Zeitschrift: SuchtMagazin
Herausgeber: Infodrog
Band: 23 (1997)
Heft: 2

Artikel: Zwischen Frustration und Hoffnung
Autor: Binswanger, Christoph
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-801079

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: 12.07.2025

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

Zwischen Frustration und Hoffnung

Die Betreuung von PatientInnen im Methadonprogramm ist nicht immer einfach. Ein Allgemeinpraktiker blickt auf seine langjährigen Erfahrungen zurück.

CHRISTOPH BINSWANGER*

In Olten, einer Kleinstadt im schweizerischen Mittelland, welche während längerer Zeit auch ein grösserer Drogenumschlagplatz für die Schweiz war, betreibe ich eine Arztpraxis für Innere Medizin, im speziellen Psychosomatik. Bereits während meiner Ausbildung, aber auch in den vergangenen 20 Jahren, hatte ich immer grosses Interesse daran, mit Menschen zu arbeiten, welche unter einer Sucht leiden. So habe ich während den letzten 25 Jahren übergewichtige Menschen, Anorexien, drogen- oder alkoholabhängige Menschen sowie PatientInnen betreut, welche an psychosomatischen oder auch an körperlichen Erkrankungen leiden. Zur Zeit werde ich vorwiegend mit Alkoholproblemen konfrontiert, und ich stelle seit etwa fünf Jahren fest, dass keine neuen drogenabhängigen PatientInnen mehr in die Praxis kommen. Das mag mit meinem Alter zusammenhängen, welches mittlerweile deutlich höher ist, als jenes der Drogenkonsumierenden; vielleicht ist diese Entwicklung aber auch eine Folge des Oltener Heroinabgabeprojektes.

Meine Ausbildung ist die Innere Medizin; im speziellen habe ich mich während dreier Jahre im Ausland für das damals noch neue Gebiet der Psychosomatik ausgebildet. Ich arbeitete nicht alleine; während mehr als 10 Jahren war ich Mitglied einer sozialmedizinischen Arbeitsgruppe. Die beteiligten Ärzte hatten einen Sozialarbeiter finanziert und viel von ihm profitiert. Daneben pflegte ich einen engen Kontakt mit den SozialarbeiterInnen der verschiedenen Organisationen; während mehrerer Jahren war ich Vorstandsmitglied der lokalen Drogenberatungsstelle, und die Beziehung zu den KollegInnen in unserer Stadt ist sehr gut – es gibt viel Austausch untereinander. Ferner arbeite ich regelmässig mit einem Psychologen zusammen, und nicht zuletzt habe ich mir während Jahren eine Supervision geleistet.

Ein schwieriger Beginn

Meine ersten Methadonprogramme, die ich 1979 durchführte, waren für die Administration, für mich und für die Behörden Neuland. Mit Hilfe der Drogenberatungsstelle und den SozialarbeiterInnen, versuchten wir Richtlinien festzulegen, wie mit den verschiedenen auftauchenden Schwierigkeiten umgegangen werden sollte. Es war eine bittere Erfahrung zu merken, wie oft das Vertrauen durch die PatientInnen missbraucht wurde. Unter anderem kam es auch zu einem Todesfall einer Patientin, welche unter Methadonbehandlung stand. Sie hatte die ganze Weekenddosis auf einmal zu sich genommen und zusätzlich noch Heroin gespritzt. Die folgenden Diskussionen mit dem zuständigen Untersuchungsrichter waren sehr belastend, um so mehr als dieses Gebiet für ihn absolut neu war. Zum einen war ich in die Untersuchung miteinbezogen, und zum anderen diente ich dem Untersuchungsrichter als Informationslieferant!

Eine erfolgreiche Behandlung...

