

# **Akzeptanzorientierte Drogenarbeit/ Acceptance-Oriented Drug Work**

ISSN 1861-0110

INDRO e.V.

---

Referat / Lecture

## **Blick von außen: Schweizerische Empfehlungen zu substitions-gestützten Behandlungen\***

**[A view from afar: Comments on Swiss recommendations for „substitution“ treatment]**

Robert G. Newman (MD)

© INDRO e.V., Bremer Platz 18-20, D-48155 Münster, Germany. Jegliche Vervielfältigung, Verbreitung und Zitation von Textpassagen ausdrücklich gestattet unter Angabe der Originalquelle / verbatim copying and redistribution of this article are permitted in all media for any purpose, provided this notice is preserved along with the article's original URL: Akzeptanzorientierte Drogenarbeit/Acceptance-Oriented Drug Work 2007;4:12-18, URL: [www.indro-online.de/Newman\\_07.pdf](http://www.indro-online.de/Newman_07.pdf)

Als Ausländer, und noch dazu als Nicht-Europäer, ist es mir eine ganz besondere Ehre, an dem Nationalen Substitutions-Kongress NASUKO 07 teilnehmen zu dürfen. Wie Sie sehen werden wird mein Referat nicht genau dem angegebenen Titel entsprechen, denn eine kritische Betrachtung einzelner Aspekte der schweizerischen Drogenpolitik oder –behandlung setzte nämlich eine ausführliche Kenntnis der örtlichen Verhältnisse voraus, was ich – aus New York kommend – wohl kaum für mich behaupten kann. Dennoch werde ich mir Kritik erlauben (und wie Sie sehen werden, eine sehr positive Kritik), beschränke mich dabei allerdings auf die vor kurzem erschienenen schweizerischen *Medizinischen Empfehlungen für Substitutionsgestützte Behandlungen bei Opioidabhängigkeit* (die „Empfehlungen“<sup>1</sup>). Darüber hinaus werde ich Ihnen zum Ende meiner Rede einige sehr allgemeine Gedanken zur Beurteilung des „Erfolges“ von Substitutionsbehandlungen vorstellen.

Ich halte es immer für angemessen, meinen Zuhörern bei solch einem Kongress gleich zu Beginn meine Voreingenommenheiten offen darzulegen (Interessen-Konflikte – die selbstverständlich auch angegeben werden müssten - habe ich nicht). Erstens gebe ich unverfroren zu, dass ich seit beinahe vier Jahrzehnten ein eifriger Befürworter der Substitutionsbehandlung – und insbesondere der Methadonbehandlung – bin. Und zweitens, obwohl ich nicht so genau mit den Einzelheiten der hier in Ihrem Land vorherrschenden Drogenpolitik vertraut bin, empfinde ich Bewunderung und Hochachtung für einige meiner Schweizer Kollegen, mit denen ich schon lange beruflich verbunden und persönlich befreundet bin: u. A. Ambros Uchtenhagen, Robert Hämmig, André Seidenberg und Jean-Jaques Déglon. Diese Freundschaften bedeuten mir sehr viel, jedoch schließen sie unvermeidlich eine 100%ige Objektivität gegenüber der Schweiz aus.

### ***MEDIZINISCHE EMPFEHLUNGEN FÜR SUBSTITUTIONSGESTÜTZTE BEHANDLUNGEN (SGB) BEI OPIOIDABHÄNGIGKEIT***

Mit Lob für „Standards“, Richtlinien, Vorschriften usw. bin ich in der Regel sehr zurückhaltend. Selbst wenn ich einmal Grund habe, diese einigermaßen positiv zu beurteilen, bin ich doch meist ein Schwarzseher und empfinde das Glass eher halbleer als halbvoll und beschränke meine Stellungnahme auf das Negative daran. Die *Empfehlungen* sind eine seltene Ausnahme. Sie sind im Großen und Ganzen erstklassig, und ich kann nur hoffen, dass sie anderen Nationen als Vorbild dienen werden. Zwar bin ich diesbezüglich nicht allzu optimistisch, vor allem wenn ich an mein eigenes Heimatland Amerika denke, wo bisher fast alles auf dem Gebiet der

Harm Reduction (Schadensminderung), strikt und ohne Diskussionen darüber zulassend, abgelehnt wird - z.B. Spritzenaustausch, Drogenkonsumräume und Heroinverschreibung (auch an diejenigen, bei denen alle anderen Behandlungen versagt haben).

