

Methadon und stationäre Therapie : eine unausweichliche Kombination?

Autor(en): **Dietrich, Nicolas / Uchtenhagen, Ambros**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **30 (2004)**

Heft 4

PDF erstellt am: **23.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-800565>

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.

Methadon und stationäre Therapie: eine unausweichliche Kombination?

Die beiden hauptsächlichen Ansätze zur Behandlung von Suchtmittelabhängigkeit – hier Abstinenzorientierung, da Substitution – existierten lange Zeit nebeneinander; sie entwickelten sich nicht nur weitgehend unabhängig voneinander, sondern waren von einem tief greifenden Antagonismus geprägt. Unvorstellbar, dass sie einmal zusammen kommen sollten.

NICOLAS DIETRICH,
AMBROS UCHTENHAGEN*

Einerseits ging es darum, sich auf dem Therapiemarkt zu behaupten, andererseits ging es aber auch um Überzeugungen und Dogmen zum Wesen der Sucht und deren Behandlung. Heute weht ein pragmatischerer Wind und es ist ein vermehrter Bezug auf wissen-

* Nicolas Dietrich, Lic. rer. pol., Wissenschaftlicher Adjunkt KOSTE (Schweizerische Koordinationsstelle für stationäre Therapieangebote im Drogenbereich), n.dietrich@koste-coste.ch
Ambros Uchtenhagen, Prof. Dr. med. et phil., Stiftungsratspräsident, Institut für Suchtforschung, Zürich, uchtenha@isf.unizh.ch

schaftliche Studien und Argumente festzustellen. Die aktuelle Forschung zu den wirksamsten Behandlungsmethoden, obwohl noch lückenhaft, hat zusammen mit der verschärften Situation auf dem Therapiemarkt mitgeholfen, die Diskussion um mögliche Kombinationen der beiden Ansätze anzuregen.

Die Situation der stationären Therapien in der Schweiz heute

Seit Ende der 90er Jahre haben nicht wenige Einrichtungen Personen in Methadonbehandlung aufgenommen. Diese Entwicklung ist signifikant. Von den Forschungsinstituten stehen allerdings noch wenig wissenschaftliche Daten zur Methadonbehandlung in stationären Einrichtungen zur Verfügung. Immerhin liefern die Datenbank der KOSTE, fortlaufend aktualisiert, und die Studie von Herrmann (2001) im Vorfeld der nationalen Substitutionskonferenz NaSuKo von 2001 wertvolle Angaben.

Gemäss der Datenbank der KOSTE nehmen 27 von 82 stationären Einrichtungen (Institutionen für illegale Drogen/Alkohol in der Schweiz) KlientInnen in Methadonbehandlung auf, davon 13 in der deutschen, 12 in der französischen Schweiz und 2 im Tessin. Dies entspricht einem Drittel der Einrichtungen. Berücksichtigt man nur die Einrichtungen für illegale Drogen, sind dies fast 50% der Institutionen. Die Studie von Herrmann bestätigt diese Zahlen: in 27 stationären Therapieeinrichtungen sind Methadonbehandlungen möglich, 2001 nutzten 412 KlientInnen dieses Angebot, dies entspricht guten 2% aller in der Schweiz erfassten Methadonbehandlungen. Herrmann führt aus, dass der Anteil nicht-abstinenter KlientInnen bei mehr als einem Drittel der Institutionen unter 20% liegt.

Es kann also gesagt werden, dass der Einschluss von Methadonbehandlungen in stationären Therapien ein integrierender Bestandteil der gegenwärtigen institutionellen Landschaft ist, dass aber, wie wir weiter unten sehen werden, diese Entwicklung je nach Einrichtung sehr unterschiedlich umgesetzt wurde.

Methadon im stationären Bereich: wirklich die entscheidende Frage?

In den verschiedenen Behandlungsansätzen im Suchtbereich gibt es einige allgemeingültige Zielsetzungen, die von niemandem, weder ÄrztInnen noch SozialarbeiterInnen, bestritten werden:

- Veränderung im Konsum von psychotropen Substanzen: kontrollierter Konsum (Verminderung des Konsums, Vermeiden von Risikosituationen wie Fahren unter Einfluss von Drogen usw.) oder Abstinenz
- Stärkung/Unterstützung der Veränderungsmotivation
- Schaffung/Stützung von förderlichen sozialen Kontakten, Vermeiden von abträglichen Kontakten
- Verbesserung oder Stabilisierung der körperlichen und/oder psychischen Gesundheit
- Angemessener Lebensstil, soziale und berufliche Eingliederung
- Überwindung von Krisen und Rückfällen

Im stationären Bereich wird traditionellerweise ein starkes Gewicht auf die soziale und berufliche Wiedereingliederung gesetzt.

