des Klienten, wobei fortlaufend dessen persönliche Hintergründe und Veränderungen derer beachtet werden. Psychosoziale Betreuung hilft dabei, Ziele zu finden und anzugehen, motiviert Klienten ihren Drogenkonsum zu reflektieren sowie dessen Ursachen zu besprechen, klärt über Entzugssymptome auf und gibt Strategien an die Hand, jene zu minimieren und kann zuletzt die soziale Integration fördern (vgl. World Health Organization 2009: 44, 45). Außerdem geht der Umfang weit über die informierende und beratende Funktion hinaus und schließt Netzwerkarbeit im Hilfesystem und auch „personenzentrierte Unterstützungs- und Assistenzleistungen“ (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) 2010: 5) mit ein. (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) 2010: 3-5)

2.5.4. THERAPIEZIELE

Substitution hat sich aufgrund der Erfolge zur Therapie der Wahl bei einer Opioidabhängigkeit etabliert. In Folgendem sollen die Therapieziele der Substitutionsbehandlung in direktem Zusammenhang mit den nachgewiesenen positiven Auswirkungen erläutert werden.

Allgemein wirkt sich Substitution auf die gesundheitliche, soziale und psychische Verfassung der Klienten positiv aus¹⁶.

Auf körperlicher Ebene beginnt dies bei der Überlebenssicherung. Das Mortalitätsrisiko während der Substitutionsbehandlung ist äußerst gering. Die Todesursachen

¹⁶ Entgegen den Folgeschäden in Kapitel 2.4.2.

verstorbener Patienten sind in erster Linie Vorerkrankungen wie HIV, die Überdosis von Beikonsum oder Suizid. (vgl. Wittchen et al. 2011: 72, Bundesärztekammer 2017: 6)

Weiter soll sich durch die Therapie der allgemeine körperliche Zustand verbessern. Die Substitute wirken sich auf den Organismus des Konsumenten weniger stark aus als Heroin, wodurch die körperlichen Begleiterscheinungen reduziert werden. Festzustellen ist die Verbesserung des Ernährungszustandes von Unter- auf Normalgewicht oder leichtes Übergewicht. Die Nebenwirkungen von Heroin-Konsum wie etwa sexuelle Störungen oder Schlafstörungen werden gemindert. Aufgrund der oralen Applikationsform der Substitute, fällt der intravenöse Konsum weg und die häufig auftretenden Abszesse können sich zurückbilden. Außerdem reduziert dies das Risiko einer Ansteckung mit Hepatitis und HIV. Zusammenfassend verbessert sich der körperliche Zustand von Substitutionspatienten auf ein gepflegtes Erscheinungsbild und mehr Lebensqualität wird erreicht. (vgl. Wittchen et al. 2011: 10, 58-60; Raschke 1994: 27, 28, Bundesärztekammer 2017: 6)

Auch psychische Begleiterkrankungen werden im Laufe der Substitutionstherapie aufgearbeitet. Der psychische Zustand der Klienten verbessert sich bei Aufnahme der Substitution durch den Wegfall des Drucks der Stoffbeschaffung und -finanzierung. Die Suizidrate nimmt im Vergleich ab. Es ist jedoch ein Phänomen zu beobachten, dass ein großer Teil der Substitutionspatienten an psychischen Erkrankungen leidet, was während der Behandlung zunächst eher zunimmt. Dies wird dadurch erklärt, dass die Symptome einer psychischen Erkrankung erst unter Substitution zum Vorschein kommen können. Mit Abstand am häufigsten verbreitet sind dabei Depressionen und depressive Verstimmung, aber auch Angst- und Persönlichkeitsstörungen. Es ist die Aufgabe des Substitutionsarztes, bei Auftreten jener Erkrankungen an eine psychotherapeutische oder psychiatrische Stelle zu vermitteln (vgl. Bundesärztekammer 2017: 10). Nach dem anfänglichen Zuwachs jener Erscheinungen, ist im Langzeitverlauf eine leichte Abnahme zu beobachten. An dieser Stelle ist besonders die Kooperation zwischen dem Substitutionsarzt und der psychosozialen Beratung von Bedeutung. (vgl. Raschke 1994: 28, 29; Wittchen et al. 2011: 10, 61, 62. Bundesärztekammer 2017: 6)

Im Hinblick auf die soziale Situation ist es Ziel der Substitutionsbehandlung, den Menschen Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen und eine Reintegration. Allgemein gelingt es Klienten durch die Substitution, sich aus ihrem Umfeld von Drogen-Gebrauchenden zu lösen. Weiter ist bei vielen Klienten auch eine Verbesserung des Verhältnisses zum Partner, den Eltern oder der Familie festzustellen. Obdachlosen Substituierten gelingt es, eine Wohnung zu suchen und zum Teil finden Klienten den Weg zurück in die Arbeitswelt oder können eine Ausbildung beginnen. Die finanzielle Situation

verbessert sich insofern, dass finanzielle Ressourcen so nicht mehr aus illegalen Quellen bezogen werden. Damit einher geht also die Reduktion der Delinquenz wie etwa Beschaffungskriminalität und auch Prostitution wird gemindert. (vgl. Raschke 1994: 30-32; Wittchen et al. 2011: 10, 58, 63, Bundesärztekammer 2017: 6)

Ein weiteres Therapieziel der Substitution ist die Reduktion von Beikonsum weiterer Substanzen sowie der Beikonsum von Opioiden aus illegalen Bezügen. Jenes Ziel wird nachweislich bei vielen Patienten erreicht. Der Konsum illegaler Opioide wird durch die Substitution stark reduziert und auch andere Rauschmittel werden zunehmend weniger konsumiert. (vgl. Wittchen et al. 2011: 57, Bundesärztekammer 2017: 6)

Zuletzt nimmt das Ziel einer langfristigen Abstinenz eine Sonderstellung ein. Wie oben erwähnt, ist dies gesetzlich verankert und ursprünglich Hauptziel der Substitution gewesen. Noch immer sind Substitutionsärzte auch daran gebunden und verpflichtet, die Abstinenzorientierung regelmäßig zu thematisieren. Dennoch gilt es als erwiesen, dass für die wenigsten Substitutionspatienten eine langfristige Abstinenz realistisch oder umsetzbar ist, da jene Versuche zudem mit hohen Risiken verbunden sind. Der Anteil an Patienten, die die Abstinenz tatsächlich halten können, ist äußerst gering und zudem bringt eine abstinenzorientierte Substitution eine erhöhte Mortalität mit sich. (vgl. Wittchen et al. 2011: 79, 80, Bundesärztekammer 2017: 6)

2.5.5. SUBSTITUTE

Methadon bildete den Ursprung der Substitutionsbehandlung, weshalb diese anfangs als Methadonprogramm bezeichnet wurde. Von Zeit zu Zeit wurden jedoch weitere Substitute entwickelt.

Methadon ist synthetisch und wurde ursprünglich als Schmerzmittel hergestellt, jedoch etablierte es sich zur Unterdrückung von Entzugserscheinungen. Auf chemischer Ebene besteht Methadon aus verschiedenen Methadon-Molekülen, die ebenfalls an die Rezeptoren binden können, jedoch unterschiedlich gut. Sowohl Methadon (Methadonhydrochlorid) selbst, also das auch sogenannte Levomethadon, werden vorwiegend in der Substitution eingesetzt. Methadonhydrochlorid wird unter dem Marktnamen „Methadict“ (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2021: 74) als Tablette und unter dem Namen „Eptadone“ (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2021: 74) als Flüssigkeit gehandelt. Levomethadon dagegen gibt es nur als Flüssigkeit unter dem Namen „L-Polamidon“ (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2021: 74). Die Dosierung liegt ca. bei 30 bis 60 Milligramm am Tag. (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2021: 25)

Aus der Substitution ebenfalls bekannt ist Buprenorphin, das auch stark schmerzstillend ist und halbsynthetisch aus dem Opiat Thebain gewonnen wird. Es ist unter den Handelsnamen „Temgesic“ (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2021: 25) und „Subutex“ (ebd.) bekannt. Die Besonderheit an Buprenorphin ist, dass durch den sogenannten „Deckeneffekt“ (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2021: 26) kaum eine Überdosierung erfolgen kann. Es unterbindet zwar Entzugssymptome und wirkt auch opiattypisch schmerzstillend, einschläfernd und euphorisierend, jedoch wird die Wirkung des Opioids bei Erhöhung der Dosis nicht größer, was eine Atemlähmung verhindert. Buprenorphin wird in Tablettenform eingenommen, die unter der Zunge aufgelöst werden müssen. Außerdem gibt es eine weitere Variante des Substitutes, das mit Naloxon¹⁷ angereichert wurde und als „Suboxone“ (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2021: 27) gebräuchlich ist. Dadurch wird der missbräuchliche Konsum des Substituts verhindert. Bei sachgemäßer oraler Einnahme, wirkt das Naloxon nicht. Wird es jedoch missbräuchlicherweise injiziert, entfaltet das Naloxon seine Wirkung und verursacht unerwünschte Entzugssymptome. Es wird eine Menge von mindestens 8 Milligramm des Substitutes am Tag empfohlen, um Entzugssymptome ausreichend zu unterdrücken. (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2021: 25, 26).

Früher war das Alkaloid Codein als inoffizielles Substitut in Deutschland verbreitet, ist jedoch mittlerweile weniger geläufig. Aufgrund seiner kurzen Wirkdauer ist es in der Substitution weniger effektiv (vgl. Walter/ Soyka 2019: 189).

Zuletzt ist noch die Substitution mit Diamorphin, also reinem Heroin, zu erwähnen. Ihre positiven Effekte wurden nicht nur im internationalen Vergleich, sondern auch anhand deutscher Studien nachgewiesen. Die Vorgaben zur Substitution mit Heroin sind in §5a BtMVV geregelt. Sie darf sich ausschließlich an schwer Abhängige richten, die bereits starke körperliche und seelische Leiden durch die Suchterkrankung haben. Bisherige Behandlungsversuche mit üblichen Substituten müssen nachgewiesenermaßen gescheitert sein. Darüber hinaus darf die Ausgabe von Diamorphin nur in bestimmten Einrichtungen erfolgen und eine psychosoziale Betreuung ist in diesem Fall während der Anfangsphase verpflichtend. Dazu kommt, dass eine Substitutionstherapie mit Heroin nach einem gewissen Zeitraum reflektiert und beendet werden muss, falls die Voraussetzungen für die Behandlung dann nicht mehr erfüllt sind. Der substituierende Arzt braucht weitere Qualifikationen, um Diamorphin verschreiben zu dürfen, was auch eine detaillierte Dokumentation erfordert. (vgl. Bundesärztekammer 2017: 16, 19)

¹⁷ Besetzt die Opiatrezeptoren und macht damit Opiode unwirksam. Entzugssymptome treten ein (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2021: 26)

2.5.6. BEIKONSUM

Ein anhaltendes und zentrales Problem während der Substitution ist der Beikonsum anderer Rauschmittel. Dies können beispielsweise Cannabis, Alkohol, Kokain oder Benzodiazepine sein. Auch der Konsum von Heroin neben der Substitution spielt eine Rolle (vgl. Wittchen et al. 2011: 57). Im Jahr 2020 starben 147 Personen an dem Konsum weiterer Stoffe in Kombination mit einem Substitutionsmittel, was dessen Risiko widerspiegelt (vgl. Bundeskriminalamt 2021: 28). Es ist die Aufgabe des Substitutionsarztes den Beikonsum des Patienten zu überwachen und wenn nötig mittels einer Anpassung des Substitutes zu reagieren, sowie dessen Ursachen zu ermitteln. Bei schwerem Beikonsum kann die Substitution auch abgebrochen werden. Ziel ist jedoch die Behandlung auch jener Abhängigkeitserkrankungen und der Wegfall des Beikonsums (vgl. Bundesärztekammer 2017: 6, 10, 11, 15)

2.5.7. TAKE-HOME

Eine weitere Regel bei der Verschreibung stellt die sogenannte Take-Home-Regel dar, die die eigenverantwortliche Einnahme des Substituts zu Hause meint. Sie räumt dem Klienten mehr persönliche Freiheit in der Tagesgestaltung ein, da er nicht mehr täglich an die Zeit der Ausgabe gebunden ist. In §5 Abs.7 bis 9 BtMVV wird dabei zwischen der jeweiligen Dauer, über die das Substitut mit nach Hause gegeben wird, differenziert. Allein Codein oder Hydrocodein können direkt aus dem eigenen Praxisvorrat und ohne besondere Umstände nach einer ärztlichen Beratung ausgehändigt werden (vgl. §5 Abs.7 BtMVV). Bei Umständen, die eine Unterbrechung der Substitution bedeuten würden, können alle Substitute für bis zu zwei Tage oder ein Wochenende inklusive angeslossenem Feiertag¹⁸ für die Einnahme zuhause verschrieben werden. Jedoch nur unter der Voraussetzung, dass der bisherige Verlauf positiv war, keine Gefährdung des Patienten oder Dritter entsteht und das BtMG nicht verletzt wird (vgl. §5 Abs. 8 BtMVV). Weiter umfasst die Take-Home-Verschreibung eine Regelung für bis zu sieben Tagesdosen, an die jedoch ebenso einige Voraussetzungen gebunden sind. Im Einzelnen muss der Patient die bisherigen Arzttermine regelmäßig wahrgenommen haben, fertig auf das Substitut eingestellt sein, durch die Therapie weitgehend stabilisiert sein, konstant keinen Beikonsum aufweisen, allgemein darf er nicht gegen Vereinbarungen verstoßen und er muss auf psychosozialer Ebene stabil sein. Auch hier muss eine Gefährdung des Patienten wie auch Dritter ausgeschlossen sein und es muss eine Beratung durch den behandelnden Arzt vorausgehen. Einmal in der Woche soll dann weiterhin der

¹⁸ Auch wenn ein Werktag dazwischen liegt, jedoch maximal 5 Tagesdosen

persönliche Kontakt mit dem Arzt erfolgen sowie regelmäßige Urinkontrollen auf Beikonsum und die korrekte Einnahme. Darüber hinaus soll jene weiterhin einmal die Woche unter Aufsicht von Statten gehen. Die Verschreibung von sieben Tagesdosen erfolgt durch eine schrittweise Annäherung. Die Einschätzung, wie viele Tagesdosen dem Patienten zuzutrauen sind, obliegt dem Substitutionsarzt. Des Weiteren kann das Substitut in Einzelfällen bis zu 30 Tagen verschrieben werden. Geschilderte Voraussetzungen für die Verschreibung von sieben Tagen gelten hier gleichermaßen, wobei besonders die psychosoziale Stabilisierung stärker gewichtet ist. Jene Einzelfälle beziehen sich auf medizinische oder berufliche Gründe oder die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben, wofür der Patient jeweils einen Nachweis zu erbringen hat. Auch hier ist eine persönliche Beratung durch den Arzt der erste Schritt (vgl. §5 Abs.9 BtMVV, Bundesärztekammer 2017: 11-14)

2.6. AKZEPTIERENDE DROGENARBEIT

In diesem Kapitel soll die akzeptierende Drogenarbeit, nach einem kurzen Einblick auf die Entwicklung derer, zum einen in Form der damit einher gehenden Handlungsstrategien und vor Allem deren Hierarchie erläutert werden. Zum anderen soll auch das aus der akzeptierenden Haltung resultierende Leitbild zum professionellen Arbeiten in der Drogenhilfe dargestellt werden.

Um die 80er Jahre trat ein Wandel in der Drogenhilfe ein. Bis dahin war Suchthilfe nicht nur abstinenzorientiert aufgebaut, sondern auch bevormundend. Intervention war so konzipiert, den Klienten in seiner Lebensführung dahingehend anzupassen, dass er den Konsum beendet. Beispiele hierfür waren Langzeittherapieeinrichtungen, in denen eben jene Veränderungen an der Person erfolgten. Die Akzeptanz der Suchterkrankung und des Konsums waren gesellschaftlich verpönt. Betroffene begaben sich in jene Art der Hilfestellung allein durch ihren hohen Leidensdruck, wobei jene Hilfe auch nicht leicht zu erreichen, also sehr hochschwellig war. Allgemein wurde also davon ausgegangen, dass das Hilfesystem und die Therapeuten wissen, was der richtige Weg für den Klienten sei. Aufgrund des Scheiterns¹⁹ jener Hilfeform für Suchterkrankte, begann ein Umdenken. Die Prioritäten in der Suchthilfetherarchie verlagerten sich weg von der Abstinenz, hin zur Überlebenssicherung. Die vorübergehende oder auch langfristige Akzeptanz einer Drogenabhängigkeit entwickelten sich allmählich. Hieraus entstand die akzeptierende Drogenhilfe, die mit der Substitution demnach Hand in Hand geht. (vgl. Schlömer 1991: 122, 123; Gerlach 2005: 18-20).

¹⁹ Siehe Einleitung

Zunächst soll die neu hervorgegangene Zielhierarchie im Sinne der akzeptierenden Drogenhilfe erläutert werden. Wie eingangs erwähnt, steht an erster Stelle die Sicherung des Überlebens. Danach soll der Gesundheitszustand stabilisiert und gefördert werden. Als nächstes wird die soziale Situation von hilfeschuchenden Drogenkonsumenten gesichert, sodass eine Isolierung aufgehoben wird, indem vorhandene zwischenmenschliche Ressourcen erhalten werden. Im Anschluss ist dann das Ziel, durch erlernte Strategien längere Phasen abstinent bleiben zu können, wobei auch die Aufnahme in die Substitution erfolgen kann. Erst jetzt erfolgt das unter 2.5.1. geschilderte Prozedere der Substitution. Zunächst ist dies die Anamnese zugrundeliegender Erkrankungen, dann die Feststellung der eigenen Möglichkeiten zur Selbsthilfe und dann kann allmählich eine Abstinentenorientierung erfolgen. Im achten Schritt wird gezielt auf mögliche Rückfälle eingegangen und Strategien erarbeitet, mit jenen umzugehen. Zuletzt wird die Abhängigkeitserkrankung aus therapeutischer Sicht behandelt und schließlich kann eine Wiedereingliederung in die Gesellschaft und den Arbeitsmarkt erfolgen. (vgl. Drug-Policy WHO Strategy, Frietsch 2011, zitiert nach Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) 2021: 50)

Als nächstes erfolgt die Vorstellung des Ansatzes der akzeptierenden Haltung - als Leitbild der Drogenhilfe. Zunächst wird das Leitbild oberflächlich vorgestellt, bevor einige Aspekte tiefergehend erläutert werden.

Allgemein wird als Grundvoraussetzung für eine gelingende Drogenhilfe ein akzeptierendes wie auch humanistisch geprägtes Menschenbild gesehen. Darüber hinaus bedeutet Akzeptanz auch, unter Drogen Gebrauchenden²⁰ zu differenzieren. Nicht jeder Konsument ist hilfsbedürftig oder abstinentenorientiert oder am Rande der Gesellschaft. Die zugesprochene Eigenverantwortung – die unten noch näher erläutert wird – beinhaltet demnach auch, mit seinem Konsum zufrieden zu sein und ihn nicht als belastend zu erfahren. Letztendlich entscheidet also jeder Konsument selbst, ob er Hilfe in Anspruch nehmen möchte. Drogenarbeit geht außerdem weit über die tatsächliche psychosoziale Beratung oder Street-Work hinaus, da sie viel mehr Facetten miteinbezieht. Unter anderem ist das politische Engagement für eine Änderung der Rechtslage in Bezug auf psychoaktive Substanzen zu nennen, letztendlich also ein Vorgehen gegen die Kriminalisierung von Drogenkonsumenten. Es werden zahlreiche weitere Aspekte aufgezählt, auf die hier jedoch nicht genauer eingegangen wird.

Im Folgenden sollen nun einige Aspekte des Leitbildes detaillierter aufgezeigt werden.

²⁰ Terminus dem Leitbild akzeptierender Drogenarbeit der Aids-Hilfe entnommen und im Verlauf der Arbeit eigenständig wiederverwendet

Letzten Endes bezieht sich Drogenarbeit auf den Art. 1 des Grundgesetzes.

„Die Würde des Menschen ist unantastbar.
Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt“ (Art.1 GG)

In dessen Sinne ist der Mensch in seiner Gänze und als Individuum zu akzeptieren. Die Akzeptanz wird nicht von gewissen Faktoren abhängig gemacht, auch nicht vom Abhängigkeitsstatus, der individuellen Lebensführung oder der Nationalität. Er wird als genauso würdig gesehen, wie jedes andere Gesellschaftsmitglied. Damit einher gehen seine Eigenverantwortung und Fähigkeit zur Selbstbestimmung, die ihm niemals abgesprochen werden. Vielmehr erfolgt ein respektvoller Umgang auf Augenhöhe und der Sozialarbeitende²¹ urteilt niemals über die Person oder ihre Lebensentscheidungen, welche den Konsum selbst beinhalten. Mitinbegriffen ist eine gute „Beziehungsarbeit“ (Akzept Bundesverband, Deutsche Aidshilfe 2021: 8), in der „Menschlichkeit, Gerechtigkeit, Mündigkeit und Freiheit“ (Akzept Bundesverband, Deutsche Aidshilfe 2021: 8) eine elementare Rolle spielen. Allgemein gesagt, wird jedes Verhalten akzeptiert, welches keinem Dritten schadet. Wenn in Drogenhilfeeinrichtungen aufgrund des rechtlichen Hintergrundes Kontrollen erfolgen müssen, so sind diese auf ein Minimum zu reduzieren sowie respektvoll abzuhalten.

Des Weiteren spielen die Begriffe der Selbstbestimmung und Bedarf- und Bedürfnisorientierung eine große Rolle. Zuallererst wird die Freiwilligkeit der Inanspruchnahme der Hilfe gesehen, sowie die Mündigkeit des Klienten, sich seiner eigenen Ziele bewusst zu sein. Die geleisteten Maßnahmen richten sich nach den Ressourcen und Anliegen des Drogen Gebrauchenden, für den sich dadurch sein persönliches Wohlbefinden einstellen soll. Damit zusammen hängt die Reduktion gesundheitlicher Risiken und Schäden, wobei Abstinenz zunächst eine weniger zentrale Rolle spielen kann. Dem Klienten dabei zu helfen, sein körperliches Wohl zu schützen und herzustellen, ist eines der zentralen Ziele der akzeptierenden Drogenhilfe. Wichtig ist, hierbei zu erwähnen, dass die Sucht- oder Schadensprävention niemals im Konflikt mit der elementaren Eigenverantwortung stehen darf. Auch hier kommt letztere wieder insofern zu tragen, dass der Klient selbst bestimmt, ob er seinen Konsum eher kontrollieren und andere Lebensbereiche verbessern oder eher eine Abstinenz anstreben will. Nur in sehr seltenen Fällen, in denen eine Gefährdung Dritter²² vorliegt, kann eine Bevormundung des Klienten erfolgen. Diese soll jedoch ebenfalls auf ein Minimum beschränkt sowie möglichst human von Statten gehen.

²¹ Im Verlauf stellvertretend für jede Berufsgruppe jener hier tätigen Profession

²² Etwa des Kindes

Des Weiteren geht der Ansatz der akzeptierenden Drogenarbeit weit über die Arbeit mit dem Klienten hinaus und bezieht auch ein politisches Wirken mit ein. Bekannterweise ist der Konsum der meisten Rauschmittel nach dem BtMG verboten. Konsumenten erleiden dadurch eine Stigmatisierung in der Gesellschaft, was ihnen nicht nur persönlich schadet, sondern auch die Hilfeleistung hindert. Akzeptierende Drogenarbeit bedeutet auch, gegen jene Kriminalisierung vorzugehen, stattdessen über safer use Maßnahmen aufzuklären und den Klienten einen Raum zu schaffen, in denen sie sich unabhängig von der Prohibition²³ entfalten können. Letztendlich soll die Präsenz von Menschen mit Substanzabhängigkeit in der Gesellschaft nicht totgeschwiegen werden, sondern den Betroffenen viel mehr die Chance auf Teilhabe ermöglicht werden. Das Bild der kriminellen Drogengebrauchenden, dessen Konsequenz mit strafrechtliches Vorgehen ist, soll abgelöst werden von einem Bild der Hilfesuchenden, dessen Konsequenz eine effektive Gesundheitspolitik ist. Jenes wird erzielt, indem die Gesellschaft und die Politik durch ein öffentliches Artikulieren dieser Zustände darauf aufmerksam gemacht und sensibilisiert werden. Jenes Engagement dient dazu, Drogengebrauchende aber auch Jugendliche präventiv und situativ schützen zu können.

Als nächstes wird die Bedeutung der Partizipation in der akzeptierenden Drogenarbeit angesprochen. Dies bedeutet, dass im Einvernehmen und aktivem Miteinbeziehen des Klienten dessen Ziele erarbeitet werden und er jene partizipativ mitgestaltet. Jedoch wird Partizipation noch viel weitreichender verstanden, da jene auch in weiteren Kontexten gefördert werden soll. Erfahrungsgemäß ist dies ein Aspekt, den Klienten erst neu erlernen müssen, weshalb Partizipation progressiv erarbeitet und beigebracht werden muss. Selbstorganisationen Betroffener sollen unterstützt werden, staatliche Ressourcen einzufordern und zu erhalten. Auch sollen sie in der Politik besser vertreten sein, um Einfluss auf die Drogenpolitik sowie den staatlichen Drogenhilfe-Maßnahmen nehmen zu können. Darüber hinaus sollen Selbstorganisationen durch Fachkräfte der Profession aktiv unterstützt werden.

Zuletzt bedeutet akzeptierende Drogenhilfe auch, als Fachkraft sein eigenes Arbeiten stets zu reflektieren, um eine hohe Qualität sicherstellen zu können. Dazu gehört beispielsweise, immer auf dem neusten Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse zu bleiben und sich jenen, wenn dies einen Mehrwert bringt, zu adaptieren. Eine fundierte Qualifizierung der Professionellen ist zudem eine Grundvoraussetzung. Außerdem müssen Angebote der Drogenarbeit stets niedrigschwellig sein, um unnötige Hürden für Hilfesuchende zu reduzieren. Miteingeschlossen ist, das Team der Professionellen im Sinne von Geschlecht, Nationalität, Alter etc. möglichst divers aufzustellen, um eine breite

²³ Illegalisierung

Gruppe an Klienten ansprechen zu können. Mitarbeiter benötigen einige fachspezifische Kompetenzen wie auch ein breites Wissen über die Substanzen und die juristischen Grundlagen. Dazu gehören auch Fähigkeiten der psychosozialen Beratung, wobei die Methoden des Motivational Interviewing²⁴ fundamental sind. Alle Kompetenzen sollen stets durch Weiterbildung erweitert werden - sollte Kritik geäußert werden, wird auf jene konstruktiv eingegangen und darauf aufgebraut. Das Fachwissen eines hoch qualifizierten Professionellen der Drogenarbeit ist darüber hinaus unerlässlich für das oben erwähnte politische Engagement. Alle jene Aspekte inkludiert der Begriff einer akzeptierenden Drogenarbeit. (vgl. Akzept Bundesverband, Deutsche Aidshilfe 2021: 4-19)

3. QUALITATIVE FORSCHUNG

Um die Forschungsfrage, ob Substitution im Sinne der akzeptierenden Drogenhilfe erfolgreich ist, zu beantworten, wurde die Methode der qualitativen Forschung ausgewählt. In diesem Kapitel werden Forschungsmethoden, -ablauf und -ergebnisse vorgestellt und letztendlich die Forschungsfrage in Zusammenhang mit den theoretischen Grundlagen beantwortet.

3.1. METHODEN

Zunächst sollen die Methoden des Forschungsvorgehens beschrieben werden sowie jeweils die Auswahl dessen begründet.

Forschungsart

Für die Überprüfung der Konzepte der Substitution und akzeptierenden Drogenarbeit, wurden lebensnahe, subjektive Erfahrungen bevorzugt, weshalb die Entscheidung auf eine Forschungsarbeit fiel. Da es sich bei Klienten der Drogenhilfe um eine Personengruppe handelt, die im allgemein gesellschaftlichen Leben wenig Stimme findet, gibt es wenig literarische Ressourcen aus deren Sicht. Es sollte also vermieden werden, eine Literaturarbeit auf Basis der Werke von Experten zu verfassen. Insbesondere sollte Betroffenen die Möglichkeit gegeben werden, Kritik an der Substitution äußern zu können. Zentral für die Forschung war also das subjektive Erleben und die Meinung von direkt Betroffenen. Des Weiteren wurde die qualitative Methode gegenüber der quantitativen Methode bevorzugt, da ein tieferer und individuellerer Eindruck festgehalten werden konnte. Die Datenerhebung konnte so möglichst naturgetreu und offen verlaufen, um

²⁴ Etablierte Gesprächsführungsstrategie nach Miller und Rollnick, bei der der Klient mit seinen Interessen im Zentrum steht (vgl. GK Quest Akademie 2020)

dem Einzelfall Bedeutung zu verleihen und nicht durch unflexible Fragen und Kategorien, wie etwa bei der quantitativen Forschung, die Individualität zu verzerren (vgl. Schreier 2013: 190-193).

Darüber hinaus wurde das Forschungsdesign der Fallstudie gewählt, um die biografischen Hintergründe des Einzelfalls ganzheitlich erfassen zu können. Aufgrund der Komplexität der Suchterkrankung und die Varietät an Faktoren, die mit jener zusammenhängen, war es für das Forschungsergebnis unabdingbar, den biografisch untersuchten Einzelfall umfassend und detailliert erheben zu können (vgl. Schreier 2013: 199, 200).

Fallauswahl

Die Auswahl der Stichprobe für die Datenerhebung erfolgte nach dem Top-down-Verfahren (vgl. Schreier 2013: 196-198). Dies bedeutet, dass die Zielgruppe der Substituierten bereits im Vorhinein festgelegt und anhand derer der konkrete Fall ausgewählt wurde. Dies wurde schließlich eine in Nürnberg ansässige Drogenberatungsstelle für Menschen in Substitution, um das gefragte Klientel antreffen zu können. Die Stichprobe besteht aus zwei Personen, wovon eine Person eine Expertin des Themas und eine Person ein Betroffener ist. Die Expertin wurde aufgrund ihrer Erfahrungen im Fachgebiet ausgewählt, um einen übergreifenden Eindruck zu geben. Sie wählte außerdem unter den vorgegeben Kriterien²⁵ einen geeigneten Klienten für die weitere Datenerhebung aus. Da das Thema des Drogenkonsums mit Stigmatisierung und Kriminalisierung einhergeht, war die Unterstützung der Expertin bei der Auswahl des Klienten unabdingbar. Durch die professionelle Beziehung, die sie zu den Klienten hat, konnte sie einschätzen, wer bereit ist, über das tabubehaftete Thema mit einer fremden Person zu sprechen. Hierdurch wurde die Möglichkeit einer ganzheitlichen Erfassung des erhobenen Einzelfalles sichergestellt. Darüber hinaus bestand hier, im Gegensatz zur quantitativen Studie, nicht der Anspruch, aus den Forschungsergebnissen verallgemeinernde Schlüsse ziehen zu können. Die ausgewählten Fälle dienen nicht als Repräsentation der gesamten Personengruppe, da eine besondere Betonung auf die Individualität Substituierter erfolgen sollte. Die Ergebnisse sind also nicht als repräsentativ für alle Substituierten anzusehen, aber dennoch wird davon ausgegangen, dass sie im Einzelnen für einige Menschen in Substitution zutreffend sind. Es wurde großen Wert auf die jeweils kritischen Meinungen gelegt. Demnach ist das Forschungsergebnis also das Resultat einer nischenhaften Erhebung, was ihm aber nicht weniger Bedeutung beimessen soll. (vgl. Schreier 2013: 193-198)

²⁵ Person in Substitution

Datenerhebung und -aufbereitung

Nachdem die Fallauswahl getroffen war, wurden die Daten mittels eines Leitfadenterviews erhoben. Der Erstellung des Leitfadens ging dabei zunächst eine oberflächliche Recherche voran, um die für das Thema relevanten Aspekte zu identifizieren. Mitunter waren dies vor allem die in Kapitel 2.4.2, Kapitel 2.5.4 und 2.6. aufgearbeiteten Inhalte, die zu Kategorien formuliert wurden. Daraus ergaben sich zwei Interviewleitfäden, je für den Klienten (siehe Anhang 1) und die Expertin (siehe Anhang 2). Beide Leitfäden sind aus Einleitenden Fragen, Inhaltlichen Fragen und Abschlussfragen aufgebaut. Darüber hinaus wurden die Fragen jeweils in Hauptfragen und Ergänzungen gegliedert, um einen Überblick über die angestrebten Inhalte zu haben und gegebenenfalls entsprechende Rückfragen stellen zu können. Außerdem wurde in den Leitfäden eine Spalte für Bemerkungen hinzugefügt, die zusätzlich den Fokus auf die entsprechend gefragten Inhalte setzen sollten. Die Fragen wurden zudem erzählgenerierend und offen formuliert, um den Erzählfluss anzuregen - angelehnt an das narrative Interview (vgl. Schreier 2013: 225-227).

Der Verlauf beider Leitfäden ist durch unterschiedliche Kategorien (siehe unten) gegliedert. Beim Interview mit dem Klienten wurden dabei zum Einstieg persönliche Hintergründe abgefragt. Dies diente dem Zweck, das Gespräch gut eröffnen zu können, da es sich um Inhalte handelt, über die jeder Mensch etwas sagen kann. Es sollte direkt ein guter Redefluss generiert werden. Weiter wurde der Gesprächsverlauf in Fragen zur Substitution und zur akzeptierenden Drogenarbeit gegliedert, wobei jeweils erneut eine Einstiegsfrage erfolgte, um in das Thema gedanklich überleiten zu können. Beide Kategorien wurden durch eine zusammenfassende Frage abgeschlossen. Am Ende des Interviews erfolgte zudem die allgemeine Frage nach verbliebenden Punkten, um dem Klienten die freie Formulierung offener, persönlich relevanter Aspekte zu ermöglichen. (vgl. Schreier 2013: 224-227)

Der Leitfaden für die Expertin war geringfügig anders gegliedert. Auch hier begann die Einleitung mit Informationen zur Person, um den gleichen Effekt zu erzielen wie beim Klienten. Weiter wurden dann Fragen zum Klientel, der Tätigkeit und der akzeptierenden Drogenhilfe gestellt. Gezielt wurde hier nach der persönlichen Einschätzung und Meinung gefragt und auch bei der Expertin erfolgte eine Abschlussfrage. Der Umfang des Leitfadens für die Expertin war deutlich geringer als der für den Klienten, da bei der Expertin weniger Details gefragt waren. (vgl. Schreier 2013: 225-227)

Die Interviews wurden über eine Tonaufnahme festgehalten, wofür ein vorinstalliertes Programm auf dem Smartphone verwendet wurde. Die Audiodateien wurden schließlich in Form einer vollumfassenden Transkription nach dem festgelegten Zeicheninventar

(siehe Anhang 3) verschriftlicht. In den Transkripten vorgeschoben ist ein Transkriptionskopf mit Hintergrundinformationen zur Datenerhebung (vgl. Dresing/ Pehl 2010: 727-731). Das fertige Transkript des Interviews mit der Expertin ist in der markierten Version Anhang 4 zu entnehmen. Das Transkript des Interviews mit dem Klienten ist ebenfalls markiert Anhang 5 zu entnehmen. Die Markierung der Transkripte erfolgte erst später (siehe unten), jedoch ist der Inhalt identisch mit der Ausgangsversion der Transkripte. Da die Forschung eine Fallstudie war und damit ein besonderer Fokus auf biografische Inhalte erfolgte, wurde die Äußerungsform nicht explizit festgehalten. Die Transkription beschränkt sich damit fast ausschließlich auf die inhaltlichen Aspekte. (vgl. Schreier 2013: 245-248).

Datenanalyse

Im Folgenden soll das Vorgehen der qualitativen Inhaltsanalyse, in besonderem Hinblick auf die deduktive und induktive Kategorienbildung, geschildert werden (vgl. Mayring 2010: 67 ff.).

Im ersten Schritt erfolgte hierfür die Festlegung der entsprechenden Analyseeinheit (vgl. Mayring 2010: 59, 68). Jene wurden in den Transkripten in etwa nach der jeweiligen Antwort auf die entsprechende Frage eingeteilt. Erfolgte inhaltliche Wechsel im Verlauf einer Antwort, wurde eine neue Analyseeinheit begonnen. Als nächstes erfolgte dann die Zusammenfassung des Materials. Die Schritte der Paraphrasierung, Generalisierung und ersten Reduktion wurden aufgrund der großen Materialmenge auf einmal vollzogen (vgl. Mayring 2010: 70). Hierbei wurden die Analyseeinheiten chronologisch durchgegangen und jeweils bedeutungsgleiche Abschnitte auf entsprechend einen Abschnitt gekürzt, gegebenenfalls leichte Umformulierungen vorgenommen und irrelevante Aspekte herausgenommen. Dabei wurde stets akribisch darauf geachtet, die Aussage der Textstelle nicht zu verändern. Im Sinne der deduktiven Kategorienbildung erfolgte bereits hier die inhaltliche Strukturierung unter Abgleich der zuvor erarbeiteten Theorie und im Hinblick auf die Forschungsfrage (vgl. Mayring 2010: 98). Dadurch wurde gewährleistet, keine relevanten Passagen zu entfernen. Nach diesem ersten Arbeitsschritt wurde das verbliebene Transkript ein zweites Mal überprüft und teils irrelevante Aspekte erneut gekürzt. Das Endergebnis der Zusammenfassung waren zwei stark reduzierte Transkripte - das Transkript des Klienten (siehe Anhang 6) und der Expertin (siehe Anhang 7). Auf Basis dessen wurden für die einzelnen Abschnitte Überschriften gefunden, die den Inhalt treffend wiedergeben. Gleichbedeutende Überschriften wurden danach zusammengefasst und allgemeiner formuliert. Hieraus ergaben sich schließlich die Kategorien. Durch den theoriebasierten Aufbau des Leitfadens, war bereits im Vorhinein die deduktive Bildung der Hauptkategorien „Substitution“ und „Akzeptierende Drogenarbeit“ erfolgt. Des

Weiteren waren auch die Kategorien „Klientel“, „Leben mit der Sucht“, „Weg in die Substitution“, „positive Auswirkungen der Substitution“ und „Herausforderungen“ bereits durch die Fragestellungen als Unterkategorien für die Substitution implizit festgelegt. Für die Hauptkategorie der Akzeptierenden Drogenarbeit waren ebenfalls durch die Fragen die Kategorien „Sozialarbeiterin“, „Professionelle Haltung“ und „Psychosoziale Beratung und Tätigkeiten“ bereits deduktiv gebildet. Auf induktive Weise wurden durch die Zusammenfassung die Kategorien „Substitutionsverlauf“ und „Substitutionsarzt“ generiert, da die Bedeutung jener für die Interviewpartner erst während des Gespräches deutlich wurde. Dagegen wurden einige Aspekte, wie die konkreten Veränderungen durch die Substitution, wenig thematisiert und deshalb nur abgewandelt aufgegriffen. Für die Kategorie der „Kritik“ gilt ebenso ein Sonderfall, da jene zwar im Vorhinein durch die Leitfäden mit inbegriffen waren, jedoch im Nachhinein in keine der beiden Hauptkategorien zu verorten ist. In den Interviews wurden zwar zu beiden Aspekten jeweils die persönliche Meinung abgefragt, jedoch sind die Übergänge zwischen den Hauptkategorien hier so fließend, dass keine Abgrenzung erfolgen soll. Die Kritik ist demnach übergreifend zu verstehend.

Die erstellten Kategorien wurden in einem Kategoriensystem aufgelistet, in dem eine Definition, ein Ankerbeispiel und die entsprechenden Kodierregeln festgelegt wurden (siehe Anhang 8) (vgl. Mayring 2010: 92). Anhand des entstandenen Kategoriensystems wurden beide Transkripte farbig, entsprechend den Kategorien markiert. Die Markierung ist ebenfalls Anhang 4 und Anhang 5 zu entnehmen.

3.2. ERGEBNISSE

In diesem Kapitel sollen nun alle Erkenntnisse nach den einzelnen Kategorien zusammenfassend dargestellt und jeweils ein Fazit gezogen werden. Die Zitate werden den markierten Transkripten des Interviews mit dem Klienten (siehe Anhang 5, mit IK abgekürzt) und der Expertin (siehe Anhang 4, mit IE abgekürzt) entnommen. Die Bedeutungen der Umschreibungen mancher Einrichtungs- und Personennamen sind in Anhang 10 einsehbar. Zunächst werden die zur Oberkategorie „Substitution“ gehörigen Unterkategorien vorgestellt. Im Anschluss werden die Kategorien der akzeptierenden Drogenarbeit geschildert und als letztes werden die Kritikpunkte der Interviewpartner erläutert.

