

Zur Behandlung Drogenabhängiger mit Methadon : zürcherische Richtlinien und Auswertung der Therapieresultate

Autor(en): **Uchtenhagen, A.**

Objektyp: **Article**

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

Band (Jahr): **15 (1988)**

Heft 3

PDF erstellt am: **08.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-799770>

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.

Zur Behandlung Drogenabhängiger mit Methadon: zürcherische Richtlinien und Auswertung der Therapieresultate

von A. Uchtenhagen

Im Juni 1987 wurden die aus dem Jahre 1978 stammenden „Richtlinien zur Behandlung Betäubungsmittelabhängiger mit Betäubungsmitteln“ der zürcherischen Gesundheitsdirektion durch neue Bestimmungen ersetzt. Anlass dazu war ein kantonsrätlicher Vorstoss, der zur Einsetzung einer Expertengruppe und zur Überarbeitung der Richtlinien führte. Dabei war zu berücksichtigen, dass auf dem Hintergrund der HIV-Epidemiologie schon seit 1986 zunehmend Ausnahmegenehmigungen bei infizierten und/oder körperlich schwer kranken Patienten zustande kamen.

Die hauptsächlichsten Veränderungen betreffen die *Indikationsstellung* einerseits, die Vereinfachung des Ablaufs bei Indikationsstellung und Bewilligung andererseits. Im Sinne der neuen Richtlinien wird die Indikation durch den behandelnden Arzt selbst gestellt (nicht mehr durch einen besonders zu ernennenden Indikationsarzt), und die Bewilligung zur Behandlung wird dem sich darum bewerbenden Arzt generell erteilt und muss nicht mehr für den einzelnen Patienten beantragt werden. *Die Durchführung der Behandlung hingegen erfährt keine Änderung.* Eine wissenschaftliche Evaluierung der Behandlungsverläufe durch den Sozialpsychiatrischen Dienst ist vorgesehen. Eine Zusammenfassung der wesentlichen Bestimmungen findet sich in Tabelle 1.

Welche Folgerungen ergeben sich aus den neuen Richtlinien für den behandelnden Arzt?

Rascheres Handeln ist möglich in Fällen, bei denen jede Verzögerung des Behandlungsbeginns zusätzliche Risiken bringt. Sobald sich der behandelnde Arzt in seiner Beurteilung der Situation sicher fühlt, kann er die Behandlung beginnen und nachträglich eine Meldung an den Kantonsarzt vornehmen. In der Regel wird er aber nach wie vor eine sorgfältige *Abklärung* nicht nur der medizinischen und der suchtspezifischen, sondern auch der sozialen Situation vornehmen, bevor er sich für die Indizierung einer Methadonbehandlung entscheidet. Abklärungen, die früher häufig durch den Indikationsarzt geführt wurden, fallen nun voll in die Verantwortung des behandelnden Arztes (relevante somatische Erkrankungen und Laborbefunde, Suchtanamnese und Verlauf früherer Behandlungen, Stellung-

nahme wichtiger Schlüsselpersonen, Art und Ausmass der anstehenden Lebensprobleme usw.).

Auch die *Verlaufsbeurteilung* wird nicht mehr durch einen besonders erfahrenen Indikationsarzt gemacht, sondern ausschliesslich durch den behandelnden Arzt, der lediglich eine Verlaufsmeldung abzugeben hat. Wer allerdings in Zweifelsfällen eine Fremdbeurteilung des Verlaufs wünscht, kann sich dafür an den früheren Indikationsarzt beziehungsweise die Drogenberatungsstelle seiner Region wenden. Insgesamt sind Verantwortung und therapeutische Entscheidung nunmehr uneingeschränkt dem behandelnden Arzt anvertraut. Andererseits verfügt er über weniger Möglichkeiten, sich dem Drängen Drogenabhängiger gegenüber auf formale Abläufe und Randbedingungen zu berufen.

Angesichts der wachsenden Zahl von Problemfällen (Multimorbidität, Polytoxikomanie, Probleme im Berufs-, Finanz-, Wohn- und Partnerschaftsbereich usw.) steigen die Anforderungen an die *psycho-soziale Begleitbetreuung*; Beschränkung auf wenige Methadonpatienten pro Praxis und/oder Zusammenarbeit mit der regionalen Drogenberatungsstelle, einer andern Jugendberatungsstelle oder weiteren fachkundigen Instanzen ist in solchen Situationen zu empfehlen.

Aufgrund der neuen Richtlinien hat sich die *Zahl der Methadonpatienten* im Kanton Zürich im Laufe von nur vier Monaten von etwa 300 auf rund 600 verdoppelt. Häufig melden sich Drogenabhängige in Praxen und Beratungsstellen, die keinen Arzt für eine Methadonbehandlung finden konnten. Andererseits nimmt in den Entzugsstationen die Zahl jener Methadonpatienten zu, die sich vom Methadon wieder entziehen lassen möchten.

