

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-

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 anzugehen.

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 angemessenes

* 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

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 unabhängig, 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 auszuüben.

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

Substituierte in der Arche

Vor zwei Jahren hat sich die Therapiegemeinschaft Arche Bülach auch für KlientInnen mit Substitutionsmitteln geöffnet. Was gab den Ausschlag dazu und wie sind die ersten Erfahrungen?

KATHRIN WINZELER, MARKUS HERZOG*

Nach der Einführung der Methadonprogramme wurde man gewahr, dass nicht allen KlientInnen mit einer ambulanten Substitutionsbehandlung gedient ist. Die Justiz, die Sozialbehörden und Entzugskliniken fragten nach Therapieplätzen für BezügerInnen von Substitutionsmitteln.

Therapie oder Rehabilitation?

Bevor die Konzeptänderung in der Therapiegemeinschaft Arche entschieden wurde, drehte sich die Diskussion hauptsächlich um drei Punkte im Zusammenhang mit Substitutionsmitteln:

- **Die Dosis**

Hier kann kein allgemein verbindlicher Milligramm-Wert definiert werden. Jeder Stoffwechsel reagiert anders auf Substanzen. Richtschnur ist die Frage, ob jemand «alltagstauglich» ist.

- **Abbau der Substanz**

Der Abbau ist nicht das oberste Ziel. Alles orientiert sich vielmehr an der Frage, was der Stabilität und Lebensqualität der KlientInnen zuträglich ist, vor allem auch nach dem Therapieaufenthalt.

- **Therapiefähigkeit**

Für einen Teil der KlientInnen in Bülach (nicht für alle) muss eher von Rehabilitation, denn von Therapie gesprochen werden. Es geht nicht um Genesung. Vielmehr wird in der Arche die Alltagsbewältigung geübt und es werden den KlientInnen im verhaltenstherapeutischen Sinn Regeln mitgegeben, mit denen sie in schwierigen Situationen bestehen können.

Ausgebautes Eintrittsverfahren

Seit es Methadonprogramme gibt, hat sich die Klientel der Therapiegemeinschaft Bülach verändert. Drogenkonsumierende mit guten Ressourcen genügt die ambulante Behandlung, nur KlientInnen mit wenig persönlichen und sozialen Ressourcen machen überhaupt noch einen stationären Aufenthalt. Für die Arche Bülach hat sich diese Tendenz verschärft, seit sie auch KlientInnen mit Methadon o.ä. aufnimmt: Unsere Klientel ist kränker geworden.

Deshalb hat die Arche Bülach ihr Aufnahmeverfahren ausgebaut und zieht auch jeweils einen Psychiater bei. Das Ausmass der psychischen Störung wird genau abgeklärt. Die Arche Bülach ist keine psychiatrische Klinik und nicht eingerichtet für akut psychisch Kranke. Bedingungen für eine Aufnahme sind die Krankheitseinsicht und sorgfältig verordnete Medikamente. Dank der sorgfältigen Abklärung von Ressourcen und Motivation der KlientInnen kann die Zahl der Abbrüche positiv beeinflusst werden.

Als zweite Konsequenz der Konzeptänderung brauchte es neue Kompetenzen im Team. Die Abgabe der Substitutionsmittel und Medikamente ist aufwändig und verlangt nach MitarbeiterInnen mit medizinischer und psychiatrischer Erfahrung.

Fazit

Nach einer zweijährigen Praxiserfahrung können wir sagen, dass bei der Aufnahme von und der Arbeit mit KlientInnen, deren Ressourcen und Bedürfnisse im Vordergrund stehen sollen. Dies ist der wichtigste Grundsatz in der KlientInnenorientierung und nicht, ob sie eine Substanz einnehmen und wenn ja, welche. Davon ausgehend formulieren wir unseren Wunsch für die Zukunft: Würden auch andere Therapieeinrichtungen substituierte KlientInnen aufnehmen, wären die KlientInnen in der Wahl einer für sie geeigneten Therapieeinrichtung freier. Nicht die Frage, ob Substitutionsmittel erlaubt sind oder nicht stünde dann im Vordergrund, sondern ob ein Angebot dem entgegenkommt, was ein Klient oder eine Klientin benötigt. ■

Fachleuten manchmal zuviel Hoffnung in das Methadon gesetzt, mit der Annahme, dass der Konsum von nicht verschriebenen Substanzen dank dem Methadon zurückgehen oder sogar ganz verschwinden würde. Der Einsatz von Methadon darf weder dramatisiert noch mit falschen Hoffnungen belegt werden.