Als erstes erfolgt ein Überblick über das **Klientel** der Substitution. Personen, die sich an die Substitutionsberatung wenden, haben unterschiedliche Anliegen, wobei sehr viele davon in Substitution sind oder eine Substitutionsbehandlung beginnen möchten. Das Durchschnittsalter des Klientels liegt ungefähr bei „Mitte 30 bis Mitte 40“ (IE, Z.34, 35) und setzt sich aus überwiegend Männern, aber auch Frauen zusammen. Aufgrund der

spezifischen Sprachkenntnisse mancher Mitarbeiter von Einrichtung a, treten vermehrt Personen, die jene Sprachen sprechen, auf. Jedoch hauptsächlich ist die deutsche Nationalität vertreten. Einige Klienten sind berufstätig, weit verbreitet ist aber auch der Bezug von Arbeitslosengeld. (vgl. IE, Z.29-74) Allgemein bringen Klienten der Substitution also sehr unterschiedliche Grundvoraussetzungen mit.

Interviewpartner K²⁶ ist 60 Jahre alt, seit vielen Jahren mit Unterbrechungen in Substitution und aktuell auf Polamidon eingestellt (vgl. IK, Z.7-20). Zu seinen persönlichen Hintergründen berichtet er von einer schwierigen Kindheit mit zerrütteten Familienverhältnissen und vermutet ein verdrängtes Kindheits-Trauma (vgl. IK, Z.734-742).

Als nächstes soll die Kategorie „**Leben mit der Sucht**“ dargestellt werden. Interviewpartner K schildert, dass er mit den Drogen „ziemlich spät angefangen“ (IK, Z.25, 26) hat. Sein damaliger Partner hat Heroin konsumiert und aus Neugier begann er ebenfalls mit dem Konsum. Im Arbeitsalltag war er sehr darum bemüht, den Heroinkonsum geheim zu halten und hatte stets eine Ration dabei, um Entzugserscheinungen verhindern zu können. K und sein Partner machten gemeinsam einige Entzugsversuche, die aber so „mörderisch“ (IK, Z.72, 73) waren, dass sie jedes Mal gescheitert sind. Nach einiger Zeit trennte er sich von seinem Partner, was er dadurch erklärt, dass er die „Wirkung von der Droge“ (IK, Z.68) zu dieser Zeit noch nicht richtig einschätzen konnte. Der Kontakt blieb weiterhin bestehen. Der neue Partner des dann Ex-Partners gab deshalb dem Arbeitgeber von Interviewpartner K einen Hinweis auf dessen Drogenkonsum, wodurch dieser aufgedeckt wurde. Der Arbeitgeber unterstützte K mehrfach bei Entzugsversuchen, wobei K danach den Arbeitgeber anlog bezüglich seiner Abstinenz. Letztendlich wurde K gekündigt, woraufhin er sich einen neuen Job suchte. Bei einem weiteren Entzugsversuch erfuhr K schließlich von der Möglichkeit, in einem Krankenhaus eine Entgiftung zu machen. Aufgrund der Angst, „polizeilich bekannt“ (IK, Z.152) zu werden, war dies für K jedoch mit Zweifeln verbunden. (vgl. IK, Z.37-155). Aus objektiver Sicht von Interviewpartnerin E²⁷, befinden sich Personen, die noch nicht substituiert sind, in einem sehr „desolaten Zustand“ (IE, Z.89), was sich auf den „gesundheitlichen“ (IE, Z.90) und den „psychosozialen Zustand“ (IE, Z.91) bezieht. Außerdem treten jene Klienten oft berauscht auf. (vgl. IE, Z.87-91, Z.118-122) Anhand jener Kategorie ist zu erkennen, wie weitreichend die Auswirkungen von Drogenkonsum sind. Sie schlagen sich nicht nur auf körperlicher und psychischer Ebene nieder, sondern haben auch Einfluss auf die soziale, familiäre, berufliche und finanzielle Situation der Betroffenen. Allgemein ist also das ganze Leben von der Droge bestimmt.

²⁶ Der interviewte Klient

²⁷ Die interviewte Expertin

Nachdem geschildert wurde, wie ein Leben mit Suchterkrankung aussehen kann, wird nun der **Weg in die Substitution** aufgezeigt. K erklärt, wie aussichtslos seine Lage nach ca. „drei Jahre[n]“ (IK, Z.286) war. Trotz seiner prekären finanziellen Lage, war „Beschaffungskriminalität“ (IK, Z.262) für ihn aber keine Option. Außerdem verlor er durch den Konsum sein soziales Umfeld, denn die meisten Freundschaften hielt er nicht mehr „aufrecht“ (IK, Z.267), da er sich „immer geschämt“ (IK, Z.751) hat. Dies waren die Gründe für K, sich auf Entgiftung zu begeben. Dort hat er erstmals von der Substitutionsbehandlung erfahren. Außerdem wurde hier eine Hepatitis C bei ihm diagnostiziert, was die notwendige Doppeldiagnose für die Substitution brachte. Tatsächlich aufgenommen konnte K jedoch erst werden, als er ein weiteres Mal auf Entgiftung gekommen war, weshalb er vorsätzlich nach der ersten Entgiftung rückfällig wurde. Daraufhin wurde K auf Subutex eingestellt und begann so die Substitutionsbehandlung. (vgl. IK, Z.155-220, 250-290) Letztendlich wird hier deutlich, dass Personen, die sich an die Substitution wenden, oft unter einem hohen Leidensdruck stehen.

Der weitere **Substitutionsverlauf** ist nicht linear zu verstehen, sondern läuft in verschiedenen Phasen ab. K beschreibt, dass er sich nach einiger Zeit selbstständig dazu entschlossen hat, das Substitut abzusetzen, da es „nicht viel Unterschied“ (IK, Z.222, 223) macht, ob er es nimmt oder nicht. Nach einer Phase der Abstinenz wurde K dann aber rückfällig, da er sich mit dem klaren Gefühl „im Kopf“ (IK, Z.240) unwohl fühlte und sich nach Berausung sehnte. K beschreibt, wie er über Jahrzehnte hinweg circa „achtmal“ (IK, Z.364) eigenständig die Substitution abbrach, mit der Hoffnung sich dadurch einen gewissen Lebensstandard aufbauen zu können (vgl. IK, Z.415, 416). Aufgrund des Gefühls der „Leere“ (IK, Z.348) im Kopf und allgemeinem Unwohlsein (vgl. IK, Z.347-350) wurde er jedoch immer wieder rückfällig und nahm dann erneut die Substitution auf. Im Verlauf betont K, dass er zu keiner Zeit andere Stoffe als „Heroin“ (IK, Z.355) konsumiert hat, wodurch der erneute Einstieg in die Substitution ohne vorhergehende Entgiftung erfolgen konnte (vgl. IK, Z.361-362). Dasselbe gilt für die Phasen, während der Substitution, in denen er nie „Beigebrauch“ (IK, Z.389) hatte. Des Weiteren beschreibt K seinen gescheiterten Versuch einer „Hepatitis [...] Behandlung“ (IK, Z.420,421), den er aufgrund der starken Nebenwirkungen der Tabletten abbrach. Letztendlich hat K nun für sich erkannt, dass er nicht ohne Substitution leben kann und demnach „bis zu [s]einem Lebensende“ (IK, Z.504, 505) substituiert bleiben wird. Seitens der Expertin bleibt nur noch hinzuzufügen, dass viele Klienten „schon öfter[...] in Substitution gewesen“ (IE, Z.86, 87) sind, dies also ein verbreiteter Verlauf ist. Alles in allem lässt sich also feststellen, dass Substitution meistens in abwechselnden Phasen der aktiven Behandlung, der Abstinenz und auch der Rückfälligkeit verläuft. Sie ist als schleichender Prozess der Besserung der Lebensumstände in ungleichmäßigen Fortschritten zu verstehen, die zur

Therapie dazu gehören. Damit einher gehen Erkenntnisse, die der Substituierte für sich selbst finden muss.

Die Substitutionsbehandlung wirkt sich auf den Klienten subjektiv wahrnehmbar wie auch äußerlich ersichtlich aus. Als nächstes sollen **positive Auswirkungen der Substitution** aufgezeigt werden. Als erstes wäre zu nennen, dass durch den Wegfall der Beschaffung der Droge auch keine finanziellen Sorgen entstehen, bei denen Dinge verkauft werden, die wichtig waren (vgl. IK, Z.510-5511). Der „Allgemeinzustand“ (IK, Z.675) inklusive der „Psyche“ (IK, Z.676) sind in deutlich besserer Verfassung. Damit zusammen hängt auch die Einstellung auf „Antidepressiva“ (vgl. IK, Z.693) als Reaktion auf die depressive Verstimmung von K. Er schildert außerdem, dass er kein Interesse mehr hat, die Behandlung abzubrechen und zufrieden mit seinem aktuellen Zustand ist (vgl. IK, Z.700-701). Darüber hinaus hat er das Gefühl, wieder „in der normalen Gesellschaft klarzukommen“ (IK, Z.705), da er sich früher in der Öffentlichkeit für seinen berauschten Zustand geschämt hat (vgl. Z.756-761). Des Weiteren führt die Substitution dazu, dass er wieder Kontakt zu seiner Tante aufgenommen hat und jenen regelmäßig pflegt, was für ihn sehr positiv ist. Während der Konsumzeiten war dies nicht möglich, da er sich auch hierbei geschämt hat (vgl. IK Z.767-813). Allgemein nennt K, dass er in seinem Alter nichts mehr mit der „Drogenszene“ (IK, Z.806) zu tun haben will, weshalb er mit der Substitution zufrieden ist. Zusätzlich zu den individuellen Auswirkungen der Substitution für K, nennt E übergreifend einige Aspekte. Allgemein ist dies die „gesundheitliche [...] und [...] psychische Stabilisierung“ (IE, Z.92-94). Damit einher geht die Tatsache, dass Betroffene durch die Substitution nicht mehr berauscht sind und damit Sachen angehen können, die sie zuvor nicht geschafft haben. So wird ihnen zum Beispiel auch ihr Erscheinungsbild wieder „wichtiger“ (IE, Z.136). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Substitution das Potenzial hat, sich auf sehr viele Lebensbereiche für den Klienten förderlich auszuwirken. Dadurch wird dem Klienten mehr Lebensqualität ermöglicht.

Neben den positiven Auswirkungen der Substitution bringt sie aber auch gewisse **Herausforderungen** mit sich. Erstens ist das der Wegfall des intravenösen Konsums und des Rausch-Erlebnisses, wonach sich Substituierte sehnen (IK, Z.320-326). Außerdem haben Substitute auch verschiedene, unerwünschte Nebenwirkungen, wie etwa „Schwitzen“ (IK, Z.405) und Gewichtszunahme bei Methadon und bei der Substitution mit Polamidon stellt K eine verstärkte Schläfrigkeit untertags fest (vgl. IK, 525-528, 744 ff.). Durch die Corona-Pandemie kamen weitere Schwierigkeiten hinzu, denn trotz Infektion musste das Substitut unter speziellen Auflagen täglich persönlich abgeholt werden (vgl. IK, Z. 578). Darüber hinaus erweist sich die Veränderungen der Lebenswelt von Klienten bei der Wohnungs- oder Jobsuche als herausfordernd. Dies hängt auch damit

zusammen, dass bei Drogenkonsumenten eine starke „Stigmatisierung“ herrscht und sie demnach nicht offen mit ihrem Konsum umgehen können (vgl. IE, Z.94ff., 308ff.). Anhand jener Kategorie ist zu erkennen, dass Substitution, trotz der vielen positiven Aspekte, auch Herausforderungen für den Klienten mitbringt, die überwunden werden müssen.

Die nachfolgenden Kategorien fallen unter die Oberkategorie „Akzeptierende Drogenarbeit“. Als erstes sind dies die beruflichen Hintergründe der **Sozialarbeiterin**, also interviewten Expertin. Sie ist seit „sechs[...] Jahr[en]“ (IE, Z.8) in der Substitutionsabteilung von Einrichtung a und hat demnach viel Erfahrung in diesem Bereich.

Als nächstes soll die **professionelle Haltung** im Hinblick auf die akzeptierende Drogenarbeit geschildert werden. In jenes Menschenbild miteinbegriffen ist, dass E Klienten „auf Augenhöhe“ (IK, Z.940) begegnet. Dies bedeutet auch, Klienten die „Verantwortung“ (IE, Z.161) über ihr Leben zu überlassen und „nicht bewertend“ (IE, Z.175) mit ihnen zu arbeiten, denn Entscheidungen können „selbstbestimmt“ (IE, Z.192) getroffen werden. Dadurch erhält die Sozialarbeiterin auch einen „leichtere[n] Zugang“ (IE, Z.200), was die Ehrlichkeit der Klienten fördert. Sie werden hierbei mit allen ihren Problemen „ernst genommen“ (IK, Z.1222), was die Voraussetzung ist, um an diesen arbeiten zu können. Abstinenz stellt für E nicht das grundlegende Ziel dar, da Menschen ebenso mit Konsum „gute Leben führen“ (IE, Z.244) können. Die professionelle Beziehung gleicht einem freundschaftlichen Verhältnis, in dem die Sozialarbeiterin ihre Klienten „motiviert“ (IK, Z.912). Beispielsweise erfolgt aktiv der konstruktive Umgang mit Rückfällen, statt diesen mit Ablehnung zu begegnen (IK, Z.1005-1008). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Klienten im Sinne der akzeptierenden Haltung stets die „Expert[en] ihres Lebens“ (IE, Z.194) sind und ihnen bei allen Anliegen „geholfen“ (IK, Z.1180) wird. Alles in allem entspricht die professionelle Haltung von E also der der akzeptierenden Drogenarbeit. Der Mensch wird als Person respektiert und seine Fähigkeit, eigene Entscheidungen zu treffen, anerkannt.

Nachdem die professionelle Haltung gegenüber dem Klienten erläutert wurde, erfolgt nun ein Überblick über die **Psychosoziale Beratung und Tätigkeiten**, die damit verbunden sind. E nimmt die Aufgabe ein, Klienten ihre vorhandenen Möglichkeiten darzulegen und sie allgemein zu informieren (vgl. IE, Z.145ff.). Die psychosoziale Beratung wird als „Schutzraum“ (IE, Z.171) gesehen, in dem die Betroffenen abseits der Kriminalisierung über ihren Konsum reden können und alles besprechen können, was ihnen auf „der Seele“ (IK, Z.1180) liegt. Neben der beratenden Funktion übernimmt die Sozialarbeiterin aber auch „organisatorische Dinge“ (IE, Z.159) für Klienten wie im Falle von K das Kontaktieren eines „Mieterverein[s]“ (IK, Z.446) aufgrund von Schwierigkeiten mit

der Vermietern. Auch half E dabei, die „Erwerbsunfähigkeitsrente“ (IK, Z.989) für K zu beantragen. Des Weiteren unterstützt E bei „Ämtergängen“ (IK, Z.902), wo sie zum Teil eine deeskalierende Funktion hatte (vgl. IK, Z.964 ff.) Ebenso wird K von E bei Arztbesuchen begleitet, da er hier ebenfalls persönliche Schwierigkeiten hat (vgl. IK, 914). Ein weitere Tätigkeit von E ist die Kommunikation mit den Substitutionsärzten, wie im Falle der Corona-Infektion von K oder, als eine Beendigung der Substitution durch den Arzt drohte. In jedem Fall setzte sich E aktiv für K und dessen Interessen ein (vgl. IK, Z.540, Z.1009ff.). Darüber hinaus kam E ihrem Klienten zur Hilfe, als jener „in der Wohnung gestürzt“ (IK, Z.925) ist. Alles in allem sind die Tätigkeiten im Zuge der psychosozialen Beratung also sehr weitreichend und individuell nach den Bedürfnissen des Klienten hilfeorientiert.

Nun folgen in der Kategorie „**Substitutionsarzt**“ Kritikpunkte an den behandelnden Ärzten im Hinblick auf die akzeptierende Drogenarbeit. Positiv merkt K seinem Substitutionsarzt an, dass er ihm das Privileg einräumt, statt Urintests, Speicheltests zu machen, da er Probleme mit dem Wasserlassen hat (vgl. IK, Z.1077-1082). Dagegen nennt K aber auch einige negative Aspekte. Der erste bezieht sich auf den Zeitraum, als K mit Covid-19 infiziert war. Der substituierende Arzt konnte hierbei keine Ausnahmeregelung finden, sodass K trotz Infektion täglich zur Ausgabe kommen musste und dabei aber aus der Praxis hinaus gebeten wurde. Er musste vor der Tür bis zum Ende der Ausgabe warten, bis er sein Substitut erhielt (vgl. IK, Z.568-572). Des Weiteren schildert K eine Situation, in der er im Krankenhaus starke Schmerzmittel erhielt, die zu den Benzodiazepinen gehören. Er erhielt dort eine schriftliche Bestätigung der Gabe jener Substanz, die er seinem substituierenden Arzt vorlegte. Jener ordnete daraufhin einen Urintest an, wobei K entsprechend positiv auf Benzodiazepine war. Obwohl K nach langen Jahren der Substitution bei diesem Arzt niemals Beigebrauch hatte, erkannte er den vorgelegten Arztbrief nicht an, da es für ihn „nicht nachvollziehbar“ (IK, Z.1110) sei, ob der positive Urintest tatsächlich auf das Medikament im Krankenhaus zurückzuführen ist. Als Konsequenz entzog der Arzt K das Takehome, wodurch sich K „sehr ungerecht behandelt“ (IK, Z.1113) fühlte. K hat den Eindruck, der Arzt, wolle damit seine „Macht [...] ausspielen“ (IK, Z.1123). Damit zusammen hängt auch, dass der behandelnde Substitutionsarzt keinen Wert auf eine Vertrauensbasis legt und stattdessen betont, dass er „oft [...] am Tag“ (IK, Z.1152, 1153) angelogen werde. Auch hier differenziert der Arzt nicht zwischen verschiedenen Patienten. Stattdessen verweist er wiederholt auf den Vertrag der Patienten. (vgl. IK, Z.1159) Die Folge von mangelndem Vertrauen ist auch, dass keine Ausnahmeregelungen für beispielsweise Takehome getroffen werden, wodurch die Patienten nicht „kurzfristig“ (IK, Z.1163) wegfahren können. Ein weiterer Kritikpunkt von K ist, dass der Substitutionsarzt gänzlich ablehnt, mit den Patienten über psychische Leiden

zu sprechen und sie stattdessen an andere Ärzte verweist. Vor allem kritisiert er dies, da der Arzt ein „Psychiater“ (IK, Z.1184) ist. K hat den Eindruck, der Arzt wolle sich nicht mit ihm „befassen“ (IK, Z.1189). Zuletzt bemängelt er den Umgang des Arztes mit einer befreundeten Substitutionspatientin. Er fordert von ihr, da sie mit einer Überdosierung ins Krankenhaus gekommen war, einen gesetzlichen Betreuung in Anspruch zu nehmen, obwohl die Freundin das ablehnt. Der Arzt droht mit Entzug der Substitution, was für sie verheerende Folgen hätte. K merkt an, dass es die Aufgabe des Arztes sein sollte, die Patientin zu unterstützen. (vgl. IK, Z.1202-1216)

Abschließend soll auf die übergreifende **Kritik** der Interviewpartner am gesamten Substitutionssystem eingegangen werden. Allgemein sollte das Konzept, dass Substituierte bestraft werden, abgeschafft werden, sondern viel mehr passendere Angebote geschaffen (vgl. IE, Z.427 ff.). Ein immer wiederkehrender Kreislauf ist zum Beispiel, dass Substituierte aufgrund von Beikonsum eine Entgiftung machen müssen, dabei jedoch nicht an den Ursachen gearbeitet wird und der Beikonsum dadurch auch nicht beendet (vgl. IE, Z.430 ff.). Beikonsum soll dagegen im Sinne der Selbstbestimmtheit dem Konsumenten zugestanden werden, da er nicht so risikoträchtig ist wie dargestellt (vgl. IE Z.467, 468). Darüber hinaus sollen Substituierte mehr Freiheiten bekommen. Jeden Tag zu einer gewissen Zeit zur Ausgabe kommen zu müssen ist für die Patienten sehr aufwändig und sie sind dadurch in vielen Hinsichten gebunden. Sie haben keine Möglichkeit, spontan zu verreisen, Familie zu besuchen oder auszuschlafen, wie andere Gesellschaftsmitglieder. Dies ist auch einer der Gründe, warum die Substitution eigenständig abgebrochen wird. (vgl. IE, Z.455 ff., IK, Z.830 ff.) Ein weiterer sehr großer Kritikpunkt bezieht sich auf den noch immer vorhandenen Abstinenzgedanken. Bei manchen Therapieeinrichtungen ist er die Voraussetzung, um zugelassen zu werden, wodurch Substituierte, die vorerst keine Abstinenz anstreben, keine Möglichkeiten auf eine Therapie haben (vgl. IE, Z.219ff.). Hilfeconzepte sollen individuell an die Person angepasst werden, um deren Effizienz zu gewährleisten. Nicht für jeden Klienten ist eine Abstinenz realistisch (vgl. IK, Z.1064). Darüber hinaus soll vor allem auch in Bezug auf das Alter der Klienten bei der Abstinenzorientierung differenziert werden. Besonders, wenn die Substitution für eine Person seit Jahren gut funktioniert, soll zugestanden werden, sie bis zum Lebensende beizubehalten (vgl. IK, Z.1064-1077, IE, Z.300). Es wird der Vergleich zu einer „medizinische[n] Behandlung“ (IE, Z.450) gezogen, die in anderen Kontexten als der Substitution nicht auf diese Weise hinterfragt wird. Die Abstinenzorientierung ist zudem gesellschaftlich verankert, da nur ein abstinentes Leben als „gutes[s] Leben“ (IE, Z.244) gesehen wird. Weitere Veränderungen im Konzept der Substitution werden von der Politik gefordert. So wird der Vorschlag genannt, die Regelungen für die Ausgabe zu lockern, um mehr Kapazitäten zu erzielen. Jene wird vor allen Dingen auch bei der Aufnahme

neuer Substitutionspatienten dringend benötigt, um Wartelisten zu verringern. Aktuell kommt es zu langen Wartezeiten für einen Platz in der Substitution, was für einen Heroinkonsumenten sehr herausfordernd ist. Allgemein soll die Substitution außerdem deutlich niedrigschwelliger gestaltet werden, um den Einstieg zu erleichtern und damit mehr Betroffene erreichen zu können (vgl. IK, Z.1269 ff.). Ebenso müsste die Voraussetzungen geschaffen werden, dass jeder Klient eine „substitutionsgestützte Therapie“ (IE, Z.305, 306) erhalten kann. Dies regeln Rentenversicherungen aktuell sehr unterschiedlich. In Bezug auf die akzeptierende Drogenhilfe wird gefordert, dies in alle Bereiche der Substitution auszuweiten. Beispielsweise sollen Substitutionsärzte viel mehr aktive Unterstützung leisten, anstatt anhaltend gewisse Hürden aufzustellen (vgl. IE, Z.274 ff., IK, Z.1243).

4. DISKUSSION

In diesem Kapitel soll zunächst die Beantwortung der Forschungsfrage erfolgen. Jene wird hierzu in den Teilaspekt der Substitution und in den Teilaspekt der akzeptierenden Haltung gegliedert. Beide Punkte werden anhand von Pro- und Contra-Argumenten abgewogen und die Erkenntnisse aus der Forschung anhand der Theorie interpretiert. Im Anschluss soll ein Fazit mit den resultierenden Forderungen gezogen werden und Grenzen des Forschungsumfangs aufgezeigt werden.

Forschungsfrage

Für K funktioniert das Konzept der Substitution. Vor der Behandlung war K aufgrund der Schambehaftung sozial isoliert. Er zog sich nicht nur aus der Gesellschaft, sondern auch von seinem sozialen Umfeld zurück und trennte sich von seinem Partner. Darüber hinaus verlor K wegen des Drogenkonsums seine Arbeitsstelle und war von finanziellen Sorgen geplagt. Allgemein war K durch die Heroinsucht perspektivenlos und verzweifelt (siehe Kapitel 3.2.: Leben vor der Sucht, Weg in die Substitution). Durch die Substitution fielen jene Sorgen bei K ab. Er muss nicht mehr sein Hab und Gut verkaufen, um Drogen finanzieren zu können. Er beschreibt, dass er sich vom „Allgemeinzustand“ (IK, Z.675) aber auch von der Psyche her besser fühle. Außerdem trat bei K der verbreitete Effekt ein, dass erst während er Substitution psychische Erkrankungen wie Depressionen eintreten, wobei jene aber erfolgreich medikamentös behandelt wurden. Zudem nimmt er wieder an der Gesellschaft teil und stellte sogar den Kontakt mit seiner Tante wieder her, die er viele Jahre nicht gesehen hat. Er sagt selbst, dass dies durch die Substitution ermöglicht wurde, da er sich hierdurch nicht mehr für den Drogenkonsum schämen muss (siehe Kapitel 3.2.: Positive Auswirkungen der Substitution). Im Falle von K wurde

demnach besonders das Therapieziel der sozialen Reintegration durch die Substitution erreicht. Auch eine psychische und körperliche Stabilisierung konnten erfolgen und der Weg in die Beschaffungskriminalität konnte abgewendet werden. (siehe Kapitel 2.5.4.: Therapieziele) Alles in allem ist anhand des Falles von K zu sehen, dass die Substitution also im Hinblick auf die Erreichung jener Therapieziele erfolgreich sein kann.

Zweitens funktioniert Substitution für K als lebenslange Behandlung. Dies bedeutet, dass K keine Abstinenz mehr anstrebt und dadurch nachhaltig ein besseres Leben führen kann. Nach zahlreichen Phasen der Substitution, Abstinenz und Rückfälligkeit, in denen es K wiederholt sehr schlecht ging, erhielt K schlussendlich die Erkenntnis, dass er das Substitut bis zum Ende seines Lebens brauchen wird. Er stellt fest, dass es ihm dadurch nun allgemein und nachhaltig gut geht und er demnach nicht mehr das Bedürfnis nach einem Entzugsversuch hat. Die Substitution verhilft K also zu einer dauerhaften Lebensqualität. (siehe Kapitel 3.2.: Substitutionsverlauf)

Dem entgegen stehen jedoch gleichermaßen die Inkonzanz der Behandlung. Die wiederholten Versuche von K, das Substitut abzusetzen und die damit stets einhergehende Rückfälligkeit zeigt Mängel in der Substitutionstherapie auf. Der Abbruch der Behandlung und der erneute Konsum von Heroin bürgen für den Betroffenen wiederholt die in Kapitel 2.4.2 geschilderten Risiken und Folgeschäden. Da die Substitution jene Risiken eigentlich mindern soll, sollte ihr Anspruch auch sein, Klienten halten zu können. Letztendlich soll die Substitutionsbehandlung eine andauernd risikomindernde Maßnahme sein und keine temporäre Lösung. In jener Hinsicht funktioniert die Substitutionsbehandlung also nicht vollständig und bedarf deshalb an dieser Stelle Umstrukturierungen. (siehe Kapitel 3.3.: Substitutionsverlauf; Kapitel 2.5.4 Therapieziele)

Unabhängig von der Struktur der Substitutionstherapie und den Abläufen, die unten detaillierter aufgegriffen werden, hat Substitution an sich spezifische Herausforderungen. Die Substitute bringen Nebenwirkungen mit sich, die die Patienten sehr belasten. Dies stellt eine zusätzliche Erschwernis der ohnehin herausfordernden Behandlung dar. Ebenso kann die Wohnungs- und Jobsuche für Klienten mühsam sein, da zusätzlich zum angespannten Wohnungsmarkt, Substituierte in der Gesellschaft stigmatisiert und abgelehnt werden (siehe Kapitel 3.2.: Herausforderungen). Die höhere Lebensqualität, die durch die Substitution erreicht werden soll (siehe Kapitel 2.5.4.), wird also hierdurch geübt. In jener Hinsicht ist die Substitution also nicht gänzlich erfolgreich.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Substitution also in manchen Hinsichten ein gut ausgebautes und für den Betroffenen funktionierendes Konzept ist. Dennoch gibt es im Sinne der umfänglichen Hilfeleistung für die Klienten noch Ausbau- und Verbesserungsbedarf.

Als nächstes soll nun abgewogen werden, ob die akzeptierende Drogenarbeit in der Substitution funktioniert.

K hat zu seiner Sozialarbeiterin ein positives Vertrauensverhältnis und eine professionelle Beziehung. Nach dem Empfinden von K, wird er in der psychosozialen Beratung nicht bevormundet, sondern „auf Augenhöhe“ (IK, Z.940) behandelt. E unterstützt K bedürfnisorientiert in alltäglichen und auch substitutionsspezifischen Dingen. Sie setzt sich zum Teil vehement für K und seine Bedürfnisse ein. E sieht ihre Klienten als die „Expert[en] ihres Lebens“ (IE, Z.194) an, wodurch deren Selbstbestimmtheit und Eigenverantwortung gefördert wird (siehe Kapitel 2.6.). Dadurch reagierte E beispielsweise nicht verurteilend, wenn K rückfällig wurde, sondern stärkte und motivierte ihn viel mehr. (siehe Kapitel 3.2.: Professionelle Haltung, Psychosoziale Beratung und Tätigkeiten) Alles in allem setzt E in der psychosozialen Beratung also aktiv ein akzeptierendes Menschenbild um, was K wahrnimmt und zu schätzen weiß.

Des Weiteren ist bemerkenswert, dass E für mehr Respekt gegenüber K in der restlichen Gesellschaft sorgt. Akzeptierende Drogenhilfe bedeutet auch, außerhalb des Rahmens der Beratung, in der Gesamtgesellschaft für den Abbau von Stigmatisierung, für mehr Respekt und Akzeptanz zu sorgen (siehe Kapitel 2.6.). E setzt sich nicht nur gegenüber den Substitutionsärzten für ihre Klienten wie K ein, sondern beispielsweise in weiteren Situationen mit Dritten. So begleitete sie K auf das Jobcenter, da jener nach bisherigen Erfahrungen ohne Begleitung schlecht behandelt wurde. Durch das Beisein von E, wurde K nicht nur respektvoller behandelt, sondern E konnte auch deeskalierend einwirken (vgl. IK, Z.963 ff.). So leistet also die Sozialarbeiterin einen Beitrag dazu, dass ihr Klient in der Gesellschaft mehr akzeptiert wird und setzt damit die akzeptierende Drogenarbeit aktiv um.

Als nächstes sollen nun jene Aspekte erläutert werden, die entgegen einer akzeptierenden Drogenhilfe stehen. Jenes Menschenbild, sieht den Klienten als fähig, eigenmächtig Entscheidungen zu treffen. Der Begriff der Selbstbestimmung nimmt einen hohen Stellenwert in der akzeptierenden Drogenarbeit ein. Er beinhaltet, dass Substituierte selbst entscheiden können, wie lange sie die Behandlung benötigen oder, ob sie Beikonsum haben (siehe Kapitel 2.6.). Das Konzept der Substitution steht dem jedoch entgegen. Erstens ist die Behandlung über kurz oder lang an eine Abstinenzorientierung gebunden. Klienten werden wiederholt auf einen möglichen Entzugsversuch hingewiesen, da die Ärzte hierzu gesetzlich verpflichtet sind. Anhand dessen ist also ersichtlich, dass Klienten die Fähigkeit abgesprochen wird, ihre persönlichen Bedürfnisse einschätzen zu können. Ebenso sind Klienten stark an die entsprechenden Ausgabezeiten gebunden und können dadurch nicht über ihren Tagesablauf eigenmächtig entscheiden. Zum Teil

werden sie dadurch daran gehindert, soziale Kontakte zu Familie oder Freunde aufrecht zu halten, was im Widerspruch zum Therapieziel der sozialen Integration steht. Allgemein schränken die unflexiblen Ausgabezeiten den Klienten stark in seiner Tagesgestaltung ein. Darüber hinaus wird Beikonsum stark sanktioniert, auch wenn Klienten davon keineswegs negativ beeinträchtigt sind. Allgemein gibt es in der Substitutionsbehandlung ein Konzept von Sanktionierung, wenn die Klienten sich nicht an die Vorgaben halten. Folglich baut das Konzept der Substitution darauf auf, dass Klienten Entscheidungsspielräume entzogen werden und die gesetzlich verankerten Strukturen als ausschließlich maßgebend in der Behandlung gelten (siehe Kapitel 3.2.: Kritik). Alles in allem lässt sich also festhalten, dass das Konzept der Substitution an vielen Stellen stark im Widerspruch mit einer den Menschen akzeptierenden Haltung steht.

Zuletzt soll noch die Arbeitsweise und Haltung der Substitutionsärzte hinterfragt werden. Auch jene stehen im Konflikt mit einer akzeptierenden Drogenhilfe. Die Hilfemaßnahme der Substitution besteht aus einem Zusammenspiel der psychosozialen Beratung und des substituierenden Arztes, weshalb jener in die Beurteilung der akzeptierenden Drogenarbeit gleichermaßen mit einbezogen werden soll. Auch seine Aufgabe ist es, sich im Sinne der Menschenwürde seinen Patienten gegenüber respektvoll zu verhalten und bedürfnisorientiert auf sie einzugehen (siehe Kapitel 2.6.). Gemäß den Angaben von K, verhält sich sein Substitutionsarzt jedoch ihm gegenüber teilweise gegensätzlich zu einem akzeptierenden Menschenbild. So fordert der Arzt von K, während dessen Covid-Infektion starke Anpassungen an die Ausgabebedingungen. K wurde aus der Praxis hinaus gebeten und musste draußen warten, bis ihm als letztes das Substitut überreicht wurde. Dies wird weder als menschenwürdig noch respektvoll beurteilt. Außerdem begegnet der Arzt K mit pauschalem Misstrauen und argumentiert, häufig angelogen zu werden. Zwischen seinen Patienten differenziert der Arzt scheinbar nicht und baut auch nicht auf Beziehungsarbeit. K betont, sich „ungerecht behandelt“ (IK, Z.1113) gefühlt zu haben, was in starkem Konflikt mit der Menschenwürde steht. Darüber hinaus lehnt der Arzt ab, sich psychischen Leiden von K anzunehmen, wonach K aber das Bedürfnis gehabt hätte (siehe Kapitel 3.2.: Substitutionsarzt). Demnach arbeitet der Arzt also auch nicht bedürfnisorientiert mit K, wie es eigentlich der akzeptierenden Drogenhilfe entsprechen würde. Es lässt sich an dieser Stelle festhalten, dass K sich von seinem Substitutionsarzt nicht respektvoll behandelt fühlt. Viel mehr hat er den Eindruck, der Arzt wolle ihm gegenüber „Macht [...] ausspielen“ (IK, Z.1123), was im Konflikt mit einem Umgang auf Augenhöhe steht. Die Handlungsweise des Arztes ist also ganz allgemein konträr zur akzeptierenden Haltung in der psychosozialen Beratung. In jener Hinsicht läuft die Substitution also nicht gemäß der akzeptierenden Drogenhilfe ab.

Die Forschungsfrage, ob Substitution im Sinne der akzeptierenden Drogenarbeit funktioniert, kann also teils verifiziert und teils falsifiziert werden. Substitution als Konzept ist in vielen Fällen, wie auch bei K erfolgreich. Die genannten Therapieziele können damit erreicht werden. Dennoch gibt es im Konzept der Substitution Potenziale zur Verbesserung. Die rechtlichen Grundlagen sind noch immer sehr prohibitiv orientiert und geben das Ideal der Abstinenz vor. Wie im Fall von K, ist eine Abstinenz jedoch nicht immer der beste Weg. Das Konzept sollte also mehr Individualität zulassen, um Heroinabhängigen auch nachhaltig helfen zu können. Auch die akzeptierende Haltung funktioniert in ihrer Umsetzung nur teilweise. In der psychosozialen Beratung, wie im Falle der Beratungssituation zwischen E und K, ist das akzeptierende Menschenbild bereits tief verankert. Dies spiegelt sich in den Schilderungen von K zu seinem freundschaftlichen Vertrauensverhältnis mit E wider. An eindeutige Grenzen stößt die akzeptierende Haltung jedoch bei allen Bereichen, die über die psychosoziale Beratung hinaus gehen. Das Menschenbild der akzeptierenden Drogenhilfe spiegelt sich weder im Substitutionskonzept an sich noch in der Umgangsweise des Substitutionsarztes oder der Gesellschaft wider. In diesem Kontext funktioniert die akzeptierende Drogenhilfe also nicht.

Fazit

Die Substitution wurde als Behandlungsmethode Opioidabhängiger eingeführt. Im Sinne einer akzeptierenden Drogenhilfe sollten dabei Risiken für Betroffene reduziert und die Sterberate gesenkt werden. Heutzutage ist die Substitution eine fest etablierte Behandlungsform, jedoch ist sie noch immer nicht effektiv genug, um allen Betroffenen nachhaltig helfen zu können. Deshalb fordern jene wie auch professionelle Fachkräfte Erneuerungen und Lockerungen der bisherigen Vorgaben zur Substitutionsbehandlung. Erstens soll das Konzept der Sanktionierung abgeschafft werden, da Patienten der Substitution eigenmächtig über ihre Behandlung entscheiden können sollten. Das Ziel der Abstinenz sollte nicht mehr allein maßgebend sein, sondern auch hier Substituierten selbst die Entscheidung überlassen werden, für wie lange sie das Substitut benötigen. Substitutionsärzte sollen ihren Patienten gegenüber mit Respekt begegnen und ihnen die Hilfe leisten, die sie benötigen, anstatt sie zu schikanieren. Außerdem sollen aktiv mehr Substitutionsplätze geschaffen werden, um lange Wartezeiten für schwer Suchtkranke Menschen zu minimieren. Wenn ein Patient Beikonsum haben möchte und davon nicht beeinträchtigt wird, soll dies keine Auswirkungen auf seine Substitutionsbehandlung haben. Zuletzt soll durch Aufklärungsarbeit und mehr Präsenz in der Politik der Stigmatisierung von Drogenkonsumenten entgegengewirkt werden. Drogenabhängige sollen in der Gesellschaft nicht mehr als Kriminelle, sondern als Erkrankte dargestellt werden. All

dies ist notwendig, um Drogen Gebrauchenden ein menschenwürdiges Leben mit gesellschaftlicher Teilhabe zu ermöglichen.

Grenzen der Forschung

Für die Forschung wurde das Konzept der Fallstudie ausgewählt, was den auserwählten Interviewpartnern eine besondere Bedeutung zukommen lässt. Der Anspruch hierbei war nicht, eine repräsentative Stichprobe zu wählen und damit allgemeingültige Aussagen treffen zu können. Da Substitutionspatienten ebenso verschiedene persönliche, biografische und substitutionsspezifische Hintergründe haben wie andere Gesellschaftsmitglieder, sollte der Einzelfall detailliert erforscht werden. Gleichermäßen ist dies jedoch eine Grenze der Forschungsarbeit. Sicherlich empfindet jeder Substitutionspatient anders über seinen Substitutionsarzt, hat einen anderen Verlauf der Behandlung und andere Therapieziele, die erreicht oder nicht erreicht werden. Um die Forschung tatsächlich repräsentativ gestalten zu können, hätte also eine weitaus größere Datenmenge erhoben werden müssen. Dann hätten eher allgemeingültigere Schlüsse aus den Ergebnissen der Arbeit gezogen werden können.

