Zeitschrift: SuchtMagazin
Herausgeber: Infodrog
Band: 46 (2020)
Heft: 5

Artikel: Stellenwert der Suchtmedizin im Suchthilfesystem der Zukunft
Autor: Beck, Thilo
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-881067

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: 13.07.2025

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

Stellenwert der Suchtmedizin im Suchthilfesystem der Zukunft

2020-5
Jg. 46
S. 29 - 32

Die Suchtmedizin erlebt einen Trend von stationären zu ambulanten Behandlungsangeboten mit zunehmender Flexibilisierung und Individualisierung. Eine Herausforderung stellt die Integration von HausärztInnen dar. Angesichts der ausgeprägten Komorbidität der Behandlungspopulation ist ein integrierter, interdisziplinärer und interprofessioneller Versorgungsansatz unabdingbar. Um in einer Public Health orientierten Gesundheitspolitik zu bestehen, und Sucht als Querschnittsthema zu positionieren, bedarf es einer Bündelung der Kräfte der Anbietenden im Suchthilfesystem.

THILO BECK
Dr. med., FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Chefarzt Psychiatrie Arud, Schützengasse 31, CH-8001 Zürich,
Tel. +41 (0)58 360 50 00, t.beck@arud.ch, www.arud.ch

Historischer Rückblick

Die Behandlung von Suchtstörungen wurde spät in die Medizin integriert. Erst Ende des 19. Jahrhunderts schuf August Forel mit der Gründung der Trinkerheilanstalt Ellikon an der Thur in der Schweiz das erste medizinische Behandlungsangebot. Lange wurde die Behandlung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen dabei durch das religiös-fürsorgerische Lasterkonzept mit ausschliesslicher Abstinenzorientierung geprägt. Die Konzeptionalisierung von Abhängigkeitserkrankungen als moralisches Defizit ging mit einer Stigmatisierung und Ausgrenzung der Betroffenen einher. Dieses Verständnis wurde später im Alkoholbereich theoretisch vom Jellinekschen Phasenkonzept mit der Annahme einer ständigen Progredienz der Abhängigkeitserkrankung und der Abstinenz als einzige Alternative untermauert. Mit der zur gleichen Zeit stattfindenden Verbreitung der Anonymen Alkoholiker wurde das Konzept der Notwendigkeit lebenslanger Abstinenz weiter unterstützt. Erst Pattinson und Sobell et al. begannen mit der Erforschung des Phänomens der Selbstheilung und der Konsumreduktion von problematisch Alkoholkonsumierenden diese Konzepte in Frage zu stellen (Pattison 1966; Pattison et al. 1977). Auch im Bereich der Behandlung der Opioidabhängigkeit herrschte zunächst eine ausgeprägte Abstinenzorientierung vor, die sich erst auf dem Höhepunkt der Heroinepidemie mit der Etablierung der niederschwelligen Opioidagonistentherapie (OAT) einer schadenminderungsorientierten, flexibleren therapeutischen Ausrichtung wich.

Mangelnde PatientInnen/KlientInnenorientierung in den Behandlungsangeboten

Mit dem in der Medizin wie auch im übrigen Suchthilfesystem lange vorherrschenden paternalistischen, abstinenzorientierten Behandlungsverständnis wurde die bestehende gesellschaftliche Stigmatisierung von Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen in der medizinischen Versorgung weiter gefestigt und unterhalten. Der in der Suchtmedizin bestehende sog. Treatment Gap, die Tatsache, dass sich nur 10 % der behandlungsbedürftigen Personen mit problematischem oder abhängigem Substanzgebrauch in Behandlung begeben, ist in diesem Kontext wohl so zu verstehen, dass sich Betroffene nicht mit der angebotenen Behandlung und den entsprechenden Behandlungszielen zu identifizieren vermögen (Connery et al. 2020). Ein weiterer Grund ist ungenügendes Know-how der Grundversorgenden. HausärztInnen sind in der Diagnostik, der Behandlung und dem Umgang mit Menschen mit Substanzstörungen, die sich aus einem anderen Grund zum Hausarzt bzw. zur Hausärztin begeben, häufig zu wenig geschult und entsprechend unsicher. Damit wird ein gewichtiger Teil behandlungsbedürftiger Personen, die sich beim Hausarzt bzw. der Hausärztin wegen anderen Beschwerden in Behandlung begeben, nicht erkannt bzw. nicht angesprochen (Rehm 2015).

