

# 100 Jahre Stagnation? „Illness“, „Disease“ und „Sickness“, „Glauben“ und „Wissen“ und die Erhaltungsverschreibung bei Heroinabhängigen

Robert B. Hämmig

*100 Years of Stagnation? 'Illness', 'Disease', and 'Sickness', 'Belief' and 'Knowledge', and the Maintenance Prescription to Heroin Addicts*

## Zusammenfassung

„Sucht“ wird seit etwas mehr als 100 Jahren als Krankheit wahrgenommen. Im Gegensatz zum Deutschen ist die englische Sprache in Bezug auf den Begriff „Krankheit“ differenzierter und unterscheidet „sickness“, „illness“ und „disease“. Diese Unterscheidung hat A. Kleinman am besten konzeptualisiert. Leshners Aussage „addiction is a brain disease“, die immer wieder kolportiert wird, und Sucht als etwas biologisch Begründbares bezeichnet, kontrastiert stark mit den diagnostischen Kriterien des ICD-10 für Sucht, die sich vorwiegend auf kulturelle Faktoren stützen. Anhand der Verschreibung von Opioiden an Abhängige lässt sich eine Verschiebung des Fokus von einem „illness“-Modell in der Verschreibung von Heroin an Abhängige in den USA bis 1923 über einen Fokus auf einem „disease“-Modell bei der Methadonverschreibung durch Dole und Nyswander in den 60er-Jahren zu einem Fokus auf „sickness“ in der Heroinverschreibung der 90er-Jahre in der Schweiz aufzeigen. Immer ging man dabei von einer auf Evidenz gestützten Medizin aus, die sich auf „Wissen“ zu stützen vorgab. In der Tat bediente man sich über die Zeit einfach unterschiedlicher Glaubenssysteme, was „guidelines“ als solche stark relativiert.

## Schlüsselwörter

Heroin · Methadon · Erhaltungsverschreibung · Sucht · Krankheit · „Illness“ · „Disease“ · „Sickness“ · Wissen · Glauben · Richtlinien · Evidenz gestützte Medizin

## Abstract

Addiction is perceived as a disease for more than 100 years. In contrast to the German term 'Krankheit' the English language is more precise and discerns between 'sickness', 'illness', and 'disease'. A. Kleinman worked out the best conceptualisation of these differences. Leshner's widely spread claim 'addiction is a brain disease', and that addiction is based on biological grounds, contrasts sharply with diagnostic criteria for addiction in ICD-10, which mainly are founded on cultural factors. By means of the opioid prescriptions to addicts, a shift of the focus from an 'illness' model in the prescription of heroin in the USA until 1923, to a focus on a 'disease' model in the methadone maintenance by Dole and Nyswander in the 1960ies, and to focus on a 'sickness' model in the heroin prescription of Switzerland in the 1990ies, can be demonstrated. All models relied on evidence-based medicine which pretended to be based on 'knowledge'. However, over the time just different belief systems were used which weakens the validity of 'guidelines'.

## Key words

Heroin · methadone · maintenance treatment · addiction · illness · disease · sickness · knowledge · belief · practice guidelines · evidence based medicine

## Institutsangaben

Integrierter Drogendienst, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Schweiz

## Korrespondenzadresse

Dr. med. Robert Hämmig · Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Integrierter Drogendienst, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Direktion Sozial- & Gemeindepsychiatrie · Murtenstraße 21 · 3010 Bern, Schweiz · E-mail: haemmig@spk.unibe.ch

## Bibliografie

Suchttherapie 2002; Supplement 2, 3: S92–S97 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 1439-9903

## Heroin

I don't know just where I'm going  
But I'm going to try for the kingdom if I can  
'Cause it makes me feel like I'm a man  
When I put a spike into my vein  
Then I tell you things aren't quite the same  
When I'm rushing on my run  
And I feel just like Jesus' son  
And I guess that I just don't know  
And I guess that I just don't know  
...  
Lou Reed [1]

## Einleitung

Medizinische Behandlungen stehen heute im 21. Jahrhundert zunehmend unter einem Legitimationsdruck und unter einer Kontrolle der Öffentlichkeit. Das Gesundheitssystem sucht mit „evidence-based medicine“, „practice guidelines“ und Qualitätskontrolle diesen Anforderungen gerecht zu werden. Diesen generellen Anforderungen kann sich auch die Suchtmedizin nicht entziehen. Allerdings ergeben sich in diesem Bereich einige erhebliche Probleme, die nicht einfach zu lösen sind.