Insbesondere gegenüber der Substitutionsbehandlung ist die Feindlichkeit – und das gilt in fast der ganzen Welt - von einer Intensität, wie sie unter Fachleuten fast einzigartig ist. Diese Feindlichkeit ist nichts Neues und besteht, trotz konsequenter Erfahrungen und wissenschaftlicher Fortschritte über viele Jahrzehnte, weiterhin fort. Beispielfähig hierfür:

- Im Jahre 1921 äußerte sich die American Medical Association folgendermaßen über die Behandlung Opiatsüchtiger: „...die Ärzteschaft missbilligt die Abgabe von Narkotika an Drogensüchtige auf das Schärfste.“<sup>22</sup>
- Beinahe 80 Jahre danach und 35 Jahre, nachdem die äußerst positiven Ergebnisse mit „methadone maintenance“ veröffentlicht worden sind, erklärte US Senator John McCain: „Die Methadon-Erhaltungsbehandlung ist widerlich, und sie ist unmoralisch.“<sup>23</sup>
- Vor wenigen Wochen erschien ein Kommentar im Lancet, wo (leider richtig!) beobachtet wurde: „...aus politischer Perspektive gelten diejenigen Behandlungen als populär, in deren Zielfokus das Erreichen von Abstinenz innerhalb von Wochen oder Monaten steht.“<sup>24</sup>
- Und gerade vorige Woche, am 26. August, wurde in einer amerikanischen Zeitung die Ansicht eines State Senators von Alabama berichtet: „Methadon sollte verboten werden; Kliniken sind für Abhängige nur ein legaler Weg ihren Stoff zu bekommen.“<sup>25</sup>

Aber dennoch gibt es begründete Hoffnung darauf, dass sich vielleicht doch einmal etwas hieran ändern mag, denn es gibt Länder, in denen sich tatsächlich innerhalb sehr kurzer Zeit ein radikaler drogenpolitischer Wandel vollzogen hat. Zum Beispiel gehörte in Deutschland Methadon noch Ende 1986 „zum Tabu-Katalog der Drogenpolitik“<sup>6</sup>, und zur gleichen Zeit veröffentlichte der Berliner Drogenbeauftragte einen Artikel mit dem Titel: „Warum es in Deutschland kein Methadon-Programm geben wird.“<sup>7</sup> Ein Hellseher war der Kollege nicht, denn es gibt heute etwa 70.000 Patienten, die in Deutschland substituiert werden.<sup>8</sup> (Einen eindeutigen Beleg für die Akzeptanz der Methadonbehandlung lieferte im Jahre 1996 die Einweihung einer Hamburger Straße zu Ehren der Mitentdeckerin der Dauerbehandlung - „maintenance“ - mit diesem Medikament, Marie Nyswander.) Auch in Frankreich hat sich die Drogenpolitik plötzlich und dramatisch geändert: 1995 gab es im ganzen Land 52 (52!) Patienten, die mit Opiaten substituiert wurden, und heute sind es über 100.000<sup>9</sup>.

Aber zurück zum Thema der schweizerischen *Empfehlungen*. Woraus begründet sich mein vehementes Lob? Unter anderem aus Folgendem:

1. Die Zielgruppe **„...niedergelassene Ärzte, die das zentrale Standbein der suchtmmedizinischen Grundversorgung sind“** und für die diese Empfehlungen **„als Grundlage für eine qualitativ hochwertige, flächendeckende medizinische Versorgung Opioidabhängiger“** dienen sollen.

