Methadon?

Autor(en): **Eisenring, Markus**

Objekttyp: **Article**

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

Band (Jahr): **14 (1987)**

Heft 1

PDF erstellt am: **28.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-799809

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

Methadon?

Markus Eisenring,
Primar- und Mittelschullehrer (Physik), 5 Jahre Obdachlosenarbeit mit Pfarrer Sieber in Zürich, seit August 1980 Leiter im Sonnenbühl, Brütten

Dieser Artikel befasst sich mit dem Problem der Abgabe von Opiaten, speziell von Methadon, durch staatliche oder staatlich autorisierte Stellen an Opiatabhängige. Bevor ich darauf eingehe, möchte ich meine drogenpolitischen Überzeugungen ganz kurz in 5 Punkten zusammenfassen:

— Soviele Menschen wie möglich müssen durch vorbeugende Massnahmen davor bewahrt werden, den Weg in eine Abhängigkeit von Suchtmitteln zu gehen.
— Es muss ein vielfältiges, differenziertes Therapieangebot zur Verfügung stehen, damit jede/r Drogenabhängige/r, der/die den Wunsch nach Therapie äussert, ohne Verzug einen passenden Therapieplatz findet.
— Abhängigen, die nicht zur Therapie bereit sind, soll ein optimales Überleben ihrer mit Drogenkonsum verbundenen Lebensphase ermöglicht werden. Drogenabstinenz kann dabei nicht Voraussetzung sein, soll aber das übergeordnete Ziel bleiben; d.h. alle Angebote sollen weiterhin zur Therapie und zum Ausstieg motivieren.
— Die repressiven Massnahmen (Polizei, Justiz, Zoll) müssen sich auf die Bekämpfung des Handels konzentrieren, in ihrem Verantwortungsbereich sehr viel enger als bisher definiert werden. Insbesondere benötigen wir ein Bankengesetz, mit dem das Geldwaschen bekämpft werden kann. Gleichzeitig soll der Drogenkonsum generell entkriminalisiert werden.
— Die internationale Zusammenarbeit und die Forschung auf dem Gebiet der Drogenpolitik müssen forciert werden.

Zu jedem einzelnen der 5 Punkte müsste selbstverständlich sehr viel mehr gesagt werden. Auftragsgemäss will ich mich aber auf die zentrale Frage einer jeden drogenpolitischen Diskussion beschränken und dabei vor allem den Aspekt der Opiatabgabe beleuchten: Mit welcher Art von drogenpolitischen Massnahmen lässt sich das optimale Überleben der Drogenabhängigen — die Drogenszene als ganzes und insbesondere Punkt 1 der obigen Liste im Auge behaltend — am besten erreichen? Ich werde im folgenden zu begründen versuchen, weshalb ich vor allem niederschwellige Methadonabgabeprogramme für drogenpolitisch kontraproduktiv halte.

Zusammengefasst sprechen gegen Ersatzdrogenabgabeprogramme 2 wesentliche Gründe:

— Die Abgabe von Methadon entspricht nicht der Logik der Sucht.
— Jedes Ersatzdrogenabgabeprogramm verstrickt sich in Widerspruch von zu restriktiver und zu liberaler Handhabung.

Damit im folgenden keine Missverständnisse aufkommen, möchte ich zuerst den Begriff "niederschwellig" definieren: Darunter verstehe ich ein Abgabeprogramm, das für die Methadon-Abgabe an den Süchtigen nur einige wenige Forderungen stellt: Kaum einschränkende Indikationskriterien, Abholen des Stoffes an einem bestimmten Ort, minimale Kontrollen zur Erschwerung von Missbräuchen, kein Anspruch auf therapeutische "Leistungen". Dazu im Gegensatz stehen strukturierte Methadonabgabeprogramme, die von ihren Klienten dasselbe fordern wie drogenfreie Programme: Motivation zur Auseinandersetzung mit Problemen, Wille zur Veränderung der eigenen Situation. Von solchen Programmen ist hier nicht die Rede. Das Ziel eines niederschwelligen Methadonprogrammes liegt, so denke ich mir, darin, Drogenabhängige zu Kontakten mit Institutionen ausserhalb der illegalen Drogenszene zu bewegen, ihnen den Beschaffungsstress zu nehmen und damit ohne Druck zu erreichen, dass Illegalität und Verelendung abnehmen. Sie sollen, so wie es das VSD-Papier vorschlägt, als drogenpolitische Massnahme definiert und eingesetzt werden und haben die Gesamtheit der Drogenabhängigen im Auge. Neuerdings wird auch die Verminderung der HIV-Übertragung als Argument ins Feld geführt.