Abstinenz ist aber seit einiger Zeit auch im stationären Rahmen keine Voraussetzung mehr, um die damit verbundenen Zielsetzungen zu erreichen. Ein freiwilliges oder erzwungenes Moratorium im Konsum kann ein angemess-

senes und notwendiges Mittel sein, wenn eine chaotische Konsumweise mit dauernder Intoxikation jegliche Reflexion und Zusammenarbeit verhindert. Ebenso wie eine gesundheitliche und soziale Stabilisierung, so wie sie in Methadonbehandlungen vorgesehen ist, die Chancen für eine Verminderung des Konsums verbessern kann. Folglich können Zielsetzungen nicht schematisch getroffen werden, sondern müssen der je individuellen Situation einer Klientin/eines Klienten im Moment der Entscheidung für eine Behandlung angepasst werden. Die Fachleute im Suchtbereich sind sich heutzutage darin einig, dass sich die KlientInnen/PatientInnen nicht über die von ihnen konsumierten Substanzen definieren lassen, sondern über ihre Ressourcenlage und ihre Persönlichkeit.

Wirkungsvolle Kombination von zwei bewährten Ansätzen?

Beide Ansätze haben sich – je für sich betrachtet – bewährt und ihre Wirksamkeit unter Beweis gestellt. Stationäre Konzepte haben unbestrittene Verdienste: Verminderung des illegalen Konsums um 50 – 70%¹, signifikante Verminderung der Delinquenz und soziale Wiedereingliederung nach 5 Jahren². Die Hauptkritik betrifft die hohe Selektivität mit vergleichsweise schwachen Fallzahlen und ungenügenden Haltequoten. Der Ansatz der Substitution zeigt ebenfalls Wirkung: Verminderung der Risiken (Aids, Hepatitis usw.), Verminderung der Delinquenz sowie höhere Fallzahlen und höhere Haltequoten. Die Probleme mit illegalem Konsum können weiter bestehen und die soziale Wiedereingliederung ist häufig ungenügend.

Die Personen in Substitutionsbehandlung stellen gegenwärtig eine heterogene Population dar, die verschiedene Problemtypen manifestieren und deshalb verschiedenen Zielgruppen zuzuordnen sind. Diese KlientInnen benötigen also eine spezifische Zuweisung zu einer bestimmten Institution nicht einfach aufgrund ihrer Bedürfnisse im Zusammenhang mit ihrer Substitutionsbehandlung, sondern aufgrund ihrer persönlichen Probleme und Ressourcen.

Die Integration von Methadonbehandlungen in therapeutischen Gemein-

schaften stellt nicht eine dritte, neue Behandlungsform dar, die sich aus einer Verbindung des stationären und des Substitutionsansatzes ergeben würde, es handelt sich vielmehr um eine Integration innerhalb der stationären Konzepte selbst.

Die praktische Frage ist also vielmehr, wie sich die Prinzipien der «stationären Therapie» mit einem Abgabemodell wie der Methadonbehandlung verbinden lassen.

Evaluationsforschungen zu den Behandlungsmodellen mit kombiniertem Ansatz sind in der Schweiz und im Ausland in Vorbereitung. Unter den bestehenden Evaluationen können zum Beispiel diejenigen der Association Le Radeau in Fribourg und der Association ARGOS in Genf³ erwähnt werden.

Kombinierte Ansätze: Zielsetzungen und Bedingungen

Die Ziele einer Kombination sind die Verbesserung des Zugangs zu stationären Therapien für Personen in Methadonbehandlung, die aus den stationären Rahmenbedingungen Nutzen ziehen könnten. Anders gesagt: Nutzen der Leistungen der stationären Therapien, ohne einen Entzug machen zu müssen, der destabilisierend sein könnte. Weiter soll die compliance verbessert und der

Stabilisierungsprozess von substituierten Personen unterstützt werden.

Um diese Ziele zu erreichen, müssen bestimmte Bedingungen erfüllt und Anpassungen gemacht werden:

■ Anpassung des Konzeptes und Schulung/Einführung des Personals

Es ist unerlässlich, dass das Konzept der Einrichtung überarbeitet wird, um die verschiedenen MitarbeiterInnen wie die Leitungsorgane (einschliesslich der Trägerschaft) zu befähigen, die Anpassungen zu unterstützen und durchzuführen.

Es braucht fachkompetentes Personal, das die verschiedenen Klientenpopulationen betreut. Für eine wirksame Anpassung des Modells und der Methoden eines stationären Konzepts für neue Populationen ist es also nötig, dass das ganze Personal, unabhängig von seiner Grundausbildung und seiner therapeutischen Ausrichtung einbezogen wird und sich persönlich für diese Änderungen einsetzt.

