

**Zeitschrift:** Die Kette : Schweizerisches Magazin für Drogenfragen

**Herausgeber:** Die Kette, Dachverband der privaten therapeutischen Einrichtungen in der Drogenhilfe der Region Basel

**Band:** 14 (1987)

**Heft:** 3

**Artikel:** Methadon hält nicht, was es verspricht

**Autor:** Noorlander, Els

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-799831>

#### Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

#### Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

#### Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 02.02.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**



Dr. Els Noorlander:

„Die Abgabe von Methadon darf weder vom Therapeuten noch von den Abhängigen mit hohen Erwartungen verbunden werden.“

## **Methadon hält nicht, was es verspricht**

**Niederschwellige, nicht abstinente Methadonprogramme  
in Holland**

**Von E. Noorlander**

### **Methadon hält nicht, was es verspricht**

Meiner Meinung nach hat die Abgabe von Methadon keine aufsehenerregenden Effekte. Die Möglichkeiten, die man sich von Methadon verspricht, werden über-schätzt, auch vom Abhängigen selbst. Für einen Drogenabhängigen, der Schwierigkeiten mit Heroin hat und in Panik ist, sieht Methadon aus wie Wasser in der Wüste — alles, was man braucht, um leben zu können. Aber wenn das Wasser da ist, und getrunken ist, sieht alles wieder ganz anders aus. Dasselbe geschieht mit Methadon. Der Drogenabhängige glaubt, dass er sich wie im Himmel fühlen wird, wenn er nicht mehr um Heroin kämpfen muss. Als wir mit unseren niederschwelligen, nicht-abstinenteren Programmen anfingen, zeigte sich bei den Abhängigen eine Reaktion wie: „Endlich, endlich ist Methadon für uns da! Jetzt brauchen wir keine Kriminalität mehr, wir können ein bisschen Heroin nehmen, immer dann, wenn wir Geld haben und wir werden endlich Ruhe haben.“ Aber nach einigen Tagen schon kam die Enttäuschung, denn Methadon in richtiger Dosierung hat nur einen Effekt: man ist nicht krank — und das ist alles. Es bringt kein Glück, es bringt keine Ruhe, man ist nur „nicht krank“. Man hat noch immer keine Zukunft, keine Freunde, keine Stellung, kur zum, man ist noch immer nicht imstande, ein eigenes Leben zu führen. Und das sind die Gründe dafür, dass Methadon, meiner Erfahrung nach, die Abhängigen nicht vor drogenfreien Kliniken zurückschrecken lässt. Wir haben viele dieser Institutionen, auch in Rotterdam, und sie haben oft Wartelisten.

Wichtig ist die Haltung der Therapeuten/Ärzte zum Methadon. Um Methadonabhängige aber für eine drogenfreie Entzugsinstitution motivieren zu können, gilt eine Bedingung: Drogenfachleute, die selber glauben, dass Methadon und andere pharmakologische Mittel wirklich etwas Wunderbares erbringen können, halten ihre Patienten von drogenfreien Abstinenzprogrammen ab, weil sie immer weiter nach der richtigen Dosierung oder nach einem anderen Mittel suchen. Aber wenn Drogenfachleute wissen und verstehen, dass Methadon kein Lebensglück geben kann, können sie ihren Patienten deutlich machen, dass Methadon keine Lösung der Probleme bringt.

Bei den Programmen, mit denen ich arbeitete, geschah immer dasselbe: Ein Patient forderte Methadon, weil er glaubte, damit Abstinenz ohne grosse Schwierigkeiten erreichen zu können. Fast nie wollte jemand Methadonersatz, ohne dass er entzugswillig war. Drogenabhängige sehen nur selten ein, dass ihre Situation gefährlich ist; sie sind immer sehr optimistisch und erwarten, mit etwas Hilfe schnell „clean“ zu werden. Nach einigen Tagen oder Wochen sind sie sehr enttäuscht, fühlen sich nicht wohl, sind krank. Sie sind einsam, haben nur eine ungewisse Vorstellung von der Zukunft und langweilen sich. Weil der Abhängige nach all den Jahren mit Heroin