Man kann also von einem lange bestehenden Anschlussproblem medizinischer Behandlungsangebote an die tatsächlichen Bedürfnisse der Behandlungspopulation ausgehen, das sich aufgrund verschiedener Entwicklungen aufzulockern beginnt:

- Die Unterversorgung von Menschen mit problematischem Substanzkonsum und die dadurch entstehenden, durch bessere Behandlungsangebote zu vermeidenden Schäden und Kosten führte zur Entwicklung von Stepped-Care-Modellen, um möglichst viele Personen mit problematischem Substanzkonsum zu erreichen und entsprechend der Ausprägung der Problematik zu beraten oder zu behandeln. Damit sollen Grundversorger nach kurzer Schulung in Motivierender Gesprächsführung und mit Unterstützung von Manualen und Fragebögen mit wenig Aufwand ihre PatientInnen auf Substanzgebrauchsstörungen screenen können. Bei der Mehrzahl der leichter Betroffenen

wird bedarfsgerecht mit Kurzinterventionen oder medikamentöser Unterstützung interveniert, die deutlich weniger häufigen schweren Fälle werden an SpezialistInnen überwiesen (Rasovszky et al. 2016). Diese Modelle haben sich als äusserst effektiv und praktikabel erwiesen mit guter Akzeptanz durch die PatientInnen (Lundin et al. 2019), konnten sich in der Schweiz aber noch wenig durchsetzen.

- Das sich verbreitende Konzept der Konsumreduktion und des kontrollierten Konsums führt in der therapeutischen Anwendung zu einer deutlichen Flexibilisierung und Verbreiterung der Angebotspalette und einer Verbesserung der Attraktivität der Angebote für die PatientInnen. Personen, die keinen Abstinenzwunsch haben, können mit dem Angebot der Konsumreduktion in eine Behandlung eingebunden werden, mit absolut vergleichbaren Resultaten zwischen abstinenz- und reduktionsorientierten Angeboten (Adamson et al. 2010).
- Einhergehend mit der zunehmenden Akzeptanz der Konsumreduktion als valables Therapieziel konnte zunächst im Alkoholbereich deutlich aufgezeigt werden, dass damit proportional zur Reduktion der konsumierten Menge eine messbare Verbesserung der psychischen und körperlichen Gesundheit einhergeht. Damit eröffnen sich neue Möglichkeiten zur Entwicklung und Zulassung von Medikamenten zur Förderung der Konsumreduktion. Mit dieser Entwicklung besteht begründete Hoffnung auf eine Erweiterung der bisher recht bescheidenen Medikamentenpalette und einer entsprechenden Erweiterung der bisherigen Therapieoptionen (ACTIVE & NIAAA 2018).
- Die Alterung der Bevölkerung und die damit zunehmende Multimorbidität hat zur Entwicklung des sog. Chronic Care Models geführt, in dem das bisherige paternalistische medizinische Behandlungsverständnis einem kollaborativen Zugang zu den PatientInnen weicht, die intrinsisch motiviert und in die Entwicklung und Gestaltung des Behandlungsprozesses einbezogen werden. Nach Vermittlung der wichtigsten Informationen zu Diagnose und Behandlungsmöglichkeiten werden dabei in einem sokratischen Dialog die individuellen Wünsche und Vorbehalte bezüglich der empfohlenen Behandlungen erhoben und in der Behandlungsplanung berücksichtigt und umgesetzt (Boehmer et al. 2018). Der Transfer dieses Ansatzes in die Therapie der Abhängigkeitserkrankungen unterstützt die Gestaltung massgeschneiderter Therapieangebote, die auf Augenhöhe zusammen mit den PatientInnen erarbeitet werden.

Aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen

Der Trend ambulant vor stationär setzt sich weiter fort. Die Aufenthaltsdauer in Kliniken verkürzt sich und eine immer breitere Behandlungspalette wird ambulant angeboten. So können mittlerweile auch Entzugsbehandlungen in der Mehrzahl der Fälle ambulant durchgeführt

werden. Damit wird das Autonomie- und Selbstwertgefühl der Betroffenen gefördert sowie die Behandlungskontinuität verbessert. Eine kleine Gruppe schwer geschädigter und in ihrem Funktionsniveau eingeschränkter PatientInnen profitiert weiterhin von längerfristigen stationären Interventionen.

Die im ambulanten Setting betreute Klientel ist äusserst heterogen was das Alter, das Geschlecht, die soziale Integration und die konsumierten Problemsubstanzen angeht. Die Schweizer Bevölkerung ist in ihrem Konsumverhalten im europäischen Vergleich als konservativ einzuschätzen, mit stabilen Verhältnissen bezüglich den meistkonsumierten Substanzen Alkohol, Tabak, Cannabis und Kokain. Der andernorts problematische Konsum von Research Chemicals ist in der Schweiz eher selten (Suchtmonitoring Schweiz 2011-2016, Europäischer Drogenbericht 2020).