In verschiedenen Einrichtungen sind die Meinungen der Mitarbeitenden zur Frage des Methadons zur Zeit noch geteilt und dies spiegelt sich bei den KlientInnen. Die Haltung des Betreuungsteams ist hier bestimmend: wenn die Öffnung für das Methadon nur halbherzig gemacht wird und die Kultur der strikten Abstinenz weiterdauert, wird die Integration des Methadons auch für die KlientInnen schwierig oder manchmal gar kontraproduktiv.

■ Sanktionen

Die Grundregeln müssen für alle KlientInnen gleich sein (keine Gewalt, keine nicht verschriebenen Substanzen usw.). Allfällige Sanktionen dürfen sich nicht auf die Methadonbehandlung auswirken, sondern können in einem allgemeinen Ausschluss vom Programm bestehen. Dies trifft auch dann zu, wenn z.B. ein/e KlientIn ihre/seine Methadonbehandlung eigenmächtig aufgeben sollte.

Was das Zusammenlegen zwischen Abstinenten und KlientInnen mit Substitutionsbehandlung angeht, stellt man bei den Einrichtungen unterschiedliche Haltungen fest. Die Untersuchung von Herrmann (2001) zeigt, dass drei Viertel der stationären Einrichtungen unter dem gleichen Dach haben. Ein Viertel der Einrichtungen haben eine architektonische Trennung der zwei Populationen vorgenommen. «Nur ein Drittel verfügt bei Methadonpatienten ein anderes setting. Die häufigsten Bemerkungen betreffend Abweichungen in Behandlungsansatz oder Verhalten der Klienten sind die Folgenden (zusammengefasst und kategorisiert):

* Markus Herzog, Therapiegemeinschaft Arche Bülach, Heimgarten, 8180 Bülach. Email: markus.herzog@archezh.ch
Kathrin Winzeler, Marketing Verein Gemeinschaft Arche, Postfach 1535, 8026 Zürich. Email: kathrin.winzeler@archezh.ch



- *andere Zielformulierungen mit Hauptthematik «Substitution»*
- *mehr Ruhezeiten nach Bedarf*
- *weniger oder keine Forderungen an den «persönlichen Anteil» bei allen Aktivitäten, Methadonpatienten bringen sich weniger ein, können weniger gefordert werden*
- *nicht abstinente Klienten stehen unter ständiger ärztlicher Kontrolle*
- *Methadonpatienten leben noch in gedämpfter Welt, ihre Wahrnehmungen sind beschränkt, persönliche Themen können nicht gleich schnell angegangen werden wie bei abstinentem Klientel»*

Zusammenfassung

Eine Methadonbehandlung lässt sich sehr gut im Modell der stationären Therapie integrieren, vorausgesetzt, bestimmte zusätzliche Kompetenzen werden entwickelt, das setting wird angepasst und die Kultur der Einrichtung wird verändert, insbesondere was die Abstinenzforderung betrifft. Es ist nicht nötig, grundsätzliche neue Leistungen zu entwickeln, ausser wenn es sich um neue Zielgruppen handelt. Was die mutmasslichen Probleme des Zusammenlebens von KlientInnen mit

und ohne Methadon angeht, so hängt dies weitgehend mit der Haltung der Einrichtung dem Methadon gegenüber ab. So hebt z. B. Broers in der Genfer Erfahrung vor allem die positiven Aspekte einer gemischten Gruppe hervor, nämlich eine gute Gruppendynamik, welche mithilfe, die Absetzung der Substanz zu fördern, ohne wegen der Methadonbehandlung Schuld- oder Minderwertigkeitsgefühle gegenüber den Abstinenten zu wecken.

Wenn die stationären Therapien ihre Zielsetzungen erreichen wollen, müssen sie ihrem Modell und ihren Zielsetzungen verpflichtet bleiben. Es wäre kontraproduktiv, sie grundsätzlich in Frage zu stellen, z. B. durch die Aufnahme von KlientInnen für Kurzzeit-Module à la carte, was vermehrte Wechsel und eine Verstärkung des Drehtüreffekts zur Folge hätte. In diesem Zusammenhang ist zu unterstreichen, dass z. B. die Aufenthaltsdauer nicht ohne weiteres reduziert werden kann, wenn nicht gleichzeitig die Zielsetzungen angepasst werden.

Der Ansatz der stationären Therapie/Rehabilitation hat seine Wirksamkeit bewiesen und die Forschung hat die Resultate bei und nach dem Austritt sehr gut belegt⁵.

Welche Zielgruppen sind für diese Kombination geeignet?