Wir haben in unseren Kontakten mit den Einrichtungen festgestellt, dass sich allfällige Probleme im Zusammenhang mit der Einführung der Methadonbehandlung meistens aus einem unvollständigen oder unbefriedigenden Grad der Erfüllung dieser zwei Voraussetzungen ergeben.

■ Interdisziplinäre Ausbildung

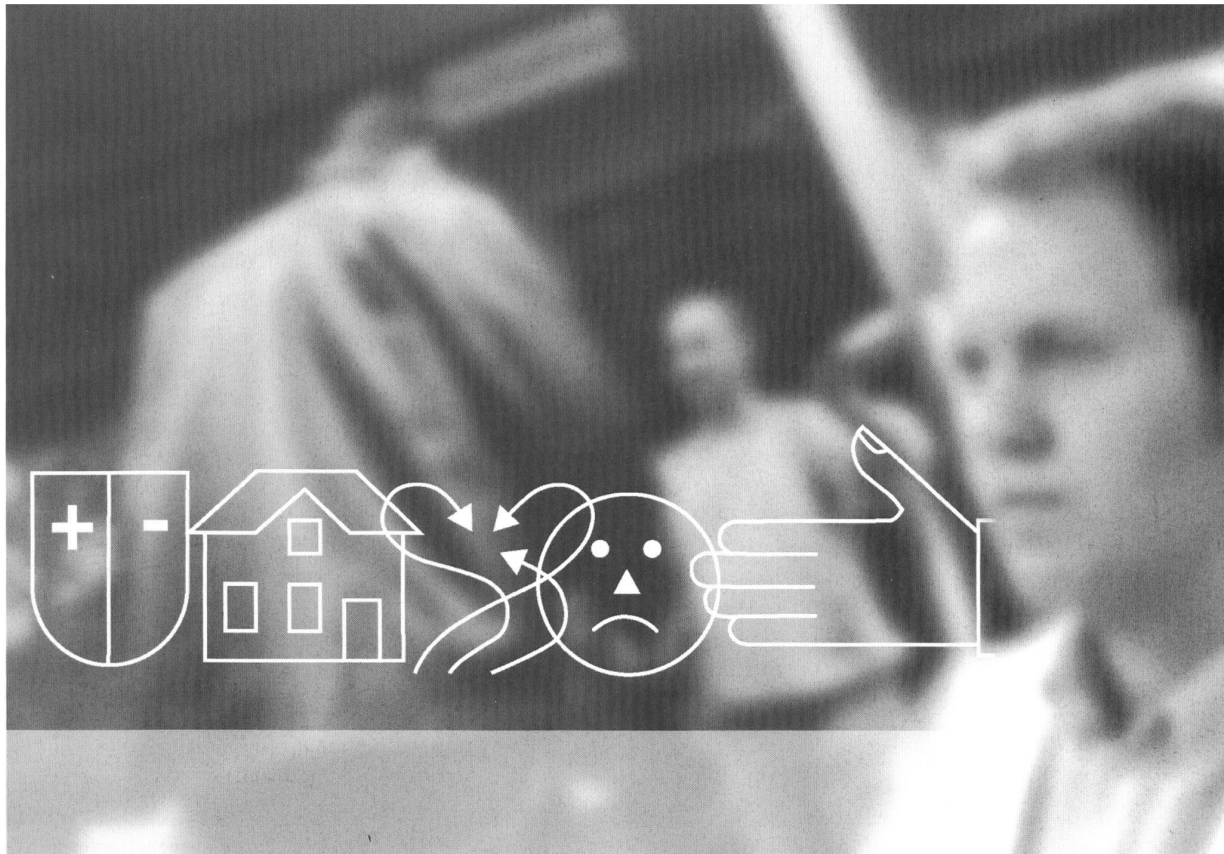
Die interdisziplinäre Ausbildung zwischen den Fachleuten ist unerlässlich: zwischen solchen mit grosser Erfahrung in den Methoden der stationären Therapie, solchen mit wenigen oder keinen, und Fachleuten mit anderen Ausbildungen (Medizin, Pflege, Psychologie...).

Die ambulanten Dienste, die seit vielen Jahren Methadon verschreiben, haben in der Einführung des Methadons eine aktive Rolle gespielt, insbesondere auch durch Informationsveranstaltungen für das Personal und durch regelmässige Präsenz für die KlientInnen von therapeutischen Gemeinschaften (in einigen Fällen ein- bis zweimal wöchentlich).

