

Dr. med. Beate Münchow

Grenzgängerin zwischen Ländern und Disziplinen- Ein vergleichender Erfahrungsbericht zur Substitutionsbehandlung in Deutschland und der Schweiz

Was macht eine Psychiaterin in der Suchtmedizin? - Eine Frage, die sich insbesondere in Deutschland gestellt werden dürfte. Resultierend aus der mir unverständlichen Ablehnung meiner FachkollegInnen gegenüber der Behandlung von Suchtkranken ist die Suchtmedizin heute in unserem Land eine Domäne der Allgemeinmedizin. Anders in unserem Nachbarland der Schweiz, in der ich die letzten sechs Jahre tätig war, drei davon spezifisch in einer Substitutionsambulanz.

Als ich nach Berlin zurückkam, beschäftigten mich folgende Fragen: Gibt es ähnliche Einrichtungen hier? Was sind die Unterschiede der verschiedenen Systeme? Wie sehen die gesetzlichen Gegebenheiten und Rahmenbedingungen aus?

Seit Januar 2008 bin ich in der Suchtambulanz des MVZ Gesundes Friedrichshain tätig. Meine unterschiedlichen Eindrücke veranlassten mich, diesen Beitrag zu verfassen.

Durch meine Tätigkeit in der Schweizer Psychiatrie wurde ich automatisch mit der Behandlung von Abhängigkeitskranken konfrontiert. Dort ist dieses Gebiet ein breites Tätigkeitsfeld von PsychiaterInnen und PsychologInnen. AllgemeinmedizinerInnen werden insbesondere in suchtmedizinischen Zentren zusätzlich zur Behandlung von Infektionskrankheiten o. ä. hinzugezogen.

Die dortige Behandlungsideologie beinhaltet, dass es sich bei Abhängigkeitskranken überwiegend um PatientInnen mit einer Doppeldiagnose handelt: Das Suchtmittel selbst stellt nur die Spitze des Eisbergs dar, einen Versuch, in Ermangelung anderer Strategien Traumata zu vergessen, Ängste zu bekämpfen, Anspannungszustände zu regulieren u.v.m.. Dieser Ansatz ist insofern sinnvoll, als dass die Lebenszeitprävalenz komorbider psychiatrischer Erkrankungen bei Opiatabhängigen bis zu 78% beträgt. Kern meiner Tätigkeit war es, die zugrunde liegende Störung in Kombination mit der Suchterkrankung psychiatrisch-psychotherapeutisch zu behandeln. Insofern habe ich die Arbeit in der Suchtmedizin immer als besondere Herausforderung erlebt.

Diese Herangehensweise wird in Deutschland leider nur sehr langsam akzeptiert und umgesetzt. Ausdruck dessen ist hier das mangelnde Angebot an PsychotherapeutInnen, die überhaupt dazu bereit sind, PatientInnen mit einer Suchtproblematik oder in Substitution befindliche PatientInnen zu behandeln, da diese als „suchtbedingt unzuverlässig“ gelten und nur „abstinent behandelbar“ seien. Die wenigen der Thematik gegenüber aufgeschlossenen KollegInnen sind daher vollkommen überlastet.

Erschwerend kommt in Deutschland die Budgetierung von Arzneimitteln hinzu. Während es in der Schweiz relativ problemlos möglich war, PatientInnen mit modernen, nebenwirkungsarmen Medikamenten kassenpflichtig zu behandeln, werden diese hierzulande den PatientInnen häufig vorenthalten, da die behandelnden Ärzte und Ärztinnen vonseiten der Krankenkassen mit Regressforderungen rechnen müssen.

Grosse Unterschiede gibt es auch in den Zugangsmöglichkeiten zum Suchthilfesystem, insbesondere zur Substitutionsbehandlung der beiden Länder. Programme der Schweiz orientieren sich am Ansatz der Schadensminimierung mit dem primären Ziel der Überlebenssicherung und damit verbundener Niederschwelligkeit. So werden PatientInnen eher erreicht: Während in der Schweiz mehr als 2/3 der Opiatabhängigen substituiert sind, sind es in Deutschland nur 1/3 bis die Hälfte aller problematisch Konsumierenden. Durch den hierzulande eher hochschwelligem Ansatz werden diejenigen von der Substitution ausgeschlossen, die den Zugangskriterien wie mindestens zweijährige Dauer der Opioidabhängigkeit usw. nicht entsprechen. Kommt aus diversen Gründen aktuell keine abstinenzorientierte Therapie infrage, fallen diese PatientInnen durch das Netz unseres Gesundheitssystems und setzen sich durch ihren Drogenkonsum weiteren gesundheitlichen Risiken aus.