nicht mehr weiß, was eigentlich ein Gefühl ist und wie er seinen Zustand ändern soll, weiß er darauf nur eine Antwort: Er braucht mehr Methadon, das Methadon ist nicht wirksam genug oder er braucht andere Medikamente zusammen mit dem Methadon. Und jetzt kann und muss er eine Wahl treffen. Entweder er akzeptiert, dass Methadon ihn nicht glücklich machen kann, so wie das Heroin es auch nicht gekonnt hat und er fängt an, wirklich sein Leben zu ändern oder er verfällt wieder dem Heroin. In diesen Momenten können Drogenfachleute ihren Patienten helfen, jetzt die beste Wahl zu treffen. Es handelt sich aber um eine Wahl zwischen zwei Situationen: einer schnellen, leichten, bekannten: nämlich Heroin, und einer schwierigen und sehr angstvollen: Abstinenz. Es ist nicht unlogisch, dass viele Patienten wieder zum Heroin flüchten. Sie müssen noch häufiger feststellen, dass Heroin und Methadon ihre Probleme nicht lösen können.

**Frau E. Noorderland** arbeitete als Ärztin von 1977-1983 mit niederschwelligen Methadonprogrammen. Von 1983-1986 studierte sie Psychiatrie und arbeitet jetzt in einer Entzugsklinik für Heroin- und Alkoholabhängige. Daneben ist sie in Psychotherapie und forensischer Psychiatrie tätig. Sie ist ebenfalls ausgebildet in Akupunktur, speziell für Drogenabhängige.

## Hoffnungen und Befürchtungen

Viele Drogenabhängige wissen das ganz genau. Obwohl die Methadonprogramme in Rotterdam sehr niederschwellig sind, wird Methadon nur von etwa einem Drittel der Süchtigen regelmäßig genommen. Sehr viele sind nicht daran interessiert und kommen nur in Methadonprogramme, wenn in ihrem Leben eine Katastrophe passiert ist. Sie verschwinden wieder, sobald alles wieder ruhig ist.

Deshalb vermindert Methadon nicht wirklich die Kriminalität. Nur wenn ein Drogenabhängiger wirklich nicht stehlen will, dann hilft Methadon, dieses Ziel zu erreichen. Aber wenn er noch immer glaubt, dass es eine Droge geben muss, die sein Leben für ihn glücklich macht, wird er immer wieder Geld für Heroin oder andere Mittel brauchen und die meisten Süchtigen glauben genau dies.

Meiner Meinung nach ist Methadon auch keine AIDS-Prävention. Wenn man kein Heroin nehmen will, hilft Methadon, aber wenn man glaubt, Heroin zu brauchen, um leben zu können, wird Heroin genommen, mit oder ohne Methadon. Und die meisten Abhängigen glauben, Heroin zu brauchen. Saubere Spritzen sind in dieser Situation sinnvoller als mehr Methadon.

Ich schrecke nicht mehr davor zurück, den Abhängigen ein Methadon-Programm anzubieten. Ich weiß jetzt, dass es sehr viele verschiedenartige Drogenabhängige gibt, und dass jede Person wieder andere Probleme und auch andere Möglichkeiten hat. Auch weiß ich, dass Süchtige kaum etwas wissen über ihre eigenen Probleme und

nichts von ihren Möglichkeiten. Und wenn wir sie nicht erreichen können, können sie ihre Überlebensmöglichkeiten auch nicht entdecken. Und ich glaube, dass es kaum einen Drogenabhängigen gibt, der nur ein Drogenabhängiger sein will. Sie alle haben andere Fantasien, aber sie können den Weg zur normalen Selbstfindung nicht allein finden.