5. SCHLUSS

Ungenutzte Potenziale stecken in der Behandlung mit Diamorphin. Gerade einmal 1,5% macht Diamorphin im Jahr 2021 unter den Substituten aus. Dies in 13 Einrichtungen, die ungleichmäßig auf die Bundesländer verteilt sind (vgl. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 2022: 4, 5). Dabei sind die Vorteile einer diamorphingestützten Behandlung gegenüber einer methadongestützten Behandlung nachgewiesen. So verbessert sich die Gesundheit von Methadon-Substituierten um 74%, wobei durch eine Diamorphin-Substitution eine gesundheitliche Verbesserung von 80% erreicht wird. Was den Konsum illegaler Substanzen angeht, hat Diamorphin einen noch weiteren Vorsprung gegenüber Methadon. Bei ersterem verringert sich der Konsum um 69,1%, bei zweiterem um lediglich 55,2%. Der signifikanteste Unterschied ist jedoch bei der Haltequote ersichtlich, denn während nach einem Jahr Substitution mit Methadon noch 38,7% der Patienten vorhanden sind, sind es bei Diamorphin 67,2%. Sogar bei Diamorphin-Substituierten, die die Behandlung beendet haben, wird eine nachhaltigere Verbesserung der Lebensumstände festgestellt. Die Erfolge der Substitution mit Diamorphin können auch im internationalen Vergleich nur belegt werden. In der Stadt Zürich gab es in den 90er Jahren eine hohe Zahl Heroinabhängiger, weshalb dort bald die Diamorphinbehandlung als Gegenmaßnahme eingeführt wurde. Dadurch konnte nicht nur die Zahl der Neukonsumenten deutlich verringert werden, sondern auch der Stigmatisierung

Heroinkonsumierender in der Gesellschaft entgegengewirkt. (vgl. Verthein et al. 2008: 10-12) Erst 2009 wurde in Deutschland, dank eines Gesetzesentwurfes der damaligen Opposition, das reine Heroin zur Substitution zugelassen. Dennoch ist dies an die in Kapitel 2.5.5. starken Reglementierungen gebunden und kann so noch nicht flächendeckend umgesetzt werden. Unter anderem liegt dies auch daran, dass die Voraussetzungen des Klienten, um mit Diamorphin substituiert zu werden, sehr hoch angesetzt sind. Auch Erfahrungsberichte untermauern die Studienergebnisse, denn als weiteren entscheidenden Vorteil der heroingestützten Substitution wird die Verringerung der Delinquenz gesehen. Dadurch erhalten Betroffene wieder Raum, sich wichtigen Angelegenheiten ihres Lebens zu widmen. Diamorphin bringt hier durch die größere Verringerung des Beikonsums einen Vorteil gegenüber Methadon. Experten stellen also die Hochschwelligkeit der Diamorphinbehandlung besonders aus ethischen Gründen sehr infrage. Kritisiert wird, dass nur stark gefährdete und schwerwiegend abhängige Heroinkonsumenten ein Recht darauf haben. Dadurch werde hingenommen, dass Betroffene erst große körperliche, psychische und soziale Schäden auf sich nehmen müssen, um eine für sie wirksame Behandlung erhalten zu können. (vgl. JES-Bundesverband e.V. 2020: S.3-6) Abschließend lässt sich sagen, dass an dieser Stelle noch einige Potenziale für die Hilfe Opioidabhängiger stecken. Auch die Anerkennung von Diamorphin als vollwertiges Substitut ist ein weiterer Schritt im Sinne der akzeptierenden Drogenarbeit. Allgemein sollte in der Zukunft Substitution mit allen wirksamen Substituten politisch, gesellschaftlich und medizinisch so weit anerkannt sein, dass es nicht mehr als Drogenhilfe im klassischen Sinne, sondern viel mehr als Langzeitmedikation erkrankter Menschen gesehen wird.

LITERATURVERZEICHNIS

- Akzept Bundesverband, Deutsche Aidshilfe (2021): *Leitbild akzeptierender Drogenarbeit*, [online] https://www.aidshilfe.de/sites/default/files/documents/leitbild-drogen_akzept_dah.pdf [aufgerufen am 06.07.2022].
- Bundesärztekammer (2017): *Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger*, [online] https://www.bun- desaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ord- ner/RL/Substitution.pdf [aufgerufen am 08.07.2022].
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2016): *Bericht zum Substitutionsregister. Januar 2016*, [online] https://www.bfarm.de/SharedDocs/Down- loads/DE/Bundesopiumstelle/SubstitReg/Subst_Bericht.pdf?__blob=publicationFile [aufgerufen am 06.07.2022].
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2022): *Bericht zum Substitutionsregister. Januar 2022*, [online] https://www.bfarm.de/SharedDocs/Down- loads/DE/Bundesopiumstelle/SubstitReg/Subst_Bericht2022.pdf?__blob=publica- tionFile [aufgerufen am 06.07.2022].
- Bundeskriminalamt (2021): *Rauschgiftkriminalität. Bundeslagebild 2020*, [online] https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/JahresberichteUnd- Lagebilder/Rauschgiftkriminalitaet/2020RauschgiftBundeslage- bild.pdf?__blob=publicationFile&v=4 [aufgerufen am 16.07.2022].
- Bundeskriminalamt (1990): *Polizeiliche Kriminalstatistik 1990*, [online] https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminal- statistik/pksJahrbuecherBis2011/pks1990.pdf?__blob=publicationFile&v=1 [aufge- rufen am 18.07.2022].
- BZgA (2018): *Kaum Heroin in Heroin*, drugcom, [online] <https://www.drugcom.de/news/kaum-heroin-in-heroin/#:~:text=H%C3%A4u- fige%20Streckmittel%20in%20Heroin%20waren,Leber% 2D%20und%20Nie- rensch%C3%A4den%20verursachen%20kann> [abgerufen am 30.06.2022]
- BZgA (2015): *Drogenlexikon. Heroin*, drugcom, [online] <https://www.drugcom.de/dro- genlexikon/buchstabe-h/heroin/> [abgerufen am 04.07.2022]
- BZgA (o.D.): *Was sind Entzugserscheinungen?*, drugcom, [online] <https://www.drugcom.de/haeufig-gestellte-fragen/fragen-zu-opiaten/was-sind-ent- zugserscheinungen/> [aufgerufen am 12.07.2022].

- BZgA (o.D.b): Wie wirkt Heroin?, drugcom, [online] <https://www.drugcom.de/haeufig-gestellte-fragen/fragen-zu-opiater/wie-wirkt-heroin/> [aufgerufen am 12.07.2022].
- BZgA (o.D.c): Wie entsteht die Heroinabhängigkeit?, drugcom [online] <https://www.drugcom.de/haeufig-gestellte-fragen/fragen-zu-opiater/wie-entsteht-die-heroinabhaengigkeit/> [aufgerufen am 12.07.2022].
- DBDD (2017): *Deutschland. Bericht 2017 des nationalen REITOX_Knotenpunktes an die EBDD. Drogen. Workbook drugs*, [online] https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs/REITOX_BERICHT_2017/WB_03_Drogen_Germany_DE.pdf [aufgerufen am 15.07.2022].
- DBDD (2021): *Drogenmärkte und Kriminalität. Workbook Drug Market und Crime. Deutschland. Bericht 2021 des nationalen REITOX-Knotenpunktes an die EMCDDA*, [online] https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs/REITOX_BERICHT_2021/REITOX_Bericht_2021_DE_Workbook_Drogenmaerkte_und_Kriminalitaet.pdf [aufgerufen am 16.07.2022].
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2010): *Positionspapier „Psychosoziale Betreuung Substituierter“*, Hamm, Deutschland, [online] https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/Positionspapier_PSB.pdf [aufgerufen am 01.08.2022].
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2018): *Heroin201. Was es ist. Was es gefährlich macht. Wie eine Sucht entsteht. (Die Sucht und ihre Stoffe: Eine Informationsreihe über die gebräuchlichsten Drogen und Suchtsubstanzen)* Hamm, Deutschland, [online] https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Sucht-und-ihre-Stoffe_HEROIN.pdf [abgerufen am 04.07.2022].
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2021): *Drogenabhängigkeit. 6. Auflage. (Suchtmedizinische Reihe; 4)*. Hamm, Deutschland, [online] https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Sucht-med_Reihe_4_Drogen_BFREI.pdf [abgerufen am 28.06.2022].
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2022a): *Süchte. Medikamente. Schmerzmittel. Geschichte*, [online] <https://www.dhs.de/suechte/medikamente/schmerzmittel/geschichte> [abgerufen am 28.06.2022].
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2022b): *Süchte. Illegale Drogen. Heroin. Konsumformen*, [online] <https://www.dhs.de/suechte/illegale-drogen/heroin/konsumformen> [aufgerufen am 30.06.2022].
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2022c): *Süchte. Illegale Drogen. Heroin. Geschichte*, [online] <https://www.dhs.de/suechte/illegale-drogen/heroin/geschichte> [aufgerufen am 18.07.2022].
- Dilling, Horst/ Harald J. Freyberger (2019): *ICD-10. Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*, 9. Aufl., Bern, Schweiz: Hogrefe Verlag.

- Dresing, Thorsten/ Thorsten Pehl (2010): Transkription, Katja Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*, Wiesbaden, Deutschland: VS Verlag, S.723-733.
- Drogenbeauftragte(r) der Bundesregierung. (2021): *Anzahl der Drogentoten in Deutschland in den Jahren von 2000 bis 2020*. Statista. Statista GmbH. <https://de-statista-com.evhn.idm.oclc.org/statistik/daten/studie/403/umfrage/todesfaelle-durch-den-konsum-illegaler-drogen/> [aufgerufen am 06.07.2022].
- Dudenredaktion (o.D.): „*substituieren*“ auf Duden online, https://www.duden.de/zitieren_aus_duden_online [aufgerufen am 07.07.2022].
- Dworschak, Nina (2021): Tatort Bahnhof. Gewalt und Drogen: Warum der Hauptbahnhof Hotspot ist – und es weiter bleibt, nordbayern, [online] <https://www.nordbayern.de/region/nuernberg/gewalt-und-drogen-warum-der-hauptbahnhof-hotspot-ist-und-es-weiter-bleibt-1.11378512> [aufgerufen am 14.07.2022].
- Dworschak, Nina (2021b): Streetworker im Interview. Problembereich Bahnhof: Das bewegt die Drogenszene, nordbayern, [online] <https://www.nordbayern.de/region/nuernberg/problembereich-bahnhof-das-bewegt-die-drogenszene-1.11416510> [aufgerufen am 14.07.2022].
- Gerlach, Ralf/ Heino Stöver (2005): *Vom Tabu zur Normalität. 20 Jahre Substitution in Deutschland. Zwischenbilanz und Aufgaben für die Zukunft*, Freiburg im Breisgau, Deutschland: Lambertus-Verlag.
- GK Quest Akademie (2020): *Was ist Motivational Interviewing?*, [online] <https://www.motivational-interview.de/Motivational-Interviewing/Was-ist-Motivational-Interviewing> [aufgerufen am 18.07.2022].
- JES-Bundesverband e.V. (2020): Gleichstellung der Substitutionsbehandlung mit Diamorphin?. Initiativen engagierter Ärzt_innen geben Anlass zur Hoffnung, in: *Drogenkurier: Magazin des JES-Bundesverbands*, S.3-6, [online] https://www.move.info/wp-content/uploads/2021/02/Kurier-124_internet-x.pdf [aufgerufen am 28.07.2022].
- Kraus, Ludwig/ Nicki-Nils Seitz/ Bern Schulte/ Peter Cremer-Schaeffer/ Barbara Braun/ Elena Gomes de Matos/ Tim Pfeiffer-Gerschel (2018): *Schätzung Opioidabhängiger in Deutschland*, [online] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/AbschlussberichtOpiS-Bericht_150518.pdf [aufgerufen am 16.07.2022].

- Mudra e.V. (2021): mudra Jahresbericht 2021, [online] <https://mudra-shop.de/download/ah4u945utu3hh079ic99aj55351/mudra%20Jahresbericht%202021.pdf> [aufgerufen am 14.07.2022].
- Landesärztekammer Brandenburg (2019): *Suchtmedizinische Grundversorgung – Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Patienten*, [online] <https://www.laekb.de/files/14A0F5276DF/2019-Info-Substitutionsbehandlung.pdf> [aufgerufen 07.07.2022]
- Lehmkuhl, Ulrike/ Gerd Lehmkuhl (Hrsg.) (2004): *Frühe psychische Störungen und ihre Behandlung*, Göttingen, Deutschland: Vandenhoeck & Ruprecht, [online] https://digi20.digitale-sammlungen.de/de/fs1/object/display/bsb00046150_00002.html?contextSort=sortKey%2Cdescending&contextRows=10&context=Vulnerabilit%C3%A4t [abgerufen am 12.07.2022].
- Mayring, Philipp (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*, 11. Aufl., Weinheim und Basel, Deutschland: Beltz Verlag.
- Pelke, Nikolas (2020): Neue Lampen, frische Farbe, Donaukurier, [online] <https://www.donaukurier.de/archiv/neue-lampen-frische-farbe-2661705> [abgerufen am 15.07.2022].
- Peter, Ronja/ Jürgen Kempf/ Volker Auwärter (2017): *Substanzmonitoring in Konsumräumen – Analyseergebnisse der Untersuchungen des Jahres 2017*, [online] <https://frankfurt.de/-/media/frankfurtde/service-und-rathaus/verwaltung/aemter-und-institutionen/drogenreferat/pdf/substanzmonitoring-2017.ashx> [aufgerufen am 16.07.2022].
- Polizeipräsidium Mittelfranken (2022): Sicherheitsbericht 2021, Nürnberg, Deutschland [online] https://www.polizei.bayern.de/mam/pp-mittelfranken/sonstige/220315_ppmfr_sicherheitsbericht_2021.pdf.pdf [aufgerufen am 14.07.2022].
- Raschke, Peter (1994): *Substitutionstherapie. Ergebnisse langfristiger Behandlung von Opiatabhängigen*, Freiburg im Breisgau, Deutschland: Lambertus-Verlag.
- Schlömer, Hermann (1991): Von der Methadondiskussion zur Praxis: Darstellung und Einschätzung der Modellversuche in Nordrhein-Westfalen und Hamburg, in: Heino Stöver (Hrsg.), *Akzeptierende Drogenarbeit. Ein Gegenentwurf zur traditionellen Drogenhilfe*, 2. Aufl., Freiburg im Breisgau, Deutschland: Lambertus, S.122-139.
- Schreier, Margrit/ Walter Hussy/ Gerald Echterhoff (2013): *Qualitative Forschungsmethoden, Qualitative Erhebungsmethoden, Qualitative Analyseverfahren* in: Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften, 2. Aufl., Berlin

- Heidelberg, Deutschland: Springer-Verlag, S. 189-275, [online] <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-642-34362-9.pdf> [aufgerufen am 20.07.2022].
- Stümpel, Charlotte (2021): *Heroin – zwischen Euphorie und Gleichgültigkeit*, TK, [online] <https://www.tk.de/techniker/gesundheit-und-medizin/behandlungen-und-medizin/sucht/heroin-zwischen-euphorie-und-gleichgueltigkeit-2015862> [aufgerufen am 18.07.2022].
- Verthein, Uwe/ Raschke Peter (Hrsg.) (1994): *Substitutionstherapie. Ergebnisse langfristiger Behandlung von Opiatabhängigen*, Freiburg im Breisgau, Deutschland: Lambertus-Verlag.
- Verthein, Uwe/ Silke Kuhn/ Christian Haasen (2008): *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie*, Hamburg, Deutschland, [online] http://www.heroinstudie.de/H-Bericht_FU.pdf [aufgerufen am 10.07.2022].
- Walter, Marc/ Michael Soyka (2019): Opioide, Marc Walter (Hrsg.), *Suchtmedizin*, München, Deutschland: Elsevier, S. 178-201.
- Walter, Marc/ Christian A. Müller/ Andreas Heinz (2019): Neurobiologie, Marc Walter (Hrsg.), *Suchtmedizin*, München, Deutschland: Elsevier, S. 24-33.
- Wittchen, Hans-Ulrich/ Gerhard Bühringer/ Jürgen Rehm (2011): *Premos. Substitution im Verlauf. Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatments – Effekte der langfristigen Substitution Opioidabhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcome*, [online] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Forschungsbericht/Projektbericht_PREMOS_-_Langfristige_Substitution_Opiatabhaengiger.pdf [aufgerufen am 19.07.2022].
- World Health Organization (2009): *Guidelines für the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence*, Genf, Schweiz, [online] https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43948/9789241547543_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y [aufgerufen am 10.07.2022].

Für die Quellen der BZgA (siehe Anhang 11) und die Quellen der DHS (siehe Anhang 12) wurde eine schriftliche Genehmigung eingeholt.

ANHANG

Anhang 1: Interviewleitfaden Klient	52
Anhang 2: Interviewleitfaden Expertin	55
Anhang 3: Zeicheninventar	57
Anhang 4: Transkript Interview Expertin markiert	58
Anhang 5: Transkript Interview Klient markiert	74
Anhang 6: Reduziertes Transkript Interview Klient	108
Anhang 7: Reduziertes Transkript Interview Expertin	128
Anhang 8: Kategoriensystem	138
Anhang 10: Verzeichnis Abkürzungen Transkript	141
Anhang 11: E-Mail-Korrespondenz mit der BZgA	142
Anhang 12: E-Mail-Korrespondenz mit der DHS	143

ANHANG 1: INTERVIEWLEITFADEN KLIENT

Kategorie	Hauptfrage	Ergänzungen	Bemerkung/ Notiz
Einstieg	Stelle dich bitte kurz vor und beschreibe, wie deine Substitution aktuell aussieht.	<p>Wie heißt du? Wie alt bist du? Wo kommst du her? Wie lange bist du bei mudra/ substituiert? Warst du vorher schon in der Drogenhilfe? Welches Substitut bekommst du? In welcher Form und wie oft? Wer ist dein Berater?</p> <p>Konsumverhalten → Substanz(-en), Frequenz</p> <p>Soziale Situation → Welches Umfeld? Freunde?</p> <p>Beruflich → Job (Welchen?), Ausbildung etc.</p> <p>Familienstand → Ledig, verheiratet, Partner, Kinder</p> <p>Wohnsituation → Wohnung? Alleine, WG?</p> <p>Finanziell</p>	Noch kein Bezug auf allg. Lebenssituation. Kommt dann ausführlicher.
Substitution	Bitte beschreibe ausführlich deine Lebenssituation, bevor du zu mudra gekommen bist/ substituiert warst.		<p>Evtl. diese Kriterien auflisten zur Visualisierung. Keine Antwort erzwungen. <u>Kann</u> antworten, wo will. (Vergangenheit)</p>

		<ul style="list-style-type: none"> → Geldsorgen? Finanzierung von Leben und Konsum? Juristisch → Probleme mit Polizei? Körperlich? → Krankheiten? Wie hast du dich gefühlt? Psychisch/ emotional → Wie ging es dir damit? 	
<p>Also nochmal kurz zusammenfassend: Was waren die Gründe, warum du dich in Substitution begeben hast?</p> <p>Bitte beschreibe nun ausführlich deine aktuelle Lebenssituation. Bitte gehe dabei auch auf die Veränderungen zu vorher ein.</p>		<p>Soziale Situation</p> <ul style="list-style-type: none"> → Welches Umfeld? Freunde? Beruflich → Job (Welchen?), Ausbildung etc. Familienstand → Ledig, verheiratet, Partner, Kinder Wohnsituation → Wohnung? Alleine, WG? Finanziell → Geldsorgen? Finanzierung von Leben Juristisch → Probleme mit Polizei? Körperlich? → Krankheiten? Wie hast du dich gefühlt? Psychisch/ emotional → Wie ging es dir damit? 	<p>Konkret letztendliche Auslöser. Wo war der Leidensdruck?</p> <p>Auch hier muss nichts beantwortet werden. (Gegenwart)</p>

ANHANG 2: INTERVIEWLEITFADEN EXPERTIN

Kategorie	Hauptfrage	Ergänzungen	Bemerkung
Einleitung	Kannst du deine Stelle und Tätigkeit hier allgemein beschreiben?		Nur oberflächlich
Klientel	Gibst Du bitte einen Ein- bzw. Überblick über dein Klientel?	Alter, Berufsgruppen, Abhängigkeitsstatus, Nationalität, Geschlecht, Jahre in Substitution Soziale Situation Beruflich Familienstand Wohnsituation Finanziell Juristisch Körperlich Psychisch/ emotional	„Hilfe-Aspekt“
Tätigkeit	Welche Auswirkungen und Veränderungen durch Substitution kannst du beobachten? Wie ist deine Funktion? Wie trägst du zur Substitution bei? Kannst du ein paar Beispiele nennen?	Wie zur psycho-sozialen Stabilisierung? Was konkret machst du mit den Klienten?	Nun detaillierter Einblick in Arbeit.

<p>Akzeptierende Drogenhilfe</p>	<p>Wie ist dein Menschenbild/ deine Haltung gegenüber dem Klienten in der Suchtberatung? Wie setzt du die akzeptierende Drogenhilfe um?</p>	<p>Wo setzt du aktiv Grenzen zwischen professioneller und persönlicher Haltung? Musstest du dir dieses Menschenbild aktiv aneignen? Ist die Umsetzung der akzeptierenden Drogenhilfe manchmal herausfordernd bzw. gibt es Grenzen?</p>	<p>Subjektives, professionelles Arbeiten in der akzeptierenden Drogenhilfe</p>
<p>Zusammenfassung</p>	<p>Funktioniert deiner Meinung nach Substitution im Sinne der akzeptierenden Drogenhilfe?</p>	<p>Warum und wie?</p>	<p>Beantwortung meiner Forschungsfrage aus Expertensicht.</p>
<p>Abschluss</p>	<p>Wie könnte für dich akzeptierende Drogenhilfe bzw. Substitution noch verbessert werden?</p>		<p>Ausblick</p>

ANHANG 3: ZEICHENINVENTAR

.	Stimmabfall. Micropause
,	Leichter Stimmabfall, keine oder unwesentliche Pause
(Abkürzung)	Anonymisierter Name.
!	Betonung, Verstärkung, Nachdruck
?	Unsicherheit in der Ausdrucksweise
Ähm, Äh, Hmh	Füllwörter
(Wort?)	Unverständliche Textstelle

ANHANG 4: TRANSKRIPT INTERVIEW EXPERTIN MARKIERT

Die Beteiligten waren die Interviewpartnerin (B1), eine weibliche Expertin der Drogenhilfe und die Interviewerin (I1). Das Interview fand am Dienstag, den 29.03.2022 in einer Drogenberatungsstelle in Nürnberg statt. Es dauerte 27 Minuten und 48 Sekunden.

Vor dem Interview wurden einige Vorbereitungen getroffen. Als erstes wurden die eigene Person und das Forschungsprojekt vorgestellt. Dann wurde die Interviewpartnerin über die Aufzeichnung des Gespräches informiert und ihre Einwilligung schriftlich festgehalten. Dabei mit inbegriffen war die Garantie auf Anonymität. Bei der Expertin war das „Du“ bereits durch vorherigen Kontakt festgelegt und wurde nicht extra abgefragt. Die Interviewpartnerin wurden darauf hingewiesen, dass ihre persönliche Meinung und freies Erzählen gefragt sind. Die Fragen im Interview wurden dann an die Sprache der Gesprächspartnerin angepasst. Sie wurden sinngemäß aus dem Leitfaden entnommen und in Alltagssprache formuliert. Das Interview mit der Expertin verlief linear entsprechend der jeweiligen Intentionen der Frage. Es bedurfte wenig Ad-Hoc-Fragen, da die Hauptfragen bereits umfassend und zielgerichtet beantwortet wurden.

1 00:00:00

2 I1: Okay. Also, das läuft hier. Okay, also so zur Eröffnung wär
3 ganz gut, wenn du halt nochmal allgemein kurz beschreibst, es muss
4 jetzt auch nur oberflächlich sein, einfach nochmal deine Tätigkeit
5 die Stelle hier ganz grob anschneiden.

6 00:00:13

7 B1: Okay. Also mein Name, soll ich meinen Namen?, ist (SA R). Ich
8 bin jetzt im sechsten Jahr bei (Einrichtung a) von Anfang an im
9 (Abteilung b). Das ist die Abteilung, sage ich immer für substi-
10 tuierte Menschen, also Menschen, die in diesem Drogen Ersatz Pro-
11 gramm sind. Und meine Tätigkeit hier ist ausschließlich beratende
12 Tätigkeit mit einer kleinen aufsuchenden Arbeit, die ich in einer
13 Arztpraxis mache, die auch substituieren. Da mache ich eine Au-
14 ßensprechstunde einmal in der Woche. Aber sonst ist diese Beratung
15 also es ist rein beratend. Genau.

16 00:00:50

17 I1: Okay.

18 00:00:50
19 B1: Vorher habe ich noch Streetwork gemacht, aber das mache ich
20 nicht mehr.

21 00:00:53
22 I1: Okay, dann würde ich so ein bisschen tiefer reingehen. Und
23 meine erste Frage wäre jetzt so das Klientel, ob du da mal grob
24 einen Überblick geben kannst? So was für Leute kommen zu dir.
25 Alter, Berufsgruppe, Abhängigkeitsstatus, einfach so wie es dir
26 jetzt einfällt, was du sagen würdest, was ist der Durchschnitts-
27 mensch so in deiner Beratung.

28 00:01:11
29 B1: Also erst mal grundsätzlich, also gibt es tatsächlich, also
30 es gibt nichts, was es nicht gibt. Äh aber natürlich, die (Ein-
31 richtung a) zieht natürlich ein bestimmtes Klientel an. Das heißt
32 äh die Leute, die zu mir kommen sind auf alle Fälle substituiert
33 oder ähm haben Interesse in Substitution zu kommen. Und ähm Durch-
34 schnittsalter würde ich jetzt mal sagen, ist so Mitte 30 bis Mitte
35 40. Das ist so Durchschnittsalter. Ähm es kommen mehr Männer, aber
36 auch weil die (Einrichtung a), ähm also es gibt ja noch eine
37 andere Beratungsstellen Stelle nur für Frauen. Also es gibt ein-
38 fach auch mehr drogenabhängige äh Männer oder die sind sichtbarer
39 als die Frauen. Ähm das spiegelt sich natürlich bei uns in der
40 Beratung auch wieder. Ähm.

41 00:02:02
42 I1: Kannst du so zur Nationalität noch was sagen?

43 00:02:05
44 B1: Hm. Zur Nationalität? Das ist, also es kommen schon sehr
45 viele, also Deutsche. Ähm es ist immer ein bisschen schwierig zu
46 sagen, weil wir haben natürlich das Angebot hier jetzt auch im
47 (Abteilung b) durch die durch die (SA A) die Russisch spricht,
48 können wir natürlich auch viele russischsprachige Menschen auf-
49 nehmen. Wir haben drüben in der Beratungsstelle ja auch ähm eine
50 Kolleginnen und Kollegen, die Farsi sprechen. Deswegen kommen na-
51 türlich auch Menschen, die Farsi sprechen, ähm also die tauchen
52 in der Beratung auch auf. Ähm ja, also aber hauptsächlich würde
53 ich schon sagen, dass es also Deutschsprachige. Das ist immer so

54 ein bisschen schwierig Nationalität, da tu ich mir immer persön-
55 lich ein bisschen schwer. Genau. Aber es ist immer so, je nachdem,
56 für wen man auch ein Angebot schafft, da tauchen die plötzlich
57 auf. Also die sind immer schon da und ähm sind halt haben noch
58 keinen Zugang gefunden, weil halt vielleicht jetzt nicht die be-
59 stimmte Sprache angeboten wird. Aber

60 00:03:05

61 I1: Aber tendenziell schon bunt gemischt.

62 00:03:06

63 B1: Bunt gemischt, ja. Auf alle Fälle.

64 00:03:10

65 I1: Okay zu Berufsgruppen kannst du da grob, ich weiß nicht, wie
66 tief du da jetzt drinnen bist bei deinen Klienten, aber so klas-
67 sische so, was hast du häufig.

68 00:03:17

69 B1: Ja, also klassisch ist tatsächlich ähm im ALG II Bezug. Das
70 ist schon hauptsächlich, manche sind schon auch in Arbeit, dann
71 sind die eher so ähm oder viele sind so, machen so Schichtarbeit,
72 was ich ziemlich crazy finde, weil ähm die müssen das natürlich
73 auch mit der Substitution vereinen, das ist natürlich immer
74 schwierig. Ähm aber viele sind im ALG II Bezug. Ja

75 00:03:44

76 I1: Ja okay. Ähm dann so bisschen zu diesem Beratungs-/ Hilfe-
77 Prozess und -Aspekt. Ähm jetzt so allgemein beleuchtet, was für
78 Veränderungen kannst du wirklich durch die Substitution feststel-
79 len? Also was verändert sich für die Menschen? Vielleicht dieses
80 vorher, wie kommen die Menschen zu dir? Und welche wie sind so
81 die Veränderungsprozesse, die du einfach im Verlauf ähm feststel-
82 len kannst?

83 00:04:02

84 B1: Okay. Also es ist natürlich auch sehr unterschiedlich, ähm
85 aber wenn man jetzt mal von jemanden ausgeht, der noch nie in

86 Substitution war, weil oft sind die Leute einfach auch schon öf-
87 ters in Substitution gewesen. Aber kommt jemand zu mir war noch
88 nie in Substitution, geht es den meisten sehr sehr schlecht. Also
89 ist in einem sehr desolaten Zustand, in so einem sehr ähm schlech-
90 ten gesundheitlichen Zustand, auch also einen psychosozialen,
91 schlechten psychosozialen Zustand. Und durch die ähm Substitution,
92 beobachte ich schon eine gesundheitliche Stabilisierung ähm und
93 dann auch, also mit der Zeit dann auch eine psychische Stabili-
94 sierung, was natürlich immer ähm eine große ähm eine große Schwier-
95 rigkeit darstellt. Ist es wirklich so wie wie verändere ich meine
96 Rahmenbedingungen? Also finde ich zum Beispiel eine Wohnung? Das
97 ist mein ganzes Thema. Ähm das ist bei ganz ganz vielen Themen,
98 die halt in einer Obdachlosenpension wohnen und dann eine Wohnung
99 finden wollen, wenn es ihnen dann auch besser geht, wenn sie die
100 Zustände mehr wahrnehmen. Und das stört sie natürlich auch, das
101 ist natürlich dann immer schwierig, da eine schnelle Veränderung
102 herzustellen, weil wir wissen alle wie der Wohnungsmarkt aussieht
103 ähm oder auch zum Beispiel sowas wie Arbeit finden. Das ist oft
104 auch einfach schwierig, weil man ja erst mal in Substitution ähm
105 jeden Tag hingehen muss und dann ist es schwierig, dann eine
106 Arbeit zu finden. Ähm man hat schon auch am Anfang vielleicht auch
107 noch mal mit Rückfällen oder auch mit Beikonsum ähm zu kämpfen.
108 Ähm das ist immer schwierig. Aber ich stell auf alle Fälle stelle
109 ich fest, dass eine gesundheitliche Stabilisierung erstmal da ist
110 und Menschen sich wieder mehr wahrnehmen, vielleicht dann auch
111 ähm Sachen angehen, die sie vorher nicht angegangen sind, was auch
112 Gesundheit angeht.

113 00:05:54

114 I1: Hmh. Kannst du da so diesen sozialen, vielleicht auch den
115 gesundheitlichen Aspekt noch ein bisschen mehr konkretisieren.
116 Also ähm was ist daran stabiler dann?

117 00:06:02

118 B1: Also erst mal ist natürlich das Auftreten, ähm naja gut das
119 klingt blöd. Also die sind halt, wenn sie hierher kommen und keine
120 Substitution haben, sind die intoxikiert. Das heißt die konsumie-
121 ren regelmäßig , ähm viel auch und ähm sind einfach in einem nicht
122 so ähm klaren Zustand. Und das wird durch die Substitution geän-
123 dert. Also das heißt, man hat erst mal wieder man hat wieder den
124 Zugang zu den Menschen. Also die sind da, die sind nicht betäubt,

125 ähm man kann mit denen sprechen. Ähm und ja, denen geht es erst
126 mal, ja also was zum Beispiel auch was immer Thema ist was ähm
127 durch den Konsum zum Beispiel intravenösen Konsum haben viele zum
128 Beispiel auch so Abszesse, ähm dadurch dass sie dann keinen in-
129 travenösen ähm Konsum mehr haben, können sie sich um ihre Wunden
130 kümmern, Wunden können abheilen. Ähm das meine ich so mit da der
131 Zustand verändert sich. Also viele zum Beispiel gehen dann auch
132 ähm die diese die Hepatitis C Behandlung an, wenn die stabil in
133 Substitution sind. Also es dauert natürlich immer ein bisschen,
134 ähm, das merkt man ja nicht immer gleich, dass man Hep C hat, aber
135 die Behandlung gehen sie zum Beispiel an, oder dass dann Leute
136 sagen, plötzlich ist ihnen wieder das Äußere auch wichtiger wich-
137 tiger als vorher. Und viele machen lassen sich zum Beispiel die
138 Zähne machen. Sowas. Genau. Ja.

139 00:07:34

140 I1: Hmh. Ähm dann kommen wir jetzt mehr so zu dir. Ähm also wie
141 würdest du sagen, trägst du dann an der Stelle bei? Was ist so
142 deine Funktion des Ganzen, also vielleicht wirklich auch anhand
143 von ein paar Beispielen. Was machst du daran?

144 00:07:46

145 B1: Was mach ich da daran? Hmh, das ist immer eine gute Frage.
146 Also, hmm in erster Linie gebe ich natürlich erst einmal Informa-
147 tionen. Ganz wichtig, wo können sie sich hinwenden? Was, was ich
148 immer sehr sehr wichtig finde, ist denen ein realistisches Bild
149 der Substitution, auch der Substitutionslandschaft hier auch ähm
150 ähm darzulegen und zu erklären, wie das aussieht. Nicht dass die
151 irgendwie überrascht sind, wenn sie dann in Substitution sind,
152 weil natürlich Substitution nichts Niedrigschwelliges ist. Das
153 ist ähm schon sehr hochschwellig, auch ein hochschwelliges Ange-
154 bot. Ähm ja und dann bin ich halt Ansprechpartnerin eigentlich
155 für alles. Also das ist halt immer diese psychosoziale Beratung
156 die wir hier machen, ist nicht klar abgesteckt und ähm ist wie so
157 eine Blackbox, sage ich immer und die kann man halt individuell
158 füllen und ich bin in erster Linie Ansprechpartnerin, ähm, erst
159 mal meistens wenn es wenn es um so organisatorische Dinge geht,
160 also ich behalt schon auch manchmal den Überblick für Leute erst-
161 mal mit. Also ich versuche natürlich immer die Verantwortung dann
162 auch wieder abzugeben, weil es natürlich wichtig dass sie auch
163 ähm alleine und selbstbestimmt ihr Leben leben können. Ähm. Ja.

164 00:09:04
165 I1: Also das war jetzt mehr so diese Lebensführung, alles Organi-
166 satorische. Kannst du noch so zum psychosozialen Aspekt ein biss-
167 chen was dazu sagen?

168 00:09:14
169 B1 Naja ich bin halt auch da, also ich biete den Leuten halt
170 einfach einen Schutzraum um auch zum Beispiel über ihren Konsum
171 zu sprechen, was natürlich sehr sehr wichtig ist, wenn man anfan-
172 gen möchte, den Konsum zu reflektieren, muss man ehrlich auch über
173 den Konsum sprechen können. Das heißt, den Raum biete ich denen,
174 ähm ich gehe da nicht bewertend dran. Also wir haben ja auch
175 diesen akzeptierenden Ansatz, ähm was finde ich ein Riesenvorteil
176 ist auch mit den Menschen auf Augenhöhe ähm zu zu zu sprechen.
177 Und ähm ich biete den Menschen an bei mir in dem Schutzraum ähm
178 ihren Konsum zu reflektieren und gegebenenfalls auch ähm den Kon-
179 sum zu verändern. Das ist natürlich auch meine große Aufgabe, weil
180 dafür bin ich ja da.

181 00:09:58
182 I1: Das war jetzt ein ganz schöner Übergang zu meinem nächsten
183 Punkt. Also ich habe dieses Thema mit der akzeptierten Drogenhilfe
184 eben, deswegen hast du da jetzt einen perfekten Übergang geschaf-
185 fen. Ähm und was mich daran interessiert, wie ist so dein Men-
186 schenbild und deine Haltung gegenüber dem Klienten ist. Es ist
187 vielleicht ein bisschen schwer zu beschreiben, aber es ist einfach
188 so mit deinen Worten zu sagen. Also wie ist setzt du so die
189 akzeptierende Drogenhilfe um?

190 00:10:18
191 B1: Also ganz wichtig ist mir ähm, dass Menschen selbstbestimmt
192 Entscheidungen treffen können mmh und sind immer diese Expertinnen
193 sie sind Expertinnen ihres Lebens. Ja, das sind sie und das sehe
194 ich auch so. Also ich biete Optionen, ähm erkläre vielleicht auch
195 Wege wie sie dahin kommen können, sie müssen es aber umsetzen und
196 ähm wenn da halt gerade im Moment die Entscheidung ist zum Beispiel
197 zu konsumieren, ist das für mich auch erst mal okay, hm und ich
198 habe in der Arbeit so mit dem Ansatz auch erfahren, dass ähm das
199 ist einfach ein viel leichter Zugang ist und da auch ganz ganz
200 ehrliche aufrichtige Gespräche entstehen können, weil das darf

201 man nicht vergessen, also Menschen in, die halt konsumieren, die,
202 ja, können oft nicht ganz aufrichtig sein, weil es einfach ähm
203 tabuisiert ist oder auch kriminalisiert wird. Und ähm, was war
204 denn jetzt nochmal die Frage? Entschuldigung

205 00:11:26

206 I1: Ja einfach wie du den akzeptierenden Ansatz, akzeptierende
207 Drogenhilfe

208 00:11:31

209 B1: Genau, ähm und das finde ich halt irgendwie sehr sehr wertvoll,
210 ähm dass ich nicht schon da sitzen muss und sagen muss, also wenn
211 du mit mir sprechen willst, dann ähm musst du auf alle Fälle
212 sagen, ähm du willst aufhören mit den Drogen. Weil für viele
213 Menschen ist es kein ist es einfach kein Ziel oder kann es kein
214 Ziel mehr sein einfach und da finde ich, kann man doch auch darüber
215 sprechen, ähm wie kann ich zum Beispiel meine Substitution so ähm
216 stabilisieren oder auch ähm ja zu welchem Arzt könnte ich zum
217 Beispiel wechseln, dass ich wieder ähm einfach ein selbstbestimm-
218 teres Leben bekomme? So, und ich finde schon manchmal, dass also
219 der Ansatz hier zum Beispiel und das Suchthilfesystem nicht so
220 ganz ineinandergreifen. Weil viele äh äh Dinge also zum Beispiel
221 wie auch zum Beispiel Therapie oder wenn man in betreutes Wohnen
222 will oder irgendwelche Mutter Kind ähm Heime oder sowas, dann muss
223 immer da ein bestimmter so ein Abstinenzgedanke da sein. Und wenn
224 der halt nicht da ist dann weiß man nicht wo man in den Leuten
225 hin soll. Aber selbstbestimmte selbstbestimmtes Leben und auch
226 eigene Entscheidungen treffen zu können, das ist ähm finde ich
227 ganz ganz wichtig und es müssen Menschen aber auch wieder lernen,
228 weil das oft einfach, denen einfach gar nicht gestattet wird.
229 Deswegen müssen es Leute natürlich auch lernen, dass sie Entschei-
230 dungen treffen

231 00:13:01

232 I1: Genau da trägt ja dann auch diese Haltung in der psychosozialen
233 Beratung dazu bei, ne?

234 00:13:04

235 B1: Genau genau.

236 00:13:06
237 I1: Dieses Menschenbild, würdest du sagen, das ist etwas, was du
238 von Anfang an hattest? Hat sich das entwickelt?

239 00:13:12
240 B1: Mhm, das hat sich entwickelt. Mhh weil ich hatte vorher mit
241 der Suchthilfe noch gar nichts zu tun, ich hatte auch nicht viel
242 mit Sucht zu tun und natürlich ist immer so in diesen in den
243 Köpfen der Menschen, naja, Menschen können nur gute Leben führen,
244 wenn sie halt nicht konsumieren. Und das sehe ich halt dass das
245 nicht so sein muss. Ähm und das hat sich das hat sich entwickelt
246 durch ähm die Erfahrungen die ich halt hier gemacht habe. Also
247 und auch so dieses man kann nicht alle retten, was bedeutet über-
248 haupt dieses Retten? das da kann man dann natürlich nochmal drüber
249 diskutieren, aber das ist natürlich eine Entwicklung, die man also
250 nicht nur in der Suchthilfe, sondern allgemein in der Sozialen
251 Arbeit ähm einfach auch macht.

252 00:13:52
253 I1: Genau ja.

254 00:13:54
255 B1: Genau. Ja, es hat sich entwickelt.

256 00:13:55
257 I1: Ähm gibt es dann aber teilweise auch Grenzen wo du sagst jetzt
258 musst du ähm eine Grenze zwischen professioneller und persönlicher
259 Haltung ziehen? Also unterscheidet sich da manchmal dein profes-
260 sionelles Menschenbild von deinem persönlichen Menschenbild oder
261 von deiner Weltsicht. Oder sagst du so, du bist das deine deine
262 Beratungs-Persönlichkeit.

263 00:14:13
264 B1: Hmm, das ist eine interessante Frage. Das unterscheidet sich
265 tats, also es unterscheidet sich. Also, ähm ja manche Menschen,
266 die vielleicht die jetzt hier in die Beratung kommen, mit denen
267 würde ich privat die würde ich privat ablehnen. Tatsächlich. Also
268 es gibt viele ähm zum Beispiel auch rassistische Äußerungen oder
269 auch rassistische Einstellungen. Ähm mit Menschen, die sich zum

270 Beispiel so äußern oder sowas würde ich privat nicht nichts zu
271 tun haben und da unterscheidet sich natürlich mein professionelles
272 ähm Ich und mein privates Ich ähm voneinander. Das ist auch eine
273 große Herausforderung. Ähm, ja. Und was halt Grenzen sind, natür-
274 lich sind immer Grenzen da also auch gerade wenn wir bin ich das
275 habe ich ja vorhin auch schon angesprochen mit dieser akzeptie-
276 renden Haltung stößt man oft an Grenzen, weil das Suchthilfe Sys-
277 tem an sich nicht so ausgelegt ist. Also es ist halt eher also
278 selbst wenn man die Substitution anschaut schau dir die Substitu-
279 tionärzTInnen an, du gehst dahin zu einer medizinischen Behand-
280 lung, kriegst ein Medikament und wenn du halt ähm zum Beispiel
281 Beikonsum hast oder sowas wird dir das Medikament halt entzogen.
282 In welcher medizinischen Behandlung hat man das? Äh und da komme
283 ich halt mit meiner akzeptierenden Haltung leider nicht so nicht
284 so weit. Weil viele andere, die in diesem System halt auch zu tun
285 haben, diese Haltung einfach nicht haben und auch nicht transpor-
286 tieren. Ja.