Betrachtet man vergleichend die PatientInnen in Deutschland und der Schweiz, wird deutlich, dass hier weiterhin viele junge Menschen opiatabhängig werden, während es in der Schweiz weniger Neueinsteiger gibt. ÄrztInnen beider Länder müssen sich zunehmend Gedanken um altersspezifische Aspekte der Substitution machen und werden vermehrt mit der Behandlung von Folgekrankheiten wie Leberinsuffizienz nach Hepatitis C sowie den Wechselwirkungen der Zusatzmedikation mit dem Substitutionsmittel konfrontiert.

Die PatientInnen bleiben in der Schweiz sehr lange in der Substitution, manchmal über Jahrzehnte, die Behandlungen werden nur selten durch Abstinenz beendet. Hintergrund dessen ist einerseits die Tatsache, dass es sich bei der Suchtbehandlung um eine Langzeitbehandlung handelt, andererseits die in der Schweiz häufig vertretene These, dass sich Abstinenz nicht durch therapeutische Maßnahmen beeinflussen lässt. Das führt dazu, dass es wenig obligatorische Auflagen für die Behandlung gibt. PatientInnen meiner ehemaligen Institution mussten beispielsweise nur alle 4 Monate zwingend Arztkonsultationen wahrnehmen. Urinkontrollen wurden in viel größeren Abständen durchgeführt, auch bei positiven Urinbefunden war ein Take Home möglich, da man PatientInnen für ihren Beikonsum nicht sanktionieren wollte.

Einerseits ist es meines Erachtens richtig, PatientInnen nicht nur nach den Ergebnissen ihrer Urinkontrollen zu beurteilen, da diese wenig darüber aussagen, wie risikoreich jemand beispielsweise konsumiert und damit außer acht gelassen wird, dass trotz dauerhaft positiver Testergebnisse bereits Fortschritte (sowohl im Konsum als auch in Bezug auf Beschaffungskriminalität etc.) eingetreten sein können. Andererseits ist die Motivationslage in Bezug auf Abstinenz bzw. Beikonsumfreiheit sehr wohl ein flexibler Faktor, der insbesondere durch regelmäßige therapeutische Interventionen modifiziert werden kann.

Hier zeigen sich nicht nur deutliche Unterschiede in der Einstellung zur Suchtkrankheit, sondern auch die Verschiedenheiten in der Gesetzgebung der beiden Länder. So ist die Substitutionsbehandlung in der Schweiz im Gegensatz zu Deutschland eine medizinische Langzeittherapie ohne vorgeplante Beendigung mit zeitlich unbegrenzter Indikationsstellung. Damit wird auch sichergestellt, dass die Therapie an allen potentiellen Aufenthaltsorten der PatientInnen (Krankenhaus, Haftanstalten etc.) fortgeführt werden kann. Hierzulande ist letzteres nur selten der Fall, was beispielsweise nach Entlassung aus der Haft zu massiven, riskanten Rückfällen führen kann. Weiterhin ist es in der Schweiz möglich, Methadon höher zu dosieren und somit individuell anzupassen, da verschiedene Studien zeigen konnten, dass eine zu tiefe Substitutionsdosis zur Weiterführung von Szenekontakten und Beikonsum führt.

Ein aus meiner Sicht zu wenig beachteter Faktor in vielen Schweizer Methadonsubstitutionsprogrammen ist die soziale Reintegration der PatientInnen, obwohl die Beispiele aus den heroingestützten Behandlungen mit enger sozialer Betreuung zeigen, wie dringend notwendig dies für die Suchtkranken ist. So führt der Mangel an psychosozialer Betreuung dazu, dass die PsychiaterInnen allein keine optimale Behandlung der Suchtkranken gewährleisten können.