**Ja, klar!** Dieser Einstellung stimme ich zu 100% zu! Obwohl ich über 35 Jahre lang für die Entwicklung und Leitung der allergrößten „Programme“ der Welt verantwortlich gewesen bin, habe ich immer – und zwar von Anfang an – eine führende Rolle für den niedergelassenen Allgemeinarzt befürwortet. Und warum? Aus der **Überzeugung** heraus, dass man sonst nie die Krankheit, die Patienten und deren Behandlung analog aller anderen Krankheiten, Patienten und Behandlungen begreifen wird; aus der **Erfahrung**, dass ohne primäres Engagement der Allgemeinmedizin „Programme“ ihre monopolistische Macht allzu oft zum Schaden der Patienten ausüben; und auf Grund der **Tatsache**, dass es ohne die aktive Beteiligung der allgemeinen Ärzteschaft nicht möglich ist, all denen Hilfe zu gewähren, die sie wollen und brauchen.

2. Die Anerkennung, **„...Opioidabhängigkeit [muss] als chronische Erkrankung (Störung) mit neurobiologischen and neurophysiologischen Implikationen und damit als Langzeitgeschehen interpretiert werden ...“**

**Ja, klar!** Aber diese umfassend, wiederholt und konsequent begründete Schlussfolgerung wird nach wie vor in

den meisten Ländern ignoriert bzw. abgeblockt, und viele Politiker (und viel betrüblicher und unverständlicher, **Ärzte!**) vertreten weiterhin hartnäckig die Ansicht, Sucht sei einfach eine böse Angewohnheit und ein Laster, der Beweis eines eigenwilligen Hedonismus. (Ein besonders scharfzüngiges Beispiel für diese Einstellung kommt von dem damaligen Leiter des National Institute of Mental Health in Amerika: „Es ist wichtig Methadon als die Krücke zu begreifen, die es ist, eine *Übergangshilfe*, die beendet werden muss, sobald der Klient sein krankes Verhalten und seine krankhaften Werte und Rationalisierungen verändert hat.“<sup>10</sup>)

3. Was den Zugang zur Substitutionsbehandlung anbelangt: **„Für alle opioidabhängigen Personen, für die eine Behandlung in Frage kommt und die dafür motiviert sind, sollte der Zugang erleichtert werden ... Das Kriterium zur Indikationsstellung für eine SGB ist einzig das Vorliegen einer Opioidabhängigkeit . . . unabhängig vom Alter des Patienten und der Dauer seiner Abhängigkeit.“**

**Ja, klar!** Und doch gibt es in den meisten Ländern kompromisslose Regeln zur Feststellung des Bedarfs und der „Berechtigung“ zur Aufnahme in oder Teilnahme an Substitutionsbehandlungen. Viele verlangen eine Mindestdauer der Abhängigkeit; und/oder ein Mindestalter; und/oder bestehen auf einer oder zwei oder sogar noch mehr erfolglosen drogenfreien Behandlungen; und/oder dem Vorliegen einer lebensbedrohlichen Krankheit oder sonstigen Ausnahmebedingungen wie z. B. Schwangerschaft.; usw.

Hier dient Amerika – leider wie so häufig, wenn es sich um Drogenpolitik handelt - als ein negatives Beispiel. Dort müssen Jugendliche unter 18 Jahren mindestens ein volles Jahr der Abhängigkeit nachweisen können sowie zumindest zwei erfolglose drogenfreie Behandlungen innerhalb von 12 Monaten.<sup>11</sup> Ein Wahnsinn, wenn man bedenkt, dass die unbehandelte Abhängigkeit unvermeidlich mit einem hohen Risiko an Morbidität und Mortalität verbunden ist. Die Entscheidung darüber, welche Art der Behandlung geeignet ist, muss – wie es in allen anderen Bereichen der Medizin üblich ist - dem Arzt in Absprache mit seinem Patienten überlassen werden!