287 00:15:43

288 I1: Also du hast jetzt auch schon Herausforderungen angesprochen.
289 Das wäre mein nächster Punkt gewesen. Also kannst du noch mehr
290 Herausforderungen sagen. Siehst du das akzeptieren manchmal hin-
291 derlich sein kann oder ja Steine in den Weg legen kann?

292 00:15:56

293 B1: Ja, es ist. Das ist eigentlich bei fast allen, ja also bei
294 vielen Dingen, wie zum Beispiel auch Therapie, wenn du äh Therapie
295 machen willst, musst du erst mal eine Einrichtung finden, die äh
296 Substitution gestützt arbeitet. Viele Therapieeinrichtungen ar-
297 beiten nicht mit durchgehender Substitution, sondern das Ziel ist
298 da auch eine Abdosierung der Substitution, wo ich mir dann denk,
299 warum ist das so? also ähm wieso können denn Menschen, die Jahre
300 jahrelang schon substituiert sind nicht einfach ihre medizinische
301 Behandlung ähm behalten? Und es gibt ja noch andere Dinge, die
302 sie bearbeiten müssten. Also das ist zum Beispiel ein ganz großer,
303 also ja, wenn ich da mal anfangen, Rentenversicherungen die ähm
304 nicht ähm die eine Rentenversicherung genehmigt substitutionge-
305 stützte Therapie, die andere halt nicht und man weiß nicht warum.
306 Also es gibt überhaupt gar keine Begründung dafür, warum sie das
307 tun. Ähm ja, solche Sachen halt. Schon alleine ähm in welchen
308 Lebenslagen kannst du denn offen damit umgehen, dass du Konsum

309 hast oder nicht Konsum hast, sondern dass du zum Beispiel auch in
310 in Substitution bist? Also welcher Arbeitgeber welche Arbeitgebe-
311 rin versteht es, dass du sagst ähm ,,ich muss jeden Tag pünktlich
312 bei meinem Substitutionsarzt sein, sonst kriege ich halt ein Me-
313 dikament nicht" also mh mh und meistens ist es halt morgens ir-
314 gendwie von 8 bis 9 die die Hauptvergabe-Zeiten. Ähm kannst ja
315 nicht immer verschwinden, also und aber viele sprechen es halt
316 einfach nicht an, was ich auch verstehen kann, weil natürlich eine
317 große Stigmatisierung da ist. Ähm

318 00:17:28

319 I1: Es ist halt immer so dieser juristische Hintergrund auch ein
320 Stück weit, das ist halt

321 00:17:30

322 B1: Ja! Viele die viele die natürlich ähm, also meinen man kann
323 natürlich der Polizei nicht erklären ähm, das mache ich selbstbe-
324 stimmt und was weiß ich was, also du kriegst halt auch Strafen
325 dafür das was für das was du tust. Viele haben Hafterfahrung, ähm
326 haben irgendwelche Bewährungen am Laufen. Ja.

327 00:17:50

328 I1: Es ist halt schwer, eine gewisse akzeptierende

329 00:17:52

330 B1: Da kannst du

331 00:17:53

332 I1: Halt eine gewisse Haft einfach

333 00:17:55

334 B1: Genau. Also, das kann, genau das ist sehr sehr schwierig. Ja,
335 und viele wollen halt einfach nicht dieses, viele wollen halt
336 nicht den Ansatz, sondern für die ist halt der Ansatz weg von den
337 Drogen das A und O und nur das ist auch Erfolg. Also das ist ja
338 auch ein ganz schwieriges ähm Thema, finde ich, was es hier in
339 der Drogenhilfe Erfolg, was ist erfolgreich?

340 00:18:19
341 I1: Meinst du jetzt so den Rest der Gesellschaft?

342 00:18:19
343 B1: Ja, genau. Also weil viele halt nur den Erfolg darin sehen,
344 wegzukommen von den Drogen. Und das würde ich halt also nicht so
345 sagen, dass das immer nur Erfolg sein kann.

346 00:18:30
347 I1: Also würdest du sagen dass akzeptierende Drogenhilfe allgemein
348 in der Gesellschaft einfach wenig Anklang findet.

349 00:18:35
350 B1: Ja, würde ich so sagen.

351 00:18:39
352 I1: Okay ja, hmh. Ähm, ja dann jetzt so zum Schluss oder so zur
353 Zusammenfassung ähm, zu meiner Forschungsfrage letztendlich, ähm
354 doppelt sich jetzt vielleicht auch noch mal ein bisschen und darf
355 es auch gerne, ähm funktioniert deiner Meinung nach Substitution
356 im Sinne der akzeptierenden Drogenhilfe? Also das so zu meiner
357 Forschungsfrage. Und ähm ja, wäre schön wenn du nochmal so ein
358 bisschen beleuchten könntest, inwiefern Substitution zu akzeptie-
359 render Drogenhilfe dazugehört und was eben der akzeptierende Cha-
360 rakter darin ist?

361 00:19:08
362 B1: Also hmmm, Substitution und akzeptierende Drogenarbeit gibt
363 es kaum zusammen, weil die Vorgaben der Substitution, die ist
364 gerade noch da sind oder ja doch keine das ist kein akzeptierender
365 Ansatz. Also ähm wer in Substitution ist, darf keinen Beikonsum
366 haben. Das ist ganz klar oder wenn Beikonsum da ist, dann ähm
367 drohend droht drohen Konsequenzen dafür ähm und das ist für mich
368 kein akzeptierende Ansatz. Es sind zwei unterschiedliche unter-
369 schiedliche Ansätze, würde ich jetzt mal sagen. Also die kommen
370 nur schwierig zusammen, hmm was natürlich ääh für Konzepte
371 spricht, die jetzt auch gerade im Entwickeln sind, so was wie
372 niedrigschwellige Substitution, das würde zum Beispiel eher zu
373 dem Ansatz passen, also dass man Menschen halt wieder ähm

374 Eigenverantwortung gibt, auch in Substitution, auch in dieser me-
375 dizinischen ähm Behandlung, und vielleicht auch diese Spielräume,
376 die man hat, auch gesetzlich gesehen einfach mehr ausnutzt. Weil
377 das sehe ich gerade sehe ich gerade einfach wenig in der Substi-
378 tution. Also eigentlich passt es gerade nicht zusammen.

379 00:20:39

380 I1: Ja, einfach weil so viele Auflagen halt

381 00:20:41

382 B1: Ganz viele oder halt ähm die die die Substitution anbieten,
383 also die die niedergelassenen ÄrztInnen oder so was, die müssen
384 halt bestimmte Regeln befolgen, sonst droht halt für die natürlich
385 auch wieder eine Bestrafung ähm und oder sie können die Substitu-
386 tion an sich so wie sie sie anbieten nicht mehr an nicht anbieten,
387 weil die müssen die ja auch irgendwie reinquetschen in ihr ähm in
388 ihr in Anführungsstrichen normale Praxisalltag. Ne? genau. Ja.

389 00:21:13

390 I1: Das heißt du sagst, akzeptierende Drogenhilfe und Substitution
391 im Sinne der akzeptierende Drogenhilfe könnte funktionieren. Wenn
392 einfach gewisse Hürden abgebaut werden würde und und der Staat.

393 00:21:23

394 B1: Das muss viel viel niedrigschwelliger werden. Also schon al-
395 lein wenn man sich mal den Zugang anschaut zur Substitution. Es
396 kann niemand ähm anrufen und sagen „Hallo, ich möchte substitu-
397 iert werden" und dann sagst du ja klar, sondern dann sagst du „Hm
398 okay, schwierig. Wenn das jetzt heute sein muss, hast du halt Pech
399 gehabt. Dann ähm musst du vielleicht noch so zwei Monate warten,
400 dann hast du vielleicht einen Arzt gefunden. Dann musst du aber
401 erst vorher auf Entgiftung gehen, und so weiter und so fort, dann
402 wirst du rausgeschmissen, weil du halt Beikonsum hast" Ähm es ist
403 alles irgendwie äh schwierig. Vom also und Substitution müsste
404 anders gestaltet werden um das akzeptierender zu gestalten. Gerade
405 ist das kein akzeptierender Ansatz.

406 00:22:07

407 I1: Okay, hmh.

408 00:22:07

409 B1: Kann ich keinen erkennen.

410 00:22:09

411 I1: Genau. Also du hast jetzt so die Punkte genannt, wo sich das
412 so ein bisschen widerspricht. Ähm und hast im Grunde auch schon
413 angeschnitten, so was wäre für dich einfach die Punkte wo du sagst
414 das das würdest du verbessern, weil du hast jetzt das Nied-
415 rigschwellige schon angesprochen, vielleicht kannst du es nochmal
416 konkretisieren so an dem und dem und dem Punkt ist für dich einfach
417 noch Potenzial da in der Substitution. Das müsste einfach verbes-
418 sert werden jetzt noch über das hinaus, was du beschreibst.

419 00:22:32

420 B1: Also ein ganz großer Punkt ist natürlich der Zugang, das muss
421 auf alle Fälle verbessert werden. Leute, die in Substitution wol-
422 len, müssen auch ähm schnell in so eine Behandlung kommen. Und
423 schnell bedeutet für mich ähm noch in der Woche wo sie es anfragen.
424 Dann muss möglich sein, dass ähm Menschen die in Substitution sind
425 die Medikamente wählen dürfen, die sie auch vertragen. Ähm Men-
426 schen die in Substitution sind, ähm sollen nicht bestraft werden.
427 Das finde ich irgendwie ein ganz komisches Konzept, sondern es
428 müssen müssen Angebote geschaffen werden, die nicht an die an den
429 Bedürfnissen vom Klientel vorbeigeht. Also das läuft ja jetzt
430 schon jahrelang, jahrzehntelang ähm ja hast du Beikonsum, gehst
431 auf Entgiftung, kommst du wieder, hat sich nichts verändert an
432 deiner Situation. Überraschenderweise hast du wieder Beikonsum.
433 Ähm man müsste den Menschen mehr Eigenverantwortung geben, auch
434 in dem Bezug auf ähm, sie bekommen ein Substitut und haben Bei-
435 konsum und können das auch selbstbestimmt wählen, dass sie das
436 haben. Weil es wird sowieso schon, also die haben es sowieso schon
437 Beikonsum ähm und es bedeutet ja nicht ähm alle Menschen, die
438 Beikonsum haben und substituiert sind, sterben gleich an ihrem
439 Beikonsum, weil sonst würden alle sterben. Also die meisten würden
440 sterben weil es gibt immer es ist ja Beikonsum ist halt einfach
441 da. Ähm man muss den Leuten natürlich eine Aufklärung, also man
442 muss die informieren darüber, dass es gefährlich werden kann, aber
443 den Leuten muss es frei ähm stehen auch Entscheidungen zu treffen.
444 Dann ähm müssen Menschen auch selber entscheiden dürfen, wie lang
445 sie in Substitution sind. Weil das erlebe ich ganz oft, dass halt
446 ähm den Leuten herangetragen wird immer mal, ja wie sieht es denn

447 jetzt eigentlich aus, bist ja schon lange Substitution, willst du
448 nicht mal irgendwie raus und bla und hin und her und ich das nicht
449 verstehen kann, warum man Menschen eine medizinische Behandlung
450 ausspricht abspricht, sagt man. Ähm und wenn halt Leute sagen
451 „nee, ich bin jetzt schon so lange in Substitution, ich kann mir
452 nicht vorstellen, dass ich jemals wieder rausgehe“ ähm muss es
453 möglich sein, die Substitutionsbehandlung ins Leben zu integrie-
454 ren. Und das ist ein ganz großer Punkt. So dass sie halt nicht
455 jeden Tag zur Substitutionsstelle rennen müssen und bestraft wer-
456 den, wenn sie mal ein bisschen zu spät kommen oder wenn sie sagen
457 „Mensch, heute möchte ich mal ausschlafen, ich will nicht um acht
458 irgendwo parat stehen“ Das steht uns ja auch zu. Oder mal krank
459 sein oder mal in Urlaub fahren, ohne dass die großen ähm Stress
460 vorher haben. Ja eine Integration ins Leben, das finde ich ganz
461 schön. Fänd ich ganz schön.

462 00:25:22

463 I1: Einfach so ein Stück weit Normalität, kann man ja eigentlich
464 sagen. Bei jeder nicht substituierte Mensch kann ja auch einfach
465 in Urlaub fahren. Ne?

466 00:25:28

467 B1: Ja! Ja! Genau. Man kann auch mal sagen „Mensch, heut schlaf
468 ich aus“ oder was auch immer. Bei denen aber nicht möglich.

469 00:25:35

470 I1: Ja, also super spannend auf jeden Fall, dass du das eben so
471 darüber hinaus noch mit ansprichst. In der Literatur findest du
472 halt so ja Substitution, läuft so und so ab, die und die Erfolge
473 werden dir davon versprochen und dabei halt über solche Punkte
474 redet ja kein Mensch. Deswegen find ich das voll cool jetzt, dass
475 du das jetzt auch so mit angesprochen hast, weil ich werde es
476 definitiv mit aufgreifen, einfach wo diese Potenziale noch mit da
477 sind, um so dieses Innovative so ein bisschen einfach mal aufzu-
478 greifen.

479 00:25:56

480 B1: Und es läuft tatsächlich gerade ähm, laufen Gespräche äh ähm
481 dahingehend, dass irgendwie niedrighschwellige Substitution viel-
482 leicht in Nürnberg auch irgendwann mal ist, es dauert natürlich

483 immer noch ein bisschen, ähm stattfinden kann. Also das ist jetzt
484 kein nur kein Gedanke mehr, sondern es da sind schon es ist schon
485 in die Wege geleitet. Aber es dauert halt natürlich, weil das muss
486 natürlich irgendwie bezahlt werden, und muss zugestimmt werden
487 von der Politikseite und von der von den KV und so weiter und so
488 fort. Also irgendwann gibt es das bestimmt in Nürnberg und ähm da
489 bin ich ganz gespannt, wie das läuft. Und freue mich da auch
490 extrem drauf. Genau und ich glaube, ich verwechsel immer in Han-
491 nover, Hannover ist das glaube ich, kannst du noch mal gucken,
492 wenn so Literatur ähm, ob da gibt es bestimmt schon irgendwas,
493 die haben bestimmt schon irgendwas veröffentlicht zu nied-
494 rigschwelligem Substitution, weil die haben das nämlich schon.

495 00:26:53

496 I1: Hm ja. Okay. Ja sind da sind da neue Einrichtung geplant oder
497 wenigstens also haben die da dann eine konkrete Umsetzung schon?

498 00:27:01

499 B1: Hm. Also die in Hannover?

500 00:27:03

501 I1: Nee, hier in Nürnberg.

502 00:27:05

503 B1: Nee nene, geplant ist es noch gar nicht, es ist natürlich im
504 Gespräch und es gibt natürlich schon Vorstellungen von Konzepten,
505 die sind aber alle noch nicht so super öffentlich und. Da muss
506 man erst mal ganz ganz viele Hürden aus dem Weg schaffen.

507 00:27:17

508 I1: Ne dann schau ich mal, ob ich da irgendwas find. Einfach mal
509 um einen anderen Punkt zu beleuchten.

510 00:27:23

511 B1: Weil da ist nämlich genau der Ansatz.

512 00:27:25
513 I1: Ja, genau. Gibt es dann an der Stelle noch irgendwas, wo du
514 jetzt sagst, das ist deiner Meinung nach noch offen, das würdest
515 du noch an der Stelle anfügen?

516 00:27:33
517 B1: Nö, ich glaube nicht, ich glaub ich habe schon ziemlich viel
518 angerissen, also wie ich meine, klar im Nachhinein wenn da noch
519 irgendwie beim Bearbeiten irgendwelche Fragen sind dann kommst du
520 einfach auf mich zu. Genau.

521 00:27:43
522 I1: Dann schreib ich dir nochmal. Okay. Ja, dann herzlichen Dank.

523 00:27:45
524 B1: Bitteschön!

ANHANG 5: TRANSKRIPT INTERVIEW KLIENT MARKIERT

Die Beteiligten waren der Interviewpartner (B2), ein männlicher Klienten der Drogenhilfe, die Interviewerin (I1) und eine am Gespräch unbeteiligte Person (P3) die zwischendurch das Gespräch unterbrach. Das Interview fand am Mittwoch, den 06.04.2022 in einer Drogenberatungsstelle in Nürnberg statt. Es dauerte 2 Stunden 8 Minuten und 36 Sekunden.

Vor dem Interview wurden einige Vorbereitungen getroffen. Als erstes wurden die eigene Person und das Forschungsprojekt vorgestellt. Dann wurde der Interviewpartner über die Aufzeichnung des Gespräches informiert und seine Einwilligung schriftlich festgehalten. Dabei mit inbegriffen war die Garantie auf Anonymität. Außerdem erfolgte beim Klienten die Nachfrage, ob die „Du“-Form oder die „Sie“-Form bevorzugt werden würde, wobei er sich für das „Du“ entschied. Der Interviewpartner wurden darauf hingewiesen, dass seine persönliche Meinung und freies Erzählen gefragt sind. Die Fragen im Interview wurden an die Sprache des Gesprächspartners angepasst. Sie wurden sinngemäß aus dem Leitfaden entnommen und in Alltagssprache formuliert. Im Verlauf des Interviews wurde besonders viel Wert daraufgelegt, das Gespräch lediglich immer wieder durch Zuhörersignale zu bestätigen und das Erzählen nicht zu unterbrechen. Dies führte dazu, dass der Klient sehr lange Passagen ausführlich monologisch halten konnte, aber auch, dass von dem eigentlichen Kern der Frage weggeführt wurde und jene weniger zielgerichtet beantwortet, weshalb beim Klienten einige spontane Anpassungen vorgenommen werden mussten. Demnach weicht der Interviewverlauf vom Leitfaden etwas ab.

1 00:00:05
2 I1: Das läuft. Genau also so zum Einstieg wäre gut, wenn du erst
3 mal so dich kurz vorstellen könntest, deine Person an sich und
4 vielleicht ganz kurz sagen, was in der Substitution gerade so bei
5 dir Stand der Dinge ist.
6 00:00:17
7 B2: Ja, also, mein Name ist (K) ich bin in der Substitution beim
8 (SuAr F) und (SuAr S) mit Unterbrechungen sage ich mal jetzt seit
9 2003 glaube ich. Aber wie gesagt, da kamen eben noch Phasen da-
10 zwischen, wo ich dann aufgehört habe und nun ja. Ja, ich ich bin
11 eigentlich jetzt, momentan mit der Situation zufrieden, muss ich
12 sagen.

13 00:01:01
14 I1: Welches Substitut bekommst du?

15 00:01:02
16 B2: Ich nehme jetzt Polamidon, also ich habe eigentlich alles
17 ausprobiert, von Subutex über Methadon und jetzt bin ich halt bei
18 Polamidon. Und das bekommt mir besser wie das Methadon, auf das
19 Methadon, hast du diese Schwitzen. Und was die also was ich jetzt
20 überhaupt nicht habe muss ich sagen.

21 00:01:25
22 I1: Okay. Ähm so viel mal zum Einstieg, willst du noch was hinzu-
23 fügen, oder?

24 00:01:30
25 B2: Ja ich bin 60 Jahre alt. Äh Ich habe halt ziemlich spät
26 angefangen Drogen zu nehmen. Sage ich mal, ich war schon 38. Ja.

27 00:01:48
28 I1: Hmh, Genau, also da wollte ich jetzt auch gleich dann noch
29 mal ausführlicher dazu kommen. Kannst du dann gleich quasi dran
30 anknüpfen? Ähm Ich würde als erstes gerne mal so die Situation
31 vor der Substitution quasi beleuchten. Ja, also wenn du da wirk-
32 lich mal ausführlich erzählen könntest, wo kommst du her, wie war
33 deine Lebenssituation hast gewohnt? Wie waren deine Freunde so
34 wirklich, wenn du so vor der Substitution, dein Konsum vor der
35 Substitution alles was dir einfällt.

36 00:02:13
37 B2: Also ich war zu dem Zeitpunkt als ich mit den Drogen angefangen
38 habe äh in einer Partnerschaft, und also ich habe mit einem Mann
39 zusammengelebt. Und habe gemerkt, dass mein Partner sich irgendwie
40 verändert hat, ne? Und bis er mit der Wahrheit herausrückte und
41 sagte er hat halt Heroin genommen und daraufhin habe ich gedacht
42 Okay, das willst du jetzt wissen? Wie verändert sich der Mensch?
43 Fühlt er jetzt anders? Denkt er jetzt anders? Was macht diese
44 Droge mit dir persönlich, was stellt die an? Und habe ihn gebeten,
45 mir auch was zu geben, er wollte es zwar nicht, aber ich habe
46 darauf bestanden. Ich sage was auch wenn du mir jetzt nichts
47 gibst, dann gehe ich alleine los und ich werde schon was finden.
48 Na, dann hat er mir doch was gegeben und so hat es angefangen.

49 00:03:32
50 I1: Wie war die berufliche Situation damals?

51 00:03:34

52 B2: Ich war. Ich bin Hotelfachmann, ne?. Ich habe zu dem Zeitpunkt
53 gearbeitet bei einer Firma (Firma), Ehm die haben äh uns vermie-
54 tet, quasi an große Events und an alles so was als Kellner. Und
55 ich war dann Gruppenleiter auch bei dieser Firma, und habe aber
56 als Haupt ähm Zeit, bei dem gearbeitet in Nürnberg. Also, da war
57 ich vorwiegend beschäftigt. Ja, und das ging ein paar Jahre gut,
58 wo es keiner mitgekriegt hat, und und also ich habe mich da immer
59 zusammengerissen und habe gedacht okay du darfst jetzt nie so viel
60 nehmen dass es andere Leute mitkriegem dass du durchhängst und
61 sie auf den (Schluss?) kommen der nimmt doch irgendwas, oder, das
62 wollte ich nicht. Wenn ich gemerkt habe, mir sind die Augen zuge-
63 fallen oder etwas dann habe ich mir mein Zeug gepackt und bin nach
64 Hause gegangen, damit es keiner sieht. Weil es kam ja doch vor,
65 dass es mal zu viel war, oder. Ja und das ging, wie gesagt, ein
66 paar Jährchen gut, bis dann von meinem Partner, wir haben uns
67 getrennt, die Beziehung ging auseinander, ich sag mal, das lag
68 daran, weil ich eben diese äh Wirkung von der Droge, zu dem Zeit-
69 punkt, noch gar nicht so richtig begriffen habe, was sie mit mir
70 gemacht hat oder mit uns gemacht hat, weil wenn man aufhört, weil
71 wir haben paar Mal versucht aufzuhören, ich wusste weder, was ähm
72 ein Entzug bedeutet oder oder wie sich das anfühlt, es ist mörde-
73 risch, und, da gab's eben Situationen, wo wir uns wirklich so
74 heftig gestritten haben und dann wirklich die Beziehung kaputt
75 war. Dann haben wir uns getrennt, er hat einen neuen Partner
76 gefunden und ist aber ständig oder regelmäßig zu mir gekommen,
77 weil eine gewisse Abhängigkeit untereinander oder sexuelle Abhän-
78 gigkeit, ich weiß nicht was es war die war gegeben, und das hat
79 aber der neue Partner von ihm mitbekommen, dass er eben zu mir
80 ständig kommt, ja, das war dann so, dass der bei meinem Chef
81 damals im (Firma)angerufen hat und hat gesagt, dass ich an der
82 Nadel häng. Daraufhin hat mein Chef ähm mich zu sich ins Büro
83 bestellt, und hat gesagt ,,äh, gib mir bitte mal deinen Geldbeu-
84 tel, dein Kellnergeldbeutel" weil da drinnen hatte ich immer meine
85 Notrationen, wenn ich jetzt mehrere Stunden äh, nicht nach Hause
86 kam oder sogar länger arbeiten musste, dass ich mir was machen
87 konnte, damit der Entzug halt nicht zum Vorschein tritt und hatte
88 in dem Kellnergeldbeutel meine Spritze und Heroin. Und das hat er
89 halt dann in dem Moment, als er angerufen hat ihm gesteckt dem
90 Chef und er wusste genau, wo er zu suchen hatte, hat eine Spritze
91 gefunden, hat mein Zeug gefunden und er hat gesagt ,,so pass auf,
92 ich möchte dich nicht verlieren, du bist ein guter Mann, ich
93 möchte dich behalten, was brauchst du um davon wegzukommen, was
94 muss ich tun?" Nun, dann habe ich ihm das so bestätigt wie es ist,

95 oder was ich jetzt vom Entzug her wusste. Das Einzige was eigent-
96 lich hilft, weil ich wusste noch nicht gibt es gab es (Einrichtung
97 a)oder oder oder (Abteilung b), das habe ich alles nicht gewusst
98 ich kannte mich da überhaupt nicht aus. Und habe ihm eben geschil-
99 dert ,, naja das einzige, was mir dann helfen kann oder helfen
100 könnte beim Entzug, wär, ihr müsst mich einschließen, ich darf
101 nicht raus und ein Alkohol vielleicht, dass er vorbeikommt und
102 mir einen Alkohol gibt, damit ich dann mal schlafen kann" sagt
103 dann ,,Okay, das machen wir, wie viele Tage dauert es?" Sage ich
104 ,,und ich denke mal fünf sechs davon werde ich schon brauchen"
105 Das haben Sie auch gemacht, sie haben mich, äh ich habe zu der
106 Zeit im (Hotel) Hotel gewohnt, am Bahnhof, und hatte da ein Zimmer
107 angemietet, die haben mich eingeschlossen, haben mir jeden Tag
108 was zu Essen und zu Trinken mitgebracht, aber ich habe es nicht
109 mehr ausgehalten vor lauter Schmerzen, ich habe halt, meinen Ex
110 sag ich mal angerufen und habe ihn gebeten vorbeizukommen und mir
111 was zu organisieren. So dadurch dass ich aber keinen Schlüsseln
112 und die Tür war zu, hat er halt äh das immer unten durchgeschoben.
113 So nach vielleicht vier Tagen ging mir das Geld aus, dachte ,,ja
114 oh Gott, was machst du, musst wieder arbeiten, damit du Geld
115 verdienst" habe, dann zu meinem Chef gesagt, als er wieder jeman-
116 den vorbei schickte und sich erkundigte, wie es mir geht und ob
117 ich was brauche und da habe ich gesagt ,,mir geht es gut, ich habe
118 den Entzug gemacht, ich muss wieder unter Leute, sonst dreh ich
119 durch" und ,,dass ich wieder raus kann" bin ins Geschäft gefahren,
120 also, er hat das gemacht am nächsten Tag, ich konnte wieder ar-
121 beiten, ich konnte wieder Geld verdienen, weil ich bin jeden Tag
122 ausgezahlt worden, und, ja, es ging auch eine Zeit lang gut

123 00:11:27

124 I1: Aber hast quasi dann nach diesem Entzug weiter konsumiert
125 wieder?

126 00:11:33

127 B2: Ja ja Ja. (Okay) Weil ich habe es nicht von Schmerzen her
128 nicht durchgehalten und es ging nicht. Und er war aber einer in
129 der Annahme, dass ich wirklich weg bin davon und irgendwie hat es
130 aber dann doch mitgekriegt. Die gleiche Prozedur noch einmal, er
131 wollte den Geldbeutel von mir sehen und naja dann war es wieder
132 so wie es, sagt er ,,so pass auf, das geht nicht, ich kann dich
133 nicht hier in diesem Zustand unter die Leute lassen. Wenn das
134 jemand erfährt, das hängt auch mit dem Geschäft zusammen, das kann
135 man nicht machen" Also war ich meinen Job los. Gut. Habe mir halt
136 wieder was anderes gesucht. Und habe dann im Tiergarten anfangen

137 können in der Waldschänke. Da habe ich dann da gearbeitet und es
138 war eigentlich, muss ich sagen äh, ein schönes Arbeiten, mir hat
139 es gefallen, ich habe sogar meinen mal für meinen Expartner eine
140 Arbeit gefunden, da, also er konnte da mit anfangen am Buffet,
141 hat als Buffettier gearbeitet, ja, und war eine schöne Zeit, muss
142 ich sagen, gutes Geld verdient auch, ja, und dann war es eben so,
143 dass diese neue Partner von ihm irgendwas im Schilde führte, also
144 also der wollte, dass ich wirklich vor die Hunde gehe, oder bank-
145 rott, was weiß ich. Also er wollte meine Existenz zerstören, ver-
146 nichten, und ich hatte ja ähm Dealer sage ich mal, der zu mir ins
147 Hotelzimmer kam und mir den Stoff dann brachte, den ich brauchte.
148 Und habe, dann durch den Dealer erfahren, dass es wohl Möglich-
149 keiten gibt, auch im Krankenhaus Entzug zu machen. Das hat mir
150 bis dahin noch keiner gesagt, oder, und da hab ich gedacht „okay,
151 was machst du jetzt?“ Ich habe eben Angst davor, dass das auch,
152 weil ich war noch nicht polizeilich bekannt oder hatte einen Ein-
153 trag oder sonst was, ich habe mich immer vorgesehen und habe mich
154 auch nicht an diesen Plätzen sag ich mal aufgehalten, wo die
155 Drogenszene sich abspielt, das habe ich gemieden. Und habe weiter
156 konsumiert, bis ich dann irgendwann total am Boden war. Es es ging
157 nicht mehr, sage ich mal, ich habe das selber erkannt, ich ruiniere
158 mich, ich hatte schon nichts mehr, was ich verkaufen konnte, oder.
159 Und dann habe ich gedacht, habe ich einen Bekannten angerufen,
160 der arbeitete bei der (Einrichtung F) und habe den angerufen, hab
161 dem meine Sache geschildert, meine Situation. Und der hat gesagt
162 „okay ich ruf jetzt meine Ärztin an und besorge dir so einen
163 Platz auf einer Entgiftung. Das hat er auch getan, am nächsten
164 Tag konnte ich wirklich schon auf Entgiftung kommen, bin dorthin,
165 hab ganz normal entzogen, und muss sagen ich habe keine Schmerzen
166 gespürt, nichts, also es war wirklich ein warmer Entzug, sage ich
167 mal, so. Ja, und dadurch hab ich halt eine andere Leute auch
168 kennengelernt und bin mit denen ins Gespräch gekommen, wie ich da
169 in auf Station war. Und die sagten mir „es gibt die Möglichkeit,
170 äh sich substituieren zu lassen“ „Gut“, dachte ich äh, „wie
171 läuft es? Wirst du da jetzt aktenkundig irgendwo? oder, weiß es
172 dann jeder, wo ich hin muss da jetzt mal sei es zum Zahnarzt sei
173 es zum normalen Hausarzt, wird das irgendwo festgehalten oder
174 steht dann irgendwo? Ich hatte all die Angst, dass das wirklich
175 dann publik wird und und jeder über mich Bescheid weiß. Und der
176 Arzt von der Station, wo ich entgiftet habe, ich habe das dem so
177 meine Ängste und und alles erzählt und habe eben gefragt, ob es
178 die Möglichkeit gibt oder ob die für mich überhaupt infrage käme,
179 substituiert zu werden. So ? ich, äh das wurde festgestellt beim
180 Entzug wo sie Blut genommen haben dass ich mich schon mit Hepatitis

181 C infiziert habe. So, ich habe dann dann mit dem Arzt wie gesagt
182 das Gespräch gesucht und er sagte „pass auf, du warst das erste
183 Mal jetzt auf Entgiftung, du musst mindestens zweimal entzogen
184 haben, also wo das festgehalten ist, um so einen Platz in der
185 Substitution überhaupt zu bekommen und wir brauchen, wenn du bei
186 uns substituiert werden willst eine Doppel-Diagnose" die hatte
187 ich ja, diese Suchtkrankheit und die Hepatitis C dann. Und dann
188 sagte er „ich kann dich aber nur aufnehmen, wie gesagt, wenn du
189 das zweite Mal erst bei uns warst und jetzt warst du das erste
190 Mal da und dann gab er mir den Tipp, wenn wir dich entlassen,
191 machst du einen Rückfall, rückst sofort an, wir nehmen dich dann
192 gleich wieder auf und dann hast du die Möglichkeit, von uns sub-
193 stituiert zu werden. Weil ich wollte weg, ich wollte mit dem, weil
194 du stehst immer mit einem Bein im Gefängnis dann und und wenn du
195 erwischst wirst äh, es ist war ja so die Droge hat mir dann ja auch
196 nichts mehr gegeben. Von Psychischen her, es war nur noch, um die
197 Schmerzen zu lindern oder oder, ganz wegzunehmen, deswegen habe
198 ich es dann immer konsumiert. So, er hat mich entlassen an dem
199 Tag von der Station, ich bin nach Hause gefahren, hab mir gleich
200 was bei meinem Dealer wieder geholt, hab mir was gemacht und hab
201 angerufen, dass ich wieder, äh, also ich habe einen Rückfall ge-
202 baut, sagte ich, und ich möchte wieder einziehen. So wie es abge-
203 sprochen war, ne? und es ging auch, bin wieder auf Station gekom-
204 men, ich meine, ich hatte ihn nur ein Mal was oder zwei Mal was
205 konsumiert an dem Tag und also es ging unwahrscheinlich schnell
206 wie ich dann gleich wieder auf Station gekommen und, ja. Und dann
207 hatte er auch einen Platz für mich im Klinikum, da gab es den Bau
208 acht und den Bau 19 damals, wo man substituiert worden ist. Und,
209 ich war dann auf Bau 19, hab da einen Platz bekommen, wie gesagt,
210 habe zu diesem Zeitpunkt, weil der Arzt zu mir sagte, für mich
211 wäre es besser das Subutex zu nehmen, weil es macht dich nicht so
212 down und und du bist klar im Kopf und das war wichtig für mich,
213 dass ich eben Herr meiner Sinne bin und und, weil ich wollte ja
214 wieder arbeiten und das sollte keiner mitkriegen, wie gesagt, dass
215 oder mir ansehen, dass ich da jetzt durchhänge und und er sagte
216 „das Beste wäre für dich das Subtext" und er hat mich dann ein-
217 gestellt auf Station mit dem Subutex und konnte dann schon nach
218 anderthalb Wochen oder zwei Wochen, knapp zwei Wochen könnte ich
219 wieder entlassen werden und bin dann jeden Tag zur Ausgabestelle
220 im Klinikum gewesen und hab mir dann mein Substitut geholt. Ja.
221 Bis ich dann irgendwann gemerkt haben okay, ob du jetzt das Subutex
222 nimmst oder nicht, ich glaube, das hat nicht viel ist nicht viel
223 Unterschied. Weil das, du hast keinen Kick nichts nein, du nimmst
224 es halt nur, und das hat mich dann irgendwo, ich will nicht sagen,

225 gelangweilt aber das war ,,warum tue ich mir das eigentlich an?"
226 und habe gedacht okay, wenn du jetzt von dem Subutex ähm wegkommst
227 und gar nichts mehr konsumierst, das schafft man. Und hab bin dann
228 wirklich von heute auf morgen nicht mehr in die Substitution ge-
229 gangen, habe aufgehört, und der Doktor hat zwar bei mir zu Hause
230 angerufen, der die Substitution macht, das war ja der gleiche,
231 der auf Station war und fragte mich, was das los ist und was
232 passiert ist. Sage ich ,,ne, ich möchte aufhören und ich denke
233 mal, dass ich es schaffe ohne allem ohne irgendwas" und man sagt
234 ,,ja, wie schaut's aus, entzückend oder?" sage ich ,,na ja, klar,
235 das merkt man schon in den Knochen aber es ist nicht so schlimm
236 wie der Heroinetzug" Ja, gut, hat man versucht wirklich äh ein
237 paar Monate, ohne irgendwas zu konsumieren durchgehalten, und hab
238 gedacht ,,okay, du schaffst das wieder ein Leben zu leben, wie es
239 früher war. Hmh. Da anzuknüpfen, bevor das mit den Drogen losging"
240 Aber ich merkte dann schon, dass irgendwas im Kopf fehlt. Sei es
241 jetzt diese diese ähm dieses Gefühl von Wärme oder oder ich weiß
242 nicht wie ich es beschreiben soll. Ja, die Wut, die Wut war
243 weg. Hm? Es war nichts da, es war alles klar und das hat mir dann
244 schon ein bisschen Angst gemacht und ich dachte, irgendwas haut
245 da nicht mehr hin, oder. Bis ich dann wieder durch meinen Exfreund,
246 der kam mich besuchen und hatte natürlich was dabei, na ja. Ja,
247 dann war es so, wie es kommen musste, ich war wieder rückfällig,
248 habe wieder angefangen und. Ja

249 00:25:22

250 I1: Okay. Ja, also auf jeden Fall erst mal danke für deinen Ein-
251 blick hier an der Stelle. Ähm, kannst du noch vielleicht so ein
252 bisschen prägnant kurz darstellen, was letztendlich so der große
253 Leidensdruck für dich war, dass du gesagt hast ,,So geht's nicht
254 mehr" du meinstest vorhin, du warst ähm am Boden und es ging nicht
255 mehr, vielleicht dass du da noch mehr konkretisiert was war das,
256 wo du gesagt hast, das geht nicht mehr, das ist jetzt wirklich
257 bis hierhin und nicht weiter. Also was der was der Punkt wo gesagt
258 wo du gesagt hast jetzt musst du was unternehmen.

259 00:25:53

260 B2: Das war äh an der Stelle so dass ich ähm, ich war zu dumm,
261 die Erkenntnis hatte ich, war zu dumm jetzt kriminell zu werden,
262 sage ich mal, diese Beschaffungskriminalität die ja dann eigent-
263 lich dazu kommt, dafür war ich zu blöd, sage ich mal klipp und
264 klar, das war kam für mich nicht in Frage. Und ich wollte aber
265 auch nicht ständig äh meine Bekannten, so weit, wie ich noch
266 welche hatte weil ich habe die meisten äh Bekanntschaften oder äh

267 Freundschaften sage ich mal aufgehört aufrecht zu halten und und
268 für mich stand fest, so geht es nicht weiter, also es muss was
269 passieren. Nm? zu diesem Zeitpunkt, ich bin zu blöd wie gesagt,
270 kriminell zu werden und habe keine Chance irgendwie an Geld zu
271 kommen. Und das war der Grund eigentlich, warum ich dann mich
272 durchgerungen habe und habe gesagt, ich muss das jetzt äh, ich
273 muss eine Hilfe in Anspruch nehmen, eben durch dieses Entgiften
274 von dieser Station, das hat mir auch der von (Einrichtung F) der
275 Bekannte den ich da hab, äh gesagt er sagte „du brauchst profes-
276 sionelle Hilfe ähm, die helfen mir dabei, die unterstützen mich,
277 mach das“ und das war dann auch noch mal ausschlaggebend für mich,
278 diesen Weg dann so zu gehen.

279 00:27:58

280 I1: Okay, hmh. Dann nur noch ums noch zeitlich einordnen zu können,
281 so dieser Zeitpunkt, dieser Prozess, von dem da, wo du das erste
282 Mal halt den Konsum irgendwie ausprobiert hast, bis zu dem eben
283 geschilderten Moment, wo du das erste Mal dann auf Entgiftung
284 warst, wie lang war das ungefähr?

285 00:28:12

286 B2: Hm. Drei Jahre?

287 00:28:15

288 I1: Okay, hmh, alles klar. Ja ähm, genau das wär jetzt

289 00:28:22

290 B2: Es können auch zwei gewesen sein, ich weiß es nicht

291 00:28:24

292 I1: ungefähr, genau, so genau geht's nicht. Ähm genau dann hatten
293 wir jetzt so diesen Vergangenheits-Aspekt quasi und die Substitu-
294 tion für den Einstieg ich da jetzt auch mit erläutert. Dann würde
295 ich jetzt quasi so den die Gegenwart mit reinnehmen, ähm wenn du
296 schildern könntest ähm, was hat sich durch die Substitution für
297 dich verändert? Also ähm welche Lebensbereiche haben sich in wel-
298 cher Form verändert?