Erarbeitung von Kompetenzen und Wissen in folgenden Punkten:

- Allgemeinkonzept der Anwendung von Methadon als therapeutisches Mittel
- Medizinische Gesichtspunkte zum Methadonkonzept
- Konkrete Verwaltung des Methadons: Transport, Lagerung, Abgabe usw.
- Politik und Vorgehen bezüglich Methadonbehandlung (legaler Rahmen, Empfehlungen der Kantonsärzte usw.)
- Kenntnisse, die eine Verfeinerung und Individualisierung in der Betreuung der KlientInnen erlauben: Verschiedene Konsumarten; verschiedene Lebensweisen; Motivationsgrad bei Eintritt in das Therapieprogramm; Individuelle Unterschiede im Verlauf des Veränderungsprozesses

Unterstrichen werden diese Ausführungen durch die Äusserung eines Institutionsleiters, wonach schon einige Monate nach der Einführung des Methadons ein ganz sicher positives Resultat verbucht werden konnte: die Kontakte mit dem ambulanten Bereich. «Das ganze Team der Einrichtung konstatiert heute, dass man im Alleingang nicht erfolgreich sein kann.»



■ **Einführung eines Abgabesystems und einer systematischen medizinischen Betreuung**

Für die Methadonabgabe muss ein professionelles setting eingerichtet werden; es ist noch gar nicht so lange her, dass Medikamente im Aufenthaltsraum verabreicht wurden. Die Beziehungen zum verschreibenden Arzt müssen sehr gut geregelt werden: wie werden Veränderungen in der Methadondosierung vorgenommen; was passiert, wenn Dosen verloren gehen; wer sagt den KlientInnen was; wann und wie wird über Fragen ihrer Behandlung gesprochen; wie wird der Transport für einen externen Arztbesuch organisiert usw. Allgemein gesagt gilt, dass die Erfahrungen umso positiver sind, je stärker die medizinischen Partner in das Modell integriert werden.

Die bereits zitierte Untersuchung von Herrmann für die Nationale Substitutionskonferenz NaSuKO 2001 zeigt auf, dass «nur ein gutes Drittel der stationären Therapieeinrichtungen die den Fragebogen ausgefüllt haben, kein eigenes medizinisches Angebot hat. Die zwei anderen Drittel der Einrichtungen haben entweder einen Vertrag

mit einem externen beratenden Arzt (52%) oder einen eigenen internen medizinischen Posten (ca. 11%)».

■ **Entzug**

Der Methadonentzug ist nicht unabdingbar, auch wenn sich gewisse KlientInnen in einem bestimmten Moment des Programms freiwillig für einen Entzug entscheiden können. Dieser Entscheid muss mit dem verschreibenden Arzt abgesprochen werden. Nach Déglon sollte «*der Entzug von einem Substitutionsmittel in erster Linie für Personen reserviert werden, die motiviert, sozial gut integriert sind, eine schwache Psychopathologie, eine gut strukturierte Persönlichkeit und eine eher unbedeutende Suchtanamnese aufweisen. (...) Bevor mit dem Entzug des Substitutionsmittels begonnen wird, sollte gewartet werden, bis die Interessierten psychosozial gut stabilisiert sind und die Suchtreflexe verloren haben, was Monate wenn nicht Jahre dauern kann.*»⁴

Verschiedene stationäre Einrichtungen haben einen klaren Diskurs und eine klare Haltung entwickelt, die sich folgendermassen in Worte fassen lässt:

Wir schlagen unseren KlientInnen vor, Abstinenz von allen nicht rezeptierten psycho-aktiven Substanzen auszutesten.

Die meisten Einrichtungen haben zwar bereits seit mehreren Jahren suchtmittelabhängige Personen integriert, die ärztlich verschriebene Medikamente wie Antidepressiva, Neuroleptika, aber auch Benzodiazepine einnehmen. Dennoch hat die Einführung von Methadon einerseits Abwehrhaltungen ausgelöst, andererseits aber auch falsche Hoffnungen auf eine Lösung aller Probleme genährt: auf Seiten der Platzierenden wie auch bei den Mitarbeitenden der therapeutischen Gemeinschaften.

Konkret: haben die BetreuerInnen Angst, KlientInnen zu erhalten, die «einnicken» und dem Programm nicht folgen können, oder Personen, die psychiatrisch allzu beeinträchtigt sind (z.B. Borderline mit antisozialem Verhalten) und sie erwarten zu Recht, Personen betreuen zu können, die bereits eine gewisse Stabilität in der Methadondosierung erreicht hatten und eine gewisse Fähigkeit zur Sozialisation aufwiesen. Andererseits wurde von den