Schadenminderung und substituionsgestützte Behandlung

Autor(en): **Hämmig, Robert**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **40 (2014)**

Heft 2

PDF erstellt am: **28.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-800094

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Schadenminderung und substitutionsgestützte Behandlung

Substitutionsgestützte Behandlungen haben eine lange Geschichte hinter sich. Früher in der Hand und Entscheidung der behandelnden ÄrztInnen unterliegen sie heute einer komplexen Reglementierung und stehen unter behördlicher Kontrolle. Für die Medizin, konfrontiert mit unzähligen nicht heilbaren Erkrankungen, ist Minderung des krankheitsbedingten Schadens und des Leidens eine Selbstverständlichkeit. Entsprechend stellt sich die Frage nicht, ob die Behandlungen Therapie oder nur Schadenminderung seien. Die wissenschaftliche Datenlage zu den Behandlungen ist heute so gut, dass evidenzbasierte medizinische Empfehlungen abgegeben und eine gute Praxis beschrieben werden können.

Robert Hämmig
Dr. med., Ärztlicher Leiter Schwerpunkt Sucht, Universitäts-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bern, Zieglerstrasse 7, Postfach 52, CH-3010 Bern, Tel. +41 (0)31 380 10 50, haemmig@spk.unibe.ch

Schlagwörter: Schadensminderung | Substitution | Medizin | Good Practice |

Von der ärztlichen Freiheit zur bürokratischen Verwaltung der Substitution

Der britische Arzt Francis E. Anstie schlug 1871 wohl als erster eine Langzeitverschreibung von Opioiden vor, was als Geburtsstunde der Substitutionsbehandlungen bezeichnet werden kann. Als sog. «Britisches System» blieb diese Möglichkeit in den Händen und der Entscheidung der Ärzteschaft, erst mit der beginnenden Heroinwelle in den 1970er Jahren wurden Restriktionen eingeführt. Die Entwicklung verlief in den USA völlig anders. Es wurde ein verbitterter Kampf gegen ÄrztInnen geführt, die Langzeitverschreibungen machten. Die Argumentationsschiene war, dass Drogenkonsum als moralischer Defekt keine Basis für eine ärztliche Indikation solcher Verschreibungen geben kann. So wurden ab spätestens 1925 alle Verschreibungen gestoppt.[1] Erst ab 1964 gelang es Vincent Dole und Marie Nyswander, mit der Methadonverschreibung die Substitution wieder einzuführen. Ihr Argument war, dass bei einer Heroinabhängigkeit – ähnlich wie bei einem Diabetes – im Gehirn ein Molekül fehlt, das es mit einer Zufuhr von aussen zu ersetzen gilt.

Wann die ersten Methadonverschreibungen in der Schweiz stattfanden, lässt sich heute nicht mehr genau eruieren, jedenfalls dürften sie wohl schon zu Anfang der in den 1970er Jahren beginnenden Heroinepidemie, die um 1990 herum ihre Hochblüte hatte, stattgefunden haben. Damals unterstanden diese Verschreibungen keiner behördlichen Bewilligungspflicht. Eine solche war in der 1973 vom Bundesrat vorgelegten Revision des Bundesgesetzes über die Betäubungsmittel auch nicht vorgesehen. NR Gautier brachte dann den Wunsch des Genfer Regierungsrates in die Debatte ein, eine Bewilligungspflicht einzuführen. Diese steht seit 1975 unverändert im Gesetz: «Für die Verschreibung, die Abgabe und die Verabreichung von Betäubungsmitteln zur Behandlung von betäubungsmittelabhängigen Personen braucht es eine Bewilligung. Die Bewilligung wird von den Kantonen erteilt».[2]