## Definition und Ätiologie von Sucht

Die Schwierigkeiten beginnen mit der Definition von Sucht und Abhängigkeit. Wahrscheinlich sind die Wirkungen des Schlafmohns schon seit ca. 5000 Jahren bekannt, wie ein Fund aus Ninive nahe legt [2]. Auch erweckt die Darstellung der Lotophagen in Homers Odyssee, die wahrscheinlich ca. 800 vor der Zeitrechnung geschrieben wurde, den Verdacht, dass die Wirkung von Opium beschrieben wird [3]. Während schon im Altertum realisiert wurde, dass die Neigung, zu viel Opium zu sich zu nehmen, mit gewissen Schwierigkeiten verbunden war, damit wieder aufzuhören, bedeutete die Veröffentlichung „Confessions of an English Opium Eater“ von Thomas de Quincey im Jahre 1821 eine Wende [4]. Erstmals nahm eine breitere Öffentlichkeit Kenntnis von den Erscheinungen wie Toleranz und Dosiserhöhung und den damit verbundenen Qualen, mit dem Konsum von Opium wieder aufzuhören. Allerdings sprach man damals noch von „Gewohnheit“ („Habit“), der Begriff „Sucht“ („addiction“) wurde noch nicht verwendet.

1803 wurde von Serthürner das Morphinium aus dem Opium isoliert und um die Mitte des 19. Jahrhunderts waren Spritzen und Nadeln so weit entwickelt, dass sie breit zur Applikation von Medikamenten eingesetzt werden konnten [5, 6]. Der amerikanische Bürgerkrieg von 1861–1865 hinterließ Tausende von Verletzten, die auf Morphinium gesetzt wurden, so dass man die Morphinabhängigkeit als „army disease“ bezeichnete. Ab 1898 wurde auch Heroin kommerziell verfügbar.

Erst ab ca. 1875 begann man in der wissenschaftlichen Literatur von „Morphinismus“ und „Morphiumsucht“ zu sprechen. Es begann damit eine Diskussion über die Ätiologie der Sucht. Anfänglich wurde von vielen wissenschaftlichen Autoren vertreten, dass

ein wichtiger Grund in der allzu lockeren Verschreibungspraxis der Ärzte zu suchen sei. Nachdem um 1900 herum das menschliche Immunsystem entdeckt wurde, wurde eine Theorie entwickelt, dass die Zufuhr von Morphinium die Entwicklung eines Anti-Morphins im Körper hervorrufe und dass dieses für den gesteigerten Morphinbedarf verantwortlich sei [7]. Auch wenn nie ein solches Anti-Morphin gefunden werden konnte und diese Theorie aus heutiger Sicht absurd wirkt, erfolgte die Theorieentwicklung damals nach bestem Wissen und Gewissen.

Entsprechend der Vielfalt der Ätiologien wurden auch die unterschiedlichsten Methoden als „Heilverfahren“ („cure“) propagiert. Relativ lange wurden Alkaloide der Nachtschattengewächse zur Behandlung eingesetzt [6]. Obschon nach damaligem Wissen „evidence-based“ setzte sich Sigmund Freud 1885 mit seinem Vorschlag, den Morphinismus mit Kokain zu behandeln, in die Nesseln [8]. Generell wurde Sucht als Erkrankung angesehen, auch wenn sich dies mit Einführung der Drogenprohibition ab den 20er-Jahren des 20. Jahrhunderts im Umgang mit Süchtigen nicht mehr so ohne weiteres darstellt [7].

Die Frage stellt sich, wo wir heute stehen. Ist Sucht genau definiert, ist die Ätiologie klar und können daraus therapeutische Konsequenzen abgeleitet werden? Die Definition von Robin Room, die er anlässlich des ersten internationalen Symposiums zur Heroinverschreibung 1999 in Bern (Heroin supported treatment of drug users: State of the art and new research perspectives: Discussion of scientific findings. Bern [Schweiz] 10. bis 12. März 1999) präsentierte, umschreibt das heutige Dilemma recht gut: „Addiction is an explanation for why bad things happen.“ Generell wird auch heute noch am Konzept festgehalten, dass Sucht eine Krankheit ist. Der Titel von Leshners Artikel in der Zeitschrift Science „Addiction is a brain disease, and it matters“ von 1997 ist deshalb geradezu programmatisch [9]. Sucht definiert er als „a chronic, relapsing disease that results from the prolonged effects of drugs on the brain“. Seiner Ansicht nach sind dabei auch Verhaltens- und soziale Aspekte beteiligt, die beim therapeutischen Vorgehen berücksichtigt werden müssen. Man glaubte anfänglich mit der Entdeckung des sog. „Belohnungssystems“ („brain reward“) im Gehirn und als Teil davon von einem „Lustzentrum“ im Nucleus accumbens, wo es durch Drogeneinnahme ausgelöst zu einer Ausschüttung von Dopamin kommt, das Geschehen bei der Sucht erklären zu können. Die als kleine Sensation aufgefasste Entdeckung des Belohnungssystems wird aber dadurch relativiert, dass Sandor Rado schon 1926 aufgrund seiner genauen Beobachtungen die Funktionsweise dieses Systems in Begriffen der Psychoanalyse beschrieb [10]. Aus heutiger Sicht etwas störend wirkt die damalige psychoanalytische Terminologie und es findet sich heute wohl kaum jemand, der sich mit Begriffen wie dem „pharmakotoxischen oder pharmakogenen Orgasmus“ anfreunden kann.