Im Interesse einer möglichst sachgerechten Indizierung und Durchführung von Methadonbehandlungen werden regelmässig *Weiterbildungsveranstaltungen* stattfinden.

Neuere Behandlungsergebnisse

Der Eidgenössische Methadonbericht von 1984 (zurzeit vergriffen) hat eine erste Zusammenfassung von Behandlungsergebnissen in der Schweiz enthalten. Seither sind weitere Auswertungsstudien

abgeschlossen und veröffentlicht worden. Eine Übersicht findet sich in Tabelle 2. Dort ebenfalls angegeben sind die Grundlagen für weitere Auswertungsstudien.

Die Behandlungsergebnisse sind am einfachsten mit Bezug auf die einzelnen therapeutischen Zielsetzungen darzustellen (Tab. 3). Danach sind Rückfälle in legalen und illegalen Suchtmittelkonsum etwas Häufiges: Rückfälle in Heroinkonsum nehmen in der Regel rascher ab als begleitender Barbituratkonsum, während der gelegentlich vorkommende Konsum von Kokain und der häufiger vorkommende Konsum von Benzodiazepinen sich im Laufe der Methadonbehandlung weniger erfolgreich eindämmen lässt. Ausgeprägte Formen von Alkoholismus nehmen ebenfalls ab, während insgesamt der Alkoholkonsum im Laufe der Methadonbehandlungen eher zunimmt. Insgesamt sind die Rückfälle eher kurzdauernd, und zwar sowohl bei Behandlungsbeginn als auch bei späteren Krisensituationen, während Rückkehr zu fortgesetztem und regelmässigem Konsumverhalten eine verhältnismässig seltene Ausnahme bleibt.

In Zusammenhang mit der Reduktion des Suchtmittelkonsums ist eine *Verminderung der Letalität* einerseits, eine *deutliche Verbesserung des Gesundheitszustands* andererseits zu sehen. Die *Beschaffungsdelinquenz*, aber auch andere Formen der Delinquenz, nehmen in erheblichem Ausmass ab. Verzicht auf Drogenhandel führt laut einzelnen Untersuchungen zu Schwierigkeiten bei der Bestreitung des Lebensunterhalts und zu vermehrter Fürsorgeabhängigkeit. Erwerbstätigkeit und Aufbau stabiler drogenfreier Partnerschaften und anderer Beziehungen werden in unterschiedlichem Ausmass belegt (in Klammern gesetzte Ziffern der Tabelle 3 beziehen sich auf die Numerierung der Auswertungsstudien in Tabelle 2).

Das vorläufige Fazit der genannten Auswertungsarbeiten ist positiv im Sinne einer deutlichen Verbesserung der Lebenssituation in vielen Aspekten, wobei diese Verbesserungen vor allem im ersten Jahr erfolgen und Zeit zur Stabilisierung brauchen, während nach Ablauf von mehr als vier Jahren keine erheblichen weiteren Verbesserungen zu registrieren sind (Tab. 4). Über erfolgreiche *Entwöhnung von Methadon* mit anschliessender längerfristiger Suchtfreiheit liegen noch zu wenig ausgewertete Zahlen vor. Eine Reihe von Einzelfällen bestätigt aber, dass ein derartiger Verlauf durchaus möglich ist.

Untersuchungen über Prädiktoren der Behandlung weisen darauf hin, dass eine sachgerechte Durchführung der Behandlung und die Qualität der therapeutischen Beziehung von grösserer Bedeutung sind für den Behandlungserfolg als beispielsweise anamnestiche Faktoren wie Suchtdauer, Lebensalter und frühere Behandlungen (Helbling, 1984; Erlanger, Haas und Baumann, 1987).

Von besonderem Interesse sind die Ergebnisse einer Nachbefragung Drogenabhängiger, die bei *Hausärzten* in Methadonbehandlung standen (Weber, 1983, s.

Tab. 1. Richtlinien zur Behandlung Betäubungsmittelabhängiger mit Methadon (Kantonale Gesundheitsdirektion Zürich, 9. Juni 1987).