299 00:28:48

300 B2: Hmm, ich habe, dann nach zehn Jahren wieder, äh ne Situation
301 gehabt, wie damals, wo ich dann ganz schnell drinnen bin mit den
302 Drogen, und war eigentlich am gleichen Punkt angekommen wie zehn
303 Jahre vorher, wo ich schon mal das mit der Substitution angefangen
304 hatte und und und erst Entgiften, und genau diese Situation war
305 in zehn Jahren oder nach zehn Jahren wieder da. Und habe mich

306 durchgerungen, mich wieder anzumelden, zu entgiften und einen
307 Platz zu suchen, um äh substituiert werden. Und dadurch dass ich
308 da damals im Klinikum substituiert war am das erste Mal und dann
309 ich aufgehört habe, bin dann wieder oder dachte ,,okay, die nehmen
310 mich vielleicht wieder" da war aber kein Platz frei, es waren
311 Wartelisten, und dann gab es eben die Möglichkeit, äh den (SuAr S
312 und F) die es dann noch gab, weil da hatten wir dann Listen
313 gegeben, wo ich fragen könnte, ob ich aufgenommen werde zur Sub-
314 stitution. Gut ich bin dann (SuAr S) gegangen, ich bin dann weiter
315 substituiert worden. Oder wieder substituiert wurden, hatte wieder
316 Subutex und dann kam äh dieses neues Medikament, das war zwar
317 ähnlich wie Subtext dieses ich weiß gar nicht Suboxon, glaub ich
318 hieß das ja und hat aber fast die gleiche Wirkung wie Subutex und
319 ja. Und hab mir das geben lassen ne?, weil ich habe gemerkt,
320 selbst äh durch Vorwarnung und und weil diese gewisse Nadel-Geil-
321 heit war da hm? und ich habe halt versucht mein Substitut zu
322 injizieren, weil ich habe das von manchen gehört, die spritzen
323 sich das und weil man will noch mal diesen Kick erleben ne?, wie
324 es am Anfang war, aber der kommt nicht wieder. Und habe aber dann
325 mein Substitut rausgenommen frühmorgens wenn ich zur Ausgabe will
326 und hab's zu Hause dann in der Pumpe aufgelöst und hab's gespritzt.
327 Bis dann eben wieder der Zeitpunkt da war wo ich gesagt hab ,,ach
328 mein Gott, was und für was machst du das? es bringt eh nichts es
329 ist" ich war klar im Kopf ich mein und es war keine Betäubung,
330 Besinnung oder oder irgendwas. Es war halt so ne?, und da habe
331 ich gesagt ,,okay versuch, damit aufzuhören", habe zu dem Zeit-
332 punkt daran gedacht ,,okay, ich werde es schaffen diesmal, ganz
333 ohne irgendwas" äh zu nehmen, wieder zu legen, eigentlich hatte
334 ich ja den Versuch schon zehn Jahre vorher unternommen, habe dann
335 auch wieder von heute auf morgen aufgehört, bin nicht mehr hinge-
336 gangen, so das war dann so die ersten paar Wochen muss ich sagen,
337 okay mir tun freilich am Anfang die ersten paar Tage tun dir die
338 Knochen weh und bist dann ganz schnell entzünftig auch und das war
339 aber so, dass das diesmal habe ich gemerkt, dieses äh, der Kopf,
340 das war so ein du bist nicht zur Ruhe gekommen. Das war irgendwie
341 alles unruhig, du warst aufgewühlt und und konntest eben nicht
342 einschlafen, oder, der Körper war zwar müde, sag ich mal, aber
343 das Hirn hat nicht mitgespielt. Und diesen Zustand wieder loszu-
344 werden wurde ich halt wieder rückfällig und habe wieder einen
345 Rückfall gebaut, aber so, dass ich wirklich äh und wenn ich dann
346 von alleine losgekommen bin also ich hab lange zugemacht zu Hause
347 und alleine. Und nach ein paar Tagen war das vorbei, und dann kam
348 immer das mit dem Kopf, wieder diese Leere, die zu dieser du bist
349 zu, du kannst dich nicht mehr konzentrieren auf irgendwas, oder,

350 es war komisch, aber dann beim (SuAr S) angerufen, habt es dann
351 hoffentlich wieder nehmen würde, habe ich gefragt in der Substi-
352 tution und fragte mich, was ich alles konsumiert habe, jetzt in
353 der Zeit, wo ich nicht bei ihm war. Das war vielleicht ein Zeitraum
354 von ein Dreivierteljahr, sage ich mal, nun habe ich ihm das ge-
355 schildert, dass ich nur Heroin konsumiert haben. Also, ich bin
356 kein, ich sage nur Tabletten-Junkie, das war ich nie, dass ich
357 jetzt irgendwelche Benzodiazepine genommen hatte, habe ich nicht.
358 Ich habe wirklich nur Heroin konsumiert, und damals war das so
359 bei ihm, dass wenn du nur Heroin, nein, du musst ein Drogentest
360 machen bei ihm positiv, was, dann habe er die mich nicht ins
361 Krankenhaus geschickt, sondern hatte ich dann eingestellt und
362 substituiert. Und das habe ich auch gemacht, da war ich sehr froh
363 drüber. Ja, und dieses Spiel, sage ich mal, habe ich bestimmt acht
364 Mal. Er hat mich achtmal immer wieder genommen, es war wirklich,
365 weil ich habe mir auch in der Zeit, wo ich substituiert war, muss
366 ich sagen, habe ich nichts konsumiert, kein Heroin, und habe in
367 dieser Zeit, oh, ich weiß nicht, für mich war das, ich meine, ich
368 war ihm sehr dankbar, dass er mich wieder oder achtmal genommen
369 hat. Und ich bin dann ich weiß nicht wie so wieder in dem Rhythmus
370 von zehn Jahren, eigentlich wo ich wieder an so einem Scheideweg
371 war „ach Gott, was machst du jetzt?“ mein Leben war irgendwie,
372 ich habe kein, also nicht dass ich jetzt sagen möchte, ich war
373 suizidgefährdet, das nicht. Aber ich habe keinen keine Perspektive
374 mehr gehabt. Hm? mit dem Job das ging äh gar nicht mehr, ich
375 konnte nicht mehr arbeiten. Ich habe ziemlich, ich habe früher
376 wie gesagt zwei Autos gehab, ich habe gut gewohnt, gut gelebt,
377 gutes Geld verdient und das, wie gesagt, diese dieses äh die
378 Voraussicht, dies wieder mir anzuschaffen oder oder zu erreichen,
379 da war ich ehrlich zu mir hab gesagt „das schaffst du nicht, das
380 ist vorbei“ und dann war es eben so, dass ich wieder Kontakt mit
381 meinem Ex aufgenommen hab und wir haben, das immer war eine Spirale
382 immer der gleiche Kreislauf wo äh, da war, wo wir gesagt haben,
383 so, jetzt sind wir wieder so tief reingerutscht und und drauf wie
384 soll es weitergehen? Bin dann wieder ins Klinikum, es waren genau
385 komischerweise zehn Jahre. Und die haben auch gesagt, alle zehn
386 Jahre kommen Sie oder oder ähm sind Sie am gleichen Punkt wie,
387 ich sage „ja, es ist paradox“ hm- Und dadurch aber (SuAr S)
388 eigentlich gesehen hat in der Zeit, wo ich substituiert bin, ich
389 nichts konsumiert habe und und keinen Beigebrauch habe, gar
390 nichts, hat er mir immer wieder die Chance zu geben, bei ihm nicht
391 substituiert. Und es gab Momente wo ich einen Test machen muss
392 bei ihm, das will er, ich dachte mir „da werden jetzt Leute
393 angerufen haben, oder? Aber dachte ich dann, „ob er sich auf

394 sowas einlässt, dass wenn fremde Leute anrufen und sagen testen
395 sie den leider ist darauf oder konnte ich mir nicht vorstellen,
396 dass er so ein Menschen ist, und er hat mich dann ein paar Mal
397 das zwischendurch zum Test geholt, weil er konnte sich eigentlich
398 ausrechnen, alle vier Wochen wirst du getestet und aber dadurch
399 dass ich wirklich nichts konsumiert habe in der ganzen Zeit kein
400 Beigebrauch, nichts, und er das auch gesehen hat, dass ich eben
401 mit meinem Substitut klarkomm. Ich hatte mich dann zwischendurch
402 auf Methadon umstellen lassen von ihm, weil, wie gesagt, das Sub-
403 utex hat mir nichts mehr gegeben, ich war zu klar im Kopf und ich
404 wollte dieses Gefühl der Watte wiederhaben. So und bei dem Metha-
405 don war es aber dann so, dass ich dieses Schwitzen hatte und und
406 und die ganzen Nebenwirkungen und und Gewicht zugelegt habe. Aber
407 gut, das habe ich gedacht, das musst du jetzt in Kauf nehmen, weil
408 ich kam schon zurecht mit dem Methadon, das war schon, ähm, wie
409 soll ich sagen, also, ich hatte eine ziemlich hohe Menge. Elf
410 Milligramm, glaube ich. Ja. Elf Milligramm. Und ich sag mal, das
411 war die Menge, die mich abgedeckt hat, dass ich wirklich kein
412 Verlangen nach irgendwas gehabt hätte, und das hat mir wahrschein-
413 lich geholfen, auch äh von dem Heroin wieder los zu kommen. Ja
414 und dieses Spiel habe ich ein paar Mal mitgemacht, immer in der
415 Voraussicht aufgehört „du schaffst es, du du gehst jetzt wieder
416 deinen Weg, suchst dir nen Job machst aber“ es kommt hinzu man
417 wird älter, die Knochen gebrechlicher und ich meine, man sagt ja
418 nicht umsonst, ein Drogenabhängiger muss eigentlich noch mal zehn
419 Jahre auf sein Lebensalter drauflegen, weil du all das und die
420 ganzen Wehwehchen, ich hatte ja diese Hepatitis, habe dann ver-
421 sucht, eine Behandlung zu machen, damals gab es dieses Interferon,
422 ich habe das angefangen, und nach drei Monaten habe ich gemeint
423 ich sterbe jetzt von dem ich, weil mir ging es absolut nicht gut,
424 und aber nach drei Monaten aufgehört damit und gesagt „nein,
425 irgendwas vertraglich ich nicht, oder aber ne das braucht das
426 braucht es, du brauchst es nicht, dann lieber sterbe ich an der
427 Hepatitis, aber von dem Zeug das tut mir nicht gut. Hab aufgehört
428 damit und dachte weil viele auch sagten äh es kann sein, dass die
429 drei Monate schon ausgereicht haben, um dass die jetzt wohl ver-
430 kapselt ist oder nicht mehr aktiv, habe mich dann noch mal testen
431 lassen, aber sie war noch da. Die Hepatitis, ja. Ja dann, gab es
432 Situationen wie ich zur (SA R) gekommen bin, weil ich halt äh
433 Probleme mit der Wohnung hatte, die die Ankündigung von meinem
434 Vermieter, dass er mich auskippen wollte, ich wohne da jetzt seit
435 2002 in der (Adresse K) und habe in dieser Zeit bestimmt drei
436 verschiedene Verwalter kennengelernt, die halt dieses Haus in ih-
437 rem Namen dann weitergeführt haben und verpachtet haben und und

438 die neue Verpächterin quasi oder Eigentümerin, die hat es ja dann
439 gekauft das Anwesen, die wollte plötzlich von uns das Doppelte an
440 Miete haben und da habe ich gesagt äh „das kann ich nicht“ weil
441 ich habe ja dann, wie gesagt, vom Jobcenter auch gelebt und „damit
442 sind Sie nicht einverstanden, das unterstützen die auf keinen Fall
443 oder oder zahlen mir das dann“, so dass ich mir Hilfe gesucht habe
444 bei der (SA R) und die hat auch gesagt, also das können sie nicht
445 machen und wir haben dann, wie gesagt, sie hat mir sehr gut ge-
446 helfen (SA R). Wir sind zu dem Mieterverein gegangen, haben den
447 Fall geschildert und er sagte „damit kommen die nie durch“ sie
448 hat halt gedroht mit richterlichem Beschluss oder irgendwas und
449 da hat dieser Anwalt gesagt von dem Mieterverein, damit kommen
450 Sie nie durch, aber machen Sie erst mal nichts, halten sie die
451 Füße still, das regelt sich von alleine wahrscheinlich. Und so
452 war es dann. Bis 2017, glaube ich war das, oder 18? Ich weiß es
453 jetzt nicht genau. Äh hatte ich, meine Miete wurde immer vom von
454 der ARGE äh überwiesen. So, dass es gar nicht erst in die Finger
455 bekam ne? und und irgendeinen Mist bau. Und dann irgendwie gab es
456 eine Änderung oder ein neuer Bewilligungsbescheid und ich habe da
457 gar nicht drauf, weil das war eh immer dasselbe, jedes Jahr oder
458 jedes halbe Jahr damals und wo äh das aufgeführt worden ist, dass
459 die Miete die ARGE gleich überweist und ich habe da wirklich nicht
460 drauf geschaut, richtig, so dass der Fehler unterlaufen ist, mir
461 das Geld aufs Konto zu überweisen. So. Und dadurch äh habe ich
462 die Miete für diesen Monat oder oder in diese Zeitraum nicht
463 bezahlt, und da hätte sie ja eigentlich einen Grund gehabt, es
464 hat sie auch genutzt um mir wieder eine Androhung der fristlosen
465 Kündigung und tralala wie der Kreislauf dann ist die Vermieterin,
466 und das haben wir aber auch wieder abwenden können (SA R) und ich,
467 sodass die Wohnung erst einmal weiter besteht und da bin ich
468 eigentlich sehr froh, weil es ist zwar nur 1-Zimmer Apartment.
469 Mit äh Küche, Bad, Dusche, sind 35 Quadratmeter, oder was und

470 00:48:41

471 I1: Und da wohnst du jetzt noch?

472 00:48:43

473 B2: Ich wohne da jetzt noch ja. Mir ist zwar jetzt dieses Jahr
474 auch wieder so ein Ding passiert dass halt äh, dadurch ich halt
475 wir hatten Rente beantragt, ich bekomme jetzt Rente. Diese Er-
476 werbsunfähigkeitsrente. Und als diese Umstellung war und und und
477 die Zahlungen laufen äh, kam wollten die oder hatten die mir ein
478 Schreiben gemacht, dass ich eine Rückzahlung von 2000 noch was
479 von der Rentenkasse bekomme. Das ist aber nicht an mich gegangen,

480 sondern das hat die ARGE gleich einkassiert, logisch, die haben
481 mir ja in der Zeit vom Jobcenter kein Geld zum Leben gegeben
482 gehabt. Und da ist aber der Fehler unterlaufen, also, das war
483 meine Schusseligkeit sage ich ganz ehrlich äh mit der Mitteilung
484 wieder, alles verrutscht, so dass sie mich wieder ermahnen musste,
485 die Frau Name? meine Vermieterin und sagt „ich kümmere mich, ich
486 mache" und bin jetzt eben noch dabei. Das waren zwei Monatsmieten,
487 äh die abzuzahlen, ich bezahle jeden Monat 100 Mark von der Rente
488 und überweise ich ihr zusätzlich zu den 445 € Miete dazu bis
489 November noch und dann habe ich das auch wieder geschafft. Also
490 Ich war froh, dass sie jetzt nichts weiter unternommen hat und
491 und ja.

492 00:50:37

493 I1: Ja dann passt das gerade. Ja. Okay. Ja, ich seh, Substitution
494 ist für dich ja wirklich so ein so ein Weg so ein Prozess gewesen,
495 mit Phasen mit verschiedenen ähm wie würdest du deine aktuelle
496 Phase beschreiben, wenn du sagst, du bist jetzt unter Polamidon
497 und ähm kommst damit am besten klar? Also wie geht es dir da
498 aktuell damit?

499 00:50:55

500 B2: Gut, also ich muss sagen, momentan geht es mir wirklich gut.
501 Und für mich war eben auch wichtig. So wie wie früher ein paar
502 Mal, wo ich gedacht habe, ich schaff das ohne oder oder es muss
503 doch einen Weg geben ohne den ganzen Zeug ne? habe ich jetzt für
504 mich erkannt, dass es ohne nicht geht. Es wird bis zu meinem
505 Lebensende so sein, dass ich ich mein, ob das jetzt das Polamidon
506 ist oder ein anderes Substitut. Aber es wird so sein, dass ich
507 bis ich mal abtrete substituiert werden muss. Und da brauche ich
508 mir nichts vormachen. Und um wieder Rückfälle zu bauen weil man
509 verliert jedes Mal, wenn du einen Rückfall machst. Dann wird das
510 Geld knapp und dann verkaufst du wieder Dinge, die du dir jetzt
511 mal wieder neu angeschafft hast, um an Geld zu kommen, wie gesagt,
512 zum Klauen war ich zu blöd oder bin ich zu blöd und nun ja, und
513 die Erkenntnis habe ich eben jetzt gewonnen, das ich brauche dann
514 nicht noch einmal einen Anlauf riskieren, um um ich sage mal
515 drogenfrei oder oder ohne Substitut auszukommen. Das muss ich
516 nicht. Und durch das Polamidon, wie gesagt, ich komme sehr gut
517 zurecht damit. Das ist äh für mich, wie gesagt, ich habe das dann
518 gewechselt von Methadon auf Polamidon, wo die Nebenwirkungen nicht
519 so extrem sind. Also ich habe das Schwitzen nicht, ich habe,
520 eigentlich fühle ich mich gut. Das einzige, wo ich äh gemerkt habe
521 es ist äh wenn ich jetzt das das äh Polamidon früh morgens nehmen

522 oder mittags, dass ich dann tagsüber doch Phasen habe, wo ich äh
523 kurz weg knacke, weil ich bekomme auch elf Milliliter elf Milli-
524 gramm. Und ich weiß jetzt eben nicht, kommt es von der Hepatitis
525 oder kommt es von dem Polamidon? Äh dass ich halt wirklich ein-
526 schlafen, ganz kurz so so wie Sekundenschlaf. Ich habe auch schon
527 gedacht, äh wer weiß, jetzt entwickelst du irgendwas. Hmm, was
528 ich selber nicht steuern kann was was, Sekundenschlaf. Ich dachte
529 schon Narkoleptiker oder wer weiß irgendwas. Und ich war ja dann,
530 wie das mit dem Corona losging, war ich gerade auf äh Station,
531 weil das war die letzte Phase, die ich dann noch mal ausgelebt
532 habe und wo ich dachte, ich muss wegkommen davon. Man hat mir
533 eben, hat mich belogen, weil ich habe nicht eingesehen dass ich
534 ohne dem Zeug leben könnte. Und ich wurde entlassen auf Station,
535 habe entgiftet, hab mich wieder einstellen lassen, (SuAr F) hat
536 mich wieder genommen. Wie war das? Ich ich bin dann hin und nach
537 zwei, drei Tagen hieß es in der Zeit, wo wir auf Station waren,
538 war eine Patientin, die sich mit Corona infiziert hatte. So jetzt
539 hieß es für uns Quarantäne. Also wir hätten gar nicht raus gedurft.
540 Und dann hat er gesagt äh und (SA R) hat dann mit ihm telefoniert,
541 ob die Möglichkeit besteht, das Substitut, dass sie das holt und
542 mir verabreicht oder „nein, das geht nicht“ sodass wir jeden Tag
543 hinfahren mussten zur Ausgabe. Wir mussten immer warten, bis wir,
544 wir waren dann, ich glaube, fünf Leute oder sechs Leute. Gerade
545 in diesem Zeitraum auf Entgiftungsstation waren und und halt unter
546 den Verdacht getreten oder geraten selber äh andere Leute viel-
547 leicht Sie infizieren. Und. Das war dann nach zwei Wochen weil da
548 hat dann jeden Tag das Gesundheitsamt angerufen bei mir und äh
549 sich erkundigt „wie geht es Ihnen? Haben Sie irgendwelche Symp-
550 tome?“ Sage ich „nein, mir geht's gut. Ich spüre nicht, dass da
551 jetzt irgendwas im Anflug wäre oder sonst was“ So, und um diese
552 Quarantäne äh aufzuheben, habe ich gedacht „lässt sich mal tes-
553 ten, ne?, dass du was in der Hand hast“ bin zum Flughafen rausge-
554 fahren, hab mich da, hab mir einen Test machen lassen. PCR-Test
555 und mit einem Mal kommt ein Anruf, dass ich vom Gesundheitsamt
556 Corona positiv bin. Ja dann habe ich gedacht was „Wie fühlen Sie
557 sich?“ sag ich „Mir geht's gut“ Gut, ich hatte zu diesem Zeitpunkt
558 ein bisschen Husten, aber das habe ich jetzt nicht auf Corona
559 geschoben, sondern die normale Witterung und und mal ohne Schal
560 vielleicht oder. Und ich sage „naja, also ich habe regelmäßig
561 Fieber gemessen und gemacht und getan, habe keine weiteren Symp-
562 tome feststellen können“ Aber es war dann so, dass ich wohl ein
563 mit Corona infiziert war. So, selbst in dieser Zeit musste ich
564 jeden Tag zum (SuAr F) und wir haben dann (SA R) und ich, wir
565 haben uns dann unterhalten und haben gesagt „das darf ja doch

566 eigentlich gar nicht ne?" Weil die denken sich schon was dabei,
567 wenn du unter Quarantäne bist und und und, ich meine auch jetzt,
568 dass ich andere Leute nicht gefährde. Wie gesagt, wir mussten ja
569 dann immer, wenn die Ausgabe war, warten, bis wir die letzten
570 waren dann und und alle durch sind erst dann sind wir hoch zur
571 Ausgabe, er hat uns immer mehr in die Praxis gelassen, er hat uns
572 an der Tür rausgeworfen. Und das habe ich den auch vom Gesund-
573 heitsamt so geschildert, weil ich dachte, sie können irgendwas
574 bewirken. Dass ich halt nicht jeden Tag dahin muss, aber selbst
575 die konnten nichts organisieren oder. Oder das, ich meine, ich
576 habe gehört, dass es die Möglichkeit gab, über Pflegedienste oder
577 oder Betreuer, was weiß ich das ist anders zu handhaben. Nein.
578 Wir mussten halt jeden Tag erscheinen dort. Und wie gesagt, ich
579 hatte keine Symptome großartig und habe mich nach zwei Wochen dann
580 auch wieder gleich testen lassen und war negativ. So dass wir
581 wirklich der Annahme sind dass wir, der Test, dass da irgendein
582 Fehler unterlaufen ist oder, Ja. Und äh jetzt habe ich dann gehört,
583 als das mit diesem, weil ich habe wie gesagt bisher keine Symptome
584 hatte, aber dieses äh long Covid was da kursiert diese ganzen äh
585 Symptome, und man steigert sich dann auch hinein oder ich habe
586 mich dann reingesteigert und gesagt „okay das gleiche hast du
587 eigentlich auch, Konzentrationsstörungen hm? diese Müdigkeit, hab
588 ich jetzt alles auf dieses Corona geschoben, eigentlich was auch
589 Blödsinn ist. Also ja. Und bin dann zu meinem Hausarzt, da ging
590 es mit der Impferei los. Und damals war ja noch die Regelung so,
591 dass du ein halbes Jahr warten musstest, bis du dich also wenn du
592 genesen warst, impfen konntest ne? und bin dann im Oktober zum
593 Impfen gegangen, und ich weiß gar nicht. Wann war das? Im Oktober?
594 war die Impfung. Und dann ging das doch mit diesem äh, O- o- wie
595 heißt das? (I1: Omikron) Ja genau, los, wo es dann hieß, du
596 brauchst eine dritte Boosterimpfung quasi und für die Genesenen
597 oder die frisch Geimpften gab es dann wieder eine eine Frist
598 einzuhalten von drei Monaten glaube ich, so dass ich jetzt erst
599 im Februar konnte ich mich dann impfen lassen. Und das habe ich
600 auch gemacht und und ähm also ich habe jetzt bin vollständig
601 geimpft und. Ja

602 01:01:40

603 I1: Aber da hat Corona wirklich noch mal eine ganz neue Heraus-
604 forderung in die Substitution mit reingebracht also nochmal ganz
605 ja, als wär es nicht vielleicht manchmal herausfordernd genug.
606 Schwierig ja. Aber über diese Corona-Zeit hat sich da von der
607 Substitution her was verändert für dich, oder trotz dieser her-
608 ausfordernden Zeit hat das alles gepasst.

609 01:01:57
610 B2: Das hat gepasst so weit. Ja

611 01:02:00
612 I1: Also wenn ich das richtig verstanden habe, meintest du ja so
613 vor Corona kam dann zu dein deine Einsicht, deine Erkenntnis, so
614 du willst für den Rest deines Lebens substituiert bleiben und
615 seitdem quasi, okay.

616 01:02:10
617 B2: Ja, weil ich eben gesehen habe, wenn ich diesen Schritt wieder
618 tue und für mich aufzuhören oder mich runterdosieren lasse und
619 und und gerate ich in nach ein paar Wochen in das gleiche Fahr-
620 wasser wieder, dass ich das konsumieren anfangen, und damit ist
621 mir nicht geholfen. Und das habe ich eben jetzt für mich erkannt
622 und und es wird so sein dass ich bis zum Lebensende substituiert
623 bin denke ich mir. Wenn die Möglichkeit so lange noch besteht,
624 ich weiß es nicht.

625 01:02:50
626 I1: Ja. Komm ruhig rein, alles gut.

627 01:02:59
628 P3: Ähm, wir haben nämlich jetzt dann Betriebsratssitzung, also
629 ihr könnt ruhig noch weiter machen. Ich wollte dir das jetzt nur
630 zurückgeben. Das ist echt. Ja. Die kommen zu dir und dann bauen
631 die das aus.

632 01:03:12
633 B2: Ja, bei mir ist doch gar kein Zähler in der Wohnung.

634 01:03:14
635 P3: Wo ist denn der dann?

636 01:03:15
637 B2: Im Keller, bei der Kohle.

638 01:03:17
639 P3: Aber das die gibt es auf alle Fälle. (unverständlich?)

640 01:03:20
641 B2: Und warum sind da zwei verschiedene Kundennummern?

642 01:03:23
643 P3: Das weiß ich nicht so genau. Aber da wahrscheinlich

644 01:03:26
645 B2: Ne mir kam das nur Spanisch vor.

646 01:03:28
647 P3: Ja Ja voll. Genau ähm geht ihr dann einfach selbstständig?
648 Oder gibt es noch irgendwas zu besprechen, dann müssten wir es
649 nämlich jetzt kurz machen. Nein ne? Ihr geht dann aber selbst-
650 ständig? Gut weil wir sitzen ja da drinnen und halten

651 01:03:44
652 B2: Achso ich soll dir sagen du sollst (Person D)mal anrufen. Wenn
653 du Zeit hast.

654 01:03:49
655 P3: Wann hast du die gesehen?

656 01:03:54
657 B2: Heute bei der Ausgabe. (Person D).

658 01:03:54
659 P3: Gut, alles klar.

660 01:03:54
661 I1: Danke dir

662 01:03:54
663 B2: Tschau tschau

664 01:04:00
665 I1: Okay. Ähm also dann jetzt diese Entscheidung, für den Rest
666 deines Lebens eben substituiert zu bleiben und das ist ja quasi
667 dann auch so der Ausblick für die Zukunft. Weil jetzt hatten wir
668 die Vergangenheit, jetzt hatten wir die Gegenwart, so was gerade
669 für dich ist und dann Ausblick für die Zukunft ist einfach, du
670 bleibst ähm substituiert, weil es dir damit einfach am besten
671 geht. Ja, was würdest du denn sagen ist für dich besser substitu-
672 iert, also welche welche Aspekte sind das, wo du sagst allein
673 dafür lohnt es sich substituiert zu bleiben?

674 01:04:28
675 B2: Äh, weil eben für mich jetzt vom vom Allgemeinzustand, sei es
676 von der Psyche her und äh, es passt momentan ne? und ich muss
677 sagen, dadurch eben auch eine sehr hohe Dosis bekomme - Elf Milli-
678 gramm - das ist schon heftig, äh gut, es gibt auch Leute, die
679 nehmen mehr und und aber wie gesagt, für mich war es wichtig auch

680 noch äh Dinge zu erledigen und und und und was unternehmen zu
681 können.

682 01:05:10

683 I1: Also einfach eine höhere Lebensqualität. Okay, ja. Ähm wenn
684 du sagst dir geht es psychisch viel besser, kannst du das noch
685 konkretisieren? Also inwiefern wie ging es dir vorher und wie geht
686 es dir jetzt? So ein bisschen beschreiben, wie sich das.

687 01:05:28

688 B2: Ich hatte halt zum Teil Depression und Wohlstand wirklich,
689 wie gesagt äh, nur gegrübelt habe äh nachgedacht, warum? wieso?
690 weswegen? und und, wie gesagt, ich habe nie das Bedürfnis gehabt,
691 äh mich umzubringen, oder das gab es nicht, das. Also, das ist an
692 mir eigentlich vorbeigerauscht, muss ich sagen. Aber, gut ich habe
693 jetzt auch Medikamente gegen so so eine Antidepressiva vom (SuAr
694 F) gekriegt und die nehme ich heute noch. Ob dies jetzt daran
695 liegt, dass es mir eigentlich psychisch besser geht oder oder.
696 Ich denke mal schon. Denn, ich habe halt, ich verschwende keinen
697 Gedanken mehr an an, irgendwie, was hast du verloren? Hm? Was was?
698 Oder kannst du dir wieder was aufbauen? Nee, ich lebe jetzt so
699 wie es kommt und fertig aus, damit habe ich abgeschlossen. Ich
700 habe gesagt okay und wie gesagt, der Bedarf jetzt irgendwas zu
701 nehmen, zu zu konsumieren, der ist nicht da da bin ich sehr froh
702 darüber, und durch die Substitution eben, ist es so, dass man,
703 ich habe viele Gespräche halt auch mit (SA R)geführt und wo ich
704 halt das Gefühl bekomme, doch noch äh oder wieder dazugehören,
705 in der normalen Gesellschaft klarzukommen oder mit der Gesell-
706 schaft zurechtzukommen und. Ja.

707 01:07:57

708 I1: An welchen Punkten hast du so das Gefühl, in der Gesellschaft
709 klarzukommen? Hast du eine konkrete Aktivität nennen, in der du
710 sagst Du, das geht jetzt wieder?

711 01:08:05

712 B2: Ja, es war eine Zeit lang war das so, dass ich äh Angst hatte
713 sogar einkaufen zu gehen, oder oder wo jetzt viele Menschen waren
714 und und das hat mich dann schon irgendwo gehemmt äh weil ich immer
715 dachte, die schauen jetzt alle auf mich und jeder kriegt mit, was
716 mit mir los ist und und ne? Und das ist jetzt weg, das habe ich
717 so gut wie gar nicht mehr. Ja, ja.

718 01:08:41
719 I1: Ja. Also man hat ja vorhin auch mal, dass du so soziale
720 Kontakte vernachlässigt hattest so in der Konsum-Zeit.

721 01:08:48
722 B2: Das ist es. Also ich habe sehr viele Freundschaften ähm in
723 der Zeit wo ich konsumiert habe aufgeben und und und fallen lassen.
724 Habe jetzt aber in der in der Substitution wieder Kontakt mit
725 meiner Tante aufgenommen, das ist von meiner Mutter die Schwester.
726 Ich habe zu meinen Eltern gar keinen Kontakt, mein Vater ist tot,
727 ich hatte einen Stiefvater und meine Mutter, die leben in Berlin,
728 aber zu denen habe ich jetzt schon über 30 Jahre gar keinen Kontakt
729 mehr. Und habe aber jetzt seit einem halben Jahr, sage ich mal,
730 wieder Kontakt mit meiner Tante wie gesagt ne? Wir rufen uns
731 einmal in der Woche an und und sie erzählt mir ein paar Neuigkeiten
732 ne? und wir fragen halt über, sie sagt oder fragt mich auch oft
733 „erinnerst dich noch dran, was man da da" und weil sie es nur
734 elf Jahre älter als ich. Und sie war eigentlich diejenige, die
735 auch als Kind schon äh zu mir gehalten hat und und viel mit mir
736 unternommen hat. Weil ich bin halt äh als Kind ist irgendwas
737 vorgefallen, wo ich sage äh entweder habe ich es verdrängt oder
738 äh. Ich denke mal, dass es eine Situation gab vielleicht und ich
739 damit als Kind überhaupt nicht zurechtkam, das ausgeblendet hab.
740 Bin aber ganz froh da drüber und ich möchte da auch nicht irgend-
741 wie, dass es dann hundert prozentig so ist, wie ich vermute und
742 und und ich lasse es so wie es ist.

743 01:11:17
744 I1: Also du würdest quasi sagen, dass diese wieder Kontaktaufnahme
745 nur durch die Substitution oder durch die Substitution?

746 01:11:21
747 B2: Auf jeden Fall.

748 01:11:22
749 I1: Genau. Okay. Ja

750 01:11:25
751 B2: Weil ich habe mich immer geschämt, wenn ich äh mit Leuten
752 gesprochen habe, habe wie gesagt äh denen sagen zu müssen „du
753 ich hänge an Drogen oder oder eben an der Nadel" Dafür hab ich
754 mich geschämt, dass das, und deswegen habe ich auch den meisten
755 oder den größten Kontakt zu meinen Freundschaften abgebrochen,
756 ne? Mich nicht gemeldet und und das Karma war dann so, dass (SA
757 R) sagte, ich hatte das mit der Tante mal erzählt, dass die wohl

758 mal versucht hat, über den Messenger Messenger da Kontakt aufzu-
759 nehmen mit mir und da sagt sie ,,melde dich doch mal bei ihr oder
760 es ist ja keine Verpflichtung und du musst ja siehst ja was sie
761 sagt, oder" und das habe ich dann auch getan und und das war halt
762 äh, wie soll ich sagen? eine Erleichterung oder ja schon Erleich-
763 terung. Aber was ich ohne Substitution bestimmt also nicht gemacht
764 hätte.

765 01:12:49

766 I1: Hm hm, Okay.

767 01:12:50

768 B2: Das hat mir schon sehr geholfen.

769 01:12:55

770 I1: Ja. Was würdest du sagen ist im körperlichen Bezug der Unter-
771 schied unter Substitution und quasi unter Konsum, also so vom
772 Körpergefühl her. Wie fühlst du dich da im Unterschied?

773 01:13:08

774 B2: Äh. Gut ich habe meine Erkenntnisse nur noch so, dass ich äh
775 am Anfang 40, ja 40 Kilo mehr drauf hat er noch. Gut, ich schiebe
776 das auch ein bisschen auf das Substitut, weil damals habe ich
777 Methadon genommen und äh man sagt ja immer die Methabombe oder
778 Polabombe und dass das eben die Nebenwirkungen sind. Aber das hat
779 sich halt, wie ich da auf Entgiftung war, das letzte mal wo ich
780 dann durchgecheckt wurde äh auch herausgestellt, dass ich halt
781 Wasser Ansammlungen hatte überall in den Beinen, in der Lunge,
782 zwischen Herz und Lunge und und musste punktiert werden. Dadurch
783 bin ich halt medikamentös jetzt eingestellt, auch Blutdruck mäßig,
784 Herz mäßig, weil eine gewisse Herzinsuffizienz vorliegt und komme
785 damit eigentlich sehr gut klar jetzt, sehr gut zurecht, ja.

786 01:14:25

787 I1: Ja. Ja aber also sowas wie diese diese Zunahme, diese Wasser-
788 einlagerungen, würde ich mal sagen, dass sind ja dann so ein
789 bisschen die Kehrseiten von der Substitution, also die Herausfor-
790 derungen würd ich mal sagen. Ähm gibt es da noch mehr Sachen, wo
791 du sagst so, so Substitution okay habe ich mich dafür entschieden,
792 aber die und die Herausforderungen bringt es einfach mit sich.

793 01:14:43

794 B2: Nhh. Nein eigentlich

795 01:14:51
796 I1: Okay also würdest du wirklich sagen, Substitution rund um ähm
797 gutes Programm. Ja. Okay.

798 01:14:59
799 B2: Und wie gesagt, weil ich das eben für mich erkannt habe jetzt
800 hm? Diesen diesen Weg zu gehen und und. Also momentan jedenfalls
801 komme ich sehr gut klar damit. Ich kann mir jetzt nicht vorstellen
802 äh damit aufzuhören und dann kommt garantiert wieder die Situa-
803 tion, wo wohl das Verlangen aufkommt was zu konsumieren und und
804 das möchte ich eben nicht wieder, ich will das nicht mehr erleben
805 auch nicht jetzt mit dem Rollator dass ich da als alter Mann von,
806 am Bahnhof rumhänge und und quasi wieder in der Drogenszene ver-
807 suche wir etwas aufzubauen und das möchte ich nicht.

808 01:15:59
809 I1: Hmh hmh, Ja. Und wenn du so diesen ganzen Prozess siehst, so
810 von dem mit den Ärzten und na die Ausgabe alles. Gibt es da
811 Kritikpunkte an deiner Stelle, wo du sagst so, das könnte man noch
812 verbessern oder? Das ist einfach manchmal schwierig.

813 01:16:12
814 B2: Ja, schon äh. Ich meine ich spritze für mich. Es war so, da
815 denke ich an nichts wie gesagt, konsumiere kein Beigegebrauch habe.
816 Habe es beim (SuAr F) vor Jahren geschafft dass ich eben schon fünf
817 Tage takehome hatte, das war das höchste der Gefühle bei ihm, weil
818 mehr gibt es nicht. Dann musstest du eben nur einmal in der Woche
819 und einen Tag am Wochenende. Und jetzt dadurch, dass mit dem
820 Corona wie gesagt auch mal ja ? äh wo ich dann jeden Tag erscheinen
821 musste und ihn wahrscheinlich der Meinung ist, er muss mich jeden
822 Tag sehen, weil ich habe ihm eben den Arztbrief auch gegeben vom
823 Klinikum, wo eben diese Herzinsuffizienz und die Blutdruck Situ-
824 ation und er hat jetzt Angst, dass da vielleicht was passiert,
825 denke ich mal oder passieren kann und um Nummer sicher zu gehen,
826 habe ich jetzt kein takehome. Nichts, ich muss halt jeden Tag
827 hingehen. Gut ich werde vielleicht ich muss jetzt nicht weg morgen
828 sein, aber irgendwann wieder ein Antrag stellen, dass ich halt
829 wieder ein takehome bekomme, um nicht jeden Tag dahin zu gehen
830 oder gehen zu müssen weil das ist eigentlich das was mich damals
831 auch dazu bewogen hat, immer wieder mal aufzuhören und zu sagen
832 dich du bist abhängig von diesem Doktor du bist abhängig von der
833 Situation. Und das ist doch was, was ich sage, das grenzt dich
834 irgendwo, sei es jetzt, ich hätte das Angebot oder oder könnte
835 meine Tante besuchen. Das wäre erstmal ne riesen Prozedur jetzt

836 ihm das zu erklären und und einen Antrag zu stellen, meinetwegen
837 auch für zwei oder drei Tage ein takehome zu bekommen für diese
838 Zeit. Niemals, sage ich. Na, Sie kommen jetzt also hat vor jetzt
839 im Frühjahr, weil ich habe sie jetzt ja auch über 20 Jahre nicht
840 gesehen, diese dann und die Tochter von ihr ist mein Patenkind
841 und sie wollen jetzt im Frühjahr äh mich besuchen kommen. Und,
842 dann nehme ich das lieber in Kauf und sage mir „okay, die Eltern
843 wollen eh keinen Kontakt zu mir“ das hat mir auch die Tante er-
844 zählt, dass sie eben, als sie oben war, bei ihr war, in Berlin,
845 dass sie wohl geweint haben soll die Mutter und hat von mir er-
846 zählt, wie ich kleiner war und und und hat aber die Tante zu ihr
847 gesagt, dann ähm dass es jetzt zu spät dazu ist das wird nie
848 wieder. Und auch meine Schwester, ich hab eine Schwester, das war
849 eigentlich mein, ähm die ist sechs Jahre jünger mein Ein und Alles
850 und und und habe mich sehr gut mit ihr verstanden. Und auch der
851 Kontakt ist weggebrochen und genau. Und das hat mich dann schon
852 ein bisschen, ich sage mal belastet. Ne? Und naja, aber es ist so
853 wie es ist.

854 01:20:23

855 I1: Ja klar okay. Ähm das wäre jetzt so mein mein Teil zum Thema
856 Substitution gewesen, der erste Block sozusagen. Ähm gibt es an
857 der Stelle noch irgendwas, wo du sagst, das wäre jetzt auf jeden
858 Fall noch wichtig, deiner Meinung nach noch mal anzufügen?

859 01:20:36

860 B2: Also beim was jetzt bei mir die Substitution betrifft, ist
861 halt wie gesagt, irgendwann wieder einen Antrag zu stellen auf
862 takehome. Und ich denke mal, er sieht ja auch, äh dass ich nichts
863 konsumiere. Meine Tests sind ständig negativ und und dass er mir
864 die Möglichkeit dann schon wieder geben wird. Um das zu schaffen
865 ein paar Tage wenigstens. Naja und ich bin ihm eigentlich, was
866 heißt dankbar? Naja schon, dass er mich halt immer wieder genommen
867 hat und und mir die Chance eingeräumt hat. Wieder auf die gerade
868 Bahn zu kommen. Und das war der also, muss ich sagen „toi toi
869 toi dass wir ihn noch eine Zeit lang haben“

870 01:21:49

871 I1: Ja okay. Wie ist es jetzt gerade für dich? brauchst du eine
872 Pause, oder? Alles gut bei dir soweit? Okay, alles klar. Ähm ja,
873 wie gesagt, es wäre jetzt wohl der Block Wissen zur Substitution
874 an sich und jetzt so als zweiten Teil, das wird denke ich auch
875 der kleinere Teil ähm, nochmal mehr so ein bisschen allgemeiner
876 würde ich mal sagen zur Drogenhilfe aber wo es jetzt wirklich mehr

877 um dein Empfinden geht, sage ich mal. Ähm gerade so um diese, um
878 die Beratung, um so diese diesen Entwicklungsprozesse sag ich mal.
879 Sind jetzt sehr subjektive Fragen, würde ich mal sagen. Ähm, so
880 zum Einstieg, also du hattest gerade schon mal gesagt, dass du an
881 dem und dem Zeitpunkt dann zur (SA R) in die Beratung gekommen
882 bist. Ähm kannst du mal ungefähr sagen, wann das ungefähr war?

