

Interview mit Dr. med Hannes Strasser, Ambulanter Dienst Sucht und Janus, Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen UPK Basel

Substitution als Grundlage für die psychotherapeutische Behandlung von Drogenabhängigkeit

Hannes Strasser, Karl Studer

Schokolade essende Diabetiker oder rauchende Asthmatiker werden moralisch weit weniger streng beurteilt als drogenabhängige Menschen, die mit Opioidagonisten behandelt werden. Nichtsdestotrotz konnte in den letzten beiden Jahrzehnten Substitution als Grundlage für die psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung opiatabhängiger Menschen etabliert werden.

Karl Studer: Wie war die Vorgeschichte zur heutigen Usanz der Substitution von Opiatabhängigkeit?

Hannes Strasser: In den 80er-Jahren zeigten sich in der Schweiz zunehmend die negativen gesundheitlichen und sozialen Auswirkungen, die durch den Konsum von illegalisierten Drogen, allen voran Heroin, verursacht wurden und in der Folge auch immer mehr zu einem Problem für die Gesellschaft anwuchsen. Anfangs 90er-Jahre erlebten wir eine regelrechte Heroinepidemie in den Städten wie z.B. auf dem Platzspitz in Zürich, in der Rheingasse in Basel und auf dem Kocherareal in Bern. Besonders in Zürich sammelten sich Drogenabhängige aus der ganzen Schweiz. Die Bevölkerung, die Behörden und auch die Suchtfachleute waren anfänglich allgemein überfordert mit dieser Situation. Wohl gab es Fachleute und private Vereine, die sich an der Front engagierten, doch letztlich war niemand zuständig von Seiten der Behörden, der Medizin und der Polizei. Zum Drogenelend kamen die rasant ansteigenden HIV- und AIDS-Fälle hinzu, verursacht durch unsauberes Spritzenmaterial, die die Notfallstationen und Ärzte allgemein auf Trab hielten.

KS: Welches waren die ersten Reaktionen auf diese Überforderung?

HS: Rückblickend auch sehr kreative. In Basel etwa wurde der sogenannte Drogenstamm-tisch gegründet, um eine gemeinsame Haltung zu erarbeiten. Nicht nur Drogenabhängige und Betreuer mit den Anwohnern, auch Vertreter von Behörden, der Polizei und Suchtfachleute setzten sich mit unterschiedlichen Meinungen an den gleichen Tisch und entwickelten zusammen eine Gesprächskultur in Drogenfragen. Die treibende Kraft für eine drogenpolitische Kursänderung war damals neben der stark zunehmenden

Heroinproblematik mit dem Elend der offenen Drogenszenen vor allem die rasch vorschreitende Ausbreitung von HIV, die epidemische Ausmasse angenommen hatte.

Die ersten wirksamen, aber durchaus heftig umstrittenen Hilfestellungen kamen auf private Initiative hin zu Stande. Halblegal wurden Spritzen verteilt und 1986 das erste «Fixerstübli» (heute Kontakt- und Anlaufstelle) in Bern geöffnet; die anderen Städte folgten bald. Hier konnten die Abhängigen ihre erworbenen Strassendrogen mit hygienisch einwandfreien Materialien applizieren. Der Gedanke der Schadensminderung war geboren und wurde schliesslich auch auf politischer Ebene durch die Neuausrichtung der Schweizer Drogenpolitik nach dem Vier-Säulen-Modell vorangetrieben, so dass neben den drei bisherigen Säulen Prävention, Therapie und Repression, die in ihrer Ausstattung letztlich versagt hatten, nun auch eine vierte Säule dazu kam, eben die Schadensminderung.

Zwei Massnahmenpakete des Bundes ermöglichten zum einen flächendeckend niederschwellige Substitutionsbehandlungen für Heroinabhängige, damals noch etwas unbeholfen Methadonprogramme genannt. Zum anderen wurde die Machbarkeit der heroingestützten Behandlung im Rahmen einer nationalen Kohortenstudie überprüft. Denn schon damals fand sich durchgängig ein klinisch relevanter Teil heroinabhängiger Menschen, die trotz Methadonsubstitution unzureichende Behandlungserfolge erzielten. Die Studienergebnisse zeigen in beeindruckender Weise auf, dass mit der heroingestützten Behandlung eine bislang nicht erreichbare Gruppe drogenabhängiger Menschen medizinisch und psychosozial erfolgreich behandelt werden konnte, und dass das Grundprinzip der Behandlung mit Opioidagonisten auch mit einer injizierbaren und somit rasch an-

flutenden psychoaktiven Substanz funktioniert.