Der lange Weg zu vernünftigen Behandlungsempfehlungen

Schon 1982 publizierte der Genfer Pionier Jean-Jacques Déglon sein für die damalige Zeit bahnbrechendes Buch «Le traitement à long terme des héroïnomanes par la méthadone», in dem er den «State of the Art» der Methadonbehandlung und seine mehrjährige positive Erfahrung mit der Behandlung darstellte.[3] Das auf Französisch verfasste Buch wurde in der deutschsprachigen Schweiz kaum perzipiert. Etwa zur gleichen Zeit veranstaltete der damalige Verein Schweizerischer Drogenfachleute (VSD) eine Veranstaltung zu Methadonbehandlungen. Den beiden selbst betroffenen Referenten, die in einer Methadonbehandlung standen und Positives darüber berichteten, schwappte von der Versammlung eine feindliche Stimmung entgegen. Kursierende Gerüchte über unsachgemäss durchgeführte Behandlungen führten dazu, dass Methadon zum Thema in der Eidgenössischen Betäubungmittelkommission wurde.

So verfasste eine «Arbeitsgruppe Methadon der Subkommission Drogenfragen» als Untergruppierung der «Eidgenössischen Betäubungsmittelkommission» 1984 einen Methadonbericht, in dem aktuelles Wissen und daraus abzuleitende Empfehlungen für Indikation und Behandlung zusammengetragen wurden.[4] Kernstück dieses Berichtes waren die Empfehlungen zur Langzeitindikation der Methadonbehandlung. Als Voraussetzungen wurden empfohlen:

- «Zweifelsfrei festgestellte Opiatabhängigkeit von mindestens drei Jahren [...]
- Mindestens zwei vorausgegangene ernsthafte Versuche einer Abstinenzbehandlung in einem spezialisierten Behandlungsprogramm (mindestens mehrmonatige Entwöhnungsbehandlung; nur mehrwöchige körperliche Entzugsbehandlung genügt nicht)

- Mindestalter: 22 Jahre [...]
- Keine floride Lebererkrankung mit deutlich eingeschränkter Leberfunktion.»[5]

Von Schadenminderung war zu diesem Zeitpunkt auch in Fachkreisen noch keine Rede.
Der Bericht wurde zweimal, 1989 und 1995, revidiert. In der Revision von 1989 wurde die Dauer der notwendigen Abhängigkeit auf 2 bis 3 Jahre herabgesetzt, der Regel bezüglich der gescheiterten Abstinenztherapie wurde als zu beachtende Ausnahme die HIV-Prävention beigefügt und das Mindestalter auf 20 herabgesetzt.[6] Zu diesem Zeitpunkt war dies leider die höchstmögliche Aufweichung der rigiden Indikationsrichtlinien des ersten Berichtes, obschon die Aids-Epidemie unter den Drogenabhängigen damals hohe Tribute forderte und der niedrigschwellige Zugang zu Methadon, wie er im Positionspapier «Perspektiven einer neuen Drogenpolitik» des VSD von 1986 gefordert wurde,[7] zunehmend Akzeptanz in Fachkreisen fand. In diesem VSD-Papier wurden auch erstmals Grundsätze der Schadenminderung festgehalten.

Der zögerliche Beginn der Heroinverschreibung

Am 14.12.1979 reichte der damalige sozialdemokratische Nationalrat Moritz Leuenberger gemeinsam mit einigen Parteikollegen eine Motion ein,[8] die u.a. die Prüfung einer Heroinabgabe an Heroinabhängige forderte. Dies war im Parlament genauso chancenlos wie der Verzicht auf die Konsumbestrafung. Heroinverschreibung war danach längere Zeit kein Thema mehr. In den Methadonberichten wurde zudem als wissenschaftlicher Beleg gegen die Heroinabgabe eine Studie von Richard Hartnoll et al. angeführt, worin Methadon- mit Heroinsubstitution verglichen wurde.[9] Darin wurde festgestellt, dass es unter den MethadonpatientInnen zu mehr Veränderungen kommt, im positiven aber auch im negativen Sinn, während die HeroinpatientInnen stabiler im Programm blieben, jedoch weiter Strassenheroin konsumierten. Methadon sei so die Substanz mit der höheren Zahl an gewünschten Veränderungen.[10] Nicht beachtet bei dieser Beurteilung blieb, dass sowohl bei der Methadon- als auch bei der Heroinbehandlung die tägliche Höchstdosis auf 100 mg festgesetzt wurden. 100 mg Heroin entsprechen aber nur 30 mg Methadon, die PatientInnen in der Studie wurden also ungleich dosiert. In allen Guidelines zu Methadonbehandlungen findet sich, dass das Methadon genügend hoch dosiert werden muss, damit die PatientInnen ihren Strassenheroinkonsum aufgeben können. Eine Tagesdosis von 30 mg Methadon oder ihr Äquivalent in Heroin gilt in der Substitution als ungenügende Tagesdosis. Entsprechend dieser vergleichsweisen Unterdosierung konnten die PatientInnen in der Heroinverschreibung des Versuchs nicht auf den zusätzlichen Konsum von Strassenheroin verzichten.[11]