Im Bereich der OAT wird die alternde, zunehmend multimorbide Behandlungspopulation möglichst individuell auf den bestverträglichen Opioidagonisten eingestellt und interdisziplinär sowie interprofessionell betreut. Der Zugang zur Heroinbehandlung ist aufgrund der bestehenden gesetzlichen Auflagen aus medizinischer Sicht leider immer noch zu hochschwellig, wobei vor allem die beschränkten Mitgabemöglichkeiten und das nicht flächendeckende Angebot limitierend wirken. Zur Eindämmung der Covid-19 Pandemie wurden bis Ende 2021 Ausnahmebewilligungen für Heroin-Mitgaben bis zu sieben Tagen erlassen. Angesichts der bisherigen sehr guten Erfahrungen mit dieser Massnahme bleibt zu hoffen, dass eine dauerhafte Anpassung der gesetzlichen Bestimmungen folgt.

Die im gesamten Bereich der Suchtmedizin festzustellende und weitverbreitete psychische, somatische und soziale Komorbidität bedarf eines äusserst flexiblen interdisziplinären Ansatzes, um die entsprechenden Störungen und Beeinträchtigungen adäquat abzuklären und massgeschneidert behandeln zu können. Komorbiditäten sind eher die Regel als die Ausnahme und müssen im Abklärungsprozess proaktiv bestätigt bzw. ausgeschlossen werden.

Unabhängig von der konsumierten Substanz bzw. der konsumierten Substanzen soll eine zieloffene, bedarfsgerechte und schadenminderungsorientierte Behandlung der Substanzgebrauchsstörungen mit einem multimodalen Ansatz zum Einsatz kommen, indem psychotherapeutische und wenn indiziert, medikamentöse Interventionen kombiniert werden. Auch bei Rauchenden setzt sich zunehmend eine Flexibilisierung der Behandlungsangebote durch, indem neben Nikotinersatzprodukten und Medikamenten auch ENDS (electronic nicotine delivery systems, vaporizer) zum Einsatz kommen (Hajek et al. 2019).

Der Einsatz von Peers als gleichberechtigte und gleichwertige MitarbeiterInnen im therapeutischen Angebot ist eine wirksame Massnahme, die Eintrittsschwelle für betroffene Personen zu senken und in der Institution unter den TherapeutInnen die Entwicklung eines kollaborativen, akzeptierenden therapeutischen Zugangs zu unterstützen, was wiederum die Attraktivität des Angebots erhöht (Englander et. al. 2019).

Zur Komplementierung des therapeutischen Angebots der einzelnen Institutionen (zur Gewährleistung umfassender interdisziplinärer/interprofessioneller Angebote vor Ort, falls diese nicht von der Institution selber vorgehalten werden können) und zur Vervollständigung der Angebotskette zwischen ambulant und stationär ist die Bildung von Netzwerken und Kooperationen mit strukturierter Zusammenarbeit von Vorteil. Damit können durch den Austausch zwischen den Disziplinen in den jeweiligen Institutionen und im Netzwerk Trends in der Veränderung der Klientel sensitiver und frühzeitiger erkannt und bedarfsgerechter adressiert werden. Im Verbund und im strukturierten Austausch können qualitätsfördernde Massnahmen übergreifend und umfassender wahrgenommen werden. Die Behandlungsqualität und die Motivation der Mitarbeitenden kann dadurch massgeblich gesteigert werden.

Der Trend zu grösseren Kompetenzzentren, vorwiegend in den Ballungszentren, kann durchaus zu einer Verbesserung der Versorgungslage der Klientel führen, solange zusätzlich auch dezentrale Angebote in den Regionen bestehen, die mit den Zentren zusammenarbeiten. Um den Zugang zur Versorgung für die KlientInnen in der Peripherie und für Personen, die sich nicht in grösseren Zentren exponieren möchten, zu gewährleisten, spielen HausärztInnen eine wichtige Rolle.

Die Integration der Bereiche psychische Gesundheit und Sucht in eine übergreifende Strategie des Umgangs mit nicht übertragbaren Erkrankungen (NCD-Strategie) ist ein gesundheitspolitischer Trend, bei dem mit grosser Aufmerksamkeit darauf geachtet werden muss, dass die Suchtpolitik als Querschnittsthema entsprechend in den umfassenden NCD-Strategien berücksichtigt und abgebildet ist.