KS: Weshalb war es so wichtig, den Patienten das Heroin intravenös zur Verfügung zu stellen?

Weil d amit medizinisch anerkannt wurde, dass es Patienten gibt, die aus verschiedenen Gründen nicht auf die berauschende Wirkung, also auf den Flash oder Kick ihrer Substanz verzichten können. Erst dadurch wurde es möglich, mit den betroffenen Menschen in Behandlungsbeziehung zu treten. Denn als eigentliche Errungenschaft der Heroingestützten Behandlung erwiesen sich schliesslich die hochfrequenten Begegnungen in der Behandlungssituation. So entstanden Möglichkeiten zu Kurzgesprächen über den Tresen; meiner Ansicht nach die kleinstmögliche Einheit psychotherapeutischer Beziehungsgestaltung. Welches andere Ambulatorium kann denn heute schon von sich behaupten, dass etwa an Schizophrenie erkrankte Patienten zwei Mal täglich freiwillig ihr Neuroleptikum unter Sicht einnehmen kommen. Und welche ambulante Institution traut sich heute zu, komplexe Borderline-Patienten 14 Mal in der Woche strukturiert in kurze Gespräche einzubinden. Ein Nachteil dieser Behandlung ist aber bis heute, dass sie sehr stark reglementiert und mit strengen Vorgaben behaftet ist. Nicht allen Patienten steht diese Behandlung zur Verfügung. Zudem müssen die Betroffenen auch heute noch mehrmals täglich das pharmazeutische Heroin vor Ort injizieren.

KS: Was ist denn der Unterschied zu anderen Abhängigkeiten wie Alkohol und Tabak?

HS: Allen Substanzen gemein ist die Auslösung eines psychotropen Effekts und die Möglichkeit der Entwicklung einer Substanz-

störung bei wiederholter Einnahme. Nicht allen präsent ist, dass die Opioide im Vergleich zum Alkohol oder Tabak zwar ebenfalls überdosierte werden können, aber ansonsten keine gewebetoxischen Wirkungen entfalten. Vorausgesetzt natürlich, das eingenommene Opioid ist pharmazeutisch einwandfrei und nicht auf dem Schwarzmarkt «gestreckt», wie etwa das heutige Strassenheroin in der Schweiz, das bloss 5–10% eigentliches Heroin enthält.

Wir dürfen in der ganzen Geschichte nicht vergessen, dass es sich bei einer Heroinabhängigkeit um eine schwerwiegende chronische und phasenhaft verlaufende Erkrankung handelt, die bei unzureichender Behandlung ein hohes Mortalitätsrisiko in sich trägt. So gesehen, ist die Möglichkeit der risikoarmen Behandlung mit Opioidagonisten ein enormer medizinischer Gewinn, selbst wenn damit eine Toleranzentwicklung in Kauf genommen wird. Wobei auch diesbezüglich vielen nicht bewusst ist, dass in der Substitutionsbehandlung eine Toleranzentwicklung explizit notwendig ist, um vor lebensgefährlichen Überdosierungen zu schützen und Bedingungen zu schaffen, die es den Patienten ermöglichen, den gefährlichen illegalen Opiatkonsum einzuschränken oder bestenfalls ganz zu sistieren.

