

## » Drei Falldarstellungen von Behandlungen, deren Kassenfinanzierung durch die Hessische Substitutionskommission abgebrochen wurde

Herbert Elias

### Fall 1

Eine weibliche 33-jährige Patientin stellte sich mir am 14.11.96 vor und bat um Behandlung. Sie litt an einem großen Abszess am linken Bein, der sich spontan entleert hatte und eiterte. Außerdem war sie am ganzen Körper mit eiternden Geschwüren bedeckt. Sie hatte starkes Untergewicht und fast alle Haare waren ihr ausgefallen. An einigen Fingern hatte sie knollige Verdickungen.

Anamnestisch war eine chronische Hepatitis C bekannt. Seit 1979 bestand Heroin-, Kokain- und Benzodiazepinabhängigkeit. Sie hatte Heroin sofort gespritzt und war schon nach einem Monat abhängig geworden. Ab 1994 hatte sie Methadon bekommen, zuletzt am Stadtgesundheitsamt. Unter der Methadonbehandlung hatte sie aufgehört, sich zu prostituieren. Ende Juni 1996 war ihre Methadonbehandlung aber wegen starken Benzodiazepinbegebrauchs gegen den Willen des behandelnden Arztes von der Hessischen Substitutionskommission abgebrochen worden. Seither hatte sie keinen Arzt mehr aufgesucht und sich wieder prostituiert.

Die Patientin wurde von mir sofort notfallmäßig auf ein Substitut eingestellt. Laborchemisch fand sich eine Hypercholesterinämie von ca. 500 mg, so dass die knolligen Verdickungen an den Fingern am ehesten von Cholesteatomen herrührten. Die Patientin gab außerdem starke Schmerzen und Parästhesien in beiden Unterarmen an. Untersuchungen ergaben, dass dies durch den Druck von Cholesteatomen im Handwurzelkanal bedingt war. Durch Lipidsenker war zwar keine Normalisierung des Cholesterins zu erreichen, da die Patientin nicht zu einer regelmäßigen Einnahme der Tabletten zu bewegen war, aber die Schmerzen und Parästhesien hörten auf.

Außerdem fand sich laborchemisch eine HIV-Infektion, die nach Auskunft des Arztes am Stadtgesundheitsamt bei der letzten dortigen Kontrolle im Juni desselben Jahres noch nicht vorgelegen hatte. Dabei lagen die Helferzellen bei über tausend, was gut mit der Annahme einer erst kürzlich erfolgten Serokonversion übereinstimmte.

Die Behandlung gestaltete sich sehr erfolgreich. Die Patientin gab sofort ihre Prostitution wieder auf und die Symptome der allgemeinen Verwahrlosung besserten sich dramatisch, auch der Benzodiazepinkonsum verminderte sich beträchtlich. Sie nahm schließlich noch eine oder zwei Tabletten Flunitrazepam täglich, wodurch ihre Vigilanz nicht merklich beeinträchtigt wurde. Außerdem gab sie die intravenöse Applikation des Kokains auf. Nach einiger Zeit inhalativen Konsums wurde sie dann für einige Zeit kokainabstinent, ein Effekt, der allerdings leider nicht lange andauerte.

Sie machte einige halbherzige Versuche zu arbeiten, die aber fehlschlügen. Nach einer Weile begann sie offenbar damit, Kaufhausdiebstähle auszuführen, und wurde dabei mehrmals erappt. Sie besaß einen Kampfhund, den sie sehr gut hielt und der die Auflage hatte, einen Maulkorb zu tragen, woran die Patientin sich auch hielt. Dieser Hund war das einzige Lebewesen, zu dem sie eine verantwortliche Beziehung hatte, wenn man von dem behandelnden Arzt einmal absieht. Einige Versuche, eine Partnerbeziehung aufzubauen, schlugen ebenfalls fehl. Trotz allem verwahrloste die Patientin nicht mehr, betrieb keine Prostitution und war in gutem Gesundheitszustand. Sie war wach, niemals somnolent, obwohl sie wenige Tabletten Diazepam einnahm. Ihr Kokainkonsum hielt sich in Grenzen.