Mit unseren niederschwelligen, nicht-abstinenten Programmen erreichen wir viele und die meisten wollen nicht Methadon ohne Entzug zu machen. Sie versuchen es immer wieder mit Verringerung der Dosierung. Fast alle Süchtigen haben als Ziel, einmal drogenfrei zu leben. Aber: heute noch nicht, morgen vielleicht. Es sind die Drogenfachleute, die aus morgen heute machen sollen und in niederschwelligen Programmen gibt es diese Möglichkeit. Es ist befürchtet worden, dass sich die Zahl der Süchtigen erhöhen würde, wenn weniger unerwünschte Nebenwirkungen mit der Sucht einhergingen. Aber zum Glück ist die Zahl der Süchtigen jetzt seit mehreren Jahren konstant geblieben. Es war auch nicht der Fall, dass die Süchtigen keinerlei psychische Hilfe mehr anstreben, wenn sie genug Methadon hatten. Süchtige wissen trotz der ganzen Ideologie der Junkieverbände ganz genau, dass sie mehr Probleme haben als nur eine unwichtige Sucht nach Opiaten und normalerweise glauben sie auch nicht, dass sie selbst damit fertig werden. Es besteht immer noch ein grosser Bedarf nach psycho-sozialer Hilfe, trotz Methadonabgabe.

## Niederschwellige Methadon-programme fördern die Kreativität der Drogenfachleute

Aber in diesen niederschwelligen Programmen ist es sehr wichtig, dass die Drogenfachleute sehr effizient arbeiten und sehr kreative Ideen entwickeln, um den sich verschlechternden Zustand ihrer Patienten in den Griff zu bekommen. Methadon soll nicht als Druckmittel benutzt werden. In der Literatur wird z.B. darauf hingewiesen, dass endlose Gespräche über alle möglichen Arten von Methadonfragen Drogenfachleuten und Süchtigen den falschen Eindruck vermitteln können, dass nützliche Arbeit geleistet wird. Statt zu hoffen, dass sich Ergebnisse aufgrund der pharmakologischen Eigenschaften von Methadon bemerkbar machen werden, wird allmählich mehr und mehr Nachdruck auf eine angemessene Diagnose gelegt. Wir versuchen jetzt, breit angelegte, individuell festgelegte Behandlungssysteme zu entwickeln, bei denen die medizinische Versorgung, psychotherapeutische und psychosoziale Hilfe, Training, Rehabilitation und familiäre Unterstützung eine Rolle spielen. Ebenfalls versuchen wir, Anreiz für eine stabilere Existenz zu geben, egal ob sie drogenfrei ist oder nicht.

Denn auch wenn der Patient nicht „clean“ wird, kann man sehr wertvolle Ziele erreichen. Weil wir mit so vielen Süchtigen täglich bei uns im Amt in Kontakt sind, können wir wirksame Vorbeugemaßnahmen gegen z.B. Tuberkulose und Hepatitis entwickeln. Wir konnten viele unerwünschte

Schwangerschaften durch entsprechende Geburtenkontrollmaßnahmen verhindern; auch Forschungsarbeit bezüglich AIDS wurde möglich.

Mehrere Süchtige mit psychotischem Verhalten fühlten sich mit Methadon besser und waren besser in der Lage, mit ihrem Leben zurecht zu kommen. Es konnte den Familienmitgliedern der Abhängigen geholfen werden, ihr Leben zu ordnen, auch wenn ihr Kind oder Bruder oder ihre Schwester kein drogenfreies Leben erreichte. Und oft geschah es, dass aufgrund guter Kontakte mit Eltern der Sohn oder die Tochter nach einiger Zeit doch abstinent wurde, obwohl sie anfänglich keinen Entzug leisten konnten. Die Eltern der Abhängigen sind unserer Erfahrung nach sehr wichtige Personen in jeder Therapie! Ich hoffe, so objektiv wie möglich klar gemacht zu haben, dass wir nicht unzufrieden sind mit den holländischen niederschwelligen, nicht-abstinenten Methadonprogrammen. Wir hoffen, in der Zukunft in der Lage zu sein, Zahlen und andere wissenschaftliche Fakten nennen zu können, um aufzuzeigen, was das holländische Methadonsystem erreicht hat. Jetzt können wir das aber noch nicht. Alles, worüber ich bis jetzt berichten kann, sind nur diese sorgfältig überlegten, aber dennoch persönlichen, nicht wissenschaftlichen Bemerkungen.

## Und so fing es an...

Methadon wurde erstmals 1968 in den Niederlanden verschrieben, und zwar von einzelnen Ärzten, deren Motive weitgehend unbekannt blieben. Zum damaligen Zeitpunkt gab es auf diesem Gebiet keinerlei Forschung oder Koordinierung.