Im Gegensatz zum gesellschaftlich hochakzeptierten Tabak oder Alkohol haben wir es aber bei den Opioiden mit illegalen Substanzen oder zumindest mit starken Betäubungsmitteln zu tun. Die Nomenklatur ist in diesem Zusammenhang unglücklich und missverständlich gewählt. Wenngleich opioidnaive Menschen tatsächlich eine Betäubung erfahren können, zeigen opioidtolerante Patienten diese Beeinträchtigungen nicht mehr. Wie anders ist zu erklären, dass Methadonpatienten, sofern nicht noch anderweitige Störungen vorliegen, beispielsweise ein Auto lenken dürften? Hier erleben wir stark die moralisierende und stigmatisierende Haltung gegenüber drogenabhängigen Menschen: Wer hat ein Anrecht auf Rauscherleben und welche Substanzen soll der Staat legalisieren? Ist nicht prinzipiell immer Drogenfreiheit anzustreben? Sind das nicht alles Versager und Randständige, Schwächlinge und Verwöhnte, die lügen, betrügen und sich nur betäuben wollen? Der moralisierende Mahnfinger droht allenthalben, aber wird man so diesen Menschen gerecht? Oder sind es medizinisch erkrankte Menschen, die es unvoreingenommen zu behandeln gilt, wie Diabetiker, die Schokolade essen, Asthmatiker die rauchen, Adipöse die keine Grenzen beim Essen haben?

KS: Was waren und sind die Konsequenzen aus diesen Überlegungen?

HS: Die Konsequenzen waren, dass durch die Substitution mit Opioiden die eigentliche

medizinische Behandlung erst ermöglicht wurde. Menschen, die sich zuvor in keine Behandlung begaben, wurden nun zugänglich und behandelbar. Zudem hat sich die Behandlung mit Opioidagonisten gemäss Kriterien der Evidenzbasierten Medizin als die einzige erfolgreiche Therapie herausgestellt, die sich anhaltend positiv auf die Opioidabhängigkeit, also auf den Substanzgebrauch und dadurch auf einen Teil der direkten und indirekten Folgeschädigungen und auf eine Verbesserung der Lebensqualität auswirkt. Für die intuitiv sinnvoller erscheinenden Entzugsbehandlungen fehlt hingegen bis heute die wissenschaftliche Evidenz für einen längerfristigen Erfolg. Es hat sich gezeigt, dass sich die Abstinenzrate, wenn überhaupt, prinzipiell nur geringfügig beeinflussen lässt und sie daher nicht als geeignete Zielvorgabe dient.

Die Folge war, dass viele gut gemeinte sozialpädagogische Einrichtungen auf Grund ihrer abstinenzorientierten Ausrichtung geschlossen werden mussten. Die Vorwürfe an substituierende Institutionen waren teilweise gross. Von einer zunehmenden Medizinalisierung war die Rede und von einer Art Chronifizierung und Verwahrung abhängiger Menschen in der Substitution. Das Überraschende daran ist, dass viele auch heute noch meinen, in der Substitutionsbehandlung ginge es vorwiegend um die Abgabe von Methadon und anderen Substituten. Dabei stellen doch die vielfältigen zusätzlichen Störungen die eigentliche Herausforderung der Behandlung dar. Psychosen, Persönlichkeitsstörungen, Depressionen, ADHS, PTSD und vieles mehr reichen gar nicht aus, um die Komplexität einer notwendigen vielschichtigen Behandlung aufzuzeigen. Denn auch Auswirkungen, wie Arbeitslosigkeit, Prostitution und Delinquenz, Vereinsamung oder keine Teilnahme am Zeitgeschehen haben für sich selbst erheblichen Krankheitswert, ohne direkt einem diagnostischen Klassifikationssystem zuweisbar zu sein. Hinzu kommen die vielen schwerwiegenden, zum Teil chronischen somatischen Erkrankungen mit hoher Problemlast.

KS: Wie habt Ihr diese Erkenntnis nun umgesetzt in Basel?

HS: Im «Janus», wie wir unsere Abteilung für Heroingestützte Behandlung im Zentrum von Basel seit 1994 nennen, bieten wir jenen Menschen eine Behandlung an, die als Grundbedingung auf die rasche Anflutung des eingesetzten Substituts angewiesen sind. In einem anderen Ambulatorium in der ehemaligen «Villa» auf dem Klinikcampus der UPK können wir allen anderen opioidabhängigen Menschen eine diversifizierte substituionsgestützte Behandlung mit Opioidagonisten in schluckbarer Form anbieten. Wichtig dabei ist, dass wir gut geschulte, erfahrene

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus verschiedenen Berufsgruppen haben, die detailliert und individuell auf die Bedürfnisse der einzelnen Patienten eingehen können und Grundlagen für psychiatrische, psychotherapeutische sowie sozialarbeiterische Beziehungen und medizinische Hilfestellungen schaffen. Die vielen Komorbiditäten können nur interdisziplinär angegangen werden.