Auf Ebene der Neurotransmitter erwiesen sich in der Folge die Verhältnisse aber als wesentlich komplizierter als ursprünglich angenommen. Man weiß heute, dass auf die eine oder andere Art unterschiedliche Neurotransmittersysteme des Gehirns bei der Drogenwirkung und Sucht einbezogen sind [11]. Sucht wird als „spiralförmige Dysregulation des Belohnungssystems“ präsentiert [12], neue Areale des Gehirns, die beim Geschehen eine Rolle spielen, wurden identifiziert [13]. Immer feinere Methoden

beschreiben zelluläre Mechanismen und eine veränderte genetische Steuerung unter Drogen [14], auch wurden verfeinerte Verhaltensmodelle entwickelt, die einen Bezug zu Neurobiologie und molekularen Mechanismen aufweisen [15–17], jedoch können auch sie das Phänomen Sucht nicht bis ins Letzte erklären. Die Entwicklung ist geprägt von einem modernistischen Fortschrittsglauben. Noch bessere Untersuchungsmethoden sollen in der Lage sein, noch genauere Abbilder der Wirklichkeit zu liefern. So erstaunt nicht, dass Shaffer zwar das heutige konzeptuelle Chaos beklagt, um dann gleich eine eigene neue Theorie nachzuschieben [18]. Die ganzen Bemühungen zielen darauf, die Krankheit „Sucht“ als etwas durch die „Natur“, d. h. biologisch Begründetes, darzustellen. „Natur“ ist dabei das unbändige, ursprüngliche, unbezähmte Wilde und eigenen Regeln Unterliegende. „Natur“ steht dabei in der oppositionellen Dichotomie zu „Kultur“. „Kultur“ ist das transformierte und gezähmte Wilde, das Regeln folgt und kultiviert ist [19, 20].

Das Diagnosesystem ICD-10 [21] macht interessanterweise gar nicht erst den Versuch, sich auf biologische Begründungen abzustützen. Um weiteren Diskussionen zu entgehen, wurde dabei zudem auf Begriffe wie „Krankheit“ und „Sucht“ gänzlich verzichtet und der Begriff „Störung“ („disorder“) eingeführt. Um die Diagnose einer „psychischen und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen“ zu stellen, müssen 3 von 6 vorgeschlagenen Kriterien erfüllt sein. Zwei der Kriterien aus der Liste sind biologische Phänomene (körperliches Entzugssyndrom, Toleranz), die allerdings nur beschränkt quantifizierbar sind. Die vier anderen sind mehr oder weniger kulturell geprägt (Wunsch zu konsumieren, verminderte Kontrollfähigkeit, Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen, anhaltender Konsum trotz Nachweis schädlicher Folgen). Die Diagnose einer Sucht stützt sich somit mehr auf kulturelle Faktoren als auf biologisch begründete. Die vier letzten Kriterien richten sich stark auf die Erscheinungen beim Alkoholismus aus und sind bis auf den Wunsch zu konsumieren bei Opiatabhängigen in einer Substitutionsbehandlung häufig nicht erfüllt. Dass im ICD-10 gar nicht erst versucht wird, das Phänomen „Sucht“ mit naturwissenschaftlichen Methoden zu erfassen, ist bedeutungsvoll, weil „evidence-based medicine“ und „practice guidelines“ sich gerade auf die wissenschaftliche Erkenntnis zu stützen vorgeben. Interessant ist, dass sich Süchtige selber gerne für die Erklärung ihrer Sucht auf eine biologisch begründete Erkrankung abstützen. So schrieb Jean Cocteau (1889–1963) in seinem 1930 erstmals veröffentlichten Tagebuch während eines Opiumentzuges: „Gewisse Organismen sind von Geburt an bestimmt, den Drogen zu verfallen. Sie verlangen ein Korrektiv, ohne das sie mit der Umwelt nicht Fühlung nehmen können. Sie werden mitgespült, sie vegetieren im Dämmerzustand dahin. Die Welt bleibt Gespenst, ehe ihr eine Substanz zum Leibe verhilft ...“ [22]. William S. Burroughs (1914–1997) schrieb 1953 in „Junkie“: „Die Frage ist: woran liegt es, dass ein Junkie – auch wenn er jahrelang sauber gewesen ist – so schnell wieder süchtig wird, während ein Neuling viel länger dazu braucht. Ich halte nichts von der Theorie, dass der Junk die ganze Zeit auf der Lauer liegt (angeblich soll er sich im Rückenmark verschanzen), und ich lehne auch sämtliche psychologischen Erklärungsversuche ab. Ich glaube vielmehr, dass der anhaltende Gebrauch von Junk eine bleibende Veränderung der Zellen bewirkt. Einmal Junkie, immer Junkie. Man kann mit Junk aufhören, aber nach der ersten Sucht kommt man nie mehr