Im Suchthilfesystem besteht eine grosse Heterogenität bezüglich der Finanzierungsmodalitäten der erbrachten Leistungen. Bei interdisziplinären Angeboten ergeben sich dabei komplexe Finanzierungsmodelle mit verschiedenen Tarifen und Leistungsträgern. Im ambulanten medizinischen Bereich ist zu erwähnen, dass das bestehende Tarmed-Tarifsystem für grössere interdisziplinäre Leistungserbringer nicht kostendeckend ist und einer Querfinanzierung bedarf.

Schlussfolgerungen

Ein prioritäres Ziel der Weiterentwicklung des Versorgungssystems besteht darin, den bestehenden Treatment Gap zu schliessen und mehr behandlungsbedürftige Personen bedarfsgerecht anzusprechen und in eine Behandlung einschliessen zu können. Dazu müssen zieloffene, akzeptierende Behandlungsansätze in die Angebote integriert werden, die auf intrinsische Motivation aufbauen.

Angesichts einer ausgeprägten Komorbidität der Behandlungspopulation besteht ein hoher Bedarf an einer integrierten Versorgung mit interdisziplinären und interprofessionellen Behandlungsangeboten, die individuell für jede(n) einzelne(n) PatientIn zusammengestellt und im Verlauf der Behandlung laufend angepasst werden. Bezüglich der konsumierten Substanzen und dem Altersspektrum der PatientInnen zeigt sich ein sehr heterogenes Bild, was dem Behandlungssystem weitere Flexibilität abverlangt. Diese Polyvalenz und Flexibilität kann entweder durch integrierte Behandlungsangebote unter einem Dach oder durch gut organisierte und koordinierte interdisziplinäre Netzwerke gewährleistet werden. Bei zunehmender Public Health Orientierung in der Gesundheitspolitik empfiehlt es sich für das Suchthilfesystem, integrierte Versorgungsnetze zu bilden, um so mit gebündelter Kraft und gut koordiniertem Auftreten einen adäquaten Stellenwert und eine entsprechende Positionierung in den NCD-Strategien zu gewährleisten.

Literatur

ACTIVE – Alcohol Clinical Trials Infinitive/ NIAAA – National Institute on AlcoholAbuse and Alcoholism (2018): A reduction in the World Health Organization (WHO) risk levels of alcohol consumption as an efficacy outcome in alcohol use disorder (aud) clinical trials. U.S. Food & Drug Administration Critical Path Innovation Meeting 2018.

Adamson, S.J./Heather, N./Morton, V./Raistrick, D. (2010): Initial preference for drinking goal in the treatment of alcohol problems: II. treatment outcomes. Alcohol and alcoholism 45(2): 136-142.

Boehmer, K.R./Abu Dabrh, A.M./Gionfriddo, M.R./Erwin, P./Montori, V.M. (2018): Does the chronic care model meet the emerging needs of people living with multi morbidity? A systematic review and thematic synthesis. PLOS ONE.

Connery, H.S./McHugh, K.R./Reilly, M./Shin, S./Greenfield, S.F. (2020): Substance use disorders in global mental health delivery: Epidemiology, treatment gap, and implementation of evidence-based treatments. Harvard Review of Psychiatry: 28(5): 316-327.

Englander, H./Gregg, J./Gullickson, J./Cochran-Dumas, O./Colasurdo, C./Alla, J./Collins, D./Nicolaidis, C. (2019): Recommendations for integrating peer mentors in hospital-based addiction care. Substance Abuse 6: 1-6, doi:10.1080/08897077.2019.1635968.

Hajek, P./Phillips-Waller, A./Przulj, D./Pesola, F./Myers Smith, K./Bisal, N./Li, J./Parrott, S./Sasieni, P./Dawkins, L./Ross, L./Goniewicz, M./Wu, Q./McRobbie, H.J. (2019): A randomized trial of e-cigarettes versus nicotine-replacement therapy. The New England Journal of Medicine 380: 629-637.

Lundin, A./Hallgren, M./Danielsson, A. (2019): Screening in primary care for alkcohol use compared with smoking, diet, and physical activity: A repeated population survey in Sweden. Journal of Studies on Alcohol and Drugs 80(1): 109-113.

Pattison, E.M. (1966): A critique of alcoholism-treatment concepts, with special reference to abstinence. Quart. I. Stud. Alc. 27: 49-71.

Pattison, E.M./Sobell, M.B./Sobell, L.C. (1977): Emerging concepts of alcohol dependence. New York : Springer Pub. Co.

Rasovszky, T./Beck, T./Bruggmann, P. (2016): Problematischer Alkoholkonsum, Klinische Kurzstandards. Praxis, Schweizerische Rundschau für Medizin 105 (8): o. S.

Rehm, J. (2015): General practitioners recognizing alcohol dependence: A large cross-sectional study in 6 european countries. Annals of Family Medicine.