4. Dauer der Behandlung: **„Für eine zeitliche Befristung . . . gibt es keine Begründung.“**

**Ja, klar!** Man stelle sich nur vor, es würde bei der Therapie von Diabetes, Epilepsie, hohem Blutdruck oder irgendeiner anderen chronischen Krankheit auf einer festgesetzten Behandlungsdauer bestanden werden! (Zu bemerken ist, dass bei den meisten solcher Krankheiten auf Medikamente verzichtet werden kann, **wenn** der Patient sich strikt an Diäten hält, mit dem Rauchen aufhört, Gymnastik macht, und sonstigem medizinischen Rat genau folgt.) Und doch spiegelt die gängige Einstellung in vielen von der Drogensucht betroffenen Ländern genau das Gegenteil dieser Empfehlung wider. Auch wenn „Substitution“ widerwillig gestattet ist, ist sie doch oft zeitlich begrenzt. So gibt es z.B. in einigen Bundesstaaten Amerikas – darunter Kalifornien - schon seit Jahren die Regelung, dass die Kostenübernahme der Methadonbehandlung durch die öffentliche Krankenkasse 24 Monate nicht überschreiten darf.<sup>12</sup>

5. Was die Dosierung anbelangt: **„Die optimale Dosierung soll klinisch ermittelt werden. . . . Ziel einer optimalen Dosierung ist es, dass sich die Patienten wohl fühlen und keinen zusätzlichen Opioidkonsum aufweisen.“**

**Ja, klar!** Genau dasselbe ist selbstverständlich bei allen Medikamenten, die verschrieben werden. Nicht auszu-denken sind die Folgen einer moralisch geleiteten Überzeugung, wonach die eine oder andere Dosierung „besser“ sei. Und doch gibt es in vielen Ländern feste Regeln darüber, wie hoch die Dosierung von Substitutionsmitteln sein darf. Hinzu kommt, dass – meistens ohne Berücksichtigung des klinischen Bildes des Patienten - die Höhe der verschriebenen Dosis oft an „take-home privileges“ gekoppelt ist (übrigens ist für mich der Gedanke, dass der Patient „Privileges verdienen“ muss, einfach schrecklich!). Noch frustrierender ist für mich aber die Tatsache, dass Ärzte und „Programme“ **von sich aus** Grenzen bezüglich der Tagesdosis der Patienten setzen, und zwar selbst dann, wenn es keine betäubungs- und/oder arzneimittelrechtlich verankerten Vorschriften über Höchstdosierungen gibt. Diese Vorgehensweise ist wiederholt in Amerika<sup>13</sup> und auch in England<sup>14</sup> in der Fachliteratur dokumentiert und publiziert worden, obwohl gerade in diesen beiden Ländern immer wieder nachgewiesen werden konnte, dass niedrige Dosierungen mit einem bedeutenden Anstieg der Mortalitätsquote verbunden sind! So schrieb im Jahre 1989 (!) der Direktor des National Institute on Drug Abuse der amerikani-

schen Bundesregierung: „In dieser durch HIV-AIDS gekennzeichneten Zeit ist die Ideologie einer niedrigen Methadon-Dosis nicht nur unpassend, sondern kann für Patient und Partner und Kinder tödlich sein!“<sup>15</sup> Also, kurz gesagt, diejenigen Ärzte und Betreuer, die Patienten eine erfolversprechende Dosierung des Substitutionsmittels vorenthalten, sind für unnötigen Verlust an Leben verantwortlich!

6. Behandlung in Haft: **„Bei Untersuchungshaft und Vollzug sind bereits bestehende SGB weiterzuführen. Bei Opiatabhängigen, die nicht in einer SGB stehen, ist in der Regel das Einleiten einer SGB angezeigt . . . „**

**Ja, klar!** Und doch ist das nur in sehr wenigen Ländern der Welt rechtlich zulässig. Und schon wieder dient Amerika als Muster der Unlogik: In keinem einzigen der 50 Bundesstaaten gibt es Substitutionsbehandlungen für Inhaftierte!