Das von Dole und Nyswander beschriebene Methadon-Ersatz-System (hohe Dosierung mit dem Ziel, die Heroinwirkung zu blockieren, mit anschliessender Rehabilitation) hatte in den Niederlanden nie viele Anhänger gefunden. Für viele Drogenfachleute war dieses System moralisch nicht akzeptabel; die Sucht wurde nicht als in erster Linie biologisches Problem, sondern als ein gesellschaftliches Phänomen betrachtet.

Die meisten Projekte waren entzugsorientiert, weil die meisten Drogenfachleute und auch die Süchtigen selbst den Methadonersatz ohne Entzug aus ideologischen Gründen ablehnten. Anfangs hatten es sich die meisten Drogenfachleute, die sich mit Methadon befassten, leicht vorgestellt: niedrige Dosierung und Entzug. Nach meiner Erfahrung wurden solche Vorstellungen nicht nur von Drogenfachleuten, sondern auch von den Süchtigen vertreten. Doch Süchtige und Drogenfachleute wurden enttäuscht: der Entzug bedeutete verstärkten Heroinkonsum und Fehlschläge. Anschliessend waren die Drogenfachleute strikter: der Süchtige musste „motiviert“ sein für den Entzug, um Methadon zu erhalten. Die Vorstellungen der Süchtigen gingen genau in die andere Richtung: Methadon als gesetzmässige und billige Droge. Das Aufeinanderprallen dieser beiden Ideologien rief besonders in den Städten Schwierigkeiten hervor.

Die Behörden in den Städten hofften mit Methadon eine geringere Verbrechens-

quote zu erreichen und waren nicht glücklich mit den strikten Methadonentzugsprogrammen. Auch waren einige Politiker der Ansicht, dass der Heroinkonsum nicht schwerwiegender sei als der Tabakkonsum, ja sogar gesünder und dass alle Probleme von der Gesellschaft herrührten, unter anderem auch vom Opiumgesetz.

Aus dieser Denkweise folgt, dass jeder Süchtige in der Lage sein sollte, Methadon zu erhalten, wann immer er ein Bedürfnis danach verspürte.

In verschiedenen Städten waren inzwischen die „Junkieverbände“ entstanden, die nur einen kleinen Bruchteil der Süchtigen ausmachten, aber die für die Zeitungen sehr interessant waren. Ein kleiner Protest seitens weniger Süchtiger reichte aus, und es wurden lange Zeitungsartikel geschrieben und lange Interviews geführt, was zu unproportional starkem politischem Druck führte. Es wurde die Schlussfolgerung gezogen, dass man sogenannte „niederschwellige“ Programme brauchte, nicht mit dem Ziel, Abstinenz zu erreichen, sondern mit dem Ziel, viele Drogenabhängige in den Griff zu bekommen, Verelung zu verhindern und Kriminalität zu vermindern.

Dem Phänomen, dass ein Süchtiger nicht sofort Methadon erhalten kann, wenn er es benötigt, sollte mehreren Organisatio-

nen und Politikern zufolge unverzüglich abgeholfen werden. Es sollte nicht einmal überlegt werden, ob Methadon für die jeweilige Person in der jeweiligen Situation tatsächlich notwendig oder wünschenswert ist. Methadon für Süchtige soll ein Recht sein, keine Therapiform. In verschiedenen Städten mussten die Entzugsprogramme verändert werden — nicht aus medizinischen Gründen, sondern auf Druck von Aktionsgruppen, Politikern und Junkieverbänden. In den meisten kleineren Städten ist Methadon noch immer ziemlich schwer erhältlich, aber in den Grossstädten ist es sehr leicht zu bekommen. Dort haben Drogenabhängige ein Recht auf Methadon.

Früher konnte ein Sozialarbeiter anhand des Methadons einen gewissen Druck auf den Süchtigen ausüben (Bestrafung wegen Heroinkonsums, begrenzte Zeit des Methadonkonsums usw.). Das ist so gut wie unmöglich geworden. In den Städten können die Süchtigen bis zu einem gewissen Grad selbst bestimmen, was sie mit ihrem Methadon machen wollen, solange sie einmal täglich wegen ihrer Dosis kommen und akzeptieren, dass sie nicht mehr als eine bestimmte Höchstdosis bekommen können.