Bei der spezifischen Indikation für eine stationäre Behandlung sind verschiedene Elemente zu beachten, insbesondere:

- Fehlen von minimalen Voraussetzungen für eine ambulante Behandlung wie z. B. ungenügende Mitarbeit und/oder eine Unfähigkeit zu autonomer Lebensführung
- Moratorium (zur Verhinderung einer permanenten Intoxikation und der dauernden Flucht vor jeglicher Veränderung und/oder vor therapeutischen Kontakten)
- Entzug (vollständig oder teilweise)
- Vorbereitung auf eine ambulante Behandlung
- Selbstverständlich müssen Motivation und Vorstellungen der KlientInnen/PatientInnen bei der Entscheidung mit einbezogen werden.

Als Zielgruppe betrifft dies hauptsächlich Heroinabhängige, die während ihrer Methadonbehandlung einen chaotischen Lebensstil und einen unverändert unkontrollierten Substanzkonsum zeigen. KlientInnen, die zwar ein stationäres Programm wünschen aber ein hohes Rückfallrisiko haben,

sind ebenfalls AnwärterInnen für einen kombinierten Ansatz.

In Frage kommen ausserdem KlientInnen, die zwar zu einem stationären Aufenthalt bereit sind, sich aber eine völlige Abstinenz (noch) nicht vorstellen können.

Um eine klarere Vorstellung von dieser potentiellen KandidatInnengruppe zu erhalten, kann die Auswertung der vorherigen Behandlungen der Klientel von stationären Einrichtungen in der Schweiz zwischen 1995-2001 herangezogen werden⁶:

- Der Prozentsatz der KlientInnen, die mehrmals eine stationäre abstinenzorientierte Behandlung gewünscht haben, liegt konstant bei 15%
- Die Zahl derjenigen, die zum ersten Mal in eine solche Behandlung eingestiegen sind, hat sich von 32% auf 40% erhöht
- Die Zahl derjenigen, die vor dem stationären Eintritt nur eine Substitutionsbehandlung versucht haben, ist von 26% auf 19% gesunken
- Der Prozentsatz der KlientInnen, welche beide Ansätze aber ohne Erfolg versucht haben, liegt bei rund 25%.
- Die AnwärterInnen für einen kombinierten Ansatz könnten aus den zwei letzten Gruppen kommen. Sie machen fast die Hälfte der Personen aus, die in eine stationäre Therapie eintreten.
- Heute stehen 21% der KlientInnen, die eine stationäre Behandlung aufnehmen noch in einer Methadonsubstitution⁷. Es ist also naheliegend, kombinierte Ansätze ernsthaft und systematisch zu erproben.

Und die Verschreibung von Heroin?

Die gemachten Aussagen gelten grundsätzlich auch für KlientInnen in Heroingestützten Behandlungen und sollten deshalb von Beginn an in die Überlegungen einbezogen werden. Zwei Deutschschweizer Einrichtungen nehmen seit mehreren Jahren bereits Patienten in Heroingestützter Behandlung auf.

last but not least...

Die Forschungsergebnisse zu stationären Behandlungen ebenso wie zu Substitutionsbehandlungen geben uns eine ausgezeichnete Grundlage für die Diskussion von Kombinationsmöglichkei-

ten und erlauben es, die je eigenen Nachteile der beiden Ansätze zu verringern und gleichzeitig neues therapeutisches Potenzial erschliessen.

FÜR INTERESSIERTE SEI AUF VERSCHIEDENE UNTERSUCHUNGEN HINGEWIESEN:

Für stationäre Behandlungen u.a. KOFOS in der Schweiz, De Leon in den USA, Broekaert in Belgien, Kethea in Griechenland oder NTORS (Gossop et al 2003) in Grossbritannien.

Für Substitutionsbehandlungen Simpson, Ball & Ross und Mc Lellan in den USA, Mattick und Hall in Australien, Degkwitz, Raschke, Farrell, Reisinger, Maremmani und andere in Europa.

Die WHO hat zusammen mit UNAIDS und UNODC ein Positionspapier publiziert, das die Haltung zu den Substitutionsbehandlungen zusammenfasst (WHO 2004), und UNODC hat eine ausgezeichnete Zusammenfassung zu den Suchtbehandlungen publiziert (UNODC 2003).