Das Thema der Heroinsubstitution kam erst 1990 wieder auf, als eine Studiengruppe des VSD nach einem Besuch in Liverpool bei John Marks, einem Psychiater, der selber PatientInnen unter Heroinsubstitution hatte, eine solche erneut als mögliche Massnahme zur Beseitigung der offenen Drogenszenen forcierte, da mit der Methadonsubstitution alleine viele HeroinkonsumentInnen nicht erreicht werden konnten. Das Bundesamt für Gesundheitswesen (BAG) beauftragte Annie Mino aus Genf, eine Studie über die wissenschaftlichen Befunde zu Morphium- und Heroinsubstitution zu erstellen. Man hoffte, dass die Morphiumsubstitution zu so guten Ergebnissen führen könnte, dass auf das Heroin verzichtet werden könnte.[12] Entsprechend war die Enttäuschung der Fachleute gross, als von Bundesrat Flavio Cotti an einer Pressekonferenz dargelegt wurde, dass man zugunsten einer Substitution mit Morphium auf die Heroinsubstitution verzichten wolle. Der politische Druck der grossen Schweizer Städte, die unter den offenen Drogenszenen litten, war aber so gross, dass der Bundesrat letztlich doch noch in Versuche mit Heroinsubstitution einwilligte. Diese wurden unter dem Namen PROVE zwischen 1994 und 1996 durchgeführt und die wissenschaftlichen Resultate belegten eine generelle Machbarkeit.

In der 2. Revision des Methadonberichts von 1995, also nach dem Beginn von PROVE, findet sich interessanterweise immer noch das Argument gegen eine Heroinverschreibung mit dem Verweis auf die Studie von Hartnoll et al. Allerdings wurden die Voraussetzungen für eine Langzeitindikation kräftig abgespeckt und als Empfehlung stand nur noch:

- «Sorgfältige Abklärung, welche Behandlungsform im Einzelfall indiziert ist
- Eine zweifelsfrei festgestellte Opiatabhängigkeit von mindestens einem Jahr»[13]

Des Weiteren wird ausgeführt: «Generell normative Festlegungen des Alters, der Dauer der Abhängigkeit, der Anzahl erfolglos durchgemachter Entzugstherapien und allfällig andere Indikationskriterien sind hinfällig.»[14] Die tägliche Maximaldosis des Methadons der ersten beiden Berichte von 150mg/d wurde beibehalten, jedoch der Zusatz beigefügt, «in seltenen Fällen kann eine höhere Tagesdosis sinnvoll sein.»[15] Damit legte die Methadonsubstitution ihr Image einer Therapie zweiter Wahl, wenn die Abstinenztherapien versagt haben, ab. Sie konnte von nun an auch als primäre therapeutische Massnahme ins Auge gefasst werden und diente gleichzeitig als wichtige schadenmindernde Massnahme. Zusätzlich wurde 2000 die Palette der Substitutionsmedikamente durch die Registrierung von Buprenorphin als Subutex® erweitert.