In dieser Situation kamen nun Auflagen der Substitutionskommission zur stationären Entgiftung vom Beigebrauch. Die Patientin ignorierte diese Auflagen. Wie sie sagte, hatte sie schon mehr als 20-mal entgiftet, ohne dass ihr Problem dadurch geringer geworden sei. Ich machte die Kommission in meinen Widersprüchen u.a. darauf aufmerksam, dass die Prostitution der Patientin offenbar krankheitsbedingt sei und sie sich nach Abbruch der Methadonsubstitution zweifellos wieder prostituieren werde, diesmal als HIV-Infizierte, dass sie Virostatica brauche und außerdem unbedingt eine konsequente Behandlung ihrer Hypercholesterinämie, dass sie therapiewillig sei und sich einem therapeutischen Regime unterwerfe, wenn es sie nicht überfordere. Vollkommen ohne jeden Erfolg, die Kommission drohte weiter, die Methadonbehandlung abzubrechen, wenn die Patientin nicht stationär entgifte. Hinzu kam, dass ich der Patientin täglich 30 mg Diazepam verordnete. Ich musste sie zum Psychiater schicken, der die Diazepammedikation bestätigte und auf 60 mg erhöhte, so dass die Patientin jetzt diskret somnolent war. Es nutzte nichts.

Der Patientin wurde nun ihr Hund abgenommen, weil er trotz Maulkorbs jemanden gebissen hatte. In ihrer Verzweiflung beging sie kurz hintereinander drei ernst gemeinte Selbstmordversuche, aber auch das rührte die Kommission nicht. Nun ging sie tatsächlich ins Krankenhaus zur Entgiftung von Diazepam, wurde aber aus dem Krankenhaus wieder mit einer Diazepammedikation entlassen, so dass ihre Behandlung ohne jeden Zweifel nun wiederum und dazu noch in dieser verzweifelten Situation abgebrochen worden wäre. Vermutlich hätte sie das nicht überlebt, aber Gott sei Dank wurde ihr eine Bewährung widerrufen und sie musste kurzfristig eine Haftstrafe antreten. Ich bin sicher, dass ihr das Gefängnis das Leben rettete vor den Nachstellungen der Hessischen Substitutionskommission.

Nachzutragen ist, dass sie in früheren Zeiten nicht nur Benzodiazepine, sondern auch Barbiturate eingenommen hatte und in mehreren Frankfurter Ambulanzen bekannt war. In solchen Fällen sollte man eine kleine Methadondosis täglich verabreichen, zum Beispiel 30 mg, um beim Patienten Opiattoleranz aufrechtzuerhalten. Es gibt keinen Grund, die Behandlung ganz abzubrechen, solange man einen deutlichen Behandlungseffekt sieht, etwa den Umstand, dass die Prostitution nicht wieder aufgenommen wird oder dass die Medikamente gegen HIV eingenommen werden. Die Methadonbehandlung sollte nur abgebrochen werden, wenn man keinen Unterschied sieht zum Zustand vor der Behandlung oder wenn es dem Patienten unter der Behandlung offenbar schlechter geht als vorher. Zum Zeitpunkt des neuerlichen Abbruchs der Behandlung lagen solche Verhältnisse noch nicht einmal andeutungsweise vor.

## Fall 2

Mit größeren Unterbrechungen seit 1986 in meiner Behandlung. Ohne Unterbrechung seit Mai 1990. Weiblich, bei Behandlungsbeginn 29 Jahre alt. Anamnestisch Tochter eines Alkoholikers und einer Alkoholikerin. Ein Bruder ist schizophren und außerdem ebenfalls Alkoholiker. Patientin betrieb mit ihrer Mutter, die trocken mit nur sporadischen Rückfällen war, ein Kabarett in Mainz. Der Vater war lange vorher verstorben, er hatte das Kabarett gegründet und jahrelang mit großem Erfolg betrieben. Die Patientin war vor ihrer Drogensucht schwer essgestört gewesen und war danach alkoholsüchtig geworden. Der Alkoholismus hat die Bulimie abgelöst, die Drogensucht dann den Alkoholismus, wie man das öfter findet. Sie konsumierte seit 1977, also seit ihrem 20. Lebensjahr, Kokain, zunächst etwa 10 Jahre lang nur per Inhalationem. 1989 begann sie Heroin zu spritzen, nachdem sie es vorher nur sehr sporadisch per Inhalationem eingenommen hatte. (Die Patientin gab das Interview Nr. 32 meines Buches „Der Heroinrausch“ [1].) Sie hatte gelegentliche Muskelzuckungen, Krampfanfälle hatte sie noch nicht gehabt. Während eines Abstinenzversuchs war eine psychotische Episode aufgetreten. Es lag eine chronisch aktive Hepatitis vor. Sie hatte nicht im Gefängnis gesessen und keine Langzeittherapie gemacht. Während der Zeit vor der Behandlung war sie insgesamt 9 Monate drogenfrei gewesen, sie war damals wegen ihrer Entzugspsychose in einer psychiatrischen Klinik. Während etwa eines halben Jahres hatte sie sich gelegentlich prostituiert.