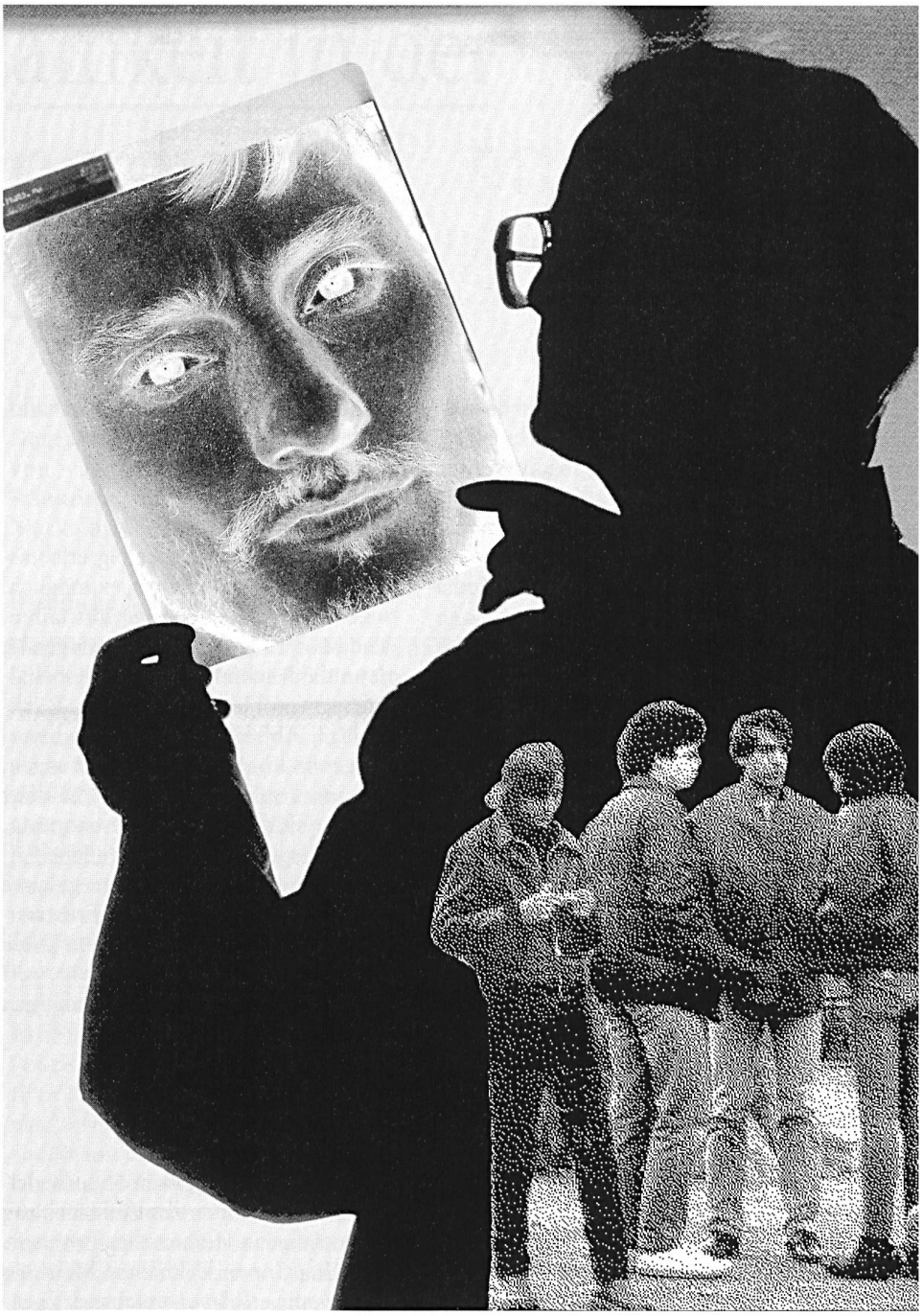
Ich wurde zu einer 20-jährigen Patientin, die Heroin zu sich genommen hatte, in das Spital gerufen. Eine Methadon-Therapie wurde als zweckdienlich erachtet und installiert. Schon nach wenigen Wochen wurde die Patientin ein weiteres Mal wegen Handels und Besitzes von Drogen straffällig. Ihre Strafe wurde in eine Massnahme umgewandelt, und sie blieb während zweier Jahre in einer Rehabilitationsstation. Von da meldete sich die Patientin regelmässig bei mir. Nach ihrer Rückkehr in die Region wurde sie durch mich und der Nachbetreuung des strafvollziehenden Kantons betreut. Sie fand eine Arbeit, ging dieser regelmässig nach und lebte in sogenannt geordneten Verhältnissen. Drei Jahre später wurde sie Mutter; sie lebte zu dieser Zeit mit dem Vater des Kindes zusammen. Nach weiteren zwei Jahren heirateten die beiden, und ein weiteres Kind kam auf die Welt. Bis heute – 10 Jahre später – ist es zu keinem Rückfall gekommen. Die Patientin hat zu ihrer Vergangenheit Distanz gewonnen und ist fähig, Frustrationen anders als mit Hilfe von Drogen zu überwinden.