ganz davon los“ [23]. Im 1969 zum ersten Mal veröffentlichten Gespräch mit Daniel Odier sagte er: „Süchtigkeit ist eine Stoffwechselkrankheit und so wenig ein Problem für die Polizei wie Tuberkulose oder Radiumvergiftung.“ Entsprechend schlug er zur Behandlung dieser Krankheit eine Apomorphinkur vor, für deren Wirksamkeit er auch eine biologische Erklärung lieferte: „Er (Dr. Dent) folgerte, dass ... Apomorphin in der Weise auf das Hinterhirn wirkt, dass es den Stoffwechsel reguliert und der Körper das Beruhigungsmittel, an das er sich gewöhnt hatte, nicht mehr braucht“ [24].

### Die Differenzierung des Krankheitsbegriffes: „illness“, „disease“ und „sickness“

Das Englische bedient sich zum Bezeichnen des deutschen Wortes „Krankheit“ drei unterschiedlicher Begriffe mit unterschiedlicher Bedeutung: „illness“, „disease“ und „sickness“. Kleinman gab für die drei englischen Begriffe folgende Definitionen: „A key axiom in medical anthropology is the dichotomy between two aspects of sickness: disease and illness. Disease refers to a malfunctioning of biological and/or psychological processes, while the term illness refers to the psychosocial experience and meaning of perceived disease. Illness includes secondary personal and social responses to a primary malfunctioning (disease) in the individual's physiological or psychological status (or both) ... illness is the shaping of disease into behavior and experience“ [25]. „Illness“ wird entsprechend kulturell geformt. Den Begriff „sickness“ definiert er folgendermaßen: „... (I) define it as the understanding of a disorder in its generic sense across a population in relation to macrosocial (economic, political, institutional) forces. Thus, when we talk of the relationship of tuberculosis to poverty and malnutrition that places certain populations at higher risk for the disorder, we are invoking tuberculosis as sickness; ...“ [26].

Das medizinische Modell nimmt an, dass „diseases“ universelle biologische oder psychophysiologische Entitäten sind, resultierend aus somatischen Läsionen oder Dysfunktionen. Sie produzieren Zeichen oder physiologische Abnormalitäten, die gemessen werden können, wie auch Symptome oder Ausdruck von Erfahrung von Not, kommuniziert als geordnetes Set von Beschwerden. Die Symptome der Patienten können in kultureller Sprache kodiert sein, die primäre interpretative Aufgabe des Kliniklers ist die Dekodierung der symbolischen Darstellungen des Patienten in Ausdrücken der darunter liegenden somatischen Bezüge. Durcheinander gebrachte Erfahrung wird als durcheinander gebrachte Physiologie interpretiert und führt zu einer Diagnose. Die „disease“-Entitäten sind im physischen Körper begründet. „Diseases“ sind biologisch, universell und transzendieren den sozialen und kulturellen Kontext. Ihre Verteilung variiert im sozialen und ökologischen Kontext, das medizinische Wissen jedoch nicht. Medizinische Theorien reflektieren die Fakten der Natur. Eine Klage ist bedeutungsvoll, wenn sie einen physiologischen Zustand reflektiert. Wie machen wir Sinn aus kulturellen Sichtweisen zur Welt, die nicht im Einklang mit unseren Naturwissenschaften stehen? Leben andere Leute in anderen Welten oder ist es einfach unmöglich, die Sichtweisen zu übersetzen? Oder müssen wir die Sichtweisen eher symbolisch als wörtlich verstehen oder sind sie eine Proto-Wissenschaft [27]?