Versuch staatlicher Behandlungsempfehlungen

Mit der Nationalen Substitutionskonferenz NASUKO (2001) des BAG wurde danach versucht, die Empfehlungen durch das Bundesamt dem aktuellen Wissensstand anzupassen und nicht mehr über die beratende Kommission laufen zu lassen. Im Rahmen von NASUKO wurden im Auftrag des BAG verschiedene Grundlagenpapiere erstellt.[16] Zudem wurde ein RAND-Konsensusverfahren mit einer Gruppe Schweizer Experten zur Angemessenheit von Substitutionsbehandlungen bei Opiatabhängigen durchgeführt und publiziert.[17]
Auf Basis dieser Grundlagen erstellte das BAG 2003 ein Papier mit dem Titel «Empfehlungen für die Substitutionsbehandlung von opiatabhängigen Personen», das jedoch wegen inhaltlicher Inkonsistenz nicht zu überzeugen vermochte. Ein weiterer Entwurf als SOPs (Standard Operating Procedures) zu «Substitutionsbehandlung mit Methadon und Buprenorphin bei Heroinabhängigkeit» (2005) wurde in eine breite Vernehmlassung bei Suchtinstitutionen gegeben. Grundsätzlich wurde die Herausgabe von Empfehlungen zu Substitutionsbehandlungen begrüsst, mehrheitlich wurde jedoch gewünscht, dass solche von Fachgesellschaften verfasst werden sollten (sowohl aus dem medizinischen wie dem psychosozialen Bereich).

Evidenzbasierte Empfehlungen der SSAM

Das BAG beauftragte daraufhin die Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin SSAM, auf Grundlage von evidenzbasierter Medizin Empfehlungen zum medizinischen Teil der Substitutionsbehandlungen zu erstellen. Das BAG behielt sich jedoch eine Einflussnahme auf die Veröffentlichung vor, was zu Verzögerungen und Friktionen in der Endphase der Arbeit führte. Die Empfehlungen wurden schliesslich 2007 von der SSAM veröffentlicht. Eine Kurzversion wurde dann vom BAG, der Vereinigung der KantonsärztInnen der Schweiz VKS und der SSAM herausgegeben und wurde als Grundlage für die Leistungspflicht der Krankenkasse in den Anhang 1 der Krankenpflegeleistungsverordnung (KLV) aufgenommen.
Leider erwies es sich für die SSAM als unmöglich, auf das vorgesehene Verfalldatum der Empfehlungen hin eine Revision durch-

zuführen. Diese, vorerst nur als kleines Update geplant, wurde in Anbetracht der tausenden seit der Publikation der Empfehlungen publizierten neuen Artikel zu Substitution ein grösseres Unterfangen. Die Revision wurde 2012 im Rahmen von NASUKO 3 präsentiert.[18] Im Sommer 2013 konnte die neue Kurzversion des BAG, der VKS und der SSAM veröffentlicht werden.[19] Kurz vor Redaktionsschluss erhielt das «slow release oral morphine» (SROM) die Zulassung als Substitutionsmedikament unter dem Namen Sevre-long® und konnte gerade noch in der Kurzversion der Empfehlungen berücksichtigt werden. Diese Kurzversion ist seit 01.01.2014 Grundlage für die Leistungspflicht der Krankenkassen.

In der Schweiz hat es sich durchgesetzt, dass zur Ergänzung der ärztlich durchgeführten Substitution eine psychosoziale Betreuung gehört, falls sie indiziert ist. Empfehlungen dazu, wie eine Indikation zu stellen wäre und wie diese auszusehen hätte, haben die entsprechenden Fachverbände, die sie erstellen müssten, bis heute nicht in Angriff genommen.

Schadenminderung oder Therapie?