7. Begleittherapie: Zu diesem Thema wird angemerkt: **„Nebst der Substitution bedarf nicht jeder Opiatabhängiger weiterer medizinischer (somatischer/psychiatrischer) oder sozialer Unterstützung.“**

**Ja, klar!** Das müsste sich von ganz allein verstehen. Dazu kommt aber, dass in diesem Fall das, was die *Empfehlungen* **auslassen**, genau so wichtig ist wie das, was sie aussagen. Dass keine spezifischen Angebote als *sine qua non* der Substitution dargestellt sind, ist zu begrüßen! Die Frage der Notwendigkeit und der Erwünschtheit von begleittherapeutischen Maßnahmen unterschiedlichster Art ist genau so zu beantworten wie in Bezug auf alle anderen Krankheiten auch: Selbstverständlich ist es gut, zusätzlich zur Vergabe des Medikaments jede nur denkbare medizinische, soziale, finanzielle und sonstige Hilfe anbieten zu können. Allerdings wäre es einzigartig und widersinnig, als **Voraussetzung** einer Behandlung mit Methadon oder irgendeinem anderen Medikament zu verlangen, dass ein umfassendes Spektrum solcher Angebote bereitstehen **muss**, und/oder dass sämtliche Patienten **gezwungen** werden, all diese Hilfsangebote zu akzeptieren, um in eine Behandlung aufgenommen zu werden oder weiterhin in Behandlung bleiben zu dürfen. Jedoch existieren solche Bedingungen und Auflagen in fast allen Ländern der Welt, in denen Substitution verfügbar ist.

Werfen wir noch einmal einen Blick auf die entsprechenden Verordnungen in Amerika: Dort ist vorgeschrieben<sup>16</sup>, dass Methadon ausschließlich durch „comprehensive treatment programs“ (umfassende Behandlungsprogramme) verabreicht werden darf. Und was wird von diesen Programmen verlangt? Die Bereitstellung zusätzlicher medizinischer Versorgung und von sozialen, beruflichen und erzieherischen (educational) Diensten, ja sogar Unterstützung bei der Arbeitsvermittlung. Die verantwortlichen Klinikverwaltungen müssen nachweisen können, dass all das „fully and reasonably“ (lückenlos und in angemessener Weise) allen Patienten vorgehalten wird.<sup>17</sup> Da darf man sich dann kaum wundern, dass die Methadonbehandlung für weniger als 20% der geschätzten Zahl der Heroinsüchtigen in meinem Land zur Verfügung steht; dass sie sehr teuer ist – obwohl das Medikament allein im Durchschnitt pro Tag etwa einen viertel US-Dollar kostet - ungefähr 30 Schweizer Rappen; und dass viele, die Hilfe wollen und brauchen, sich einfach weigern, das ganze Drum und Dran an Auflagen und Verbindlichkeiten zu akzeptieren.

8. Urin-Kontrolle: Auch hierzu finden sich erfreulicherweise keine Hinweise in den *Empfehlungen*. Im Gegenteil, es wird darauf hingewiesen: **„Die Angaben der Patienten über eingenommene Substanzen sind meist zuverlässig, wenn ihr Konsum nicht sanktioniert wird.“**

**Ja, klar!** Zunächst ein Wort hinsichtlich der Vorstellung, man müsse die Zeichen und Symptome der Krankheit, die man behandelt, „sanktionieren“! Als ob man Diabetikern mit einer Reduzierung der verschriebenen Insulindosis droht, wenn das Labor eine hohe Blutzucker-Konzentration ermittelt hat! Doch ist diese idiotische Verfahrensweise nicht nur in vielen Ländern und Städten gesetzlicher *fiat*, sondern sie wird sehr häufig von Behandlern selbst auferlegt!