## „Glauben“ und „Wissen“

Dinge, die nicht im Einklang mit einer objektiven Realität stehen, erhalten die Konnotation „Glauben“, die objektive Realität „Wissen“. Das Wort „Glauben“ hat verschiedene Transformationen durchgemacht. Es leitet sich wie das englische Wort „belief“ vom germanischen „ga-laubjan“ ab und bedeutete „lieb halten, gutheißen“. Schon bei den Germanen bezog sich „glauben“ auf das freundschaftliche Vertrauen eines Menschen zur Gottheit [28]. Zuerst verschob sich nun historisch das Objekt von einer Person zu einer Person und ihren Worte. Eine zweite Verschiebung erfolgte von der ersten Person zur dritten und veränderte dadurch die Autorisierung. Eine Transformation der Bedeutung erfolgte durch die Gegenüberstellung von Glauben zu Wissen und Wahrheit. So hat heute Glauben die Konnotation des Zweifels. Das Nebeneinanderstellen von Glauben und Wissen hat eine lange Geschichte in der Geisteswissenschaft. Glauben ist meistens assoziiert mit falschem Verständnis der „natürlichen Welt“, wo die Wissenschaft zwischen Wissen und Glauben unterscheiden kann [27]. Da das Wissen ständig erweitert wird oder mindestens anderen Inhalten Platz machen muss, hat „Wissen“ nur zu einem bestimmten Punkt Gültigkeit. „Wissen“ ist darum zu jedem anderen Zeitpunkt nur mit Zweifel behafteter „Glauben“. So erstaunt es nicht, dass der „disease“-Charakter von Sucht immer wieder mit guten Argumenten in Abrede gestellt wurde, so z. B. durch Stanton Peele [29].

Im Folgenden soll nun gezeigt werden, dass es in der Geschichte der Opioid-Erhaltungsverschreibungen zu einer Verschiebung in der Bedeutung des Krankheitsbegriffes, der zur wissenschaftlichen Begründung beigezogen wurde, kam. Dies lässt sich mit den englischen Entsprechungen „illness“, „disease“ und „sickness“ gut aufzeigen.

## „Illness“, „disease“ und „sickness“ in den Erhaltungsverschreibungen für Heroinabhängige

1994 wurden in der Schweiz die Versuche mit der Verschreibung von Heroin an Heroinabhängige begonnen, was in der Weltöffentlichkeit als revolutionär empfunden wurde. Erstmals wurde Heroin, das als verbotene Substanz klassifiziert war, wieder für die Behandlung von Heroinabhängigen zugelassen. Es wurde aber kaum zur Kenntnis genommen, dass schon ab 1912 bis 1923 an verschiedenen Orten in den USA Verschreibungskliniken bestanden, die zum Teil neben Morphium auch Heroin und Kokain an Süchtige abgaben [6, 7]. 1924 wurde Heroin in den USA unter totale Prohibition gestellt [7]. Die für diese Sonderbehandlung des Heroins vorgebrachten Argumente widersprachen schon damals der wissenschaftlichen Evidenz, es gelang aber bis heute nicht, diesbezüglich eine Korrektur vorzunehmen. Bis 1965 Dole und Nyswander mit der Methadonsubstitution an die Öffentlichkeit traten [30], gab es in den USA ab 1923 wie in den meisten anderen Ländern keine Verschreibungsprogramme mehr. England bildete dabei eine Ausnahme, indem England einen eigenen Weg der Betäubungsmittelkontrolle einschlug, wo die Verschreibung von Betäubungsmitteln an Abhängige nie gänzlich verboten wurde. Dies hatte aber kaum einen Einfluss auf die restliche Welt. Da in den USA die Süchtigen zunehmend die Gefängnisse verstopften, wurden sog. „narcotic farms“ eröffnet,

eine Mischung aus Spital, Gefängnis und Arbeitserziehungsanstalt. Eine Institution wurde 1935 in Lexington und eine zweite 1938 in Fort Worth eröffnet. Wir können also drei Phasen der Verschreibung unterscheiden:

1. Amerikanische Verschreibungen von 1912–1923
2. Methadonverschreibung ab 1964
3. Heroinverschreibung nach Schweizer Modell ab 1994

Die Vertreter der amerikanischen Verschreibungen anfangs des 20. Jahrhunderts sahen Sucht als Krankheit an. Sie befürworteten die Erhaltungsverschreibung von Substanzen, weil sie aufgrund der wissenschaftlichen Literatur zum Schluss kamen, dass es kein etabliertes Heilverfahren gab. Die Verschreibung diente primär dem Zweck, das Leiden der Abhängigen zu lindern. Der Staat New York setzte ein Komitee ein, das zu folgendem Schluss kam:

„Withdrawal of the drug addiction induces such a fundamental physical disorganization and unbearable pain that addicts are driven to any extreme to obtain narcotic drugs and allay their suffering by self-administration ...