Kennenlernen als Basis für Zusammenarbeit

Recht schnell lernte ich, mit den sogenannten «Notfällen» umzugehen: PatientInnen, welche kamen und behaupteten, der Arzt, welcher ihnen regelmässig Methadon oder Rohypnol abgebe, sei in den Ferien oder nicht erreichbar, oder die Dosis sei zerschlagen etc.. Die Kreativität der Abhängigen ist phänomenal, zeitweise sind sie auch sehr gut im Schauspielen, so dass man immer wieder Gefahr läuft, in gestellte Fallen zu treten. Ein wichtiger Teil der Betreuung war auch das

* Der Autor ist Spezialarzt für Innere Medizin und betreibt eine Praxis in Olten. Sein Artikel wurde durch Martin Hafen überarbeitet.

Erlernen der Sprache der Drogenabhängigen und das Einfühlen in ihre Mentalität. Nur die gemeinsame Sprache brachte ab und zu eine Beziehung zustande, welche tragfähig war und welche den Drogenabhängigen auch ermöglichte, mehr Distanz zu ihrer Sucht zu finden.



...und eine missglückte

Ein 20jähriger Spanier, in der Schweiz geboren, sehr erfolgreich in seinem Beruf und mit rund zweijähriger Drogenerfahrung mit Polizeiverhör und Strafe, wollte in ein Methadonprogramm eintreten. Nach den üblichen administrativen Massnahmen, welche in unserem Kanton im Schnitt zwei Wochen dauern, wurde mit der Methadonersatzbehandlung begonnen. Schon bald kam der Patient nur noch sehr unregelmässig zur Einnahme des Methadon; fadenscheinige Entschuldigungen über verlorene Dosen und immer wieder positive Urinproben für Heroin waren die Indikatoren für ein schlecht laufendes Methadonprogramm. Nach eingehender Rücksprache und einem Ultimatum beendete ich das Programm. Der Patient erschien in der Folge nicht mehr in der Praxis und bezahlte auch die aufgelaufenen Kosten nicht. Nach einem Sommer, den er in Spanien verbrachte, sah ich den Patienten immer wieder in der Drogenszene oder beim Betteln. Mit der Zeit verlor ich ihn aus den Augen, traf ihn aber ein Jahr später in der Eisenbahn: Er war wohl gekleidet, machte einen aufgeschlossenen Eindruck und sagte, er habe ein Jahr in einer Rehabilitationsstation verbracht und hätte jetzt das Gefühl, die Sucht kontrollieren zu können; zudem habe er auch auf seinem angestammten Beruf wieder eine Anstellung gefunden. Zwei Monate später sah ich den Mann in der Szene; er konsumierte wieder Drogen und musste sich seinen Lebensunterhalt mit Betteln und Dealen verdienen.

Kontakt zu den Institutionen

Die Zusammenarbeit mit dem Spital, in welches viele der Drogenabhängigen bei Überdosierungen eingeliefert wurden, war speziell: Zum einen wünschten die Drogenabhängigen nur sehr kurze Zeit im Spital zu bleiben, zum andern musste man sich auch mit den Frustrationen der jüngeren AssistenzärztInnen abgeben, da einige PatientInnen regelmässige Kunden des Spitals wurden. Die Zusammenarbeit mit den Rehabilitationsstellen erwies sich als noch bedeutend schwieriger, es sei denn, man betrachte die häufig eintreffenden grünen Einzahlungsscheine zur finanziellen Unterstützung der Therapiestationen als eine Form der Zusammenarbeit.

Die Finanzierung

Die Finanzschwierigkeiten sind ein Dauerproblem. Die Drogenabhängigen erblickten sehr schnell, dass sie das von der Krankenkasse rückerstattete Geld für eigene Zwecke benutzen konnten, was dazu führte, dass meine

Rechnungen nicht oder nur sehr unregelmässig bezahlt wurden. Obwohl ich bald einmal dazu überging, Methadon nur noch gegen eine à Konto-Zahlung abzugeben, sind rund 70% meiner unbezahlten Forderungen Rechnungen von PatientInnen, die an einem Methadonprogramm teilnahmen.