883 01:22:32

884 B2: Ich überleg grade äh 17 oder 18, ich glaube, es war 17 schon
885 2017.

886 01:22:40

887 I1: Ja zum Anlass für diesen von diesen Mietschwierigkeiten.

888 01:22:44

889 B2: Ich ja hatte diese Mietschwierigkeiten und und und da waren
890 auch diese äh, wie soll ich sagen? Depressionen noch äh im Spiel.
891 Und ja, ich hatte halt Probleme mit der ARGE generell, dass die
892 mich zu irgendwelchen Maßnahmen äh schicken wollten und und. Ja.

893 01:23:12

894 I1: Genau mh okay. Wenn du so jetzt an deine Ziele denkst in der
895 Substitution, sprich dieses takehome vielleicht noch mal errei-
896 chen, die Abstinenz einfach zu halten ähm mit der Miete, dass das
897 einfach glatt läuft, dass es dir körperlich einfach gut geht. Wie
898 würdest du sagen hilft die (SA R) dir da dabei? Also was, was
899 macht die (SA R) was dich dabei unterstützt?

900 01:23:33

901 B2: Also die (SA R) ist erstens für mich die Person gewesen, die
902 mich bei dem ganzen Ämtergängen sehr unterstützt hat. Weil ich
903 hatte ja Sanktionen zum Teil. Ähm wo es hieß wegen mangelnder
904 Mitwirkung und tralala. Äh da muss ich sagen, hat die (SA R) mich
905 sehr aufgefangen und und unterstützt. Sie ist halt mit mir auf
906 die ARGE gegangen, ich wollte nicht alleine dort erscheinen. Weil
907 wie, ich habe gemerkt für mich, dass ich ganz anders behandelt
908 worden bin, wenn die (SA R) dabei war. Und und äh auch wahrgenommen
909 werde als wie wenn ich jetzt alleine dorthin bin. Ne? Und die (SA
910 R) war eben auch diejenige, die ähm wie soll ich sagen, die hat
911 mir keinen Tritt in den Arsch gegeben, aber die mich halt immer
912 wieder motiviert hat ne? und und gesagt hat „komm das und das
913 müssen wir in naja, ja, in Angriff nehmen" und ja so wars die die
914 ich hatte zum Beispiel ein Problem zu Ärzten zu gehen. Ne? oder
915 naja gut das habe ich heut noch, muss ich sagen ab und zu. Aber
916 da hat sich (SA R) äh bereiterklärt mitzugehen und mich da eben

917 zu unterstützen. Und da bin ich ihr wirklich sehr dankbar. Das
918 ist, das hätte nicht jeder gemacht, denke ich mal.

919 01:25:45

920 I1: Also wirklich ganz individuell die Punkte, wo du irgendwie
921 Hilfe brauchst, wo du einfach Unterstützung gebraucht hast, wo
922 sie dir gut getan hat, da war sie quasi für dich da

923 01:25:52

924 B2: Da war sie immer. Auch äh die Situation, die ich manchmal äh
925 hatte, dass ich äh in der Wohnung gestürzt bin. Äh ich konnte
926 nicht mehr aufstehen. Dann habe ich sie angerufen, dann ist sie
927 vorbei gekommen immer mit (SA A) oder mit dem äh (SA F). Und äh
928 haben mich halt aufgehoben in der Wohnung, Ja. Also sie hat da
929 schon viel zu tun gehabt mit mir, muss ich sagen. Ja.

930 01:26:36

931 I1: Wenn du jetzt so ein bisschen daran denkst, allgemein, so sei
932 es jetzt im Gespräch mit (SA R). Allgemein, wenn sie mit ihr zum
933 Amt gehen, wenn sie sich mit dir unterhält- Ähm wie würdest du
934 sagen behandelt sie dich? Wie fühlst du dich so im Umgang mit ihr?
935 Ist es auf Augenhöhe? Fühlst du dich ernst genommen?

936 01:26:52

937 B2: Ja, auf jeden Fall, weil äh (SA R) ich habe es noch nicht
938 erlebt, dass sie einmal gesagt hätte äh „das hättest du jetzt
939 nicht machen sollen" oder oder äh das hat sie noch nie gebracht.
940 Sie hat immer mit mir auf Augenhöhe äh geredet. Hat mir vertraut.
941 Ich ihr auch und ja, wie soll ich sagen, es ist wie eine Freund-
942 schaft entstanden eigentlich dadurch. Weil sie hat mich oft moti-
943 viert und und und wie das wie gesagt mit der Tante da das war auch
944 Ihre Idee. Da vielleicht wieder Kontakt aufzunehmen und auch wenn
945 es nichts geworden wäre sie hätte mir nicht den Kopf abgerissen.
946 Auf keinen Fall. Und ne, da ist.

947 01:28:02

948 I1: Genau das ist ja genau im Grunde das, wofür diese akzeptierende
949 Drogenarbeit quasi steht. Also würdest du auf jeden Fall sagen,
950 du fühlst dich als Mensch in deiner ganzen Lebensführung akzep-
951 tiert. Ja. Kannst du es vielleicht noch mal an einem Beispiel
952 wirklich konkret, wenn du an irgendeine Situation denkst, wo du
953 mit der (SA R) gesprochen hast, wo du mit (SA R) irgendwo hinge-
954 gangen bist, vielleicht einfach eine konkrete Situation, die dir
955 gerade einfällt, sagen so, ja, in dem und dem Punkt fühle äh ich

956 mich wirklich gut behandelt von ihr also wirklich noch mal kon-
957 kreteren Aspekt, falls dir was einfällt.

958 01:28:34

959 B2: Äh ich kann mich an einen Tag erinnern, da hatte ich eine
960 Sanktion von der ARGE. Und zwar, ich weiß gar nicht mehr um was
961 es da genau ging, jedenfalls war es so sie haben mir Geld gekürzt
962 gehabt. Und äh ich hatte, ich glaube 200 € gerade mal zur Verfügung
963 im Monat. Alles andere war gestrichen und da habe ich sie gebeten
964 äh mitzukommen auf die ARGE, weil ich eben die Erfahrung gemacht
965 habe, wenn ich alleine dort bin dann wirst du behandelt wie das
966 Letzte. Aber wenn jemand dabei ist, äh sieht es gleich ganz anders
967 aus und die (SA R) hat sich immer vorgestellt als Sozialarbeiterin
968 von mir und da hat sie mich sehr unterstützt dabei. Da gab es eine
969 Situation äh wo ich, wenn Sie nicht dabei gewesen wäre, äh aufge-
970 standen wär und die Tür zugehauen und wäre gegangen und dadurch
971 sie aber dabei war, konnten wir das doch abwenden und und, gut
972 ich habe geweint und. Also da muss ich sagen hatte ich auch keine
973 Hemmungen jetzt vor der (SA R) diese Gefühle rauszulassen. Und
974 und weil sie eben auch mitgekriegt hat, wie ich zum Teil behandelt
975 wurde und und was die mit mir veranstaltet haben.

976 01:30:42

977 I1: Da kann man ja letztendlich wirklich sagen, dass die (SA R)
978 nicht bloß mit dir quasi einen respektvollen Umgang pflegt, son-
979 dern wirklich auch dafür sorgt, dass andere Menschen dich res-
980pektvoll behandeln. Also da geht es ja eigentlich viel mehr als
981 über diese Situation zwischen (SA R) und dir hinaus, kann man
982 eigentlich sagen, oder?

983 01:30:57

984 B2: Ja, auf jeden Fall.

985 01:30:59

986 I1: Ja.

987 01:31:00

988 B2: So war es damals. Und als wir dann äh die Rente beantragt
989 haben, diese Erwerbsunfähigkeitsrente. Äh das hätte ich alleine
990 ja überhaupt nicht gestemmt. Und da hat sie mich wirklich unter-
991 stützt von ersten Tag an und. Also sie hat sehr viel für mich
992 wirklich getan, muss ich sagen.

993 01:31:37

994 I1: Ja. Also du sagst, sie unterstützt dich dabei, hmm würdest du

995 sagen, es gibt Momente, wo sie dich dann schon eher so in eine
996 Richtung beeinflusst? Oder würdest du sagen du hast das Gefühl,
997 das ist immer deine Entscheidung und sie reicht dir mehr die Hand.
998 Also wie würdest du das beschreiben, diesen Weg, den sie mit dir
999 zusammen geht? Also ist es sehr so, dass sie dich dann ab und zu,
1000 du meinstest vorhin sie gibt dir keinen Arschtritt. Vielleicht
1001 kannst du in die Richtung nochmal beschreiben so dieses so ähm
1002 bewegt sie dich zu irgendetwas oder unterstützt sie dich eher?
1003 Geht es eher an deiner Seite?

1004 01:32:14

1005 B2: Also, ich kann nur so viel sagen, dass gerade die Situation,
1006 wo ich aufgehört habe ne? oder nicht mehr zum zum (SuAr F) bin
1007 damals. Ähm da hab ich sie angerufen und hab gesagt gleich ,, (SA
1008 R) ich hab Scheiße gebaut" ,,was hast du denn gemacht?" Ich sage
1009 ,,naja, bin nicht mehr hin und aus dem und dem Grund, ich bin in
1010 keine Hose gekommen, bin in keine Schuhe gekommen. Versuch du doch
1011 mal, ob er dir das Medikament aushändigt" Und da hat sie wirklich
1012 mit dem (SuAr F) telefoniert und es führte aber kein Weg rein. Äh
1013 und der (SuAr F) hat eben zu ihr gesagt, er muss schauen, dass er
1014 spätestens morgen da ist, weil sonst muss ich ihn abmelden. Und
1015 das sagte sie dann zu mir. Und dann hab ich gesagt ,, (SA R) wie
1016 soll ich das machen? Wie, ich schaff das nicht. Ich weiß nicht,
1017 ob er sich vorstellen kann, dass meine Beine so dick angeschwollen
1018 sind, dass ich in keine Hose komme. Und die Füße äh ich komme in
1019 keine Latschen und keine Schuhe. Nichts. Es geht nicht, ich kann
1020 mich nicht fortbewegen" Und weil ich da schon wieder wusste, ey
1021 wenn ich das jetzt nicht schaffe. Weil ich hatte ja schon dieses
1022 paar Mal durchgemacht. Ich wusste genau, jetzt geht es schon wie-
1023 der in dieses Fahrwasser, ne? Und dann habe ich auch zu ihr gesagt
1024 ,, (SA R) ich versuche, ich versuche dass, wenn er mich jetzt
1025 abmeldet äh es auszuhalten" Und ich wusste ja, dass wenn du äh
1026 bei dem (SuAr F) glaub ich selber gehst und und und oder eher dich
1027 runter dosiert du dann ein Vierteljahr Sperre hast bei ihm. Aber
1028 um das zu hintergehen äh oder zu zu ja doch, ja, habe ich gedacht
1029 ,,okay, wenn sich (SA R) jetzt darum kümmert ne? und ihm das so
1030 schildert" und wie gesagt, er hat sich dadurch überhaupt nicht
1031 weiter beeinflussen lassen. Und es ging nicht.

1032 01:35:16

1033 I1: Okay hmh. Wie du sie angerufen hast, meintest du hast Scheiße
1034 gebaut, äh wie war Ihre Reaktion?

1035 01:35:24
1036 B2: „Auch das gehört dazu“, sagte sie. Was ist, also dann im
1037 Gespräch als ich wieder war, sagte sie „auch das gehört dazu“
1038 Weil ich konnte jetzt nicht äh nachweisen, dass ich jetzt bis zu
1039 dem Zeitpunkt schon was äh genommen habe oder konsumiert habe.
1040 Das hatte ich nicht. Aber ich sage äh auf einer Seite, es ist doch
1041 gar nicht meine Schuld gewesen, in dem Sinne ne? Nicht dorthin zu
1042 gehen, sondern ich konnte einfach nicht, es es ging nicht. Und
1043 da, ich denke mal hat sie wohl auch äh dadurch, dass sie eben sehr
1044 viel mit ihm telefoniert hat und und auch persönliche Gespräche
1045 geführt hat, dann und auch mit (Einrichtung a) oder mit dem das
1046 geschildert hat. Aber dass da er wohl bis zu einem gewissen Grad
1047 auch die Hände gebunden sind und und und ne? wo sie nicht weiter-
1048 kommt. Und und, naja der Doktor sagt so und so, dann ist es so
1049 und Ja.

1050 01:36:56
1051 I1: Ja ja. Sie hat ganz einfach versucht, was für dich zu machen.
1052 Ja.

1053 01:36:59
1054 B2: Sie hat mich in in in. Als ich da dann wieder den Rückfall
1055 hatte, weil ich bin dann wieder rückfällig geworden und das habe
1056 ich ihr sofort gesagt, als das passiert ist. Wie gesagt, dann hat
1057 sie gesagt „ ja das passiert. Du musst auch scheitern. Oder man
1058 muss auch mal scheitern oder oder auch davon lernst du oder oder
1059 daraus lernst du wieder" Und das war auch so, deswegen habe ich
1060 jetzt erkannt, ich werde es bis zum Schluss brauchen. Die Substi-
1061 tution und gut ist. Äh ich denke mir auch oft, wenn ich jetzt von
1062 anderen Leuten höre, die zum Teil äh, die mit den Ärzten klarkommen
1063 oder oder was für Spielchen in Führungsstrichen die machen müs-
1064 sen. Da denke ich mir oft „warum gibt es nicht die Möglichkeit,
1065 ab einem gewissen Alter, gut ist es von Patient zu Patient unter-
1066 schiedlich, aber dass man meinetwegen gerade uns Älteren, soweit
1067 in in Ruhe lässt, sage ich mal" weil wir wissen was wir unserem
1068 Körper im Endeffekt zumuten können und und und was nicht. So sag
1069 ich das. Und warum gibt es da nicht die Möglichkeit, uns ganz
1070 normal äh zu substituieren, ein Rezept auszustellen. Ne? Da teure
1071 Medikamente entweder kommst du klar mit der Einteilung oder du
1072 verbrauchst alles an zwei Tagen, aber das hat jeder dann selber
1073 in der Hand und wenn er nicht klar kommt, muss er ehrlich zu sich
1074 selber sein und muss sagen „okay, das bringt mir nichts wenn ich,
1075 wenn es mir zwei Tage gut geht und drei Tage aber ich einen Entzug
1076 mache" Und da finde ich, sollten sie eben schon Unterschiede

1077 machen vom Alter her. Und, wir sind so und so mit den UKs oder
1078 oder ich darf einen Speicheltest machen beim (SuAr F) weil ich
1079 Probleme mit dem Pinkeln hatte. Und ich eben nur nachts. alle zwei
1080 Stunden raus muss aber tagsüber geht da gar nichts. Und das war
1081 halt wo ich eben auch wieder für ihn oder wo ich ihm dafür dankbar
1082 bin ne?, dass er mir diese Möglichkeit einräumt. Vom Testen her,
1083 Speicheltest. Aber wie gesagt, es gibt ganz viele die substituiert
1084 sind mit mit Polamidon oder mit mit Subutex, aber einen Beige-
1085 brauch von Benzodiazepinen haben, ne? Und es ist nicht so, dass
1086 die dann nicht nur ein oder zwei am Tag nehmen, sondern es sogar
1087 gleich streifenweise, sag ich mal ne? der Fall. Und warum, obwohl
1088 er dann doch wüsste, wenn ich diesen Menschen runterdosiere, vom
1089 vom Substitut her, wird er doch in eine äh in einen Kreislauf
1090 geraten was ihn nicht weiter bringt, ne? Das weiß er ja, er hat
1091 es ja studiert, sage ich mal, und und. Warum besteht da nicht die
1092 Möglichkeit diesen Menschen sage ich mal, den den Beigebrauch zu,
1093 nicht genehmigen, aber, ja. Einfach ein Zugeständnis neu machen
1094 und sagen okay. Aber es ist ja zum Teil so bei ihm. Ich war mal
1095 mit nem Bandscheibenvorfall im Krankenhaus, da haben sie mich ins
1096 Südklinikum gefahren, weil ich sechs Stunden vor der Couch gekniet
1097 bin so und mich nicht mehr rühren. Und die haben mir im Krankenhaus
1098 äh Musaril gegeben. Weil keine Spritze nichts bewirkt hat. Und
1099 das Musaril hat angeschlagen, mir ging es am nächsten Tag, ich
1100 musste dort über Nacht bleiben, am nächsten Tag wie neugeboren,
1101 keine Schmerzen, nichts. Bin hin habe ihm den Arztbrief gegeben.
1102 Weil ich wusste, dass das Musaril, so wie die gesagt haben, äh
1103 zeigt es halt äh Benzodiazepine an. Er gab mir das war die Zeit,
1104 wo ich takehome hatte. Er gab mir mein Rezept mein Medikament.
1105 Zwei Tage später musste ich wieder hin am Mittwoch oder 3 Tage
1106 später war das dann, äh sagt er zu mir ,,wir machen heut mal einen
1107 Test" ne? Nach dem Test rief er mich und sagte ,,sie sind positiv"
1108 sage ich ,,Ja, ich hab Ihnen doch den Arztbrief vorgelegt und
1109 Ihnen gesagt, dass ich das und das Medikament bekommen habe" ,,Das
1110 ist für uns nicht nachvollziehbar, ob sie jetzt äh von diesem
1111 Medikament nur den dass das ausschlaggebend war oder ob sie wirk-
1112 lichen Beigebrauch hatten" Ich sage ,,da bin ich" weil ich mich
1113 ungerecht behandelt fühlte, habe ich gesagt ,, (SuAr F) Sie wissen
1114 ganz genau dass ich kein Freund von Tabletten bin. Dass ich keine
1115 zu mir nehme, mir gefällt der Zustand einfach nicht. Genauso wie
1116 beim Kiffen, das gefällt mir nicht. Ich will wie gesagt äh noch
1117 denken können und wissen, was ich tue" Und da hat er mir daraufhin
1118 mein takehome gestrichen. Sodass ich wieder jeden Tag kommen
1119 musste. Und da habe ich mich wirklich sehr ungerecht behandelt
1120 gefühlt. Und da habe ich mir gesagt, ich meine jeder andere der

1121 zu einem Arzt geht und ein Medikament sich verschreiben lässt oder
1122 was und sei es nur eine Aspirin oder was, der wird anders behandelt
1123 wie wir. Damit wollen sie ihre Macht und und irgendwie ausspielen.
1124 Und da denke ich, da muss ich noch sehr viel ändern oder muss
1125 vieles getan werden, um auch eine gewisse, äh ein gewisses Ver-
1126 trauensverhältnis aufbauen zu können. Denn es ist wichtig, dass
1127 der Arzt sich auf dich verlassen kann, aber natürlich auch auf
1128 den Arzt.

1129 01:45:52

1130 I1: Dann gibt es für dich quasi eindeutige Unterschiede so zwi-
1131 schen dem Verhältnis von dir mit der (SA R) und dem Verhältnis
1132 von dir mit dem Arzt quasi? Ja, okay. Also dann ist das wirklich
1133 ein Ansatzpunkt, wo du sagst, da ist eindeutig noch was zu machen
1134 so in diesem ganzen, in diesem ganzen Gefühl, dich akzeptiert zu
1135 fühlen in deiner Substitution?

1136 01:46:08

1137 B2: Ich meine, ich kann jetzt nicht sagen, dass er mich jetzt
1138 zurzeit äh da komme ich sehr gut mit ihm zurecht. Und und ich
1139 hätte wirklich momentan nichts zu beanstanden bei ihm. Bis eben
1140 wie gesagt auf das takehome, aber das das muss sich jetzt neu
1141 beantragen und und vielleicht kann er mir das takehome dann ja
1142 oder das gibt er mir dann vielleicht auch wieder, ne? Aber er
1143 versucht auf jeden Fall oder hat mit mir ein gutes Verhältnis
1144 aufgebaut die letzte Zeit. Und weil er eben auch weiß, dass ich
1145 sehr viel mit (SA R) zusammenarbeite und und ist da die wirklich
1146 diejenige ist, die mich da in vielen Sachen unterstützt hat, und
1147 das weiß er auch und das findet er gut, dass ich eben ständig
1148 Kontakt mit ihr habe. Aber wie gesagt, es es ist müsste sich
1149 einiges tun noch um den Patienten, äh wirklich ein Vertrauen zu
1150 geben, oder geben zu können, ne? dass, man kann nicht alle über
1151 einen Kamm scheren, ne? Und er muss doch erkennen, weil er gesagt
1152 hat oder sagte mal „sie wissen gar nicht, wie oft ich belogen
1153 werde am Tag" Ich sage „ja, das kann ich mir schon vorstellen"
1154 ne? Aber, das weiß ich doch und oder merke es, ne? Kann ich dem
1155 jetzt vertrauen, oder belügt er mich dann von hinten bis vorne.
1156 Und da finde ich, sollte man schon Unterschiede machen. Ja und
1157 nicht sagen äh „das und das steht in unseren Verträgen ja auch
1158 drinnen. Lesen sie" das war immer dem (SuAr S) sein Argument
1159 „lesen Sie Ihren Vertrag, dann wissen Sie es" Und und aber klar, da
1160 finde ich, wäre es wichtig, auch Ausnahmen mal machen zu dürfen,
1161 ne? Eben wenn ich mal eine Familien äh -feier plane oder oder ich
1162 bin eingeladen irgendwo. Und das passiert halt jedem Menschen

1163 dort, dass er mal kurzfristig äh übers Wochenende mal wo hinfährt,
1164 wo du bei uns überhaupt nicht die Möglichkeit hast.

1165 01:49:23

1166 I1: Also würdest sagen, du bist da schon in deiner Freiheit und
1167 in deiner deiner, in deinen Entscheidungen irgendwie eingeschränkt
1168 dadurch. Ja

1169 01:49:31

1170 B2: Ja, das auf jeden Fall.

1171 01:49:32

1172 I1: Durch die Substitution und die Ärzte an sich? Oder äh wie ist
1173 es so im Kontrast zur Beratung, als würdest du sagen, die Beratung
1174 irgendwie gibt dir manchmal Wege vor? Oder ist es wirklich bloß
1175 so, dass der Bereich der Ärzte und der Substitution an sich.

1176 01:49:50

1177 B2: Das ist eigentlich nur der Bereich der Ärzte. Weil wie gesagt,
1178 hier in der Beratung kommt man mir auf Augenhöhe entgegen, ne?
1179 Ich kann ja mit allen Problemen kommen, mit mit allem was mir auf
1180 der Seele liegt und ich werde angehört und mir wird geholfen. Du
1181 hast aber bei einem Arzt wenn jetzt nicht so ist er wollte ja eine
1182 zeitlang gar nicht, dass die Patienten mit ihm über psychische
1183 Ursachen äh behandeln lassen. Das lehnt er ab, weil er sagt ,,ich
1184 substituierere Sie aber für also für Psychiater, äh na? Ist er
1185 nicht, da sollen wir uns einen anderen Arzt suchen, mit dem wir
1186 oder von dem wir uns behandeln lassen. Und da denke ich mir auch
1187 komisch, das Geld will er nehmen ne? weil er verdient oder er
1188 verdient an uns bestimmt nicht gerade wenig. Aber auf der anderen
1189 Seite äh will sich mit uns ja gar nicht befassen. Richtig. Ne?
1190 Und das ist eben das wo wir, gerade wir Älteren die dort sind, wo
1191 wir gesagt haben oder wo wir es denken oder oder oder so für uns
1192 und und auch in der Gruppe mal reden. Wo wir sagen ,,er müsste
1193 wirklich unterscheiden ob ich jetzt mit 18 19 in die Substitution
1194 gehe. Wo eigentlich noch was zu retten wäre, denke ich mal. Oder
1195 ob jetzt ein Patient vor mir sitzt, also wie ich jetzt mit 60
1196 Jahren und und wo eigentlich wie gesagt, ich ich werde es bis zum
1197 Ende brauchen. Aber das Leben dann an sich noch so so relativ den
1198 Alltag relativ einfach zu gestalten oder oder zu organisieren.
1199 Und uns Unterstützung geben dabei, ne? Wenn er sieht, es ist kein
1200 Beigebrauch, es ist kein äh Missbrauch oder sonstiges. Den Unter-
1201 schied macht er nicht. Und der kommt jetzt zum Teil auch mit mit
1202 Forderungen, wie ich auch gesagt habe vorhin, die (SA R) sollte
1203 (Person D) oder möchte die (Person D) anrufen. Die hat das Problem

1204 sie hatte wurde mit Überdosis eingeliefert und jetzt verlangt er
1205 von ihr, dass sie einen Betreuer in Anspruch nimmt. Sagt sie, das
1206 möchte sie nicht. Weil sie erledigt ihr Zeug noch selbst und. Ja,
1207 entweder möchte sie ihren Platz behalten oder oder. Was hat er
1208 denn aber gekonnt, wenn er die jetzt runter dosiert? weil sie sich
1209 keine Betreuer nehmen will. Und und damit ist sie doch in einer
1210 Situation, wo sie genau weiß, jetzt wird sie wieder abstürzen. Es
1211 ist wieder so. Und da finde ich wäre es doch seine Aufgabe als
1212 als Psychologe oder Psychiater zu sagen „okay, ich fang die Frau
1213 auf" Sicherlich hat er es schon ein paar mal versucht mit ihr.
1214 Aber wie auch wenn die (SA R) sagt „auch Rückschläge gehören dazu
1215 oder das Scheitern. Nein, ne?" Und das müsste er doch wissen. Dass
1216 er jetzt wirklich, wenn er sowas macht, Grund unproduktiv ist.

1217 01:54:33

1218 I1: Das klingt, als würde es da einfach an Menschlichkeit mangeln.

1219 01:54:35

1220 B2: Ja. Ja. Nur von den Gesetzen her nach dem Buche, weil es da
1221 so steht. Wo du dann sagst eben hier nicht das Gefühl haben. Hier
1222 wird uns zugehört, wir werden ernst genommen und wir werden, auch
1223 wenn man das möchte, Tipps geben und und ne? Was können wir machen
1224 um dem zu entgegen

1225 01:55:14

1226 I1: Okay. Genau also das war jetzt ähm schön der der Blick von
1227 der akzeptierenden Drogenhilfe nochmal und da eindeutig der Un-
1228 terschied zwischen Beratung (SA R) und ähm die Substitution an
1229 sich mit den Ärzten eben. Ähm wenn wir jetzt nochmal so ein biss-
1230 chen allgemein draufschaun und so wirklich zusammenfassend noch-
1231 mal sag ich jetzt mal das, was du jetzt so geschildert hast,
1232 würdest du ganz allgemein sagen, dass Substitutionsbehandlungen
1233 im Hinblick auf alle Aspekte den Menschen akzeptiert? Also wenn
1234 du da jetzt noch mal zusammenfassend, also das darf jetzt gerne
1235 auch noch mal das Gleiche sein, wenn du kurz noch was sagen könn-
1236 test an den Stellen ja, wird der Mensch akzeptiert, an den Stellen
1237 eher nicht.

1238 01:55:54

1239 B2: Hm guten, an sich ist es so, dass die Substitution, ich meine
1240 sagt der Name schon da ist, um dir eine gewisse Unterstützung zu
1241 geben, begleitend oder. Selbst alleine äh aber Unterstützung gibt
1242 deinen Alltag dein Leben zu bestreiten. So, und wenn ich dann aber
1243 sehe, dass äh dir zum Teil von den Ärzten äh Steine in den Weg
1244 gelegt werden. Nun nicht mal alleine von den Ärzten auch von der

1245 ganzen Politik, sage ich mal, ne? Von Seiten der der Drogenbeauf-
1246 tragten und und und wer da alles was zu sagen hat äh, dass da
1247 irgendwo nach außen hin sind wir zwar die die wie sag wie soll
1248 ich sagen, die armen Junkies oder oder uns muss geholfen werden.
1249 Alles schön und gut. Aber im Grunde möchte sich doch keiner richtig
1250 mit uns äh abgeben. Ne? Da ist das alles doch nur für das, wenn
1251 ich jetzt zum Beispiel die Politik sehe, die reden heute in die
1252 Kamera, so. Wenn die aber aus ist die Kamera, dann haben die eine
1253 ganz andere Meinung. Und und äh wir sind nicht dumm wir wir er-
1254 kennen das ja direkt, ne? Und was aber die Ärzte betrifft äh
1255 warum, ich denke mal, dass die hier auch Zusammenkünfte haben und
1256 und sich besprechen. Warum, das ist nämlich schon seit Jahren
1257 bekannt, dass die Substitutionsplätze äh nicht ausreichen. Warum
1258 muss es so lange Wartezeiten geben zum Teil. Warum schafft man
1259 denn nicht genug Plätze? Oder oder äh Arztpraxen. Es muss doch
1260 nicht unbedingt jetzt ein Arzt sein der mir das Substitut gibt.
1261 Das denke ich mir oft im Klinikum, wo ich da in der Substitution
1262 war. Das sind die Krankenschwestern oder die Pfleger, die uns das
1263 aushändigen. Das muss nicht der Doktor sein. Ne? Und und es wäre
1264 doch aber den Leuten äh bestimmt mehr geholfen, gleich so wie sie
1265 die Erkenntnis haben sie wollen sich substituieren lassen, gleich
1266 sie aufzunehmen und und ihnen die Möglichkeit geben äh substitu-
1267 iert zu werden. Denn für uns als Junkie sage ich mal, oder Ex-
1268 Junkie, ist es doch so, dass wenn du dich auf Entgiftung anmeldet,
1269 da geht es schon mal los, dann heißt es „wir haben eine Warte-
1270 liste“, da wirst du eingetragen, dann musst du jetzt mittlerweile
1271 nur zweimal in der Woche, wo du anrufen musst. Früher war es so,
1272 dass du jeden Tag anrufen musstest. Und, äh dann wird sich halt
1273 denke ich mal im Team zusammengesetzt und wird entschieden, wer
1274 der nächste ist, der aufgenommen wird. Aber da sind ja zum Teil
1275 Wartezeiten entstanden, von drei Wochen, von Monaten, manchmal
1276 sogar zwei Monaten oder was. Äh wissen die gar nicht was es für
1277 einen Junkie bedeutet zwei Monate durchzuhalten? Und da denke ich,
1278 muss sich viel noch ändern. Da muss viel noch gemacht werden und.
1279 Ich meine, ob es so sinnvoll ist oder war so, ähm ähm gerade durch
1280 das Crystal Meth jetzt und und was da im Umlauf ist. Wo eben sehr
1281 viele junge Leute die Erfahrung machen, ne? Und ich finde es gut,
1282 dass es die Möglichkeit gibt dort auf Station zu entgiften. So,
1283 dann kommt aber nach zwei Wochen oder manchmal drei Wochen äh die
1284 Zeit, wo sie die Betten wieder brauche und die Leute entlassen.
1285 Aber wohin entlassen sie denn die Leute? Und drei Wochen langen
1286 nicht um um äh mit denen so ein Verhältnis oder erstens mal ein
1287 Vertrauensverhältnis aufzubauen oder, das das die wissen doch ge-
1288 nau, sie entlassen die Leute in die gleiche Misere, ne?, wie sie

1289 gekommen sind. Und da denke ich, müsste mehr getan werden, mehr
1290 mehr geredet werden. Es ist doch aber auf einer Seite nur rausge-
1291 schmissenes Geld, äh wenn jetzt so ein Jugendlicher mit 19 Jahren
1292 alle zwei Monate oder drei Monate auf der Matte steht und entgiften
1293 will. Das kostet sehr viel Geld, dieser Aufenthalt. Und und ihm
1294 aber keine Perspektive aufgezeigt wird äh wie es weitergeht.
1295 Selbst die Sozialarbeiter im im Klinikum jetzt, denke ich denen
1296 fehlt die Zeit. Und ich habe immer gesagt äh es sind auch viele
1297 drinnen, die betriebsblind geworden sind. Die eben schon sehr sehr
1298 oder quasi von Anfang an ja so wie so eine Station geschaffen
1299 wurde, von Anfang an dabei sind. Und wo ihnen aber nicht irgendwie
1300 bewusst ist, dass die vielleicht eine ganz andere Motivation oder
1301 oder ja, brauchen die die äh, also vieles wird nicht mehr gesehen,
1302 weil es eben lange schon so gehandhabt wird. Also machen wir das
1303 so weiter. Es ändert sich nichts. Und selbst auf Station kommst
1304 du dir manchmal vor wie im Kindergarten. Und ich meine gut die
1305 die, das ist den Sozialarbeitern auch nicht vorzuwerfen oder was
1306 auf keinen Fall. Aber, es fehlen wirklich wahrscheinlich die Mit-
1307 tel um dass man mit mit gerade den jungen Leuten äh Perspektiven
1308 aufmalen könnte. Jetzt nicht raffiniert, weil sie wollen immer
1309 dass eine Therapie angestrebt wird und und und. Aber manche wollen
1310 gar nicht oder sind gar nicht fähig eine Therapie zu machen. In
1311 der jetzigen Situation wo sie sind und die Erkenntnis kommt viel-
1312 leicht später irgendwann mal und und. Aber wie gesagt, es ist,
1313 die Politik hat da sehr viel nachzuholen und.

1314 02:05:05

1315 I1: Ja das sind auf jeden Fall Punkte, die ich dann auf jeden Fall
1316 auch mit aufgreifen will später in meiner Arbeit dass ich wirklich
1317 so diese Kritikpunkte noch mal mit aufgreifen will. Wo müssen wir
1318 wirklich noch besser werden. Wo können wir den Leuten viel besser
1319 noch helfen? Aber dieses Konzept von Substitution, das steht ja
1320 und es ist irgendwie alles ausformuliert, aber in der Praxis wird
1321 es halt teilweise einfach nicht gut umgesetzt oder es könnte noch
1322 besser umgesetzt werden. Das ist genau das, wo ich eben ansetzen
1323 will in meiner Arbeit.

1324 02:05:29

1325 B2: Und das ist eben auch wie es damals war, als dieses äh Heroin
1326 Programm, was da getestet wurde, äh halt ich glaube Hamburg Mün-
1327 chen. Ja. Und sie haben ja, oder so viel hat man gehört davon,
1328 dass eben viele die in diesem Programm dann waren ähm ihren Alltag
1329 wieder ganz anders gestalten konnten, ne? Und und sie nehmen diese
1330 Beschaffungskriminalität weg, du hattest halt die Gewissheit du

1331 bekommst deinen Stoff jeden Tag. Und die Erkenntnis hat man ja
1332 gemacht. Warum setzt man das dann nicht durch und sagt so „das
1333 nehmen wir mit auf in Substitutionsprogramm“ Gut ich kann jetzt
1334 keinen, der jetzt vielleicht äh zwei daraus gemacht hat und und
1335 und gleich mit Heroin substituieren. Aber wenn ich Leute sehe,
1336 gerade wie ich, seh das auch wie wenn ich in (Einrichtung a) unten
1337 rein komme manchmal der der (Person d) der der (Person c) und und
1338 viele ältere Leute eben, ne? Die schon jahrelang drauf sind und,
1339 wenn es für die die Möglichkeit gäbe mit Heroin zu substituieren,
1340 wäre es für die garantiert einfacher hmm klarzukommen, wie die
1341 mit den anderen Medikamenten. Ne da würde erstens mal der Beige-
1342 brauch wegfallen von diesen Benzos und hast du nicht gesehen, was
1343 es da alles gibt, das ist ja. Und zumal die Wirkung dann ja auch
1344 ähm verheerend ist zum Teil wenn die Medikamente dann äh unüber-
1345 legt genommen werden nur, um beieinander zu sein, ne? um um ab-
1346 schalten zu können. Ja. Da müsste man wirklich noch dran arbeiten.

1347 02:08:04

1348 I1: Okay. Ja danke für deine Einschätzung dann an der Stelle
1349 einfach deine Meinung dazu mit Sicherheit wertvoll. Ähm gibt es
1350 noch irgendwas wo du jetzt sagst auch wenn du auf das ganze Ge-
1351 spräch noch mal zurückdenkst, gibt es irgendwas was du noch los-
1352 werden willst, was du jetzt gerade noch im Kopf hast? Was du
1353 glaubst, ist noch wichtig einfach jetzt mit anzubringen?

1354 02:08:27

1355 B2: Ähm mir fällt eigentlich nichts ein.

1356 02:08:28

1357 I1: Okay, alles klar. Dann, ich stopp mal die Aufnahme

ANHANG 6: REDUZIERTES TRANSKRIPT INTERVIEW

KLIENT

1 00:00:05
2 I1: Wäre gut, wenn du erst mal so dich kurz vorstellen könntest,
3 deine Person an sich und vielleicht ganz kurz sagen, was in der
4 Substitution gerade so bei dir Stand der Dinge ist.

5 00:00:17
6 B2: Ja, also, mein Name ist (K) ich bin in der Substitution beim
7 (SuAr F) und (SuAr S) mit Unterbrechungen sage ich mal jetzt seit
8 2003 glaube ich. Aber wie gesagt, da kamen eben noch Phasen da-
9 zwischen, wo ich dann aufgehört habe und nun ja. Ja, ich ich bin
10 eigentlich jetzt, momentan mit der Situation zufrieden, muss ich
11 sagen.

12 00:01:01
13 I1: Welches Substitut bekommst du?

14 00:01:02
15 B2: Ich nehme jetzt Polamidon, also ich habe eigentlich alles
16 ausprobiert, von Subutex über Methadon und jetzt bin ich halt bei
17 Polamidon. Und das bekommt mir besser wie das Methadon, auf das
18 Methadon, hast du diese Schwitzen. Und was die also was ich jetzt
19 überhaupt nicht habe muss ich sagen.

20 00:01:25
21 I1: Okay. Ähm so viel mal zum Einstieg, willst du noch was hinzu-
22 fügen, oder?

23 00:01:30
24 B2: Ja ich bin 60 Jahre alt. Äh Ich habe halt ziemlich spät
25 angefangen Drogen zu nehmen. Sage ich mal, ich war schon 38. Ja.

26 00:01:48
27 I1: Ähm Ich würde als erstes gerne mal so die Situation vor der
28 Substitution quasi beleuchten. Wo kommst du her, wie war deine
29 Lebenssituation hast gewohnt? Wie waren deine Freunde so wirklich,
30 wenn du so vor der Substitution, dein Konsum vor der Substitution.

31 00:02:13
32 B2: Also ich war zu dem Zeitpunkt als ich mit den Drogen angefangen
33 habe äh in einer Partnerschaft, und also ich habe mit einem Mann

34 zusammengelebt. Und habe gemerkt, dass mein Partner sich irgendwie
35 verändert hat, ne? Und bis er mit der Wahrheit herausrückte und
36 sagte er hat halt Heroin genommen und daraufhin habe ich gedacht
37 Okay, das willst du jetzt wissen? Und habe ihn gebeten, mir auch
38 was zu geben, ich habe darauf bestanden. So hat es angefangen.