Your Committee believes it to be one of the first duties of the State, in dealing with the grave situation, to establish a supply of narcotic drugs to which the confirmed addict shall have access, under proper State regulation, pending the establishment of rational and recognized scientific treatment for his disease“ [6].

Für eine entsprechende Klinik in New Orleans wurden folgende Grundsätze festgelegt:

„Objects of the Dispensary

1. We realize that a permanent cure of those afflicted with drug addiction-disease is impossible, in the great majority of cases unless the addict placed in a position to secure scientific treatment. The sole object of this dispensary is to relieve suffering until such time as a scientific treatment may be had.
2. The basis of operation is legitimate supply versus illegitimate trafficking.
3. To prevent a victimized people from being more thoroly victimized by heartless, profiteering ‘ghouls’. To prevent the making of new addicts.
4. Diminishing petty thievery, which constitutes a tax, or burden, on society, for the reason that many addicts, unable to pay the price of \$1.00 or \$3.00 per grain, are forced to criminal methods.

... The dispensary does not attempt to cure addicts, realizing that this is a problem that can only be solved when addiction-disease is better understood“ [6].

Sucht als Krankheit im Sinne von „disease“ wird heute etwas besser verstanden. Diese neuen Erkenntnisse haben aber trotzdem nicht zu einer wirksamen Kur geführt, der Zustand heute ist deshalb ähnlich wie vor fast 100 Jahren.

Die Hauptbegründung für die Erhaltungsverschreibung durch die Kliniken anfangs des 20. Jahrhunderts liegt klar in der Pflicht, das Leiden der Betroffenen, die „illness“, zu unterdrücken, die entsteht, wenn die Substanzzufuhr unterbrochen wird. Daneben

werden als Ziele auch „public health“ (Prävention von Neueinsteigern) und „public order“ (Verminderung der Kriminalität) erwähnt, was einem „sickness“-Konzept entspricht. Diese Überlegungen muten auch heute, bald 90 Jahre später, immer noch modern an.

Vincent Dole, ein Spezialist für Stoffwechselerkrankungen, und Marie Nyswander, eine auf „Abwege“ geratene Psychoanalytikerin, begründeten ihre Verschreibungen von Methadon an Heroinabhängige mit dem Modell, dass Sucht eine Stoffwechselerkrankung sei („metabolic disease“). Ihre Theorie war, dass sich bei der Heroinabhängigkeit der Metabolismus verändert und dass deshalb ständig Substanzen zugeführt werden müssen und es für diesen Zustand keine Heilung gibt. Mit der oralen Methadonverabreichung gelänge es nun, die Entzugserscheinungen zum Verschwinden zu bringen, das Bedürfnis nach Opiaten aufzuheben, ohne Euphorie zu erzeugen und gleichzeitig die Rezeptoren für die Wirkung von zusätzlich zugeführtem Heroin zu blockieren [31, 32]. Die Wirksamkeit ist heute an Tausenden von Abhängigen belegt, sie kann eindeutig als „evidence-based“ betrachtet werden. Bei diesem Konzept steht eindeutig die „disease“ im Vordergrund, wobei fraglich ist, worin sich die metabolische Störung äußert. Allerdings wurden die ersten Versuche mit einer Gefängnispopulation durchgeführt, d.h., es wurden „sickness“-Aspekte einbezogen [30]. Da mit der Methadonverschreibung eine generelle Stabilisierung der Patienten anvisiert wurde, wurden auch „illness“-Aspekte einbezogen.

Die Schweizer Heroinverschreibung kam 1994 zustande, weil die Behörden sich unter dem Druck der Städte und ihren Bürgern und Bürgerinnen gezwungen sahen, Lösungen für das Problem der öffentlichen Drogenszenen und der von ihnen ausgehenden Belästigungen zu entwickeln [33]. Als einer der konzeptuellen Väter der Schweizer Verschreibung ist John Marks aus Liverpool anzusehen. Er vertrat das Konzept, dass die kontrollierte Verfügbarkeit von Drogen zu einer minimalen Problembelastung der Gesellschaft führt [34]. Er selber musste seine Verschreibungen in Liverpool einstellen und hat sich nach New Zealand ins „Exil“ begeben [35].