Selbstverständlich sind Laboruntersuchungen oftmals klinisch indiziert, aber zu verlangen, dass alle Patienten auf Befehl regelmäßig – meist unter Aufsicht! – in eine Flasche pinkeln müssen, ist menschenunwürdig und steht meist der Entwicklung eines therapeutisch günstigen Verhältnisses zwischen Arzt und Patient entgegen. Wie Sie vielleicht schon geahnt haben werden, folgt nun noch einmal das negative Beispiel Amerikas, wo es gesetzlich vorgeschrieben ist<sup>18</sup>, bei jedem Methadonpatienten mindestens 8 Mal im Jahr Urinkontrollen durch-

zuführen – unabhängig davon, wie zuverlässig der Patient ist oder wie lange er sich schon in Behandlung befindet. Man geht einfach davon aus, dass **niemand**, dem Methadon verschrieben wird, jemals als vertrauenswürdig anzusehen ist! Und so gerät man nun in eine Zwickmühle:

- „dirty urines“ (ein sehr häufig gebrauchtes Wort, das viel über die unter Ärzten und „counselors“ in Amerika vorherrschende Einstellung aussagt) werden meistens streng „sanktioniert“ – obligatorische tägliche Besuche in der Klinik, um dort Methadon zu erhalten, intensiviertes „counseling“, und bei wiederholten „Delikten“ Beendigung der Behandlung, womit die Patienten ihrem (elenden) Schicksal überlassen werden;
- daher haben Patienten in der Tat guten Grund Beikonsum zu verheimlichen, einschließlich durch Fälschung der Urin-Probe;
- somit wird das negative Vorurteil der Ärzte und Betreuer den Patienten gegenüber weiter gestärkt;
- daher verlassen sich viele „Programme“ auf direkte Beobachtung oder Video-Überwachung beim Abpinkeln;
- somit sind Patienten noch stärker bemüht Beikonsum zu verheimlichen; usw.

### **WIE BEURTEILT MAN ERFOLG DER DROGENBEHANDLUNG, UND WELCHEN MASSSTAB SOLL MAN DABEI ZUGRUNDE LEGEN?**

Erlauben Sie mir, kurz einige sehr allgemein gehaltene Gedanken über die Beurteilung von Erfolg (und Misserfolg) der Behandlung Drogenabhängiger zu skizzieren.

#### **Erstens: Was soll man messen, und an welchen Kriterien?**

Auf Englisch gibt es eine alberne Antwort auf die Frage, „How is your wife [,Wie geht es Ihrer Frau?]“, die lautet: „Compared to what [Verglichen womit]“? Diese Einstellung bezieht sich - aber keineswegs in albernere Weise – auf die Frage: „Wie beurteilt man die Behandlung Drogenabhängiger in einem Land, Kanton, Programm oder einer Praxis?“

Zunächst muss man sich darüber im Klaren sein, was man messen will, und an welchen Kriterien. Denken wir an ein Beispiel, das nichts mit Drogensucht zu tun hat - die Behandlung von Krebs. Setzt man hierbei als Ziel der Behandlung etwa die „Heilung“? Selten! Ich entsinne mich an einen meiner Professoren im medizinischen Studium vor beinahe 50 Jahren, der die Ansicht vertrat, dass man von den meisten krebskranken Patienten nie behaupten könne, sie seien von Krebs geheilt, bis sie an unverwandten Ursachen gestorben sind. Das heißt jedoch nicht - wie auch schon vor einem halben Jahrhundert nicht – dass man keine erfolversprechende Behandlung für diese Krankheit anbieten kann, sondern nur, dass ein Rückfall **nie** auszuschließen ist, selbst nicht nach Jahrzehnten. Für die unserem Drogensuchtgebiet näherliegende Krankheit des Alkoholismus gilt genau dasselbe. So gehen etwa die Anonymen Alkoholiker (AA) davon aus, dass man „Erfolg“ nur „one day at a time“ messen kann, und wer von „ehemaligen Alkoholikern“ (statt z.B. von „abstinenten Alkoholikern“) spricht, wird als Ketzer verdammt.