39 00:03:32

40 I1: Wie war die berufliche Situation damals?

41 00:03:34

42 B2: Ich war. Ich bin Hotelfachmann, ne?. Ich habe zu dem Zeitpunkt
43 gearbeitet bei einer Firma (Firma), alles so was als Kellner. Da
44 war ich vorwiegend beschäftigt. Ja, und das ging ein paar Jahre
45 gut, wo es keiner mitgekriegt hat, und und also ich habe mich da
46 immer zusammengerissen und habe gedacht okay du darfst jetzt nie
47 so viel nehmen dass es andere Leute mitkriegen dass du durchhängst
48 und sie auf den (*Schluss?*) kommen der nimmt doch irgendwas, oder,
49 das wollte ich nicht. Wenn ich gemerkt habe, mir sind die Augen
50 zugefallen oder etwas dann habe ich mir mein Zeug gepackt und bin
51 nach Hause gegangen, damit es keiner sieht. Weil es kam ja doch
52 vor, dass es mal zu viel war, oder. Ja und das ging, wie gesagt,
53 ein paar Jährchen gut, bis dann von meinem Partner, wir haben uns
54 getrennt, die Beziehung ging auseinander, ich sag mal, das lag
55 daran, weil ich eben diese äh Wirkung von der Droge, zu dem Zeit-
56 punkt, noch gar nicht so richtig begriffen habe, was sie mit mir
57 gemacht hat oder mit uns gemacht hat, weil wenn man aufhört, weil
58 wir haben paar Mal versucht aufzuhören, ich wusste weder, was ähm
59 ein Entzug bedeutet oder oder wie sich das anfühlt, es ist mörde-
60 risch, und, da gab's eben Situationen, wo wir uns wirklich so
61 heftig gestritten haben und dann wirklich die Beziehung kaputt
62 war. Dann haben wir uns getrennt, er hat einen neuen Partner
63 gefunden und ist aber ständig oder regelmäßig zu mir gekommen und
64 das hat aber der neue Partner von ihm mitbekommen, das war dann
65 so, dass der bei meinem Chef damals im (Firma)angerufen hat und
66 hat gesagt, dass ich an der Nadel häng. Daraufhin hat mein Chef
67 ähm mich zu sich ins Büro bestellt, und hat gesagt „äh, gib mir
68 bitte mal deinen Geldbeutel und hatte in dem Kellnergeldbeutel
69 meine Spritze und Heroin. er wusste genau, wo er zu suchen hatte,
70 hat eine Spritze gefunden, hat mein Zeug gefunden und er hat
71 gesagt „so pass auf, ich möchte dich nicht verlieren, du bist
72 ein guter Mann, ich möchte dich behalten, was brauchst du um davon
73 wegzukommen, was muss ich tun?" Nun, dann habe ich ihm das so
74 bestätigt wie es ist, oder was ich jetzt vom Entzug her wusste.
75 Das Einzige was eigentlich hilft, weil ich wusste noch nicht gibt

76 es gab es (Einrichtung a)oder oder oder (Abteilung b), das habe
77 ich alles nicht gewusst Und habe ihm eben geschildert ,, naja das
78 einzige, was mir dann helfen kann oder helfen könnte beim Entzug,
79 wär, ihr müsst mich einschließen, ich darf nicht raus und ein
80 Alkohol vielleicht damit ich dann mal schlafen kann" sagt dann
81 ,,Okay, das machen wir, wie viele Tage dauert es?" Sage ich ,,und
82 ich denke mal fünf sechs davon werde ich schon brauchen" ich habe
83 zu der Zeit im (Hotel) Hotel gewohnt, am Bahnhof, und hatte da
84 ein Zimmer angemietet, die haben mich eingeschlossen, haben mir
85 jeden Tag was zu Essen und zu Trinken mitgebracht, aber ich habe
86 es nicht mehr ausgehalten vor lauter Schmerzen, ich habe halt,
87 meinen Ex angerufen und habe ihn gebeten vorbeizukommen und mir
88 was zu organisieren. die Tür war zu, hat er halt äh das immer
89 unten durchgeschoben. So nach vielleicht vier Tagen ging mir das
90 Geld aus, dachte ,,ja oh Gott, was machst du, musst wieder arbei-
91 ten, damit du Geld verdienst" habe, dann zu meinem Chef gesagt,
92 als er wieder jemanden vorbei schickte und sich erkundigte, wie
93 es mir geht und ob ich was brauche und da habe ich gesagt ,,mir
94 geht es gut, ich habe den Entzug gemacht, ich muss wieder unter
95 Leute, und bin ins Geschäft gefahren, also, er hat das gemacht am
96 nächsten Tag, ich konnte wieder arbeiten, ich konnte wieder Geld
97 verdienen, weil ich bin jeden Tag ausgezahlt worden, und, ja, es
98 ging auch eine Zeit lang gut

99 00:11:27

100 I1: Aber hast quasi dann nach diesem Entzug weiter konsumiert
101 wieder?

102 00:11:33

103 B2: Ja ja Ja. (Okay) Weil ich habe es nicht von Schmerzen her
104 nicht durchgehalten und es ging nicht. Aber er hat es dann doch
105 mitgekriegt. Die gleiche Prozedur noch einmal ,,so pass auf, das
106 geht nicht. Also war ich meinen Job los. Und habe dann im Tier-
107 garten anfangen können in der Waldschänke. Ich habe sogar meinen
108 mal für meinen Expartner eine Arbeit gefunden, da, also er konnte
109 da mit anfangen. Dieser neue Partner von ihm irgendwas im Schilde
110 führte. Also er wollte meine Existenz zerstören, Und habe, dann
111 durch den Dealer erfahren, dass es wohl Möglichkeiten gibt, auch
112 im Krankenhaus Entzug zu machen. Ich habe eben Angst davor, dass
113 das auch, weil ich war noch nicht polizeilich bekannt oder hatte
114 einen Eintrag oder sonst was, ich habe mich immer vorgesehen und
115 habe mich auch nicht an diesen Plätzen sag ich mal aufgehalten,
116 wo die Drogenszene sich abspielt. Und habe weiter konsumiert, bis
117 ich dann irgendwann total am Boden war. Es es ging nicht mehr,

118 sage ich mal, ich habe das selber erkannt, ich ruiniere mich, ich
119 hatte schon nichts mehr, was ich verkaufen konnte, oder. Und dann
120 habe ich gedacht, habe ich einen Bekannten angerufen, hab dem
121 meine Sache geschildert. Und der hat gesagt, ich besorge dir so
122 einen Platz auf einer Entgiftung. bin dorthin, hab ganz normal
123 entzogen, und muss sagen ich habe keine Schmerzen gespürt, nichts,
124 also es war wirklich ein warmer Entz. Ja, und dadurch hab ich halt
125 eine andere Leute auch kennengelernt und bin mit denen ins Ge-
126 spräch gekommen, wie ich da in auf Station war. Und die sagten
127 mir „es gibt die Möglichkeit, äh sich substituieren zu lassen“
128 dachte ich äh, „Wirst du da jetzt aktenkundig irgendwo? Ich hatte
129 all die Angst, dass das wirklich dann publik wird und und jeder
130 über mich Bescheid weiß. Und der Arzt dem so meine Ängste und und
131 alles erzählt und habe eben gefragt, ob es die Möglichkeit gibt
132 substituiert zu werden. das wurde festgestellt dass ich mich schon
133 mit Hepatitis C infiziert habe. wir brauchen, wenn du bei uns
134 substituiert werden willst eine Doppel-Diagnose“ die hatte ich
135 ja, diese Suchtkrankheit und die Hepatitis C dann. Und dann sagte
136 er „ich kann dich aber nur aufnehmen wenn du das zweite Mal erst
137 und dann gab er mir den Tipp, wenn wir dich entlassen, machst du
138 einen Rückfall, wir nehmen dich dann gleich wieder auf und dann
139 hast du die Möglichkeit, von uns substituiert zu werden. Weil ich
140 wollte weg, weil du stehst immer mit einem Bein im Gefängnis, es
141 ist war ja so die Droge hat mir dann ja auch nichts mehr gegeben.
142 Von Psychischen her, es war nur noch, um die Schmerzen ganz weg-
143 zunehmen, deswegen habe ich es dann immer konsumiert. an dem ich
144 bin nach Hause gefahren hab mir was gemacht und hab angerufen,
145 ich habe einen Rückfall gebaut, sagte ich. So wie es abgesprochen
146 war, ne? bin wieder auf Station gekommen, ich meine, ich hatte
147 ihn nur ein Mal was oder zwei Mal was konsumiert an dem Tag und
148 also es ging unwahrscheinlich schnell und dann hatte er auch einen
149 Platz für mich im Klinikum wo man substituiert worden ist. Der
150 Arzt sagte, für mich wäre es besser das Subutex zu nehmen, weil
151 es macht dich nicht so down und du bist klar im Kopf und das war
152 wichtig für mich, dass ich eben Herr meiner Sinne bin und und,
153 weil ich wollte ja wieder arbeiten und das sollte keiner mitkrie-
154 gen Und er hat mich dann eingestellt auf Station mit dem Subutex
155 und konnte dann schon nach knapp zwei Wochen wieder entlassen
156 werden und bin dann jeden Tag zur Ausgabestelle im Klinikum gewe-
157 sen und hab mir dann mein Substitut geholt. Ja. Bis ich dann
158 irgendwann gemerkt haben okay, ob du jetzt das Subutex nimmst oder
159 nicht, ich glaube, das hat nicht viel ist nicht viel Unterschied.
160 Weil das, du hast keinen Kick nichts nein, du nimmst es halt nur,
161 und das hat mich dann irgendwo „warum tue ich mir das eigentlich

162 an?" und habe gedacht okay, wenn du jetzt von dem Subutex ähm
163 wegstommst und gar nichts mehr konsumierst. Der Doktor hat zwar
164 bei mir zu Hause angerufen. Sage ich ,,ne, ich möchte aufhören"
165 ,,es ist nicht so schlimm wie der Heroinetzug" hat wirklich ein
166 paar Monate durchgehalten, und hab gedacht ,,okay, du schaffst
167 das wieder ein Leben zu leben, wie es früher war. Hmh. Da anzu-
168 knüpfen, bevor das mit den Drogen losging" Aber ich merkte dann
169 schon, dass irgendwas im Kopf fehlt. Sei es jetzt diese diese ähm
170 dieses Gefühl von Wärme. Ja, die Watte, die Watte war weg. Es war
171 nichts da, es war alles klar und das hat mir dann schon ein
172 bisschen Angst gemacht und ich dachte, irgendwas haut da nicht
173 mehr hin, oder. Bis ich dann wieder durch meinen Exfreund, der
174 kam mich besuchen und hatte natürlich was dabei, na ja. Ja, dann
175 war es so, wie es kommen musste, ich war wieder rückfällig.

176 00:25:22

177 I1: kannst du noch darstellen, was letztendlich so der große Lei-
178 densdruck für dich war, dass du gesagt hast ,,So geht's nicht
179 mehr" . Also was der was der Punkt wo gesagt wo du gesagt hast
180 jetzt musst du was unternehmen.

181 00:25:53

182 B2: Diese Beschaffungskriminalität die ja dann eigentlich dazu
183 kommt, dafür war ich zu blöd. Und ich wollte aber auch nicht
184 ständig äh meine Bekannten, so weit, wie ich noch welche hatte
185 weil ich habe die meisten äh Bekanntschaften oder äh Freundschaft-
186 ten sage ich mal aufgehört aufrecht zu halten. habe keine Chance
187 irgendwie an Geld zu kommen. Und das war der Grund eigentlich,
188 warum ich dann mich durchgerungen. der Bekannte den ich da hab,
189 er sagte ,,du brauchst professionelle Hilfe ähm, die helfen mir
190 dabei, die unterstützen mich, mach das"

191 00:27:58

192 I1: so dieser Zeitpunkt, dieser Prozess, von dem da, wo du das
193 erste Mal halt den Konsum irgendwie ausprobiert hast, bis zu dem
194 eben geschilderten Moment, wo du das erste Mal dann auf Entgiftung
195 warst, wie lang war das ungefähr?

196 00:28:12

197 B2: Hm. Drei Jahre? Es können auch zwei gewesen sein, ich weiß es
198 nicht

199 00:28:24

200 I1: wenn du schildern könntest ähm, was hat sich durch die

201 Substitution für dich verändert? Also ähm welche Lebensbereiche
202 haben sich in welcher Form verändert?

203 00:28:48

204 B2: Hmm, ich habe, dann nach zehn Jahren wieder, ne Situation
205 gehabt wo ich dann ganz schnell drinnen bin mit den Drogen. Und
206 habe mich durchgerungen um substituiert werden. Im Klinikum aber
207 kein Platz frei, und dann gab es eben die Möglichkeit, äh den
208 (SuAr S und F. ich bin dann (SuAr S) gegangen, ich bin dann weiter
209 substituiert worden. hatte wieder Subutex. diese gewisse Nadel-
210 Geilheit war da und ich habe halt versucht mein Substitut zu
211 injizieren, weil man will noch mal diesen Kick erleben, aber der
212 kommt nicht wieder. Bis dann eben wieder der Zeitpunkt da war wo
213 ich gesagt hab es bringt eh nichts. ich war klar im Kopf ich mein
214 und es war keine Betäubung. und da habe ich gesagt ,, versuch,
215 damit aufzuhören", habe zu dem Zeitpunkt daran gedacht ,,okay,
216 ich werde es schaffen diesmal, , so das war dann so die ersten
217 paar Wochen muss ich sagen, okay, die ersten paar Tage tun dir
218 die Knochen weh und bist dann ganz schnell entzünftig auch und das
219 war aber so, dass das diesmal habe ich gemerkt du bist nicht zur
220 Ruhe gekommen. Das war irgendwie alles unruhig, du warst aufge-
221 wühlt der Körper war zwar müde aber das Hirn hat nicht mitgespielt.
222 Und diesen Zustand wieder loszuwerden wurde ich halt wieder rück-
223 fällig wenn ich dann von alleine losgekommen zu Hause und alleine.
224 Und nach ein paar Tagen war das vorbei, und dann kam immer das
225 mit dem Kopf, du kannst dich nicht mehr konzentrieren auf irgend-
226 was, aber dann beim (SuAr S) angerufen, wieder nehmen würde, habe
227 ich gefragt in der Substitution und fragte mich, was ich alles
228 konsumiert habe, jetzt in der Zeit. Das war vielleicht ein Zeit-
229 raum von ein Dreivierteljahr, sage ich mal, nun habe ich ihm das
230 geschildert, dass ich nur Heroin konsumiert haben. Also, ich bin
231 kein Tabletten-Junkie, das war ich nie, dass ich jetzt irgendwel-
232 che Benzodiazepine genommen hatte. Ich habe wirklich nur Heroin
233 konsumiert. du musst ein Drogentest machen. hatte ich dann einge-
234 stellt und substituiert. da war ich sehr froh drüber. Er hat mich
235 achtmal immer wieder genommen. in der Zeit, wo ich substituiert
236 war habe ich nichts konsumiert, kein Heroin, und habe in dieser
237 Zeit ich war ihm sehr dankbar, dass er mich achtmal genommen hat.
238 Und ich bin dann wieder in dem Rhythmus von zehn Jahren, wo ich
239 wieder an einem Scheideweg war, mein Leben war irgendwie, nicht
240 dass ich war suizidgefährdet. Aber ich habe keine Perspektive mehr
241 gehabt. ich konnte nicht mehr arbeiten. ich habe früher zwei Autos
242 gehab, ich habe gut gewohnt, gut gelebt, gutes Geld verdient und
243 die Voraussicht, dies wieder zu erreichen, hab gesagt , das ist

244 vorbei" Ich wieder Kontakt mit meinem Ex aufgenommen, immer der
245 gleiche Kreislauf wieder so tief reingerutscht. Bin dann wieder
246 ins Klinikum, es waren genau komischerweise zehn Jahre. Und
247 dadurch aber (SuAr S) eigentlich gesehen hat in der Zeit, wo ich
248 substituiert bin, keinen Beigegebrauch habe, hat er mir immer wieder
249 die Chance zu geben. Und es gab Momente wo ich einen Test machen
250 muss bei ihm. ob er sich auf sowas einlässt, dass wenn fremde
251 Leute anrufen und sagen testen sie den. dadurch dass ich wirklich
252 nichts konsumiert habe in der ganzen Zeit kein Beigegebrauch, und
253 er das auch gesehen hat, dass ich eben mit meinem Substitut klar-
254 komm. Ich hatte mich dann zwischendurch auf Methadon umstellen
255 lassen von ihm, weil das Subutex hat mir nichts mehr gegeben, ich
256 wollte dieses Gefühl der Watte wiederhaben. So und bei dem Metha-
257 don war es aber dann so, dass ich dieses Schwitzen hatte und die
258 ganzen Nebenwirkungen und Gewicht zugelegt habe. jetzt in Kauf
259 nehmen, weil ich kam schon zurecht mit dem Methadon, ich hatte
260 eine ziemlich hohe Menge, dass ich wirklich kein Verlangen nach
261 irgendwas gehabt hätte, und das hat mir wahrscheinlich geholfen,
262 auch äh von dem Heroin wieder los zu kommen. Ja und dieses Spiel
263 habe ich ein paar Mal mitgemacht, immer in der Voraussicht aufge-
264 hört „du schaffst es, suchst dir nen Job machst aber“ es kommt
265 hinzu man wird älter. ich hatte ja diese Hepatitis, habe dann
266 versucht, eine Behandlung zu machen, ich gemeint ich sterbe jetzt
267 von dem ich, weil mir ging es absolut nicht gut, und aber nach
268 drei Monaten aufgehört damit. Ja dann, gab es Situationen wie ich
269 zur (SA R) gekommen bin, weil ich halt äh Probleme mit der Wohnung
270 hatte, die die Ankündigung von meinem Vermieter, dass er mich
271 auskippen wollte. die neue Eigentümerin die wollte plötzlich von
272 uns das Doppelte an Miete haben und da habe ich gesagt „das kann
273 ich nicht" weil ich habe ja dann, wie gesagt, vom Jobcenter auch
274 gelebt das unterstützen die auf keinen Fall oder oder zahlen mir
275 das dann", so dass ich mir Hilfe gesucht habe bei der (SA R). sie
276 hat mir sehr gut geholfen (SA R). Wir sind zu dem Mieterverein
277 gegangen „damit kommen die nie durch" Und so war es dann. Bis
278 2017, glaube ich war das. meine Miete wurde immer von der ARGE
279 überwiesen. So, dass ich nicht irgendeinen Mist bau. Und dann
280 irgendwie gab es eine Änderung und ich habe da nicht drauf ge-
281 schaut, so dass der Fehler unterlaufen ist, mir das Geld aufs
282 Konto zu überweisen. Und dadurch habe ich die Miete in diese
283 Zeitraum nicht bezahlt, und da hat sie mir wieder eine Androhung
284 der fristlosen Kündigung und das haben wir abwenden können (SA R)
285 und ich, sodass die Wohnung erst einmal weiter besteht und da bin
286 ich eigentlich sehr froh.

287 00:48:41
288 I1: Und da wohnst du jetzt noch?

289 00:48:43
290 B2: Ich wohne da jetzt noch ja. Mir ist zwar jetzt dieses Jahr
291 auch wieder so ein Ding passiert. Also Ich war froh, dass sie
292 jetzt nichts weiter unternommen hat.

293 00:50:37
294 I1: wie würdest du deine aktuelle Phase beschreiben, wenn du
295 sagst, du bist jetzt unter Polamidon und ähm kommst damit am
296 besten klar?

297 00:50:55
298 B2: momentan geht es mir wirklich gut. habe ich jetzt für mich
299 erkannt, dass es ohne nicht geht. Es wird bis zu meinem Lebensende
300 so sein, dass ich substituiert werden muss. Und um wieder Rück-
301 fälle zu bauen weil man verliert jedes Mal, wenn du einen Rückfall
302 machst. Dann wird das Geld knapp und dann verkaufst du wieder
303 Dinge, die du dir jetzt mal wieder neu angeschafft hast und die
304 Erkenntnis habe ich eben jetzt gewonnen. Und durch das Polamidon
305 wo die Nebenwirkungen nicht so extrem sind. Also ich habe das
306 Schwitzen nicht, eigentlich fühle ich mich gut. Das einzige wo
307 ich gemerkt habe es ist äh wenn ich jetzt das das äh Polamidon
308 früh morgens nehmen oder mittags, dass ich dann tagsüber doch
309 Phasen habe, wo ich äh kurz weg knacke. Wie das mit dem Corona
310 losging, war ich gerade auf Station, das war die letzte Phase,
311 die ich dann noch mal ausgelebt habe. (SuAr F) hat mich wieder
312 genommen. nach zwei, drei Tagen hieß es in der Zeit, wo wir auf
313 Station waren, war eine Patientin, die sich mit Corona infiziert
314 hatte. So jetzt hieß es für uns Quarantäne. Und dann (SA R) hat
315 dann mit ihm telefoniert, ob die Möglichkeit besteht, das Substi-
316 tut, dass sie das holt und mir verabreicht oder „nein, das geht
317 nicht“ sodass wir jeden Tag hinfahren mussten zur Ausgabe. Kommt
318 ein Anruf, dass ich vom Gesundheitsamt Corona positiv bin. sag
319 ich „Mir geht's gut“ habe keine weiteren Symptome feststellen
320 können“ Aber es war dann so, dass ich wohl ein mit Corona infiziert
321 war. So, selbst in dieser Zeit musste ich jeden Tag zum (SuAr F)
322 und wir haben dann (SA R) und ich haben gesagt „das darf ja doch
323 eigentlich gar nicht ne?“ er hat uns immer mehr in die Praxis
324 gelassen, er hat uns an der Tür rausgeworfen. So dass wir wirklich
325 der Annahme sind dass wir, der Test, dass da irgendein Fehler
326 unterlaufen ist. also ich bin vollständig geimpft.

327 01:01:40
328 I1: Aber über diese Corona-Zeit hat sich da von der Substitution
329 her was verändert für dich, oder trotz dieser herausfordernden
330 Zeit hat das alles gepasst.

331 01:01:57
332 B2: Das hat gepasst so weit. Ja

333 01:02:00
334 I1: vor Corona kam dann zu dein deine Einsicht so du willst für
335 den Rest deines Lebens substituiert bleiben und seitdem quasi,
336 okay.

337 01:02:10
338 B2: Ja, weil ich eben gesehen habe gerate ich in nach ein paar
339 Wochen in das gleiche Fahrwasser wieder, dass ich das konsumieren
340 anfangen.

341 P3 tritt ein

342 01:03:44
343 B2: Achso ich soll dir sagen du sollst (Person D)mal anrufen.

344 01:03:54
345 P3: Gut, alles klar.

346 01:04:00
347 I1: Welche Aspekte sind das, wo du sagst allein dafür lohnt es
348 sich substituiert zu bleiben?

349 01:04:28
350 B2: Äh, weil eben für mich jetzt vom Allgemeinzustand, sei es von
351 der Psyche her und äh, es passt momentan ne? und ich muss sagen,
352 dadurch eben auch eine sehr hohe Dosis bekomm. für mich war es
353 wichtig auch noch äh Dinge zu erledigen und was unternehmen zu
354 können.

355 01:05:10
356 I1: Also einfach eine höhere Lebensqualität. Okay, ja. Ähm wenn
357 du sagst dir geht es psychisch viel besser, kannst du das noch
358 konkretisieren

359 01:05:28
360 B2: Ich hatte halt zum Teil Depression. ich habe jetzt auch Anti-
361 depressiva vom (SuAr F) gekriegt und die nehme ich heute noch.
362 Ich lebe jetzt so wie es kommt und fertig aus, damit habe ich

363 abgeschlossen. Ich habe gesagt okay und wie gesagt, der Bedarf zu
364 konsumieren, der ist nicht da. da bin ich sehr froh darüber, und
365 durch die Substitution eben, ist es so, dass man, ich habe viele
366 Gespräche halt auch mit (SA R)geführt und wo ich halt das Gefühl
367 bekomme wieder dazuzugehören, in der normalen Gesellschaft klar-
368 zukommen.

369 01:07:57

370 I1: An welchen Punkten hast du so das Gefühl, in der Gesellschaft
371 klarzukommen? Hast du eine konkrete Aktivität nennen, in der du
372 sagst Du, das geht jetzt wieder?

373 01:08:05

374 B2: Ja, es war eine Zeit lang so, dass ich äh Angst hatte sogar
375 einkaufen zu gehen weil ich immer dachte, die schauen jetzt alle
376 auf mich und jeder kriegt mit, was mit mir los ist. Und das ist
377 jetzt weg, das habe ich so gut wie gar nicht mehr.

378 01:08:41

379 I1: Ja. Also man hat ja vorhin auch mal, dass du so soziale
380 Kontakte vernachlässigt hattest so in der Konsum-Zeit.

381 01:08:48

382 B2: Also ich habe sehr viele Freundschaften ähm in der Zeit wo
383 ich konsumiert habe aufgeben. Habe jetzt aber in der in der Sub-
384 stitution wieder Kontakt mit meiner Tante aufgenommen. Ich habe
385 zu meinen Eltern gar keinen Kontakt, mein Vater ist tot, ich hatte
386 einen Stiefvater und meine Mutter, die leben in Berlin, aber zu
387 denen habe ich jetzt schon über 30 Jahre gar keinen Kontakt mehr.
388 Und habe aber jetzt seit einem halben Jahr, wieder Kontakt mit
389 meiner Tante. Wir rufen uns einmal in der Woche an und sie erzählt
390 mir ein paar Neuigkeiten, sie fragt mich auch oft ,,erinnerst dich
391 noch dran, was man da da" und weil sie es nur elf Jahre älter als
392 ich. Und sie war eigentlich diejenige, die auch als Kind schon zu
393 mir gehalten hat und viel mit mir unternommen hat. Ich denke mal,
394 dass es eine Situation gab vielleicht und ich damit als Kind
395 überhaupt nicht zurechtkam, das ausgeblendet hab. Bin aber ganz
396 froh da drüber.

397 01:11:17

398 I1: Also du würdest quasi sagen, dass diese wieder Kontaktaufnahme
399 nur durch die Substitution?

400 01:11:21

401 B2: Auf jeden Fall.

402 01:11:25
403 B2: Weil ich habe mich immer geschämt, wenn Leuten sagen zu müssen
404 ,,du ich hänge an Drogen oder oder eben an der Nadel" und deswegen
405 habe ich auch den meisten oder den größten Kontakt zu meinen
406 Freundschaften abgebrochen. (SA R) sagte ,,melde dich doch mal
407 bei ihr oder es ist ja keine Verpflichtung und du musst ja siehst
408 ja was sie sagt, oder" eine Erleichterung. Aber was ich ohne
409 Substitution bestimmt also nicht gemacht hätte. Das hat mir schon
410 sehr geholfen.

411 01:12:55
412 I1: Ja. Was würdest du sagen ist im körperlichen Bezug der Unter-
413 schied unter Substitution und quasi unter Konsum, also so vom
414 Körpergefühl her.

415 01:13:08
416 B2: am Anfang 40 Kilo mehr drauf hat. Gut, ich schiebe das auch
417 ein bisschen auf das Substitut, weil damals habe ich Methadon
418 genommen. auf Entgiftung war, das letzte mal wo ich dann durchge-
419 checkt wurde äh auch herausgestellt, dass ich halt Wasser Ansamm-
420 lungen hatte überall in den Beinen, in der Lunge, zwischen Herz
421 und Lunge und und musste punktiert werden. Dadurch bin ich halt
422 medikamentös jetzt eingestellt, auch Blutdruck mäßig, Herz mäßig,
423 weil eine gewisse Herzinsuffizienz vorliegt und komme damit ei-
424 gentlich sehr gut klar jetzt.

425 01:14:25
426 I1: Gibt es da noch mehr Sachen, wo du sagst so, so Substitution,
427 die und die Herausforderungen bringt es einfach mit sich.

428 01:14:43
429 B2: Nhh. Nein eigentlich

430 01:14:51
431 I1: Okay also würdest du wirklich sagen, Substitution rund um ähm
432 gutes Programm. Ja. Okay.

433 01:14:59
434 B2: Und wie gesagt, weil ich das eben für mich erkannt habe jetzt
435 hm? Diesen Weg zu gehen und also momentan jedenfalls komme ich
436 sehr gut klar damit. Ich kann mir jetzt nicht vorstellen jetzt
437 mit dem Rollator dass ich da als alter Mann von, am Bahnhof rum-
438 hänge und und quasi wieder in der Drogenszene versuche wir etwas
439 aufzubauen.

440 01:15:59
441 I1: Und wenn du so diesen ganzen Prozess siehst, so von dem mit
442 den Ärzten und na die Ausgabe alles. Gibt es da Kritikpunkte an
443 deiner Stelle, wo du sagst so, das könnte man noch verbessern
444 oder?

445 01:16:12
446 B2: Habe es beim (SuAr F) vor Jahren geschafft dass ich eben schon
447 fünf Tage takehome hatte, das war das höchste der Gefühle bei ihm.
448 dass mit dem Corona wo ich dann jeden Tag erscheinen musste und
449 ihn wahrscheinlich der Meinung ist, er muss mich jeden Tag sehen,
450 weil ich habe ihm eben den Arztbrief auch gegeben vom Klinikum,
451 wo eben diese Herzinsuffizienz und die Blutdruck Situation und er
452 hat jetzt Angst, dass da vielleicht was passiert. irgendwann wie-
453 der ein Antrag stellen, dass ich halt wieder ein takehome bekomme,
454 um nicht jeden Tag dahin zu gehen, weil das ist eigentlich das
455 was mich damals auch dazu bewogen hat, immer wieder mal aufzuhören
456 und zu sagen dich du bist abhängig von diesem Doktor von der
457 Situation. das grenzt dich irgendwo, ich hätte das Angebot oder
458 oder könnte meine Tante besuchen. Sie kommen jetzt also hat vor
459 jetzt im Frühjahr, weil ich habe sie jetzt ja auch über 20 Jahre
460 nicht gesehen, diese dann und die Tochter von ihr ist mein Paten-
461 kind und sie wollen jetzt im Frühjahr äh mich besuchen kommen.
462 Dann nehme ich das lieber in Kauf und sage mir ,,okay, die Eltern
463 wollen eh keinen Kontakt zu mir" das hat mir auch die Tante er-
464 zählt, dass sie eben, als sie oben war, bei ihr war, in Berlin,
465 dass sie wohl geweint haben soll die Mutter und hat von mir er-
466 zählt, wie ich kleiner war und hat aber die Tante zu ihr gesagt,
467 dann ähm dass es jetzt zu spät dazu ist das wird nie wieder. Und
468 auch meine Schwester die ist sechs Jahre jünger und habe mich sehr
469 gut mit ihr verstanden. Und auch der Kontakt ist weggebrochen und
470 genau. Und das hat mich dann schon ein bisschen, ich sage mal
471 belastet.

472 01:20:23
473 I1: Gibt es an der Stelle noch irgendwas, wo du sagst, das wäre
474 jetzt auf jeden Fall noch wichtig, deiner Meinung nach noch mal
475 anzufügen?

476 01:20:36
477 B2:

478 01:21:49
479 I1: also du hattest gerade schon mal gesagt, dass du an dem und

480 dem Zeitpunkt dann zur (SA R) in die Beratung gekommen bist. Ähm
481 kannst du mal ungefähr sagen, wann das ungefähr war?

482 01:22:32

483 B2: ich glaube, es war schon 2017.

484 01:22:40

485 I1: Ja zum Anlass für diesen von diesen Mietschwierigkeiten.

486 01:22:44

487 B2: Ich ja hatte diese Mietschwierigkeiten und da waren auch De-
488 pressionen noch im Spiel. Und ja, ich hatte halt Probleme mit der
489 ARGE generell, dass die mich zu irgendwelchen Maßnahmen äh schi-
490 cken wollten

491 01:23:12

492 I1: Wie würdest du sagen hilft die (SA R) dir da dabei?

493 01:23:33

494 B2: Also die (SA R) ist erstens für mich die Person gewesen, die
495 mich bei dem ganzen Ämtergängen sehr unterstützt hat. Weil ich
496 habe gemerkt für mich, dass ich ganz anders behandelt worden bin,
497 wenn die (SA R) dabei war. Und die (SA R) war eben auch diejenige,
498 die hat mir keinen Tritt in den Arsch gegeben, aber die mich halt
499 immer wieder motiviert hat und gesagt hat „komm das und das
500 müssen wir in naja, ja, in Angriff nehmen" und ja so wars die die
501 ich hatte zum Beispiel ein Problem zu Ärzten zu gehen. Aber da
502 hat sich (SA R) bereiterklärt mitzugehen. Und da bin ich ihr
503 wirklich sehr dankbar.

504 01:25:45

505 I1: Also wirklich ganz individuell die Punkte, wo du irgendwie
506 Hilfe brauchst, wo du einfach Unterstützung gebraucht hast, wo
507 sie dir gut getan hat, da war sie quasi für dich da

508 01:25:52

509 B2: Auch die Situation dass ich in der Wohnung gestürzt bin. Dann
510 habe ich sie angerufen, dann ist sie vorbei gekommen haben mich
511 halt aufgehoben in der Wohnung.

512 01:26:36

513 I1: wie würdest du sagen behandelt sie dich? Wie fühlst du dich
514 so im Umgang mit ihr? Ist es auf Augenhöhe? Fühlst du dich ernst
515 genommen?

516 01:26:52
517 B2: Ja, auf jeden Fall, weil äh (SA R) ich habe es noch nicht
518 erlebt, dass sie einmal gesagt hätte äh „das hättest du jetzt
519 nicht machen sollen“ Sie hat immer mit mir auf Augenhöhe äh gere-
520 det. Hat mir vertraut. Ich ihr auch und ja, wie soll ich sagen,
521 es ist wie eine Freundschaft entstanden eigentlich dadurch. Weil
522 sie hat mich oft motiviert und wie das wie gesagt mit der Tante
523 da das war auch Ihre Idee. Da vielleicht wieder Kontakt aufzuneh-
524 men und auch wenn es nichts geworden wäre sie hätte mir nicht den
525 Kopf abgerissen.

526 01:28:02
527 I1: Kannst du es vielleicht noch mal an einem Beispiel wirklich
528 konkret in dem und dem Punkt fühle äh ich mich wirklich gut be-
529 handelt von ihr.

530 01:28:34
531 B2: Äh ich kann mich an einen Tag erinnern, da hatte ich eine
532 Sanktion von der ARGE. Da habe ich sie gebeten mitzukommen auf
533 die ARGE, weil ich eben die Erfahrung gemacht habe, wenn ich
534 alleine dort bin dann wirst du behandelt wie das Letzte. Aber wenn
535 jemand dabei ist, äh sieht es gleich ganz anders aus und die (SA
536 R) hat sich immer vorgestellt als Sozialarbeiterin von mir und da
537 hat sie mich sehr unterstützt dabei. Da gab es eine Situation wo
538 ich, wenn Sie nicht dabei gewesen wäre, äh aufgestanden wär und
539 die Tür zugehauen und wäre gegangen und dadurch sie aber dabei
540 war, konnten wir das doch abwenden und und, gut ich habe geweint
541 und. Also da muss ich sagen hatte ich auch keine Hemmungen jetzt
542 vor der (SA R) diese Gefühle rauszulassen.

543 01:30:42
544 I1: Also da geht es ja eigentlich viel mehr als über diese Situ-
545 ation zwischen (SA R) und dir hinaus, kann man eigentlich sagen,
546 oder?

547 01:30:57
548 B2: Ja, auf jeden Fall.

549 01:30:59
550 I1: Ja.

551 01:31:00
552 B2: So war es damals. Und als wir dann äh die Rente beantragt
553 haben, diese Erwerbsunfähigkeitsrente. Äh das hätte ich alleine
554 ja überhaupt nicht gestemmt. Und da hat sie mich wirklich

555 unterstützt von ersten Tag an und. Also sie hat sehr viel für mich
556 wirklich getan.

557 01:31:37

558 I1: Vielleicht kannst du in die Richtung nochmal beschreiben so
559 dieses so ähm bewegt sie dich zu irgendetwas oder unterstützt sie
560 dich eher? Geht es eher an deiner Seite?

561 01:32:14

562 B2: Also, ich kann nur so viel sagen, dass gerade die Situation,
563 wo ich aufgehört habe ne? oder nicht mehr zum zum (SuAr F) bin
564 damals. Ähm da hab ich sie angerufen und hab gesagt gleich ,, (SA
565 R) ich hab Scheiße gebaut" ,,was hast du denn gemacht?" Ich sage
566 ,,naja, bin nicht mehr hin und aus dem und dem Grund. Versuch du
567 doch mal, ob er dir das Medikament aushändigt" Und da hat sie
568 wirklich mit dem (SuAr F) telefoniert. Und der (SuAr F) hat eben
569 zu ihr gesagt, er muss schauen, dass er spätestens morgen da ist,
570 weil sonst muss ich ihn abmelden. Und dann hab ich gesagt ,, (SA
571 R) wie soll ich das machen? Ich weiß nicht, ob er sich vorstellen
572 kann, dass meine Beine so dick angeschwollen sind, dass ich in
573 keine Hose komme. Und die Füße äh ich komme in keine Latschen und
574 keine Schuhe." Ich wusste genau, jetzt geht es schon wieder in
575 dieses Fahrwasser. Und dann habe ich auch zu ihr gesagt ,, (SA R)
576 ich versuche dass, wenn er mich jetzt abmeldet äh es auszuhalten"
577 Und ich wusste ja, dass wenn du äh bei dem (SuAr F) glaub ich
578 selber gehst und oder eher dich runter dosiert du dann ein Vier-
579 teljahr Sperre hast bei ihm. Und es ging nicht.

580 01:35:16

581 I1: Okay hmh. Wie du sie angerufen hast, meintest du hast Scheiße
582 gebaut, äh wie war Ihre Reaktion?

583 01:35:24

584 B2: ,,Auch das gehört dazu", sagte sie. Was ist, also dann im
585 Gespräch als ich wieder war, sagte sie ,,auch das gehört dazu"
586 weil ich bin dann wieder rückfällig geworden und das habe ich ihr
587 sofort gesagt. dann hat sie gesagt ,, ja das passiert. Du musst
588 auch scheitern oder daraus lernst du wieder" deswegen habe ich
589 jetzt erkannt, ich werde es bis zum Schluss brauchen. Die Substi-
590 tution und gut ist.

591 Da denke ich mir oft warum gibt es da nicht die Möglichkeit, uns
592 ganz normal äh zu substituieren, aber das hat jeder dann selber
593 in der Hand und wenn er nicht klar kommt, muss er ehrlich zu sich
594 selber sein und muss sagen ,,okay, das bringt mir nichts wenn ich,

595 wenn es mir zwei Tage gut geht und drei Tage aber ich einen Entzug
596 mache" Und da finde ich, sollten sie eben schon Unterschiede ma-
597 chen vom Alter her. Und, wir sind so und so mit den UKs oder oder
598 ich darf einen Speicheltest machen beim (SuAr F) weil ich Probleme
599 mit dem Pinkeln hatte.

600 es gibt ganz viele die substituiert, aber einen Beigebrauch von
601 Benzodiazepinen haben. Warum besteht da nicht die Möglichkeit
602 diesen Menschen den Beigebrauch zu genehmigen.

603 Ich war mal mit nem Bandscheibenvorfall im Krankenhaus, da haben
604 sie mich ins Südklinikum gefahren, weil ich sechs Stunden vor der
605 Couch gekniet bin so und mich nicht mehr rühren. Und die haben
606 mir im Krankenhaus Musaril gegeben. Ich musste dort über Nacht
607 bleiben, am nächsten Tag keine Schmerzen. Bin hin habe ihm den
608 Arztbrief gegeben. Weil ich wusste, dass das Musaril, so wie die
609 gesagt haben, äh zeigt es halt äh Benzodiazepine an. das war die
610 Zeit, wo ich takehome hatte. am Mittwoch oder 3 Tage später war
611 das dann, sagt er zu mir ,,wir machen heut mal einen Test" ne?
612 Nach dem Test rief er mich und sagte ,,sie sind positiv" sage ich
613 ,,Ja, ich hab Ihnen doch den Arztbrief vorgelegt und Ihnen gesagt,
614 dass ich das und das Medikament bekommen habe" ,,Das ist für uns
615 nicht nachvollziehbar, ob sie jetzt äh von diesem Medikament nur
616 den dass das ausschlaggebend war oder ob sie wirklichen Beige-
617 brauch hatten" Ich sage ,,da bin ich" weil ich mich ungerecht
618 behandelt fühlte, habe ich gesagt ,, (SuAr F) Sie wissen ganz genau
619 dass ich kein Freund von Tabletten bin. Dass ich keine zu mir
620 nehme, mir gefällt der Zustand einfach nicht. Genauso wie beim
621 Kiffen, das gefällt mir nicht. Ich will wie gesagt äh noch denken
622 können und wissen, was ich tue" Und da hat er mir daraufhin mein
623 takehome gestrichen. Sodass ich wieder jeden Tag kommen musste.
624 Und da habe ich mich wirklich sehr ungerecht behandelt gefühlt.
625 Und da habe ich mir gesagt, ich meine jeder andere der zu einem
626 Arzt geht und ein Medikament sich verschreiben lässt oder was und
627 sei es nur eine Aspirin oder was, der wird anders behandelt wie
628 wir. Damit wollen sie ihre Macht und und irgendwie ausspielen.
629 Und da denke ich, da muss ich noch sehr viel ändern oder muss
630 vieles getan werden, um auch eine gewisse, äh ein gewisses Ver-
631 trauensverhältnis aufbauen zu können. Denn es ist wichtig, dass
632 der Arzt sich auf dich verlassen kann, aber natürlich auch auf
633 den Arzt.

634 01:45:52

635 Il: Also dann ist das wirklich ein Ansatzpunkt, wo du sagst, da

636 ist eindeutig noch was zu machen so in diesem ganzen, in diesem
637 ganzen Gefühl, dich akzeptiert zu fühlen in deiner Substitution?