Die Schweizer Heroinverschreibung war zu Beginn ein Forschungsprogramm. Das Hauptinteresse der Öffentlichkeit lag dabei auf der Reduktion der Kriminalität und der Kosten-Nutzen-Analyse. Damit war der Fokus auf die „sickness“ gerichtet. Dies spiegelt sich auch in den Publikationen wider. Eine Buchserie über die Resultate der Forschung stellte in einem ersten Band die allgemeinen Ergebnisse der Studie dar [36] und wurde aber nach einem zweiten Band zur Kosten-Nutzen-Analyse wieder eingestellt [37]. „Illness“-Aspekte wurden insofern berücksichtigt, indem das Bedürfnis der Abhängigen nach Heroin akzeptiert wurde und sie es erhalten konnten. Zudem wurde als allgemeines Ziel die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Abhängigen festgelegt. Sucht wurde als Krankheit im Sinne von „addiction is a brain disease“ angesehen, ohne dass man dies weiter zu spezifizieren suchte. Primär aus politischen Gründen wurde in das amtliche Regelwerk zu der Verschreibung aufgenommen, dass die Verschreibung von Heroin mithelfen soll, das langfristige Ziel einer Abstinenz zu erreichen. Allerdings bestehen keine genauen Vorstellungen, wie dies erfolgen soll.

**Tab. 1** Die Fokusverschiebung im Krankheitsbegriff in den Erhaltungsverschreibungen

Fokus der Erhaltungsverschreibungen	illness	disease	sickness
US-Verschreibung 1912–1923	+++	+	+
Methadon ab 1964	+	+++	+
Schweizer Heroinverschreibung ab 1994	+	+	+++

## Zusammenfassende Schlussfolgerungen

Trotz intensiver Forschung seit über 100 Jahren ist es bis jetzt noch nicht gelungen, ein allgemein gültiges „disease“-Modell von Sucht zu etablieren. Neue Erkenntnisse erweitern zwar den Wissensstand, jedoch bezeichnet das aktuelle „Wissen“ nur den derzeit gültigen „Glauben“. Entsprechend stehen die Ableitungen aus der „evidence-based medicine“ und die „practice guidelines“ auf wackeligen Füßen und sind durch den Zeitgeist wesentlich mitgeprägt. Die „illness“ als individuelles Erleben der „Drogensucht“ ist immer noch stark durch die gesellschaftliche Rahmenbedingung der Prohibition geprägt und treibt die Abhängigen in die Arme der Justiz, was wiederum die „sickness“ stark prägt. Die schon im frühen 20. Jahrhundert eingeführten Erhaltungsverschreibungen bei Heroinabhängigen, die zwar keine Heilung der Abhängigen, jedoch eine Verbesserung ihres Zustandes herbeiführen konnten, wiesen im Verlaufe der Jahrzehnte eine Verschiebung des Fokus von „illness“ über „disease“ zu „sickness“ auf. Die gesamte Debatte wird auf eindrückliche Weise durch den Refrain des eingangs zitierten Liedes von Lou Reed zusammengefasst: „And I guess that I just don't know ...“

## Literatur

- 1 Reed L. Heroin. In: Reed L (Hrsg). Between thought and expression: selected lyrics of Lou Reed. New York: Hyperion 1991; 5–6
- 2 Seefeldler M. Opium. Eine Kulturgeschichte. Frankfurt am Main: Athenäum Verlag GmbH 1987
- 3 Homer. Odyssee München: Goldmann Verlag 1968
- 4 De Quincey T. Bekenntnisse eines englischen Opiumessers. München: DTV 1987
- 5 Behr HG. Weltmacht Droge. Das Geschäft mit der Sucht. Wien, Düsseldorf: Econ 1984 (aktualisierte Neubearbeitung)
- 6 Terry CE, Pellens M. The opium problem. Montclair, New Jersey: Patterson Smith Publishing Corporation 1928 (reprint 1970)
- 7 Musto DF. The American disease. Origins of narcotic control. New York, Oxford: Oxford University Press 1987 (expanded edition)
- 8 Freud S. Schriften über Kokain. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch 1999
- 9 Leshner AI. Addiction is a brain disease, and it matters. Science 1997; 278: 45–47
- 10 Rado S. Die psychischen Wirkungen der Rauschgifte. Versuch einer psychoanalytischen Theorie der Süchte. Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse 1926; 12: 540–556
- 11 Koob GF, Nestler EJ. The neurobiology of drug addiction. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 1997; 9: 482–497
- 12 Koob GF, Le Moal M. Drug addiction, dysregulation of reward, and allostasis. Neuropsychopharmacology 2001; 24: 97–129
- 13 Simonato M. The neurochemistry of morphine addiction in the neocortex. Trends Pharmacol Sci 1996; 17: 410–415
- 14 Nestler EJ. Molecular neurobiology of addiction. Am J Addict 2001; 10: 201–217