Glücklicherweise hat die Idee, dass Methadon für Süchtige leicht zugänglich sein sollte, nicht dazu geführt, dass grosse

Mengen nach Hause mitgegeben werden. In den Kliniken wird Methadon meistens fünfmal in der Woche ausgegeben und muss an Ort und Stelle eingenommen werden.

Ich habe einige Jahre in Rotterdam gearbeitet, wo es einige dieser niederschwelligen, nicht-abstinenter Programme gibt, und ich arbeite mit mehreren dieser Programme. Es entstehen spezielle Schwierigkeiten, wenn ein Drogenabhängiger Methadon fordert und der Sozialarbeiter oder der Arzt nicht die Möglichkeit hat, dieses zu verweigern.

Ich kann Ihnen keine Zahlen nennen, um die Auswirkung unserer Arbeit zu erläutern. Einige Untersuchungen haben begonnen, aber es liegen noch keine Ergebnisse vor. Ich kann Ihnen lediglich meine eigenen persönlichen Eindrücke schildern. Ich habe sie natürlich mit den Beobachtungen anderer erfahrener Kollegen verglichen.

Referat von Frau Els Noorlander an der Fachtagung des Vereins Schweizerischer Drogenfachleute (VSD) vom 11./12. Juni 1987, bearbeitet und leicht gekürzt von K. Gschwind-Botteron.

## Zusatzausbildung zum Berater für Suchtprobleme (BFS)

**unter Anerkennung des Schweiz. Verbandes von Fachleuten für Alkoholgefährdeten- & Suchtkrankenhilfe (VSFA) und der Pacific Western University, Los Angeles, California (PWU)**

**Ziel:**

Verbesserung des Professionalisierungsgrades in der Abhängigkeitstherapie

**Zielpublikum:**

Sozialarbeiter, Psychologen und weitere Personen, die eine spezielle Qualifikation im Suchtbereich anstreben bzw. ihre Ausbildung verbessern wollen

**Voraussetzung:**

- Grundausbildung in Sozialarbeit und 1 Jahr Tätigkeit im Suchtbereich
- Grundausbildung in Psychologie und 1 Jahr Tätigkeit im Suchtbereich
- Grundausbildung in einer sozialen, pflegerischen oder pädagogischen Richtung und 3 Jahre Tätigkeit im Suchtbereich
- VSFA-Schulungskurs und 5 Jahre Tätigkeit im Suchtbereich

Aufwand: 75 Std. Unterricht pro Jahr

100 Std. Selbst- und/oder Gruppenunterricht

Dauer: 2 Jahre (berufsbegleitend)

**Form:**

Unterricht in 14-täglichen Abständen, von jeweils 16.00-19.00h und zwei 3-tägige Blockkurse

**Arbeitsmittel:**

- Theorievermittlung und -verarbeitung
- reflektierte Praxisberatung
- methodisches Training

**Kursort:**

Zürich, Josefstr. 91, 8005 Zürich / Zürcher Fachstelle für Alkoholprobleme, Schulungsraum

**Kosten:** SFr. 2'500.— pro Jahr

SFr. 400.— Prüfungs- bzw. Abschlussgebühr

**Kursgrösse:** max. 20 Teilnehmer pro Kurs

**Kursorganisator:** Dr. E. Polli

**Durchführung:**

Kursleitung (zuständig für Entscheide) R. Burri / E. Polli / F. Röösli Kursdozenten (zuständig für Unterricht)

**Prüfungsvoraussetzungen:**

erfolgreicher Besuch der Unterrichtsveranstaltungen und der damit verbundenen Anforderungen

**Prüfung:**

schriftlich eingereichte und mündlich vertretene Falldarstellung unter Einbezug der verarbeiteten Literatur und der reflektierten Praxis

**Abschluss:** Diplom als Berater für Suchtprobleme

**Kursbeginn:** 5. Januar 1988

**Anfragen und Anmeldungen:**

Eugen Polli, BDS, Technikumstr. 12-14, 8400 Winterthur,  
Tel. 052 / 22 21 61