Es ist leichter ein Methadonprogramm anzufangen, als es zu beenden

Meine Idealvorstellung bezüglich der Beendigung einer Therapie ist eine gewisse Selbständigkeit des Patienten oder der Patientin. Der Drogenkonsum sollte selten oder nicht mehr vorhanden sein, dafür ein beidseitiges Vertrauen in erreichte Ziele und eine vernünftige Perspektive, wie es mit dem Patienten oder der Patientin weitergehen soll. In der Realität sieht die Beendigung normalerweise ganz anders aus. Da gibt es PatientInnen, die plötzlich im Untersuchungsgefängnis oder im Strafvollzug sitzen, was eine Weiterführung des Methadonprogrammes in der Arztpraxis verunmöglicht. Die Beendigungen infolge Mangels an Mitarbeit und/oder fortlaufenden Drogenkonsums, die ich oben erwähnt habe, sind ebenfalls häufig. Einige PatientInnen verschwinden von der Bildfläche, so dass der Kontakt ohne Vorwarnung abbricht. Ein Abbruch erfolgte, weil ein Patient mir gegenüber gewalttätig wurde, da ich nicht bereit war, beliebige Mengen Rohypnol abzugeben. In einem weiteren Fall musste ich das Methadonprogramm abbrechen, weil der Patient in die Praxis eingebrochen war, um Methadon und Rohypnol zu entwenden. Einige Patienten wiederum hatten den Eindruck, dass bei Kollegen weniger Disziplin und Konsequenz im Bezug auf die Einhaltung des Stundenplans gefordert würde, und baten aus diesen Gründen um eine Beendigung, resp. um eine Verlegung der Methadonabgabe zu einem andern Arzt.

Es gibt auch Erfolge

Jeder Mensch benötigt Erfolgserlebnisse, denn nur sie machen es möglich, regelmässige Misserfolge aushalten. Und Misserfolge gibt es mehr als genug, denn die Rückfallquote ist wie bei allen Suchtproblemen recht hoch. Rückschläge, Abbrüche und auch schwerwiegende körperliche Erkrankungen, die aus ärztlicher Sicht vermeidbar wären, sind an der Tagesordnung. Trotzdem gibt es auch erfreuliche Fälle, und sie sind es, die eine gewisse Balance zwischen den Polen Frustration und Hoffnung ermöglichen. Diese Balance hat es mir ermöglicht, seit nunmehr 20 Jahren mit abhängigen PatientInnen zu arbeiten.

Mögliche Veränderungen – ein Ausblick

Ein Methadonprogramm ohne begleitende Massnahmen zur Aufarbeitung der sozialen und finanziellen Probleme der KlientInnen ist meiner Meinung nach wenig erfolgversprechend. Ebenfalls als sehr wichtig empfinde ich die Zusammenarbeit mit den Stellen, durch die die Drogenabhängigen parallel betreut werden. Oft habe ich das Gefühl, dass diese Zusammenarbeit schwieriger ist, als die Betreuung der ProgrammteilnehmerInnen. Einige Punkte zur Verbesserung dieses Zustandes wären:

■ Die Ärztinnen/Ärzte und SozialarbeiterInnen sollten regelmässig zusammenkommen. Meiner Meinung nach ist es für die Arbeit mit Abhängigen eine sehr gute Voraussetzung, wenn sich die SozialarbeiterInnen und die ÄrztInnen persönlich kennen. Die Aufgabenteilung ist dann besser geregelt, und beide Seiten können verhindern, dass die Süchtigen sie gegeneinander ausspielen. Früher gab es solche Zusammenkünfte, die den persönlichen Kontakt förderten; leider wurden diese Treffen infolge personeller Wechsel aufgegeben, was zu einer zunehmenden Isolierung aller Beteiligten führte. ü Ebenfalls sollten die ÄrztInnen Kontakt zu den GassenarbeiterInnen suchen, um sich über die Trends und die Sprachveränderungen in der Szene zu informieren.

■ Auch innerhalb der Praxis braucht es eine gute Kommunikation. Alle im Team sollten die Grenzen ihrer Toleranz und Tragfähigkeit kennen, und diese Grenzen müssen auch respektiert werden. Die Unruhe, die Drogenabhängige in eine Praxis und den Praxisablauf bringen, ist beträchtlich. In meiner Praxis zeigt sich bald einmal, dass die Betreuung von fünf parallel laufenden Methadonprogrammen ein Maximum darstellte.

■ Die oben geschilderten finanziellen Konsequenzen für die ÄrztInnen sollten in Zusammenarbeit mit den amtlichen Stellen diskutiert werden. Gerade die Vormundschaftsbehörde scheint der Ansicht zu sein, dass die Praxen gewisse finanzielle Risiken durchaus selbst übernehmen könnten. Diese Haltung macht es für die ÄrztInnen kaum verlockend, sich für die Betreuung von Drogenabhängigen zu engagieren, und engagierte Ärzte und Ärztinnen braucht es mehr denn je. ■