Ziel

gesundheitliche und soziale Stabilisierung im Rahmen einer längerfristigen Betreuung

Indikation

- gestellt durch den behandelnden Arzt nach somatischer, anamnestischer und sozialer Abklärung
- besteht vor allem, wenn Abstinenzbehandlung aus verschiedenen Gründen nicht durchführbar
- ist notfallmässig nur bei vitalen somatischen Erkrankungen zu stellen (keine soziale Notfallindikation)
- setzt Ausschluss von Kontraindikationen voraus
- kann nicht erzwungen werden (kein „Recht auf Methadon“)

Durchführung

- Methadonabgabe erfolgt im Rahmen einer alle Aspekte umfassenden Betreuung inkl. regelmässiger Aussprachen
- kontrollierte Einnahme einer nicht injizierbaren Trinklösung (Ausnahme: Wochenende)
- unangekündigte Urinproben auf illegale und legale Suchtmittel
- weitere Durchführungsregeln laut Methadonbericht des BAG vom 24.4.1984

Bewilligung

- wird auf Gesuch dem praxisberechtigten Arzt durch GD erteilt
- setzt Einhaltung der Richtlinien voraus, kann im Wiederhandlungsfalle wieder entzogen werden
- schliesst Verpflichtung ein zur Meldung aller Methadonpatienten, zur Erstellung von sechsmonatigen Verlaufsberichten und zur Auskunftserteilung bei wissenschaftlichen Nachuntersuchungen

Tab. 2. Evaluationsstudien zur Methadonbehandlung.

1. Fixerstudie Deutschschweiz (n = 248) vergleichende Evaluation von Verläufen bei Patienten aus Abstinenzprogrammen, Methadonprogrammen und Strafanstalten (Uchtenhagen/Zimmer, 1985)
2. Ergänzungsstudien aus der italienischen und der französischen Schweiz (n = 140; Zogg, 1987)
3. Überprüfung der Indikationsziele bei hausärztlicher Methadonbehandlung (n = 28; Baur, 1983)
4. Zweijahresverlauf bei hausärztlicher Methadonbehandlung (n = 26; Weber, 1983)
5. Auswertung staatlicher Methadonprogramme im Kanton Zürich (n = 48; Hermann, 1986)
6. Die therapeutische Beziehung bei Methadonbehandlungen in staatli-

chen Programmen (n = 48; Helbling, 1986)

7. Langzeitbehandlung Heroinabhängiger mit Methadon in der Privatpraxis (n = 243; Deglon, 1982)
8. 4-Jahres-Verlauf eines staatlichen Methadonprogramms (n = 31; Gmür und Hutter, 1984)

Grundlagen für weitere Auswertungsstudien

- Eintritts- und Verlaufsdocumentation für Patienten in Methadonbehandlung
- 1986 eingeführt, für die Patienten des Sozialpsychiatrischen Dienstes (Routinedokumentation)
- 1988 stichprobenweise Dokumentation privatärztlich behandelter Methadonpatienten
- Auswertung der Erst- und Verlaufsmedien über Methadonpatienten im Kanton Zürich (Routineauswertung)

Tab. 5). Danach äussert sich eine Mehrzahl der Patienten über ihre Behandlung positiv, mit immerhin rund einem Drittel, die sich eine intensivere Behandlung wünschsten. Hervorgehoben wurde vor allem, dass sich die Ärzte mehr Zeit nehmen sollten und dass es zu viele Regeln und Kontrollen gebe. Im weiteren zeigte sich, dass die Abgabevorschriften weitgehend eingehalten werden, dass Begleitgespräche und Urinkontrollen seltener sind als beispielsweise in staatlichen Methadonbehandlungen, vor allem aber, dass eine viel zu grosse Zahl von Patienten gleichzeitig noch andere abhängigkeitszeugende Medikamente verschrieben erhält. Die Kollegen selbst wünschsten sich mehr Zusammenarbeit mit anderen Institutionen, vor allem dort, wo die zeitliche und die persönliche Belastung ein zu grosses Ausmass annehmen. Ebenfalls wurden Wünsche nach vermehrter Weiterbildung und nach Balint-Gruppen laut; viele Kollegen empfahlen, höchsten zwei bis fünf Methadonpatienten gleichzeitig zu führen. Alle diese Behandlungsergebnisse kamen aufgrund der früheren Richtlinien und Indikationskriterien zustande. Es bleibt abzuwarten, wie weit die Veränderung der Richtlinien auch die therapeutische Effizienz verändert. Weitere Auswertungsstudien sind deshalb für nächstes Jahr vorgesehen.