Nun zu den Gründen im einzelnen, welche gegen das Erreichen der erklärten Ziele von niederschwelligen Methadonabgabeprogrammen sprechen:

1. Methadon wird hier als "Tauschmittel" gegen Heroin eingesetzt – und dazu ist es schlecht geignet, da es nicht denselben Lustgewinn wie Heroin bringt. Die Süchtigen vermissen dabei den "Flash", das gute "Feeling". Folglich werden sie zwar Methadon nehmen – vor allem, wenn sie gerade nichts besseres haben – aber sonst bei der Suche nach Heroin bleiben.

2. Immerhin, Methadon beseitigt die Entzugssymptome und der Süchtige erhält es, auch wenn es nur einen Teil seiner Bedürfnisse befriedigt, wenigstens ohne Strafandrohung. Aber auch bei sehr liberaler Programmgestaltung ist die Anzahl Interessierter relativ gering.

Meiner Meinung nach hängt dies mit dem unumgänglichen Ausmass sozialer Kontrolle zusammen, das jedes Abgabeprogramm prägt. Dazu kommt, dass bekanntlicherweise sehr viele Menschen, die Ansprüche gegenüber Staat und Gesellschaft haben, diese gar nie einfordern. Stellen wir uns aber einmal ein äusserst liberales Programm vor: Keine Registrierung, Anonymität, beliebig oft und beliebig viel Methadon. Es liegt auf der Hand, dass damit die epidemischen Probleme verstärkt würden; überschüssiger Stoff würde auf den Schwarzmarkt gelangen, Nicht-Süchtige bezögen Stoff usw.

3. Für Methadonprogramme wird gelegentlich angeführt, sie würden langfristig zur Austrocknung des Schwarzmarktes führen. Diese Behauptung konnte noch nirgends verifiziert werden. Sogar bei recht liberalen Abgabeprogrammen existiert daneben jeweils ziemlich unberührt der illegale Markt.

4. Ebenfalls unbelegt ist die Behauptung, niederschwellige Methadonprogramme würden die Begleitkriminalität, die Verelendung und die drogenindizierten Todesfälle generell, d.h. mit Blick auf die ganze Population der Drogenabhängigen, vermindern. Es soll selbstverständlich nicht bestritten werden, dass im Einzelfall mit – in der Regel – strukturierten Methadonprogrammen gerade dies erreicht wurde. Die neuesten Erfahrungen mit niederschwelligen Programmen in Holland belegen aber deutlich, dass die erklärten Programmziele dort verfehlt worden sind. Neben der sporadischen Einnahme des angebotenen Methadons blieben die meisten Süchtigen bei ihrem alten Leben; Verelendung und Todesfälle wurden nicht beeinflusst.

5. Parallel zur Forderung nach niederschwelligen Programmen wird im VSD-Paper der Abschied von der Abstinenzideologie verlangt. Ich kann diese Forderung nicht in Übereinstimmung mit meiner nun bald 13-jährigen Erfahrung in der Arbeit mit Abhängigen bringen; nach wie vor bin ich davon überzeugt, dass für einen Süchtigen Abstinenz die einzige Alternative ist, die eine echte, tiefe Veränderung seines bisherigen Lebens ermöglicht. 2 Dinge müssen dem aber hinzugefügt werden: 1. Abstinenz ist nicht generelle Vor-

aussetzung für therapeutisches Bemühen und 2. Für jene, welche an diesem hohen Ziel scheitern, muss trotzdem Sinnvolles getan werden (Gassenarbeit, Überlebenshilfe, Angebote für geschützte Arbeitsplätze usw.).

6. Einen weiteren Aspekt – dies zum Schluss – betrifft den Einbezug der Hausärzte in das Konzept der Methadonabgabe, wie ihn das VSD-Paper propagiert. Ich würde es für sehr verfehlt halten, wenn die neue VSD-Politik darin bestünde, die Drogenabhängigen den Hausärzten zuzuschieben. Wir (Drogenfachleute) haben doch das Drogenproblem schon längstens als psychosoziales oder soziokulturelles erkannt. Auch wenn ich weiss, dass sich viele Ärzte sehr um die psychosozialen Aspekte der Drogenabhängigkeit bemühen und sich weiterbilden, so bin ich doch sicher, dass die Methadonabgabe nicht generell den Hausärzten überlassen werden darf.

Fazit:
In all unseren Bemühungen um Abhängige sollten wir uns an den gesunden Seiten dieser Personen orientieren. Das kann zur Abstinenz führen, oder aber auch bedeuten, dass der Abhängige genügend isst, auf seine Hygiene achtet, am Abend ein Dach über dem Kopf hat. Mit niederschwelligen Methadonprogrammen geben wir den Abhängigen aber Gründe, ihrer steten Ambivalenz in Richtung Drogenkonsum nachzuleben. Solche Programme sind deshalb meiner Meinung nach ein untaugliches Instrument und sollten aus den diversen Konzepten gestrichen werden. Sie werden – wiederum von Einzelfällen abgesehen – ihre eigenen, gesundheitspolitisch motivierten Ziele verfehlen. Ich vermute, dass damit im Gegenteil Signale gesetzt würden, welche insgesamt mehr Jugendliche als bisher zum Drogenkonsum verleiten und ins Elend führen könnten. Nicht die Drogen, sondern die Konsumenten sollten ins gesellschaftliche Leben integriert werden; das gesündere Leben ist doch immer noch das Leben ohne Drogen! Gegen Methadon-Abgabe im Sinne einer Rest-Indikation, z.B. für an Aids erkrankte Abhängige, habe ich gewiss nichts einzuwenden. Ich wage hingegen die Prognose, dass die Ausbreitung des HIV von niederschwelligen Abgabeprogrammen nicht beeinflusst werden wird und dass das ganze in eine grosse Enttäuschung führen muss.