Seit einigen Jahren ist eine Debatte im Gange, ob substitutionsgestützte Behandlungen «nur» Schadenminderung oder Therapie seien. Eine solche Debatte ist der Medizin in der westlichen Welt grundsätzlich fremd, da sie sich zu einem guten Teil mit unheilbaren Krankheiten wie Rheuma, Hypertonie, Diabetes etc. beschäftigt und dabei mit ihren Methoden einzig das Leiden und die Folgeerscheinungen lindern kann, also mit ihren therapeutischen Massnahmen Schadenminderung betreibt.

Fakt ist, dass substitutionsgestützte Behandlungen bei Opioidabhängigkeit zu den wirksamsten schadenmindernden Massnahmen gehören. Die reiche wissenschaftliche Literatur belegt, dass substitutionsgestützte Behandlungen in einem Ausmass wie keine andere Massnahme den Konsum von illegalen Opioiden reduzieren. Zudem werden unter den gegebenen Bedingungen der Drogenprohibition auch weitere positive Resultate erreicht – wie Reduktion der Kriminalität und soziale Reintegration.[20]

Die schadenmindernden Effekte der substitutionsgestützten Behandlung beruhen auf folgenden Punkten:

- Durch einen gesicherten Nachschub der benötigten Opioide in genügender Menge kann auf gefährliche Konsumformen wie die Injektion verzichtet werden.
- Die Substitutionsmedikamente werden in pharmazeutisch reiner Form abgegeben, so dass die Risiken der unkontrollierten Beimengungen und falschen Dosierungen wegfallen.
- Die Finanzierung der Behandlungen ist durch die Krankenversicherung abgedeckt, so dass die Beschaffungskriminalität einerseits und die damit verbundene Viktimisierung andererseits wegfallen.
- Da die Dauermedikation mit Opioiden kaum zu kognitiven Einschränkungen führt, sind die Betroffenen durchaus in der Lage, an einem sozialen Leben mit allen Rechten und Pflichten teilzunehmen.

Substitutionsgestützte Behandlungen sind in der Regel auf Jahre angelegt, was zu einer allmählichen Entfremdung der PatientInnen von den Drogenszenen führt. Auch wenn für gewisse Abhängige substitutionsgestützte Behandlungen bis zum Lebensende eine Notwendigkeit darstellen, schaffen andere aufgrund der langsam eintretenden Gesundung den Ausstieg aus der Abhängigkeit. So oder so ermöglichen substitutionsgestützte Behandlungen in vielen Fällen eine komplette soziale Rehabilita-

tion, sind also therapeutische Massnahmen.
Dass dies ein therapeutisches Vorgehen sei, wird von Befürwortern ausschliesslich auf Abstinenz ausgerichteter Therapien trotz der positiven Resultate immer wieder in Zweifel gezogen. Für den Eintritt in diese Behandlungen wird von den Opioidabhängigen verlangt, dass sie abstinent sind, ungeachtet dessen, ob dies zu einem gegebenen Zeitpunkt indiziert ist und ob die Abhängigen in der Lage sind, auf den psychischen Schutz durch Opioide zu verzichten. Entsprechend führt dieses nicht phasengerechte Vorgehen häufig zu Rückfällen, die die Betroffenen aufgrund des Toleranzverlustes schweren Risiken aussetzt.[21] Schlecht indizierte Abstinenztherapien führen also zu Erhöhung des drogenbedingten Schadens. Basiert der Eintritt in eine Abstinenztherapie auf einer guten Indikation, ist aber mit guten Erfolgen zu rechnen. So gesehen sind Abstinenztherapien und substitutionsgestützte Behandlungen komplementäre therapeutische Angebote und schliessen sich gegenseitig nicht aus. Eine Therapie, die den mit dem Drogenkonsum verbundenen Schaden nicht mindert, ist letztlich keine Therapie.