KS: Du sprichst immer wieder von Verpolitisierung und Moralisierung.

HS: Ja, leider komme ich bei meiner Arbeit gar nicht darum herum. Unsere Aufgabe ist es, gute medizinische Dienste zu leisten. Wer aber im Abhängigkeitsbereich arbeitet und speziell mit illegalen bzw. illegalisierten Substanzen zu tun hat, wird sich schnell bewusst, dass in diesem Bereich auch noch andere Massstäbe als in der üblichen Medizin angewendet werden. Oft zeigt sich, dass es nicht zwingend die Abhängigkeit ist, die den Süchtigen einschränkt, sondern oft die Vorurteile der Umgebung, und damit die realen, konkreten und aus fachlicher Sicht manchmal eben auch absurden Vorstellungen, persönlichen Meinungen, Reglemente, Gesetze, Verordnungen und Richtlinien, die diese Vorurteile widerspiegeln.

Dabei gibt es in der gesamten Pharmakologie nicht viele Medikamente mit einer derart klaren Dosis-Wirkungs-Beziehung wie die eingesetzten Opioide in der Substitutions-therapie. Und dennoch ist die Behandlung weiterhin stigmatisiert und nicht überall geschätzt. Im Moment ist in den USA eine erschreckende Opiatepidemie im Gange, wie wir sie seit Jahrzehnten nicht mehr kennen. Mir scheint, dass hier, analog wie etwa beim Thema Sexualität, eine bigotte Haltung und Prüderie im Hintergrund verhindert, dass die Problematik effektiv mit den Erfahrungen anderer Länder angegangen werden kann. Bei uns sind die Institutionen gut akzeptiert und von der Gesellschaft getragen. Es ist allerdings zu sagen, dass die Platzspitzgeneration längst in die Jahre gekommen ist. Das grassierende Elend der offenen Drogenszenen gehört der Vergangenheit an, die herumliegenden blutigen Nadeln auf den Böden sind verschwunden. Junge substituionsbedürftige Menschen kommen fast keine mehr und die Erfahrung im Umgang mit diesen Patienten droht in Vergessenheit zu geraten. Die Frage stellt sich, ob wir selbst Opfer unseres Erfolges geworden sind. Die Patienten in unserer Behandlung sind aber weiterhin da und sie werden älter und gebrechlicher. Dementsprechend dürfen die Ressourcen nicht abgezogen werden. Diese Menschen bedürfen einer Weiterführung der Behandlung. In der Psychiatrischen Klinik und auf der Notfallstation muss die neue Generation von Ärzten und Pflege-

fachleuten immer von neuem instruiert werden, damit nicht wegen der Ängste vor Unbekanntem den Patienten die notwendige Behandlung verweigert wird.

KS: Ist denn das Thema Sucht heute vom Tisch?

HS: Keineswegs! Auch wenn im Moment in der Schweiz das Heroin out ist und vielleicht als «Loserdroge» gilt. Ob diese Entwicklung Bestand hat, bleibt abzuwarten. Die junge Generation konsumiert aber dennoch weiter psychotrope Substanzen, heute vielleicht eher Kokain, Alkohol, Cannabis, Amphetamine und synthetische Drogen. Über die medizinischen Auswirkungen der neueren Substanzen wissen wir zum jetzigen Zeitpunkt noch viel zu wenig Bescheid. Auch, in welche Richtung neue Behandlungsstrategien notwendig werden, und ob bestehende Angebote weiterhin gefragt sind oder nicht. In jedem Fall tun wir gut daran, unsere Behandlungskonzepte auf zukünftige Behandlungsbedürfnisse hin zu überdenken. Und wir müssen uns darüber Gedanken machen, wie wir Ordnung in die teilweise widersprüchlichen Expertenmeinungen bringen können. Das Moralisieren hat wieder Hochzeit, und im politischen Hintergrund ist eher Ängstlichkeit vorhanden als Lust zu Experimenten und Feldstudien, die neue Ergebnisse brächten (siehe z.B. die aktuelle Ablehnung des BAG von Cannabisexperimenten). Das sind rein juristische Entscheide, die uns nicht weiterbringen.