638 01:46:08

639 B2: zurzeit da komme ich sehr gut mit ihm zurecht. Aber wie gesagt,
640 es es ist müsste sich einiges tun noch um den Patienten, äh wirk-
641 lich ein Vertrauen zu geben. Dass, man kann nicht alle über einen
642 Kamm scheren, ne? Und er muss doch erkennen, weil er gesagt hat
643 oder sagte mal ,,sie wissen gar nicht, wie oft ich belogen werde
644 am Tag" Ich sage ,,ja, das kann ich mir schon vorstellen" Und da
645 finde ich, sollte man schon Unterschiede machen. da finde ich,
646 wäre es wichtig, auch Ausnahmen mal machen zu dürfen. Eben wenn
647 ich mal eine Familienfeier plane. Und das passiert halt jedem
648 Menschen dort, dass er mal kurzfristig äh übers Wochenende mal wo
649 hinfährt, wo du bei uns überhaupt nicht die Möglichkeit hast.

650 01:49:32

651 I1: Durch die Substitution und die Ärzte an sich? Oder äh wie ist
652 es so im Kontrast zur Beratung, als würdest du sagen, die Beratung
653 irgendwie gibt dir manchmal Wege vor? Oder ist es wirklich bloß
654 so, dass der Bereich der Ärzte und der Substitution an sich.

655 01:49:50

656 B2: Das ist eigentlich nur der Bereich der Ärzte. Hier in der
657 Beratung kommt man mir auf Augenhöhe entgegen, ne? Ich kann ja
658 mit allen Problemen kommen, mit mit allem was mir auf der Seele
659 liegt und ich werde angehört und mir wird geholfen. Du hast aber
660 bei einem Arzt wenn jetzt nicht so ist er wollte ja eine zeitlang
661 gar nicht, dass die Patienten mit ihm über psychische Ursachen äh
662 behandeln lassen. Das lehnt er ab, weil er sagt ,,ich substituiere
663 Sie aber für also für Psychiater, äh na? Ist er nicht, da sollen
664 wir uns einen anderen Arzt suchen, mit dem wir oder von dem wir
665 uns behandeln lassen. Und da denke ich mir auch komisch, das Geld
666 will er nehmen. Aber auf der anderen Seite äh will sich mit uns
667 ja gar nicht befassen.

668 Er müsste wirklich unterscheiden ob ich jetzt mit 18 19 in die
669 Substitution gehe oder ob jetzt ein Patient vor mir sitzt, also
670 wie ich jetzt mit 60 Jahren und wo eigentlich wie gesagt, ich
671 werde es bis zum Ende brauchen. Aber den Alltag relativ einfach
672 zu gestalten und uns Unterstützung geben dabei, ne? Wenn er sieht,
673 es ist kein Beigebrauch, es ist kein äh Missbrauch oder sonstiges.
674 Den Unterschied macht er nicht. Und der kommt jetzt zum Teil auch
675 mit mit Forderungen, wie ich auch gesagt habe vorhin, die (SA R)
676 sollte (Person D) anrufen. Die hat das Problem sie hatte wurde

677 mit Überdosis eingeliefert und jetzt verlangt er von ihr, dass
678 sie einen Betreuer in Anspruch nimmt. Sagt sie, das möchte sie
679 nicht. Ja, entweder möchte sie ihren Platz behalten oder oder.
680 Was hat er denn aber gekonnt, wenn er die jetzt runter dosiert?
681 weil sie sich keine Betreuer nehmen will. Und und damit ist sie
682 doch in einer Situation, wo sie genau weiß, jetzt wird sie wieder
683 abstürzen. Es ist wieder so. Und da finde ich wäre es doch seine
684 Aufgabe als als Psychologe oder Psychiater zu sagen „okay, ich
685 fang die Frau auf" Sicherlich hat er es schon ein paar mal versucht
686 mit ihr. Aber wie auch wenn die (SA R) sagt „auch Rückschläge
687 gehören dazu oder das Scheitern. Nein, ne?" Und das müsste er doch
688 wissen. Dass er jetzt wirklich, wenn er sowas macht, Grund unpro-
689 duktiv ist.

690 01:54:33

691 I1: Das klingt, als würde es da einfach an Menschlichkeit mangeln.

692 01:54:35

693 B2: Ja. Ja. Nur von den Gesetzen her nach dem Buche, weil es da
694 so steht. Wo du dann sagst eben hier nicht das Gefühl haben. Hier
695 wird uns zugehört, wir werden ernst genommen und wir werden, auch
696 wenn man das möchte, Tipps geben.

697 01:55:14

698 I1: würdest du ganz allgemein sagen, dass Substitutionsbehandlun-
699 gen im Hinblick auf alle Aspekte den Menschen akzeptiert?

700 01:55:54

701 B2: An sich ist es so, dass die Substitution, ich meine sagt der
702 Name schon da ist, um dir eine gewisse Unterstützung zu geben
703 deinen Alltag zu bestreiten. So, und wenn ich dann aber sehe, dass
704 äh dir zum Teil von den Ärzten äh Steine in den Weg gelegt werden.
705 Nun nicht mal alleine von den Ärzten auch von der ganzen Politik.
706 Von Seiten der der Drogenbeauftragten und und wer da alles was zu
707 sagen hat äh, dass da irgendwo nach außen hin sind wir zwar die
708 die wie sag wie soll ich sagen, die armen Junkies oder uns muss
709 geholfen werden. Aber im Grunde möchte sich doch keiner richtig
710 mit uns abgeben. wir sind nicht dumm wir erkennen das ja direkt.
711 Und was aber die Ärzte betrifft äh warum, ich denke mal, dass die
712 hier auch Zusammenkünfte haben und und sich besprechen. Warum,
713 das ist nämlich schon seit Jahren bekannt, dass die Substituti-
714 onsplätze äh nicht ausreichen. Warum muss es so lange Wartezeiten
715 geben zum Teil. Warum schafft man denn nicht genug Plätze? Oder
716 oder äh Arztpraxen. Es muss doch nicht unbedingt jetzt ein Arzt
717 sein der mir das Substitut gibt. Das denke ich mir oft im Klinikum,

718 wo ich da in der Substitution war. Das sind die Krankenschwestern
719 oder die Pfleger, die uns das aushändigen. Und und es wäre doch
720 aber den Leuten äh bestimmt mehr geholfen, gleich so wie sie die
721 Erkenntnis haben sie wollen sich substituieren lassen, gleich sie
722 aufzunehmen und ihnen die Möglichkeit geben äh substituiert zu
723 werden. Denn für uns als Junkie sage ich mal, oder Ex-Junkie, ist
724 es doch so, dass wenn du dich auf Entgiftung anmeldet, da geht es
725 schon mal los, dann heißt es „wir haben eine Warteliste“, da
726 wirst du eingetragen. Aber da sind ja zum Teil Wartezeiten ent-
727 standen, von drei Wochen, von Monaten, manchmal sogar zwei Monaten
728 oder was. Äh wissen die gar nicht was es für einen Junkie bedeutet
729 zwei Monate durchzuhalten? Und da denke ich, muss sich viel noch
730 ändern. gerade durch das Crystal Meth jetzt wo eben sehr viele
731 junge Leute die Erfahrung machen. Und ich finde es gut, dass es
732 die Möglichkeit gibt dort auf Station zu entgiften. So, dann kommt
733 aber nach zwei Wochen oder manchmal drei Wochen äh die Zeit, wo
734 sie die Betten wieder brauche und die Leute entlassen. Aber wohin
735 entlassen sie denn die Leute? Und drei Wochen langen nicht um
736 erstens mal ein Vertrauensverhältnis aufzubauen oder, das das die
737 wissen doch genau, sie entlassen die Leute in die gleiche Misere,
738 ne?, wie sie gekommen sind. Es ist doch aber auf einer Seite nur
739 rausgeschmissenes Geld, äh wenn jetzt so ein Jugendlicher mit 19
740 Jahren alle zwei Monate oder drei Monate auf der Matte steht und
741 entgiften will. Das kostet sehr viel Geld, dieser Aufenthalt. Und
742 und ihm aber keine Perspektive aufgezeigt wird äh wie es weiter-
743 geht. Selbst die Sozialarbeiter im im Klinikum jetzt, denke ich
744 denen fehlt die Zeit. Und ich habe immer gesagt äh es sind auch
745 viele drinnen, die betriebsblind geworden sind. Es ändert sich
746 nichts. Aber es fehlen wirklich wahrscheinlich die Mittel um dass
747 man mit gerade den jungen Leuten äh Perspektiven aufmalen
748 könnte. Jetzt nicht raffiniert, weil sie wollen immer dass eine
749 Therapie angestrebt wird und und und. Aber manche wollen gar nicht
750 oder sind gar nicht fähig eine Therapie zu machen. In der jetzigen
751 Situation wo sie sind und die Erkenntnis kommt vielleicht später
752 irgendwann mal.

753 02:05:05

754 I1: Ja das sind auf jeden Fall Punkte, die ich dann auf jeden Fall
755 auch mit aufgreifen will später in meiner Arbeit.

756 02:05:29

757 B2: Und das ist eben auch wie es damals war, als dieses äh Heroin
758 Programm, was da getestet wurde. Und sie haben ja, oder so viel
759 hat man gehört davon, dass eben viele die in diesem Programm dann

760 waren ähm ihren Alltag wieder ganz anders gestalten konnten, ne?
761 Und und sie nehmen diese Beschaffungskriminalität weg, du hattest
762 halt die Gewissheit du bekommst deinen Stoff jeden Tag. Und die
763 Erkenntnis hat man ja gemacht. Warum setzt man das dann nicht
764 durch. Gut ich kann jetzt keinen, der jetzt vielleicht äh zwei
765 daraus gemacht hat und und und gleich mit Heroin substituieren.
766 da würde erstens mal der Beigebrauch wegfallen von diesen Benzos
767 und hast du nicht gesehen, was es da alles gibt, das ist ja. Und
768 zumal die Wirkung dann ja auch ähm verheerend ist.

ANHANG 7: REDUZIERTES TRANSKRIPT INTERVIEW

EXPERTIN

1 00:00:00

2 I1: Also so zur Eröffnung wär ganz gut, wenn du halt nochmal
3 allgemein kurz beschreibst, es muss jetzt auch nur oberflächlich
4 sein, einfach nochmal deine Tätigkeit die Stelle hier ganz grob
5 anschneiden.

6 00:00:13

7 B1: Okay. Also mein Name, soll ich meinen Namen?, ist (SA R). Ich
8 bin jetzt im sechsten Jahr bei (Einrichtung a) von Anfang an im
9 (Abteilung b). Das ist die Abteilung, sage ich immer für substi-
10 tuierte Menschen, also Menschen, die in diesem Drogen Ersatz Pro-
11 gramm sind. Und meine Tätigkeit hier ist ausschließlich beratende
12 Tätigkeit mit einer kleinen aufsuchenden Arbeit, die ich in einer
13 Arztpraxis mache, die auch substituieren. Da mache ich eine Au-
14 ßensprechstunde einmal in der Woche. Aber sonst ist diese Beratung
15 also es ist rein beratend. Vorher habe ich noch Streetwork ge-
16 macht, aber das mache ich nicht mehr.

17 00:00:53

18 I1: Meine erste Frage wäre jetzt so das Klientel, ob du da mal
19 grob einen Überblick geben kannst?

20 00:01:11

21 B1: Also erst mal grundsätzlich, also gibt es tatsächlich, also
22 es gibt nichts, was es nicht gibt. Äh aber natürlich, die (Ein-
23 richtung a) zieht natürlich ein bestimmtes Klientel an. Das heißt
24 äh die Leute, die zu mir kommen sind auf alle Fälle substituiert
25 oder ähm haben Interesse in Substitution zu kommen. Und ähm Durch-
26 schnittsalter würde ich jetzt mal sagen, ist so Mitte 30 bis Mitte
27 40. Es kommen mehr Männer, aber auch weil es gibt ja noch eine
28 andere Beratungsstellen Stelle nur für Frauen. Also es gibt ein-
29 fach auch mehr drogenabhängige äh Männer oder die sind sichtbarer
30 als die Frauen. Ähm das spiegelt sich natürlich bei uns in der
31 Beratung auch wieder.

32 00:02:02
33 I1: Kannst du so zur Nationalität noch was sagen?

34

35 00:02:05
36 B1: Also Deutsche. Wir haben natürlich das Angebot hier jetzt auch
37 im (Abteilung b) durch die durch die (SA A) die Russisch spricht,
38 können wir natürlich auch viele russischsprachige Menschen auf-
39 nehmen. Wir haben drüben in der Beratungsstelle ja auch ähm eine
40 Kolleginnen und Kollegen, die Farsi sprechen. Deswegen kommen na-
41 türlich auch Menschen, die Farsi sprechen. Ähm ja, also aber
42 hauptsächlich würde ich schon sagen, dass es also Deutschspra-
43 chige.

44 00:03:05
45 I1: Aber tendenziell schon bunt gemischt.

46 00:03:06
47 B1: Bunt gemischt, ja. Auf alle Fälle.

48 00:03:10
49 I1: Okay zu Berufsgruppen kannst du da grob, was hast du häufig.

50 00:03:17
51 B1: Ja, also klassisch ist tatsächlich ähm im ALG II Bezug. Das
52 ist schon hauptsächlich, manche sind schon auch in Arbeit, dann
53 sind die eher so ähm oder viele sind so, machen so Schichtarbeit,
54 was ich ziemlich crazy finde, weil ähm die müssen das natürlich
55 auch mit der Substitution vereinen, das ist natürlich immer
56 schwierig.

57 00:03:44
58 I1: dann so bisschen zu diesem Beratungs-/ Hilfe-Prozess und -
59 Aspekt. Ähm jetzt so allgemein beleuchtet, was für Veränderungen
60 kannst du wirklich durch die Substitution feststellen?

61 00:04:02

62 B1: Okay. Also es ist natürlich auch sehr unterschiedlich, ähm
63 aber wenn man jetzt mal von jemanden ausgeht, der noch nie in
64 Substitution war. Aber kommt jemand zu mir war noch nie in Sub-
65 stitution, geht es den meisten sehr sehr schlecht. Also ist in
66 einem sehr desolaten Zustand, in so einem sehr ähm schlechten
67 gesundheitlichen Zustand, auch also einen psychosozialen,
68 schlechten psychosozialen Zustand. Und durch die Substitution,
69 beobachte ich schon eine gesundheitliche Stabilisierung und dann
70 auch, also mit der Zeit dann auch eine psychische Stabilisierung.
71 Ist es wirklich so wie wie verändere ich meine Rahmenbedingungen?
72 Also finde ich zum Beispiel eine Wohnung? das ist bei ganz vielen
73 Themen, die halt in einer Obdachlosenpension wohnen und dann eine
74 Wohnung finden wollen, wenn sie die Zustände mehr wahrnehmen. Und
75 das stört sie natürlich auch, das ist natürlich dann immer schwie-
76 rig, da eine schnelle Veränderung herzustellen, auch zum Beispiel
77 sowas wie Arbeit finden. Das ist oft auch einfach schwierig, weil
78 man ja erst mal in Substitution jeden Tag hingehen muss und dann
79 ist es schwierig, dann eine Arbeit zu finden. Ähm man hat schon
80 auch am Anfang vielleicht auch noch mal mit Rückfällen oder auch
81 mit Beikonsum zu kämpfen. Menschen sich wieder mehr wahrnehmen,
82 vielleicht dann auch ähm Sachen angehen, die sie vorher nicht
83 angegangen sind, was auch Gesundheit angeht.

84 00:05:54

85 I1: was ist daran stabiler dann?

86 00:06:02

87 B1: wenn sie hierher kommen sind die intoxikiert. Das heißt die
88 konsumieren regelmäßig, in einem nicht so klaren Zustand. Und das
89 wird durch die Substitution geändert. Also das heißt, man hat erst
90 mal wieder man hat wieder den Zugang zu den Menschen. durch in-
91 travenösen Konsum haben viele zum Beispiel auch so Abszesse, dann
92 können sie sich um ihre Wunden kümmern. Ähm das meine ich so mit
93 da der Zustand verändert sich. Also viele zum Beispiel gehen dann
94 auch ähm die diese die Hepatitis C Behandlung an, wenn die stabil
95 in Substitution sind. ihnen wieder das Äußere auch wichtiger wich-
96 tiger als vorher. Und viele machen lassen sich zum Beispiel die
97 Zähne machen.

98 00:07:34
99 I1: also wie würdest du sagen, trägst du dann an der Stelle bei?

100 00:07:46
101 B1: in erster Linie gebe ich natürlich erst einmal Informationen.
102 was ich immer sehr sehr wichtig finde, ist denen ein realistisches
103 Bild der Substitution, auch der Substitutionslandschaft. weil na-
104 türlich Substitution nichts Niedrigschwelliges ist. Ähm ja und
105 dann bin ich halt Ansprechpartnerin eigentlich für alles. Also
106 das ist halt immer diese psychosoziale Beratung, ist nicht klar
107 abgesteckt und ähm ist wie so eine Blackbox, sage ich immer und
108 die kann man halt individuell füllen. wenn es um so organisatori-
109 sche Dinge geht, also ich behalt schon auch manchmal den Überblick
110 für Leute erstmal mit. Also ich versuche natürlich immer die Ver-
111 antwortung dann auch wieder abzugeben, weil es natürlich wichtig
112 dass sie auch ähm alleine und selbstbestimmt ihr Leben leben kön-
113 nen.

114 00:09:04
115 I1: Kannst du noch so zum psychosozialen Aspekt ein bisschen was
116 dazu sagen?

117 00:09:14
118 B1: ich biete den Leuten halt einen Schutzraum um auch zum Beispiel
119 über ihren Konsum zu sprechen, was natürlich sehr sehr wichtig
120 ist, wenn man anfangen möchte, den Konsum zu reflektieren. ich
121 gehe da nicht bewertend dran. Also wir haben ja auch diesen ak-
122 zeptierenden Ansatz, ähm was finde ich ein Riesenvorteil ist auch
123 mit den Menschen auf Augenhöhe ähm zu zu sprechen. gegebenenfalls
124 auch den Konsum zu verändern.

125 00:09:58
126 I1: Also wie ist setzt du so die akzeptierende Drogenhilfe um?

127 00:10:18
128 B1: Also ganz wichtig ist mir ähm, dass Menschen selbstbestimmt
129 Entscheidungen treffen können mmh und sind immer diese Expertinnen
130 sie sind Expertinnen ihres Lebens. Also ich biete Optionen, sie
131 müssen es aber umsetzen und ähm wenn da halt gerade im Moment die
132 Entscheidung ist zum Beispiel zu konsumieren, ist das für mich

133 auch erst mal okay, hm und ich habe in der Arbeit so mit dem
134 Ansatz auch erfahren, dass ähm das ist einfach ein viel leichter
135 Zugang ist und da auch ganz ganz ehrliche aufrichtige Gespräche
136 entstehen können, weil das darf man nicht vergessen, also Menschen
137 die halt konsumieren, können oft nicht ganz aufrichtig sein, weil
138 es einfach ähm tabuisiert ist oder auch kriminalisiert wird. finde
139 ich sehr wertvoll, ädass ich nicht sagen muss, also wenn du mit
140 mir sprechen willst, dann ähm musst du sagen, du willst aufhören
141 mit den Drogen. Weil für viele Menschen ist es kein und da finde
142 ich, kann man doch auch darüber sprechen, ähm wie kann ich zum
143 Beispiel meine Substitution so ähm stabilisieren oder auch ähm ja
144 zu welchem Arzt könnte ich zum Beispiel wechseln, dass ich wieder
145 ähm einfach ein selbstbestimmteres Leben bekomme? So, und ich finde
146 schon manchmal, dass also der Ansatz hier zum Beispiel und das
147 Suchthilfesystem nicht so ganz ineinandergreifen. Weil viele Dinge
148 zum Beispiel Therapie oder wenn man in betreutes Wohnen will oder
149 irgendwelche Mutter Kind Heime oder sowas, dann muss immer da ein
150 bestimmter so ein Abstinenzgedanke da sein. Und wenn der halt
151 nicht da ist dann weiß man nicht wo man in den Leuten hin soll.
152 Aber selbstbestimmtes Leben müssen Menschen aber auch wieder ler-
153 nen, denen einfach gar nicht gestattet wird, dass sie Entschei-
154 dungen treffen dürfen.

155 00:13:01

156 I1: Genau da trägt ja dann auch diese Haltung in der psychosozialen
157 Beratung dazu bei, ne?

158 00:13:04

159 B1: Genau genau.

160 00:13:06

161 I1: Dieses Menschenbild, würdest du sagen, das ist etwas, was du
162 von Anfang an hattest? Hat sich das entwickelt?

163 00:13:12

164 B1: das hat sich entwickelt. weil ich hatte vorher mit der Sucht-
165 hilfe noch gar nichts zu tun. so in den Köpfen der Menschen,
166 Menschen können nur gute Leben führen, wenn sie halt nicht konsu-
167 mieren. Und das sehe ich halt dass das nicht so sein muss. Ähm
168 und das hat sich entwickelt durch die Erfahrungen die ich halt

169 hier gemacht habe. Also und auch so dieses man kann nicht alle
170 retten, was bedeutet überhaupt dieses Retten? das da kann man dann
171 natürlich nochmal drüber diskutieren, aber das ist natürlich eine
172 Entwicklung, die man also nicht nur in der Suchthilfe, sondern
173 allgemein in der Sozialen Arbeit einfach auch macht.

174 00:13:55

175 I1: Unterscheidet sich da manchmal dein professionelles Menschen-
176 bild von deinem persönlichen Menschenbild oder von deiner Welt-
177 sicht.

178 00:14:13

179 B1: also es unterscheidet sich. manche Menschen die jetzt hier in
180 die Beratung kommen die würde ich privat ablehnen. Also es gibt
181 auch rassistische Äußerungen oder Einstellungen. Ähm mit Menschen,
182 die sich zum Beispiel so äußern oder sowas würde ich privat nicht
183 nichts zu tun haben und da unterscheidet sich natürlich mein pro-
184 fessionelles Ich und mein privates Ich ähm voneinander. Das ist
185 auch eine große Herausforderung. Ähm, ja. Und was halt Grenzen
186 sind, mit dieser akzeptierenden Haltung stößt man oft an Grenzen,
187 weil das Suchthilfe System an sich nicht so ausgelegt ist. Schau
188 dir die SubstitutionärztlInnen an, du gehst dahin zu einer medizi-
189 nischen Behandlung, kriegst ein Medikament und wenn du halt ähm
190 zum Beispiel Beikonsum hast oder sowas wird dir das Medikament
191 halt entzogen. In welcher medizinischen Behandlung hat man das?
192 Äh und da komme ich halt mit meiner akzeptierenden Haltung leider
193 nicht so nicht so weit. Weil viele andere, die in diesem System
194 halt auch zu tun haben, diese Haltung einfach nicht haben und auch
195 nicht transportieren.

196 00:15:43

197 I1: Siehst du das akzeptieren manchmal hinderlich sein kann oder
198 ja Steine in den Weg legen kann?

199 00:15:56

200 B1: bei vielen Dingen, wie zum Beispiel auch Therapie, wenn du
201 Therapie machen willst, musst du erst mal eine Einrichtung finden,
202 die äh Substitution gestützt arbeitet. Viele Therapieeinrichtun-
203 gen arbeiten nicht mit durchgehender Substitution, sondern das
204 Ziel ist da auch eine Abdosierung der Substitution. also wieso

205 können denn Menschen, die Jahre jahrelang schon substituiert sind
206 nicht einfach ihre medizinische Behandlung behalten? Und es gibt
207 ja noch andere Dinge, die sie bearbeiten müssten. Also das ist
208 zum Beispiel die eine Rentenversicherung genehmigt substitution-
209 gestützte Therapie, die andere halt nicht und man weiß nicht wa-
210 rum. Also es gibt überhaupt gar keine Begründung dafür, warum sie
211 das tun. Ähm ja, solche Sachen halt. Schon alleine ähm in welchen
212 Lebenslagen kannst du denn offen damit umgehen, dass du Konsum
213 hast auch in Substitution bist? Also welcher Arbeitgeber welche
214 Arbeitgeberin versteht es, dass du sagst ähm „ich muss jeden Tag
215 pünktlich bei meinem Substitutionsarzt sein, sonst kriege ich halt
216 ein Medikament nicht“. Ähm kannst ja nicht immer verschwinden.
217 weil natürlich eine große Stigmatisierung da ist.

218 00:17:28

219 I1: Es ist halt immer so dieser juristische Hintergrund auch

220 00:17:30

221 B1: Ja! also man kann natürlich der Polizei nicht erklären, das
222 mache ich selbstbestimmt, also du kriegst halt auch Strafen dafür.
223 Viele haben Hafterfahrung, ähm haben irgendwelche Bewährungs am
224 Laufen.

225 00:17:50

226 I1: Es ist halt schwer, eine gewisse akzeptierende

227 00:17:55

228 B1: für die ist halt der Ansatz weg von den Drogen das A und O
229 und nur das ist auch Erfolg. hier in der Drogenhilfe was ist
230 erfolgreich?

231 00:18:19

232 I1: Meinst du jetzt so den Rest der Gesellschaft?

233 00:18:19

234 B1: Ja, genau. Also weil viele halt nur den Erfolg darin sehen,
235 wegzukommen von den Drogen. Und das würde ich halt also nicht so
236 sagen, dass das immer nur Erfolg sein kann.

237 00:18:30
238 I1: Also würdest du sagen dass akzeptierende Drogenhilfe allgemein
239 in der Gesellschaft einfach wenig Anklang findet.

240 00:18:35
241 B1: Ja, würde ich so sagen.

242 00:18:39
243 I1: funktioniert deiner Meinung nach Substitution im Sinne der
244 akzeptierenden Drogenhilfe? inwiefern Substitution zu akzeptie-
245 render Drogenhilfe dazugehört und was eben der akzeptierende Cha-
246 rakter darin ist?

247 00:19:08
248 B1: Substitution und akzeptierende Drogenarbeit gibt es kaum zu-
249 sammen, weil die Vorgaben der Substitution, die gerade noch da
250 sind oder das ist kein akzeptierender Ansatz. Also wer in Substi-
251 tution ist, darf keinen Beikonsum haben. Das ist ganz klar oder
252 wenn Beikonsum da ist, dann drohen Konsequenzen dafür. Also die
253 kommen nur schwierig zusammen. Konzepte, die jetzt auch gerade im
254 Entwickeln sind, so was wie niedrigschwellige Substitution, das
255 würde zum Beispiel eher zu dem Ansatz passen, also dass man Men-
256 schen halt wieder ähm Eigenverantwortung gibt, auch in Substitu-
257 tion, auch in dieser medizinischen Behandlung, und vielleicht auch
258 diese Spielräume, die man hat, auch gesetzlich gesehen einfach
259 mehr ausnutzt.

260 00:20:39
261 I1: Ja, einfach weil so viele Auflagen halt

262 00:20:41
263 B1: Ganz viele oder halt ähm die die die Substitution anbieten,
264 also die die niedergelassenen ÄrztInnen oder so was, die müssen
265 halt bestimmte Regeln befolgen, sonst droht halt für die natürlich
266 auch wieder eine Bestrafung ähm und oder sie können die Substitu-
267 tion an sich so wie sie sie anbieten nicht mehr an nicht anbieten,
268 weil die müssen die ja auch irgendwie reinquetschen.

269 00:21:13
270 I1: Das heißt du sagst, akzeptierende Drogenhilfe und Substitution
271 im Sinne der akzeptierende Drogenhilfe könnte funktionieren. Wenn
272 einfach gewisse Hürden abgebaut werden würde und und der Staat.

273 00:21:23
274 B1: Das muss viel viel niedrigschwelliger werden. Also schon al-
275 lein wenn man sich mal den Zugang anschaut zur Substitution. Es
276 kann niemand ähm anrufen und sagen „Hallo, ich möchte substitu-
277 iert werden“ und dann sagst du ja klar, sondern dann sagst du „Hm
278 okay, schwierig. Wenn das jetzt heute sein muss, hast du halt Pech
279 gehabt. Dann ähm musst du vielleicht noch so zwei Monate warten,
280 dann hast du vielleicht einen Arzt gefunden. Dann musst du aber
281 erst vorher auf Entgiftung gehen, und so weiter und so fort, dann
282 wirst du rausgeschmissen, weil du halt Beikonsum hast“ Substitu-
283 tion müsste anders gestaltet werden um das akzeptierender zu ge-
284 stalten.

285 00:22:09
286 I1: vielleicht kannst du es nochmal konkretisieren so an dem und
287 dem und dem Punkt ist für dich einfach noch Potenzial da in der
288 Substitution.

289 00:22:32
290 B1: Also ein ganz großer Punkt ist natürlich der Zugang, das muss
291 auf alle Fälle verbessert werden. Leute, die in Substitution wol-
292 len, müssen auch schnell in so eine Behandlung kommen. Und schnell
293 bedeutet für mich ähm noch in der Woche wo sie es anfragen. Dann
294 muss möglich sein, dass ähm Menschen die in Substitution sind die
295 Medikamente wählen dürfen, die sie auch vertragen. Ähm Menschen
296 die in Substitution sind, ähm sollen nicht bestraft werden. son-
297 dern es müssen Angebote geschaffen werden, die nicht an an den
298 Bedürfnissen vom Klientel vorbeigeht. Also das läuft schon jahr-
299 zehntelang, hast du Beikonsum, gehst auf Entgiftung, kommst du
300 wieder, hat sich nichts verändert an deiner Situation. Überra-
301 schenderweise hast du wieder Beikonsum. Ähm man müsste den Men-
302 schen mehr Eigenverantwortung geben, auch in dem Bezug auf ähm,
303 sie bekommen ein Substitut und haben Beikonsum und können das auch
304 selbstbestimmt wählen, dass sie das haben. nicht ähm alle Men-
305 schen, die Beikonsum haben und substituiert sind, sterben gleich
306 an ihrem Beikonsum. es gibt immer, Beikonsum ist halt da. Ähm man

307 muss den Leuten natürlich eine Aufklärung, also man muss die in-
308 formieren darüber, dass es gefährlich werden kann. Menschen auch
309 selber entscheiden dürfen, wie lang sie in Substitution sind. Weil
310 das erlebe ich ganz oft, dass halt ähm den Leuten hergetragen
311 wird immer mal, ja wie sieht es denn jetzt eigentlich aus, bist
312 ja schon lange Substitution, willst du nicht mal irgendwie raus.
313 ich das nicht verstehen kann, warum man Menschen eine medizinische
314 Behandlung ausspricht abspricht, sagt man. Ähm und wenn halt Leute
315 sagen „nee, ich bin jetzt schon so lange in Substitution, ich
316 kann mir nicht vorstellen, dass ich jemals wieder rausgehe“ ähm
317 muss es möglich sein, die Substitutionsbehandlung ins Leben zu
318 integrieren. Und das ist ein ganz großer Punkt. So dass sie halt
319 nicht jeden Tag zur Substitutionsstelle rennen müssen und bestraft
320 werden, wenn sie mal ein bisschen zu spät kommen oder wenn sie
321 sagen „Mensch, heute möchte ich mal ausschlafen, ich will nicht
322 um acht irgendwo parat stehen“ Das steht uns ja auch zu. Oder mal
323 krank sein oder mal in Urlaub fahren, ohne dass die großen ähm
324 Stress vorher haben. Ja eine Integration ins Leben.
325 B1: Und es läuft tatsächlich gerade ähm, laufen Gespräche äh ähm
326 dahingehend, dass irgendwie niedrighschwellige Substitution viel-
327 leicht in Nürnberg auch irgendwann mal ist

ANHANG 8: KATEGORIENSYSTEM

Oberkategorie	Unterkategorie	Ankerbeispiel	Definition	Kodierregeln
Substitution				
	Klientel	„Durchschnittsalter [...] ist so Mitte 30 bis Mitte 40“ (IE, Z.35, 36) „bin in der Substitution [...] seit 2003“ (IK, Z.7-9)	Persönliche und substitutionsspezifische Hintergrundinformationen zur Personengruppe des Klientels	
	Leben mit der Sucht	„bei meinem Chef damals [...] angerufen hat und hat gesagt, dass ich an der Nadel hängt“ (IK, Z.84-86) „Also war ich meinen Job los“ (IK, Z.142, 143) „Also ist in einem sehr desolaten Zustand“ (IE, Z.93)	Lebensführung und spezifische Herausforderungen beim Leben mit der Suchterkrankung	Suchtverlauf vor der Substitution
	Weg in die Substitution	„bis ich dann irgendwann total am Boden war“ (IK, Z.165) „Und die sagten mir, es gibt die Möglichkeit, [...] sich substituieren zu lassen“ (IK, Z.180)	Spezifischer Leidensdruck, Auslöser und Vermittlung in die Substitutionsbehandlung	Konkrete Gründe, sich in die Substitution zu begeben. Art und Weise, auf die von dieser Behandlungsform erfahren wurde.

	Substitutionsverlauf	„Und [...] bin dann [...] nicht mehr in die Substitution gegangen“ (IK, Z.243, 244)	Wechselnde Phasen der Substitution und Abstinenz	Andauernder Wechsel zwischen Phasen der aktiven Substitution, Behandlungsabbrüchen bzw. Abstinenzversuchen und Wiederaufnahmen der Substitution. Ab Beginn der ersten Substitution.
	Positive Auswirkungen der Substitution	„vom Allgemeinzustand [...] her [...], es passt momentan“ (IK, Z.717, 718) „die sind nicht betäubt, [...] man kann mit denen sprechen“ (IE, Z.131, 132) „plötzlich ist ihnen wieder das Äußere wichtiger [...] als vorher“ (IE, Z.143, 144)	Subjektiv positive Veränderungen durch die Substitutionsbehandlung in jeder Hinsicht	
	Herausforderungen	„wenn ich jetzt das [...] Polamidon [...] nehme[...] [...], dass ich dann tagsüber doch Phasen habe, wo ich [...] kurz weg knacke“ (IK, Z.554, 557)	Negative und herausfordernde Begleiterscheinungen durch die Substitution	Sowohl physischer und psychischer als auch organisatorischer Ursache
Akzeptierende Drogenarbeit	Sozialarbeiterin	„Ich bin jetzt im sechsten Jahr bei (Einrichtung a)“ (IE, Z.8)	Persönliche und professionelle Hintergrundinformationen zur interviewten Expertin	

	Professionelle Haltung	<p>„ich gehe da nicht bewertend dran“ (IE, Z.183)</p> <p>„Menschen selbstbestimmte Entscheidungen treffen können“ (IE, Z.202, 203)</p> <p>„Sie hat immer mit mir auf Augenhöhe geredet“ (IK, Z.1002)</p>	Menschenbild und Arbeitsweise der SA und Beziehung zum Klienten	Zwischenmenschliche Ebene.
	Psychoziale Beratung und Tätigkeiten	<p>„habe ich sie gebeten mitzukommen auf die ARGE [...] und da hat sie mich sehr unterstützt“ (IK, Z.1028, 1032, 1033)</p>	Umfang der psychosozialen Beratung mit allen inbegriffenen Tätigkeiten	Handlungs-Ebene.
	Substitutionsarzt	<p>„Und da hat er mir daraufhin mein takehome gestrichen“ (IK, Z.1190)</p> <p>„müsste sich einiges tun noch, um den Patienten [...] ein Vertrauen zu geben“ (IK, Z.1222, 1223)</p>	Haltung und Arbeitsweise des substituierenden Arztes gegenüber dem Klienten	Kritische, persönliche Meinungen über gewisse Vorgehensweisen des konkreten Substitutionsarztes. Insbesondere im Konflikt mit der akzeptierenden Drogenarbeit.
Kritik		<p>„wieso können denn Menschen, die [...] jahrelang schon substituiert sind nicht einfach ihre medizinische Behandlung [...] behalten“ (IE, Z.319-322)</p>	Persönliche Meinung und Verbesserungsvorschläge an der Substitutionsbehandlung inklusive der akzeptierenden Haltung	Allgemein Meinung und Kritik gegenüber der Drogenpolitik, des Substitutionskonzeptes und -vorgaben.

ANHANG 10: VERZEICHNIS ABKÜRZUNGEN TRAN- SKRIPT

Abkürzung	Erläuterung
K	Name des interviewten Klienten.
SA R	Name der interviewten Sozialarbeiterin. Gleichzeitig Sozialarbeiterin des interviewten Klienten.
Einrichtung a	Drogenhilfeeinrichtung in einer mittelfränkischen Stadt. Arbeitsstelle von SA R und Einrichtung von K.
Abteilung b	Abteilung von Einrichtung a, die für psychosoziale Beratung bei Substitution zuständig ist.
SuAr S	Substitutionsarzt, der mit Abteilung b kooperiert. Kollege von SuAr F.
SuAr F	Substitutionsarzt, der mit Abteilung b kooperiert. Kollege von SuAr S.
Firma	Ehemalige Arbeitsstelle K.
Hotel	Name Hotel Entzugsversuch.
Einrichtung F	Drogenhilfeeinrichtung. Arbeitsstelle eines Freundes von K.
Adresse K	Wohnadresse von K.
Person D	Klientin von SA R.
SA F	Kollege von SA R.
SA A	Kollegin von SA R.
Person d	Klient von Einrichtung a.
Person c	Klient von Einrichtung a.

ANHANG 11: E-MAIL-KORRESPONDENZ MIT DER BZGA

AW: Quellenangabe

 drugcom@bzga.de <bzga@delphi-gesellschaft.de>
29.06.2022 14:46

An: Lea Frankmann

Hallo Lea Frankmann,

gerne können Sie die Artikel auf drugcom.de im Rahmen ihrer Bachelorarbeit verwenden. Wenn Sie die für wissenschaftliche Arbeiten üblichen Zitierregeln beachten, ist das kein Problem. Als Autorin können Sie immer die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) nennen.

Mit freundlichen Grüßen
Marc Tensil

E-Mail: drugcom@bzga.de
Web: www.drugcom.de

im Auftrag der
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)



Von: Lea Frankmann <>
Gesendet: Mittwoch, 29. Juni 2022 12:42
An: drugcom@bzga.de
Betreff: Quellenangabe

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ich bin Studentin der Sozialen Arbeit und schreibe derzeit an meiner Bachelorarbeit zum Thema „Substitution im Sinne der akzeptierenden Drogenhilfe“. In den Theorieteil meiner Arbeit mit inbegriffen ist ein breiter Überblick der Substanzkunde über Opiode bzw. Heroin. Im Zuge meiner Recherche bin ich auf drugcom aufmerksam geworden und würde einige dort präsentierten Informationen gerne aufgreifen, jedoch natürlich ohne das Urheberrecht zu verletzen.
Hiermit bitte ich Sie um Erlaubnis, mich in meiner Arbeit auf die von Ihnen veröffentlichten Informationen zu Heroin, Opiaten etc. zu berufen. Welchen Autor soll ich angeben, falls Sie mir die Genehmigung geben?

Ich bedanke mich bereits im Voraus.

Mit freundlichen Grüßen
Lea Frankmann

ANHANG 12: E-MAIL-KORRESPONDENZ MIT DER DHS



Broschüren

 **Birgit Lehner** <Lehner@dhs.de>
30.06.2022 14:59

An: lea.frankmann99@gmail.com

Sehr geehrte Frau Frankmann,

Sie können gern unsere Veröffentlichungen und die Internetseite zitieren.

Zitation der Internetseite:

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2022): Süchte: Illegale Drogen. <https://www.dhs.de/suechte/illegalle-drogen>, Zugriff: 30.06.2022

Broschüren:

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2021): Drogenabhängigkeit. 6. Auflage. (Suchtmedizinische Reihe; 4). Hamm. https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Suchtmittel_Reihe_4_Drogen_BFREI.pdf, Zugriff: 30.06.2022.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2018): Heroin. Was es ist. Was es gefährlich macht. Wie eine Sucht entsteht. (Die Sucht und ihre Stoffe: Eine Informationsreihe über die gebräuchlichsten Drogen und Suchtsubstanzen). Hamm. https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Sucht-und-ihre-Stoffe_HEROIN.pdf, Zugriff: 30.06.2022.

Für weitere Fragen stehen wir gern zur Verfügung!

Mit freundlichen Grüßen

Birgit Lehner
Bibliothek
+49 2381 9015-13
bibliothek@dhs.de



Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.



Westenwall 4, 59065 Hamm, Telefon: +49.2381.9015-13, Telefax: +49.2381.9015-30. E-Mail: bibliothek@dhs.de
Vertretungsberechtigter Vorstand: Prof. Dr. Norbert Scherbaum (Vorsitzender), Cornina Mäder-Linke (stellv. Vorsitzende), Stefan Bürkle (stellv. Vorsitzender)
Geschäftsführung: Dr. Peter Raiser / Christina Rummel
Registergericht: Amtsgericht Hamm, Registernummer: VR 519

Wenn Sie unseren Newsletter abonnieren möchten, klicken Sie bitte hier <https://www.dhs.de/service/newsletter>

EIGENSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe. Ich habe keine anderen, als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet und die Standards wissenschaftlichen Arbeitens eingehalten. Die gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz und zum Schutz der Urheberrechte habe ich beachtet. Ich bin damit einverstanden, dass die Evangelische Hochschule meine Abschlussarbeit in die Bibliothek aufnehmen und sie in digitaler Form veröffentlicht werden darf.

Nürnberg, den 04.08.2022

Lea Fralun