Aktuelle Einschätzung der Lage

In der Schweiz ist die Zugänglichkeit zu substitutionsgestützten Behandlungen im internationalen Vergleich gut, die Hürden resp. Schwellen sind relativ niedrig. Eintrittsschwellen als Hindernis für den Beginn einer Behandlung wurden seit langem erkannt. In den Niederlanden versuchte man schon in den 1980er Jahren diesem Problem mit einem Methadonbus zu begegnen, der nach einem bestimmten Fahrplan Strecken abfuhr. An den Haltestellen konnten dann die Heroinabhängigen relativ unbürokratisch Methadon beziehen. Das Methadonbusprojekt war ziemlich erfolgreich, weil das etablierte Methadonprogramm von den

Gute Praxis der substitutionsgestützten Behandlung

Professionelle Haltung

Substitutionsgestützte Behandlung ist eine erfolgreiche Massnahme zur Verbesserung der Situation bei Opioidabhängigkeit
Der/die PatientIn bestimmt, in welchem Umfang sie/er davon profitieren will

Substitution

Aus der Palette der Substitutionsmedikamente sollte das geeignetste angeboten werden
Die Dosis sollte so hoch gewählt werden, dass sich Wohlbefinden einstellt

Schadenminderung

Risikoreiche Konsumpraktiken können aufgegeben werden (Injektionen, Spritzentausch etc.)
Durch Toleranzbildung geringere Gefährdung durch Überdosierungen
Reduktion von Beschaffungsstress und Beschaffungskriminalität (inkl. Viktimisierung)

Erfolg

Verbesserung der Lebensqualität
Schaffen einer Basis für soziale Reintegration

Abhängigen für die Weiterführung der Methadonbehandlung verlangte, absolut auf jeglichen weiteren Heroinkonsum zu verzichten. Nicht-Einhalten dieser Regel hatte einen Ausschluss aus der Behandlung zur Folge. Diese Schwelle war aber für viele Abhängige zu hoch. Auf der anderen Seite war das Methadonbusprojekt letztlich auch nicht befriedigend, weil die tägliche Methadondosis limitiert war, also nur ein Basisbedürfnis nach Opioiden abdecken konnte und die von einer regelrechten substitutionsgestützten

Behandlung zu erwartenden Erfolge einschränkte. D. h. die Abhängigen wurden quasi dazu gezwungen, weiter Strassenheroin zu konsumieren. Ein Methadonbusprojekt in Bern Ende der 1980er Jahre scheiterte an technischen Mängeln des zur Verfügung stehenden Busses und am Veto des Kantonsarztes.

In der Schweiz wurde die in anderen Ländern heute immer noch geübte Praxis des Behandlungsausschlusses wegen auf Opiate positiver Urinproben weitgehend aufgegeben. Die positiven Urinproben werden nicht mehr einfach als fehlende Compliance des/der Patienten/-in angesehen, sondern eher als ungenügende Behandlung, die verbessert werden sollte (z. B. durch eine Überweisung in eine heroingestützte Behandlung). Zudem wird diese Sichtweise auch durch die moderne Bioethik gefördert, die die Autonomie der PatientInnen als das höchste Gut wertet.

Gemäss verschiedenen Erhebungen in den Kontakt- und Anlaufstellen befinden sich so heute zwei Drittel der Besucher-Innen in einer substitutionsgestützten Behandlung, und es kann angenommen werden, dass sie, wenn sie nicht in einer Behandlung stünden, mehr Heroin konsumierten. Umgekehrt profitiert ein Drittel nicht von einer solchen Behandlung. Für sie ist die Schwelle für den Eintritt in eine Behandlung zu hoch und sollte gesenkt werden. Im Einzelfall können die Schwellen unterschiedlicher Natur sein, z.B. institutionell, geografisch, zeitlich, Ambivalenz bezüglich der Behandlung, der eingesetzten Medikamente etc.

Ausblick

Trotz relativ guter Versorgungslage gibt es in der Schweiz immer noch Heroinabhängige, die den Zugang zu den substitutionsgestützten Behandlungen noch nicht gefunden haben. Die Anstrengungen müssten sich in nächster Zeit auf diese Zielgruppe ausrichten.