Gleichzeitig müssen wir aber nachdrücklich darauf hinweisen, dass zusätzliche Untersuchungen und Evaluationen zu kombinierten Modellen in der Schweiz unerlässlich sind. Wir hoffen, dass die dafür benötigten Mittel beschafft werden können. ■

Quellen und Bibliographie

- **Association le Radeau in Zusammenarbeit mit der KOSTE, 2004:** Thérapie et méthadone en milieu résidentiel : au carrefour des représentations et des pratiques, Berne www.coste.ch/pdf/conf/20031118_Rapport_therapies.residentielles_methadone.pdf Datenbank der KOSTE – Schweizerische Koordinationsstelle für stationäre Therapieangebote im Drogenbereich: info.set.ch/coste/Search.cfm?lng=2
- **Burkhard P, Egli T, Simmel U, 2003:** FiSu – Das Leistungs-bezogene Finanzierungssystem der Suchttherapie, Manual, KOSTE, Bern.
- **Dégion JJ, 2003:** Peut-on envisager d'arrêter son médicament de substitution?, Fondation Phénix, Genève, www.phenix.ch/doc/degion-11.htm
- **De Leon G, 1996:** Integrative recovery. A stage paradigm. *Substance Abuse* 17 :51-63
- **De Leon G, 1997:** Community as method: Therapeutic Communities for special populations and special settings. Greenwood, Westport CT
- **De Leon G, 2003a:** Integrating maintenance and different therapeutic programming. In Waal H, Haga E (Eds.) Maintenance treatment of Heroin Addiction. Evidence at the Crossroads (pp 296-314). Cappelen, Oslo
- **De Leon G, 2003b:** Therapeutic Community and Methadone Maintenance (Passages). A case illustration of an integrated tre-

atment approach. In Waal H, Haga E (Eds.) Maintenance treatment of Heroin Addiction. Evidence at the Crossroads (pp 315-320). Cappelen, Oslo

- **Espegren O (2003) :** Twelve Step Programme and Methadone Maintenance Treatment. In Waal H, Haga E (Eds.) Maintenance treatment of Heroin Addiction. Evidence at the Crossroads (pp 321-328). Cappelen, Oslo
- **European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction EMCDDA, 2000:** Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union. EMCDDA, Lisbon
- **Gossop M, Marsden J, Steward D, Kidd T, 2003:** The National Treatment Outcome Research Study (NTORS): 4-5 years follow-up results. *Addiction* 98:291-3003
- **Herrmann H, 2001:** Die aktuelle Praxis der Substitutionsbehandlung mit Methadon in der Schweiz (2000), NaSuKo 2001, Büro für sozioökonomische Studien & Projekte, Basel, pp 74-80. http://www.hannes.ch/methadonbericht_ges.pdf
- **Hubbard RL, Marsden ME, Rachal JV et al., 1989:** Drug abuse treatment. A national study of effectiveness. University of North Carolina Press, Chapel Hill
- **Khantzian EJ, 1985:** The self-medication hypothesis of addictive disorders : focus on heroin and cocaine dependence. *Amer J Psychiat* 142 :1259-1264
- **Klee H (Ed.), 1991:** Amphetamine misuse: International perspectives on current trends. Harwood, Reading
- **Organisation Mondiale de la Santé OMS, 2004:** WHO/UNODC/UNAIDS Position paper Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention. OMS, Geneva
- **Prochaska JO, Di Clemente CC, Norcross JC, 1992:** In search of how people change. *Amer Psychologist* 37 :1102-1114
- **Schaaf S, Reichlin M, Hampson D, Grichting E, 2002:** Jahresbericht Forschungsverbund stationäre Suchttherapie. Institut für Suchtforschung, Zürich
- **Schaaf S, Grichting E, Hampson D, Reichlin M, 2004:** Forschungsverbund stationäre Suchttherapie act-info-FOS im Jahre 2003. Institut für Suchtforschung, Zürich
- **Simpson DD, Joe GW, Brown BS, 1997:** Treatment retention and follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study DATOS. *Psychol Addict Behav* 11 :294-307
- **Uchtenhagen A, 2002:** Drug abuse treatment in the prison milieu : a review of the evidence. In Council of Europe (Ed.): Prisons, Drugs and Society, pp79-98. Council of Europe, Strasbourg
- **United Nation Organisation on Drugs and Crime UNODC, 2003:** Contemporary Drug Abuse Treatment. UNODC Vienna
- **Wexler HK, 1995:** The success of therapeutic communities for substance abusers in American prisons. *J Psychoactive drugs* 27:57-66

Fussnoten

- 1 (Hubbard et al. 1989)
- 2 (Gossop et al. 2003)
- 3 (Le Radeau, COSTE 2004)
- 4 (Dégion 2003)
- 5 (vgl. Schaaf et al. 2002)
- 6 (nach Schaaf et al. 2002)
- 7 (Schaaf et al. 2004)