- <sup>15</sup> Robinson TE, Berridge KC. The psychology and neurobiology of addiction: an incentive-sensitization view. *Addiction* 2000; 95 Suppl 2: S91 – 117
- <sup>16</sup> Hyman SE, Malenka RC. Addiction and the brain: the neurobiology of compulsion and its persistence. *Nat Rev Neurosci* 2001; 2: 695 – 703
- <sup>17</sup> Shalev U, Grimm JW, Shaham Y. Neurobiology of relapse to heroin and cocaine seeking: a review. *Pharmacol Rev* 2002; 54: 1 – 42
- <sup>18</sup> Shaffer HJ. The most important unresolved issue in the addictions: conceptual chaos. *Subst Use Misuse* 1997; 32: 1573 – 1580
- <sup>19</sup> Lévi-Straus C, Mythologika I. *Das Rohe und das Gekochte*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Verlag 1976
- <sup>20</sup> Lévi-Straus C. *Die elementaren Strukturen der Verwandtschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Verlag 1981
- <sup>21</sup> Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. In: Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg). *ICD-10 Kapitel V (F)*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber 1993 (2. korr. Auflage)
- <sup>22</sup> Cocteau J. *Opium*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch 1998
- <sup>23</sup> Burroughs WS. *Junkie*. Frankfurt am Main: Zweitausendeins 1978
- <sup>24</sup> Burroughs WS. *Der Job*. Gespräche mit Daniel Odier. Frankfurt am Main, Berlin: Ullstein 1986
- <sup>25</sup> Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture*. Berkely, Los Angeles, London: University of California Press 1980
- <sup>26</sup> Kleinman A. *The illness narratives. Suffering, healing and the human condition*. Basic Books, A Member of the Perseus Books Group 1998
- <sup>27</sup> Good BJ. *Medicine, rationality, and experience*. Cambridge: Cambridge University Press 1994
- <sup>28</sup> Duden. *Das Herkunftswörterbuch*. In: Wissenschaftlicher Rat der Dudenredaktion (Hrsg). *Etymologie der deutschen Sprache*. Mannheim, Leipzig, München, Zürich: Dudenverlag 2001
- <sup>29</sup> Peele S. *Diseasing of America: Addiction treatment out of control*. Lexington, Massachusetts: Lexington Books 1989
- <sup>30</sup> Dole VP, Nyswander ME. A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction. *JAMA* 1965; 193: 646 – 650
- <sup>31</sup> Dole VP, Nyswander ME. Heroin addiction – a metabolic disease. *Arch Intern Med* 1967; 120: 19 – 24
- <sup>32</sup> Courtwright DT. The prepared mind: Marie Nyswander, methadone maintenance, and the metabolic theory of addiction. *Addiction* 1997; 92: 257 – 265
- <sup>33</sup> Hämmig R. Schweizer Heroinvertreibung an Abhängige. In: Ligenstorfer R, Rättsch C, Tschudin A (Hrsg). *Die berauschte Schweiz*. Solothurn: Nachtschatten Verlag 1998; 107 – 118
- <sup>34</sup> Marks J. The paradox of prohibition. In: Brewer C (Hrsg). *Treatment options in addiction. Medical management of alcohol and opiate abuse*. London: Gaskell 1993; 77 – 85
- <sup>35</sup> Henman A. *Drogues légales. L'expérience de Liverpool*. Paris: Éditions du Léopard 1995
- <sup>36</sup> Uchtenhagen A, Dobler-Mikola A, Steffen T et al. Prescription of narcotics for heroin addicts. Main results of the Swiss national cohort study In: Uchtenhagen A, Gutzwiller F, Dobler-Mikola A et al (Hrsg). *Medical prescription of narcotics*. Vol. 1. Basel: Karger 1999
- <sup>37</sup> Gutzwiller F, Steffen T. Cost-benefit analysis of heroin maintenance treatment. In: Uchtenhagen A, Gutzwiller F, Dobler-Mikola A et al (Hrsg). *Medical prescription of narcotics*. Vol. 2. Basel: Karger 2000