An der Kontakt- und Anlaufstelle in Bern wurden die BenutzerInnen des Angebotes ohne bestehendes Behandlungsprogramm gefragt, ob sie grundsätzlich Interesse hätten, in eine substitutionsgestützte Behandlung einzutreten.[22] Ca. 70 Leute meldeten ein Interesse an. Darauf wurde eine Aussenstelle des lokalen Methadonzentrums in der Anlaufstelle eingerichtet und die InteressentInnen konnten direkt in der Anlaufstelle ihre erste Methadondosis erhalten, unter der Verpflichtung, im Verlaufe eines Monates, ins reguläre Angebot zu wechseln. Im Verlaufe von mehreren Monaten gelang es, die entsprechende Anzahl von 70 InteressentInnen so in eine Behandlung einzuschleusen (unveröffentlichte Daten). Es ist dies ein Beispiel wie bestehende Eintrittsschwellen gesenkt werden können.

Zurzeit tauchen immer wieder Meldungen zu einem vermehrten Aufkommen von Heroin nach eher stabilen Jahren auf. Wachsamkeit ist also geboten. Sollten sich die Meldungen bewahrheiten, haben wir schon heute ein gut entwickeltes Tool, um den drogenbedingten Schaden zu mindern: die substitutionsgestützte Behandlung!●

Literatur

Arbeitsgruppe «Methadon» der Subkommission Drogenfragen, Eidgenössische Betäubungsmittelkommission (1984): Methadonbericht. Suchtmittelersatz in der Behandlung Heroinabhängiger in der Schweiz. Bulletin des BAG, Beilage (3): 1-39.

Arbeitsgruppe «Methadon» der Subkommission Drogenfragen, Eidgenössische Betäubungsmittelkommission (1989): Methadonbericht. Suchtmittelersatz in der Behandlung Heroinabhängiger in der Schweiz (Zweite Auflage). Bern: BAG.

Arbeitsgruppe Methadon der Subkommission Drogenfragen, Eidgenössische Betäubungsmittelkommission (1995): Methadonbericht. Suchtmittelersatz in der Behandlung Heroinabhängiger in der Schweiz (dritte Auflage). Bern: BAG.

BAG/SSAM/VKS – Bundesamt für Gesundheit, Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin, Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte Schweiz (2013): Substitutionsgestützte Behandlungen bei Opioidabhängigkeit. Revision Juli 2013. www.tinyurl.com/l3ecmwk, Zugriff 10.03.2014.

Déglon, J.-J. (1982): Le traitement à long terme des héroinomanes par la méthadone. Genève: Médecine et Hygiène.

Herrmann, H. (2000): Aktuelle Praxis der Substitutionsbehandlung mit Methadon in der Schweiz. Büro für sozioökonomische Studien & Projekte, Basel. www.tinyurl.com/pjfsmxf, Zugriff 10.03.2014.

Hartnoll, R.L./Mitcheson, M.C./Battersby, A./Brown, G./Ellis, M./Fleming, P./Hedley, N. (1980): Evaluation of heroin maintenance in controlled trial. Archives of General Psychiatry Journal 37(8): 877-884.

Hoffmann, R./Bürge, I. (2013): Methadonabgabe in den K&A. SuchtMagazin 34(1): 38-41.

Leuenberger, M. (1980): Motion Leuenberger. Drogenpolitik. Amtliches Bulletin der Bundesversammlung Band III: 968-971.

Mattick, R.P./Breen, C./Kimber, J./Davoli, M. (2009): Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. Cochrane Database of Systematic Review (3): CD002209.

Mattick, R.P./Breen, C./Kimber, J./Davoli, M. (2014): Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. Cochrane Database of Systematic Review 6(2): CD002207.

Mino, A. (1990): Analyse scientifique de la littérature sur la remise contrôlée d'héroïne ou de morphine: expertise mandatée par l'OFSP. Berne: Office Fédérale de la Santé Publique.

Musto, D.F. (1999): The American Disease. Origins of Narcotic Control. 3rd edition. New York: Oxford University Press.