KS: Sind die neuen Medizinstudenten auf diese Arbeit vorbereitet?

HS: Das Wissen ist immer noch zu wenig im Studium integriert. Unsere jungen Assistenzärzte, aber auch andere medizinische Berufsgruppen sind erfahrungsgemäss zu wenig vorbereitet auf diese Patienten und haben oft Angst davor, rufen schnell nach den Spe-

zialisten. Gezielte Schulungen und etwa die Erarbeitung einfacher Dosierungsalgorithmen, wie wir es aus der Diabetologie mit einem Insulin-Nachspritzschemata kennen, sind einfache Möglichkeiten, diese Ängste zu minimieren. Was aber dringend vermittelt werden muss, ist die zentrale Bedeutung unserer Haltung gegenüber den betroffenen Menschen. Wer sich unvoreingenommen einige Minuten länger Zeit nimmt, als vielleicht ursprünglich geplant und sich für die wahren Anliegen betroffener Abhängiger interessiert, wird rasch erfahren, dass die meisten Betroffenen dankbar und offen über ihre Bedürfnisse berichten. Auch die oft vorliegende schambesetzte Seite und die damit verbundene Angst vor Blossstellung muss berücksichtigt werden, losgelöst von moralisierenden Vorstellungen, wie etwa die, einen malcomplianten «Junkie» vor sich zu haben.

KS: Ist die Suchtbehandlung neben Eurem Angebot nicht eine Domäne der Hausärzte?

HS: Doch, natürlich. Eine gute integrative Vernetzung vorausgesetzt sind die Bedingungen für Langzeitbehandlungen beim Hausarzt ideal. Er kennt oft den Langzeitverlauf und hat die notwendige Beziehung aufgebaut. Aber nicht nur die Patienten werden älter, auch die Hausärzte und praktizierenden Psychiater, die sich Jahrzehnte lang um diese Patienten gekümmert haben. Damit droht ein eklatanter Wissensverlust in der Breite. Hinzu kommt, dass es mit den aktuellen TARMED-Tarifen für jüngere Praktizierende unattraktiv geworden ist, diese Patienten mit ihren komplexen Komorbiditäten in der eigenen Praxis zu behandeln.

KS: Was möchtest Du bei dieser Gelegenheit den Mitgliedern der SGPP ans Herz legen?

HS: Ich möchte mich gerne zu meiner Vision für zukünftige Behandlungskonzepte äus-

sern. Mir schwebt die konsequente Weiterführung des Substitutionsgedankens vor, die mit einer Normalisierung der medizinischen Interventionen und einer Entpolitisierung einhergehen müsste. Dabei sind Anpassungen an Realitäten erforderlich. Mich interessieren die Möglichkeiten einer individuellen, variabel gestaltbaren Behandlung, in der nicht nur verschiedene Medikamente zur Verfügung stehen, sondern auch bedürfnissprechend unterschiedliche Einnahmeformen in unterschiedlichen therapeutischen Settings. Gerade in der Schweiz wären auf Grund der wertvollen Erfahrungen aus der heroingestützten Behandlung die Voraussetzungen dafür günstig. Wo sonst auf der ganzen Welt existieren Institutionen, in denen unter fachlicher Kontrolle psychoaktive Substanzen in rasch anflutender Form appliziert werden können? Würden die Möglichkeiten vollends ausgeschöpft, wären bereits heute ganz andere Therapieoptionen denkbar – mit konkreten Auswirkungen auf die sich dadurch ergebenden psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten. Noch aber sind wir auf den gesellschaftspolitischen Hebel zur Durchsetzung von Freiheiten im Leben von Süchtigen angewiesen. Mir geht es auch um Integration, ehr noch Inklusion von abhängigkeiterkrankten Menschen und ihr Recht auf Selbstbestimmung – gerade in Anbetracht der erschwerten Bedingungen, unter denen sie leben.

Korrespondenz:

Dr. Karl Studer

Praxis im Klosterhof

Klosterhofstrasse 1

CH-8280 Kreuzlingen

[karl.studer\[at\]bluemail.ch](mailto:karl.studer[at]bluemail.ch)