Der Stellenwert der Methadon-Erhaltungstherapie bei Heroinabhängigen

Dr. med. Mario Gmür
ist Oberarzt im Sozialpsychiatrischen Dienst der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich

Seit dem Inkrafttreten des Betäubungsmittelgesetzes sind 11 1/2 Jahre verflossen. Die Tauglichkeit der darin festgelegten Bestimmungen kann heute im Lichte der inzwischen gesammelten Erfahrungen im Umgang mit dem Drogenproblem besser beurteilt werden. Einiges hat sich seit 1975 geändert: *Erstens* gibt es heute im Vergleich zu früher mehr Plätze sowohl für kurzfristige Entzugsbehandlungen als auch für länger dauernde Entwöhnungskuren. Das Postulat der Entzugsbehandlung in einer "geeigneten" Einrichtung ist somit nicht mehr nur eine leere Phrase, sondern lässt sich bei genügender Motivation realisieren. *Zweitens* liegen über den Verlauf der Heroinabhängigkeit teils wissenschaftliche, teils vorwissenschaftliche Untersuchungsergebnisse vor, die eine realistischere Einschätzung der Prognose gestatten. Und *drittens* hat sich durch das Aufkommen des AIDS in den letzten Jahren die gesundheitliche Verfassung und die Prognose, sowie die soziale Perspektive der Heroinkonsumenten drastisch verschlechtert.

Die Prognose der Heroinsucht

Die Prognose der Heroinabhängigkeit sieht ungünstig aus. Schon Vaillant hat 1973 in einer 20-Jahres-Langzeituntersuchung nachgewiesen, dass höchstens ca. 2% Heroinabhängige pro Jahr den definitiven Ausstieg aus der Heroinsucht schaffen. Und 2% sterben pro Jahr. Selten gelingt einem Heroinsüchtigen die definitive Befreiung vom Heroin schon nach einer ersten Entzugsbehandlung. Rund die Hälfte der Kandidaten einer Entzugsbehandlung brechen diese vorzeitig ab. Und von denen, welche die Behandlung zu Ende führen, wird noch einmal ein beträchtlicher Teil später rückfällig. Wäre die Spontanprognose und die Heilungschance bei der Heroinsucht besser, so hätte die der Abstinenzideologie diametral entgegengesetzte Substitutionsideologie (Methadonbehandlung) keine Legitimation.

Die Bekanntgabe von Prognosen setzt immer auch Suggestionen. Sie ist nicht ohne Einfluss auf die Einstellung der Öffentlichkeit und auch der von der Sucht direkt Betroffenen zur Droge und zur Behandlung der Abhängigkeit. Die Verkündung besonders günstiger Therapieaussichten fördert sowohl die Attraktivität und Verharmlosung der Droge als auch die Bereitschaft der Öffentlichkeit zur Unterstützung kostspieliger Therapieprogramme. Die Verkündung einer schlechten Prognose bewirkt demgegenüber eine gewisse Abschreckung auf die Allgemeinheit, eine resignative Verdrossenheit bei Patienten und Therapeuten und eine obstruktive Verweigerungshaltung von Politikern und Steuerzahlern.

In einer längerfristigen Perspektive bewährt sich eine realistische Formulierung der Behandlungs*ziele* und eine nüchterne Einschätzung der Effizienz der Behandlungs*methoden* wohl am besten. Vielen ist zwar eine falsche Hoffnung lieber als gar keine Hoffnung. Doch haben falsche Versprechen kurze Beine. Sie enden oft in überschiessenden Enttäuschungsreaktionen und defätistischem Pessimismus. Von einer Augenwischerei muss beispielsweise gesprochen werden, wenn Einzelerfolge, gewissermassen vereinzelte Patientenstars, den Alleinvertretungsanspruch einer Therapie begründen sollen. So rufen hohe Aussteigerquoten und Rückfallsquoten bei Entwöhnungsbehandlungen nach einer palliativen Substitutionsbehandlung für die Gescheiterten. Aber auch die Methadonbehandlung erfreut sich nur einer beschränkten Popularität bei Heroinfixern und bewährt sich bei diesen nur partiell.