Ein Spiegel dessen ist auch, dass es in meiner Schweizer Einrichtung lediglich eine Sozialarbeiterin für ca. 500 Substituierte gab. Je nach persönlichem Engagement und zeitlicher Verfügbarkeit gehörte es mit zur ärztlich-therapeutischen Arbeit, soziale Tätigkeiten wie Telefonate mit Ämtern oder Hilfe bei der Wohnungssuche zu übernehmen. Nicht alle KollegInnen waren bereit, sich mit diesen fachfremden Themen zu beschäftigen, sodass die PatientInnen häufig ihren sozialen Problemen überlassen blieben. Ausdruck dessen waren nicht wenige PatientInnen ohne festen Wohnsitz, ohne Tagesstruktur und mit massiven justiziellen Problemen. Viele erhielten Leistungen der Invalidenversicherung, sodass eine geringe Motivation bestand, den Status Quo zu ändern; in Deutschland wäre es hingegen wünschenswert, besonders stark beeinträchtigte PatientInnen zumindest vorübergehend vom Druck der Jobcenter zu entlasten.

Die Tatsache, dass in Berlin eine Substitutionsbehandlung generell an die Psychosoziale Betreuung (PSB) gekoppelt ist, auf die die ganzheitlich beeinträchtigten PatientInnen ein finanziell abgesichertes Anrecht haben, empfinde ich als äußerst privilegierte Situation. Sowohl zeitlich als auch inhaltlich übernimmt hier die PSB Aufgaben wie beispielsweise Hausbesuche oder Konsumkontrolltraining, die die zuständigen ÄrztInnen alleine kaum bewältigen könnte. In Ermangelung psychiatrischer Behandlung fängt die PSB auch häufig psychische Krisen ihrer KlientInnen ab. Um eine Überforderung der SozialarbeiterInnen zu vermeiden, sollte dies klar in ärztlich-therapeutische Hand gehören. Dazu bieten sich sowohl räumliche Nähe als auch ein engmaschiger Austausch der beiden Berufsgruppen an.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es eine Herausforderung an das Hilfesystem ist, suchtmedizinische Zentren zu kreieren und auszubauen, die unter einem Dach sowohl soziale Betreuung als auch psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung anbieten. Dies setzt eine entsprechende Qualifikation und Bereitschaft vonseiten der PsychiaterInnen voraus.

PatientInnen sollten niederschwelliger in Substitution aufgenommen werden, um mehr hilfebedürftige OpiatkonsumentInnen zu erreichen und auch frühzeitig in die PSB zu vermitteln. Damit könnte das kostenintensive Drehtürprinzip wiederholter, gescheiterter stationärer Entzüge durchbrochen werden. Dies würde auch zu einer finanziellen Entlastung der Kostenträger beitragen.

Es besteht dringender Bedarf an stationären Einrichtungen, die dazu bereit sind, PatientInnen bei körperlichen oder psychischen Erkrankungen mit ihrer individuellen Substitutionsdosis weiter zu behandeln, gleiches gilt für die Haftanstalten.

Es muss eine Akzeptanz dafür geschaffen werden, dass Suchterkrankungen chronisch verlaufen und Suchtbehandlungen somit Langzeitbehandlungen sind, die sich an den jeweiligen Bedürfnissen, Ressourcen und der aktuellen Motivationslage der PatientInnen orientieren. Letztere ist sehr wohl durch therapeutische Maßnahmen zu beeinflussen.

Langjährige Behandlungen von besonders schwierigen PatientInnen sollten nicht durch einen Abbruch der psychosozialen Betreuung durch Fehlen der Kostenübernahme gefährdet werden, auch

wenn die Substitutionsbehandlung nicht zu völliger Beikonsumfreiheit beiträgt. Hier müssen verstärkt weitere Aspekte jenseits des Abstinenzparadigmas wie Haltequote in der Behandlung, soziale Reintegration, körperliche und psychische Gesundheit berücksichtigt werden. Meist sind erst nach Jahren der Behandlung Teilerfolge zu verzeichnen. Gerade bei solchen PatientInnen ist eine Substitutionsbehandlung ohne PSB zum Scheitern verurteilt und ein enges Zusammenspiel von ÄrztInnen und SozialarbeiterInnen unerlässlich.

Dr. med. Beate Münchow
FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie
Suchtambulanz
MVZ Gesundes Friedrichshain
Frankfurter Allee 100
10247 Berlin

25.05.2008