Bibliographie

- Baur W.: Empirischer Vergleich von Methadonpatienten mit zeitlich begrenzter und zeitlich unbegrenzter Indikation. Diss. med. Universität Zürich, 1983.
- Déglon J.J.: Le traitement à long terme des héronsmanes par la méthadone. Médecine et Hygiène, Genève, 1982.
- Erlanger A., Haas H., Baumann I.: Therapieerfolg von Methadonpatienten mit unterschiedlicher Indikation. Drogalkohol 11. ISPA-Press, Lausanne, 1987.
- Fuchs W.J.: Zur europäischen Methadondiskussion. Referat an der 4. internat. psychiatr. Fortbildungstagung „Sucht 1987 – eine Standortbestimmung“, Iglis/Innsbruck, 1987.
- Gmür M., Hutter T.: Der 4-Jahres-Verlauf des Methadonerhaltungsprogramms im Ambulatorium Gartenhofstrasse. Drogalkohol 3, ISPA-Press, Lausanne, 1984.
- Helbling S.: Therapeutische Aspekte der Methadonsubstitutionsbehandlung. Lic. phil., Universität Zürich, 1986.
- Hermann E.: Verlaufsuntersuchung opiatabhängiger in staatlichen Methadonbehandlungen im Kanton Zürich. Diss. med. Universität Zürich, 1986.
- Uchtenhagen A., Zimmer-Höfler D.: Heroinabhängige und ihre „normalen“ Altersgenossen. Haupt, Bern 1985.
- Weber R.: Empirische Katamnese der Methadonbehandlung opiatabhängiger bei Hausärzten im Kanton Zürich. Diss. med., Universität Zürich, 1983.
- Zimmer-Höfler D., Uchtenhagen A., Fuchs W.: Methadon im Prüfstand. Wissenschaftliche Informationen Nr. 8 A, Forschungsgruppe SPD, Zürich, 1987.
- Zogg W.: Zur Situation Heroinabhängiger im Tessin. Diss. med., Universität Zürich, 1987.

Abdruck aus: **Schweiz. Rundschau Med. (PRAXIS) 77, Nr. 13 (1988)**

Tab. 3 Ergebnisse der Methadonbehandlung.

Zielsetzung

Ersatz der Heroinsucht durch monosymptomatische Methadonabhängigkeit

Verminderung der Letalität

Verbesserung des psychischen/somatischen Gesundheitszustand

Stabilisierung der Beziehungen

Reintegration in den Arbeitsprozess

Distanzierung von der Drogenszene, Verminderung der (Beschaffungs-) Delinquenz

Resultat

- kein Heroinkonsum während zweier Jahre bei 29 (1) bzw. 11% (4)
- Rückfälle sind kurzdauernd, bei 57% multipel (4)
- Rückfallhäufigkeit nimmt im Laufe der Behandlung (4) relativ rasch ab

- Alkoholkonsum nimmt zu (1), weniger ausgeprägter Alkoholismus (7)
- Barbituratkonsum nimmt relativ spät ab (1,4)
- Kokainkonsum ist spärlich, verändert sich nicht (1)
- Benzodiazepinkonsum unverändert

jährliche Mortalität 1,5% gegenüber 2 bis 3% ohne Behandlung (1)

deutlich gebessert, Suizidalität stark vermindert (1,4,5)

Zunahme stabiler drogenfreier Partnerschaften (1,5)

Zunahme der Erwerbstätigkeit, Zweitausbildungen (1,4,5)

hochsignifikante Abnahme der Delinquenz/Verurteilungen (1,4) Verkauf von Methadon am Schwarzmarkt selten (laut (4) bei 16% der Probanden sporadisch vorgekommen), Zunahme der Fürsorgeabhängigkeit (8)

Tab. 4. Fazit

- deutliche Verbesserung der Lebenssituation in vielen Aspekten
- Verbesserungen erfolgen vor allem im ersten Jahr, weitere zwei Jahre sind zur Stabilisierung erforderlich; Verbleib über vier Jahre hinaus deutet Chronifizierung an,

wenig zusätzliche Verbesserungen sind zu erwarten

- Resultate definitiver Suchtfreiheit noch nicht zu beurteilen
- therapeutisch wirksam und prognostisch relevant sind vor allem die Qualität der therapeutischen Beziehung und die sachgerechte Durchführung der Behandlung

Tab. 5. Methadonbehandlung beim Hausarzt (Diss. Weber, 1983)

Erfahrungen von Kollegen

- erhebliche zeitliche und persönliche Belastung
- Zusammenarbeit mit anderen Institutionen erwünscht
- Zahl der Methadonpatienten begrenzen (z.B. 2 bis 5)
- Weiterbildung und Balint-Gruppen erwünscht

Beurteilungen durch den Patienten

- Kritik an Abhängigkeitsverhältnis, Einengung in der Lebensgestaltung (Abgabezeiten!)
- zwei Drittel erleben den Hausarzt als „positiv“, als Freund oder Helfer
- ein Drittel hält die Therapie für

ungenügend und wünscht sich eine intensivere Behandlung

- Kritikpunkte: Arzt hat zu wenig Zeit, es gibt zu viele Regeln und Kontrollen, Personal ist zu wenig geschult

Zur Durchführung der Behandlung

- Abgabevorschrift wird weitgehend eingehalten
- Urinkontrollen werden im Mittel etwa einmal pro Monat durchgeführt
- Methadondosis wird durch Arzt/Patient gemeinsam festgelegt
- etwa die Hälfte der Patienten erhält zusätzliche Medikamente (Hypnotika, Analgetika, Tranquillizer)
- Begleitgespräche bei etwa der Hälfte wöchentlich