Bei Aufnahme in meiner Praxis war sie untergewichtig und mit eiternden Geschwüren bedeckt. Sie musste längere Zeit antibiotisch behandelt werden und erholte sich sehr schnell von ihrem schlimmen Gesundheitszustand bei Behandlungsbeginn. Niemand, der sie auf der Bühne sah, wäre auf den Gedanken gekommen, dass es sich bei ihr um eine Drogensüchtige handelte. Sie hatte Beigegebrauch von Kokain, wobei es ihr gelang, über weite Zeiträume hinweg das Spritzen zu lassen. Aber sie konnte ihren Kokaingebrauch nur sehr kurzfristig ganz einstellen, so dass sie auch während der Behandlung mit wenigen kurzen Pausen ständig mehrmals wöchentlich Kokain einnahm. 1996 wurde sie von mir von Dihydrocoein auf Methadon umgestellt. Sie hatte zunächst Schwierigkeiten mit der Umstellung. Nach Einnahme von 30 mg bekam sie schwere Depressionen und schlief drei Nächte lang nicht. Ich begann daraufhin mit winzigen Methadondosen und steigerte sehr langsam. Es stellte sich heraus, dass sie Vorbehalte gegen Methadon hatte, weil Methadon eine Substanz sei, die von den Nazis erfunden wurde. Ich sagte ihr, dass auch der Kunstgummi, aus dem heute Autoreifen gemacht wären, von den Nazis erfunden worden sei und dass man trotzdem keine Kautschukreifen benütze. Dies Argument überzeugte sie und sie fand dann das Methadon viel besser als vorher das Kodein und kam mit relativ geringen Dosen aus.

Unter der Dihydrocodein- und noch besser unter der Methadonbehandlung stellte die Patientin ihren Heroinkonsum vollkommen ein, nicht jedoch ihren Kokainkonsum. Ich zog alle Register ambulanter Interventionsmöglichkeiten, drohte auch mehrmals mit einem Behandlungsabbruch und begann einmal damit, sie hinunterzudosieren bis zu weniger als der Hälfte ihrer Dosis, völlig ohne den gewünschten Effekt. Die Patientin – so viel ist klar – sieht ihren Kokainkonsum als Problem, Kokain ist für sie kein Genussmittel. Sie bedarf seiner auch nicht, um ihre Kreativität anzuregen, und nimmt es zum Beispiel auch nicht, bevor sie auf die Bühne geht. Die Hintergründe ihrer Abhängigkeit kennt tatsächlich niemand, vermutlich hängen sie irgendwie mit ihrer erblichen Belastung zusammen. 1999 stoppte die Kommission wegen des fortgesetzten Kokainbeigegebrauchs trotz all meiner Widersprüche die Kassenfinanzierung der Methadonbehandlung. Gott sei Dank kostete sie dies nicht Leben und Existenz, da sie in der Lage war, die geringen privaten Behandlungskosten aufzubringen, so dass ich die Behandlung bis zum heutigen Tag fortsetzen konnte. (Die Mutter verkaufte inzwischen ihr Haus und hilft ihr bei der Finanzierung.) Sie nimmt jetzt wirklich viel weniger Kokain ein und liefert sogar gelegentlich kokainfreien Urin ab, so dass vielleicht die Möglichkeit bestünde, erneut einen Antrag auf Kassenfinanzierung zu stellen. Ich habe der Patientin aber dringend geraten, von dieser Möglichkeit nur im äußersten Notfall Gebrauch zu machen, weil ich ihr Leben nicht erneut in Gefahr bringen möchte. Ohne Zweifel bedarf die Patientin fortgesetzter suchtmedizinischer und allgemeinärztlicher Behandlung, um am Leben und erwerbsfähig zu bleiben. Dass dies unter so widrigen Umständen über so lange Zeiträume hin gelang, grenzt an ein Wunder.

Die Beendigung einer so erfolgreichen Behandlung ist bei Zugrundelegung ärztlicher Maßstäbe schlechthin unverständlich. Sie wird nur verständlich, wenn man annimmt, dass andere als ärztliche, zum Beispiel allgemeinmoralische Ge-

sichtspunkte dabei die Hauptrolle spielen und dass etwa angenommen wird, Drogenkonsum geschehe im Wesentlichen freiwillig und stelle lediglich ein moralisch schuldhaftes Verhalten und kein Krankheitssymptom dar. Es wird hier offensichtlich zurückgegriffen auf das psychiatrische Konzept von Heinroth, dem ersten deutschen Hochschullehrer für Psychiatrie. Er war der Meinung, an der Wurzel aller Geisteskrankheiten stehe moralische Schuld<sup>1</sup>. Solche Meinungen sind für die übrige Psychiatrie seit langem verlassen worden. Im Bereich der Suchtkrankheiten aber haben sie eine Wiedergeburt erlebt.