Rehm, J./Uchtenhagen, A./Dombrowski (2001): Metaanalyse schweizerischer Arbeiten zur Verwendung von Methadon als Substitutionsmittel bei der Behandlung von Opioidabhängigkeit. ISF, Zürich.

Rihs-Middel, M./Jacobshagen, N./Hämmig, R. (2005): Heroin-assisted Treatment in Switzerland: an Interactive Learning Process Combining Research, Politics and Everyday Practice. S. 11-21 in: M. Rihs-Middel/R. Hämmig/N. Jacobshagen (Hrsg.), Heroin-assisted Treatment. Work in Progress. Bern: Verlag Hans Huber.

SSAM – Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin (2013): Medizinische Empfehlungen für substitutionsgestützte Behandlungen (SGB) bei Opioidabhängigkeit 2012. www.tinyurl.com/nsh5xrg, Zugriff 10.03.2014.

Soyka, M./Trader, A./Klotsche, J./Haberthur, A./Buhringer, G./Rehm, J./Wittchen, H.U. (2012): Criminal behavior in opioid-dependent patients before and during maintenance therapy: 6-year follow-up of a nationally representative cohort sample. Journal of Forensic Sciences 57(6):1524-1530.

Strang, J./McCambridge, J./Best, D./Beswick, T./Bearn, J./Rees, S./Gossop, M. (2003): Loss of tolerance and overdose mortality after inpatient opiate detoxification: follow up study. British Medical Journal 3(326): 959-960.

Vader, J.P./Hämmig, R./Besson, J./Eastus, C./Eggenberger, C./Burnand, B. (2003): Appropriateness of methadone maintenance treatment for opiate addiction: evaluation by an expert panel. Sozial und Präventivmedizin 48(1): 1-14.

Van Beusekom, I./Iguchi, M. (2001): A Review of Recent Advances in Knowledge About Methadone Maintenance Treatment. RAND Corporation. www.tinyurl.com/o6ngsut, Zugriff 10.03.2014.

Vorma, H./Sokero, P./Aaltonen, M./Turtiainen, S./Hughes, L.A./Savolainen, J. (2013): Participation in opioid substitution treatment reduces the rate of criminal convictions: evidence from a community study. Addictive Behaviours 38(7): 2313-2316.

VSD – Verein Schweizerischer Drogenfachleute (1986): Perspektiven einer neuen Drogenpolitik. Dornach: VSD. www.tinyurl.com/nqc4tff, Zugriff 10.03.2014.

Endnoten

1 Vgl. Musto 1999.
2 Bundesgesetz über die Betäubungsmittel von 1975 bis 2009 Art. 15a, Abs. 5; seit 2010 Art. 3e, Abs. 1. www.tinyurl.com/omcrq8l, Zugriff 17.03.2014.
3 Vgl. Déglon 1982.
4 Vgl. Arbeitsgruppe Methadonbericht 1984.
5 Ebd.: 28.
6 Vgl. Arbeitgruppe Methadonbericht 1989.
7 Vgl. VSD 1986.
8 Vgl. Motion Leuenberger 1980.
9 Vgl. Hartnoll et al. 1980.
10 Vgl. Arbeitsgruppe Methadonbericht 1984; 1989 2. Auflage; 1995 3. Auflage.
11 Vgl. Rihs et al. 2005.
12 Vgl. Mino 1990.
13 Vgl. Arbeitsgruppe Methadonbericht 3. Methadonbericht s. 98-99
14 Ebd.: 99.
15 Ebd.: 101.
16 Vgl. Hermann 2000, Rehm et al. 2001, Beusekom van/Iguchi 2001.
17 Vgl. Vader et al. 2003.
18 Vgl. SSAM 2012.
19 Vgl. BAG/SSAM/VKS 2013.
20 Vgl. Mattick et al. 2009; Mattick et al. 2014; Soyka et al. 2012; Vorma et al. 2013.
21 Vgl. Strang et al. 2003.
22 Vgl. Hoffmann/Bürge 2013.