### Fall 3

Weiblich, zu Behandlungsbeginn 1995 23 Jahre alt. Halbzigeunerin und Analphabetin. Die Schwester sei vom Vater sexuell missbraucht worden, auch bei ihr habe der Vater es versucht und sei deswegen einige Zeit im Gefängnis gewesen. Sie sei von ihm täglich verprügelt worden, später auch von ihrem ersten Freund, den sie seit ihrem 10. Lebensjahr gehabt habe und der ebenfalls Zigeuner und Schausteller gewesen sei. Er saß wegen schweren Raubes im Gefängnis. Ihm habe sie die ersten Drogen gestohlen. Erster Heroinkonsum 1990. Beschaffungsprostitution wird zwar geleugnet, fremdanamnestic aber beschrieben. Gelegentlicher Beigebrauch von Kokain und Benzodiazepinen, kaum Alkohol. Hat ein Kind, 5 Jahre alt, von einem zweiten Freund, ebenfalls Zigeuner, von dem sie auch bereits seit längerem getrennt lebe. Das Kind lebt bei der Schwester ihres letzten Freundes, die es von ihr fernhalte.

Behandlungsbeginn in meiner Praxis im November 1995, zunächst durch einen Psychiater, mit dem zusammen ich damals eine Praxisgemeinschaft hatte. Vorher wurde sie etwa ein Jahr lang bei anderen Ärzten und in einer Ambulanz substituiert. Auf den Wunsch der Patientin hin wurde damals kein HIV-Test gemacht, auch bei ihren früheren Ärzten war auf ihren Wunsch hin keiner durchgeführt worden. Mitte 96 stellt sich dann durch eine Routineuntersuchung im Gefängnis heraus, dass sie HIV-positiv war. Die Infektion bestand sicherlich schon seit einiger Zeit und wurde wohl durch Spritzenaustausch oder Auswaschen der Spritzen im selben Wasser erworben. Eine Hepatitis C war seit längerem bekannt. Die Patientin hatte Depressionen, Schlafstörungen und eine sekundäre Amenorrhö.

Der Verlauf der Behandlung gestaltete sich wechselhaft. Zunächst wurden Anstrengungen unternommen, die Patientin Lesen und Schreiben zu lehren, was nach Anfangserfolgen aber scheiterte. Neue Beziehungen wurden begonnen, endeten aber in einer Katastrophe. Die letzte war eine Beziehung mit einem Alkoholiker, der sie mit seinem Alkoholismus ansteckte. Sie lebt jetzt bei der Mutter und trinkt nur noch unregelmäßig, derzeit gar nicht mehr. Es geht ihr ganz gut. Dennoch wurde die Finanzierung ihrer Methadonbehandlung durch die Hessische Substitutionskommission abgebrochen, weil es sich bei ihrem Alkoholkonsum um einen „verfestigten

Beigebrauch“ anderer Suchtstoffe zum verordneten Substitut handele.

In einem Widerspruch machte ich darauf aufmerksam, dass es sich bei der Patientin einmal nicht um einen solchen „verfestigten Beigebrauch“ handele, weil sie freiwillig schon mehrere stationäre Entgiftungen mitgemacht und danach jeweils auch einige Zeit alkoholabstinent geblieben sei. Zum anderen dass, selbst wenn es so wäre, dies kein Grund sei, die Behandlung abzubrechen, sondern im Gegenteil ein Grund, die Behandlung zu intensivieren. Trotzdem ist das Wahrscheinlichste die Ablehnung des Widerspruchs. Inzwischen müsste die Patientin eigentlich Privatrezepte erhalten, da mein Widerspruch keine aufschiebende Wirkung hat. Das Leben der Patientin ist aber ohne Zweifel ernsthaft gefährdet, denn sie kann eine Privatbehandlung selbst mit Hilfe ihrer Mutter nicht bezahlen, deshalb bekommt sie von mir trotzdem Kassenrezepte, die mir von meinem Honorar abgezogen werden. Ich hoffe, dass es mir gelingt, das Geld auf dem Weg einer Klage zurückzubekommen.

### Literatur

<sup>1</sup> Elias H. „Der Heroinrausch“. 35 Interviews zur Pharmakopsychologie von Diacetylmorphin. VWB Verlag, Berlin, 2000

Herbert Elias

Kaiserstraße 41  
60329 Frankfurt

E-mail: HerbertElias@compuserve.com

<sup>1</sup> Johann Christian Heinroth. Lehrbuch der Seelengesundheitskunde, 1822. Mir liegt eine Übersetzung ins Englische vor, die 1975 in der John Hopkins University Press in Facsimile erschienen ist.