Nach den *Empfehlungen* zu urteilen ist es Schweizer Fachleuten bewusst, dass von „Heilung“ nicht die Rede sein darf. Stattdessen ist zu hoffen, dass man hier davon ausgeht, wie bei jeder anderen chronischen Krankheit auch, dass das Ziel ein besseres, gesünderes, sozial integriertes und produktives Leben sein muss.

Auch unabhängig von dem unrealistischen Ziel der „Heilung“ gibt es in den meisten Ländern ein breites Spektrum an hochgesteckten, aber widersinnigen Erwartungen gegenüber der Drogenpolitik und -behandlung. So bestehen viele Kritiker der Substitutionsbehandlung (und - viel tragischer - Kliniker!), die nur widerwillig die Tatsache akzeptieren, dass „Heilung“ für die meisten Drogenabhängigen kein erreichbares Ziel ist, darauf, dass Behandlungen jegliche Zeichen und Symptome der grundsätzlichen Krankheit beseitigen müssen, und wenn nicht, dass dann die Behandlung als gescheitert und – erst recht! – die Patienten als Versager bezeichnet werden müssen. Entsprechend der *Empfehlungen* scheint das erfreulicherweise hier in der Schweiz nicht die vertretene Auffassung zu sein.

### **Zweitens: Wessen Beurteilung ist am wichtigsten?**

Eine hochwichtige Frage, die sich auf die Beurteilung der Drogensucht-Behandlung bezieht, ist: Wer soll beurteilen? Hier aber scheinen die *Empfehlungen* keine Richtschnur zu bieten.

Wir leben in einer Konsumgesellschaft, und die Zeiten sind lange vorbei, als Henry Ford angeblich sagte: „Amerikaner können Autos in jeder Farbe haben, die sie möchten – solange die Farbe schwarz ist!“<sup>19</sup> Heutzutage ist es der Konsument, der darüber entscheidet, ob eine Ware akzeptabel ist oder nicht, und das bezieht sich auch auf die „Ware“ der medizinischen Behandlung.

In der Mitte des 19. Jahrhunderts erklärte der ungarische Anwalt, Journalist und Freiheitskämpfer Lajos Kosuth: **Nichts über das Volk ohne das Volk – das ist Demokratie!**<sup>20</sup> Dieser Gedanke wurde vor einigen Jahren vom Canadian HIV/AIDS Legal Network adaptiert als „Nothing about us without us“<sup>21</sup> und auf Französisch als „Rien á notre sujet sans nous“<sup>22</sup>. In diesem Sinne muss man eine Bewertung der Drogenbehandlung ablehnen, wenn sie ausschließlich durch klinische und akademische Fachleute erfolgt ist. Obwohl es letzten Endes den Drogenabhängigen möglich wäre „to vote with their feet“ - mit den Füßen abzustimmen -, müssten sie auch zu Wort kommen und ihre selbst empfundenen positiven und negativen Aspekte von Behandlungen äußern dürfen, vor allem aber auch in Diskussionen und Entscheidungsprozesse hinsichtlich möglicher Verbesserungen mit eingebunden werden. Wie Sie sich sicher gut vorstellen können, ist es mir eine ganz besondere Freude zu bemerken, dass der nächste Programmpunkt heute „Die Sicht der (ehemaligen) PatientInnen“ ist!

### **Drittens: ‚Gut‘ ist ganz schlecht“**

Noch eine letzte Bemerkung zur Beurteilung der Drogensuchtbehandlung - und jeden anderen medizinischen Strebens. In meiner Familie zitierte man einen Urgroßvater, der als Zuchtmeister galt und dessen klassische Reaktion auf ein Zeugnis einer seiner Kinder einmal war: „‚Gut‘ ist ganz schlecht!“ Man muss aber diesen Verfahren der Newman-Familie ein wenig in Schutz nehmen, denn sollte man sich nicht immer von der Prämisse leiten lassen, dass jeder Erfolg, und sei er noch so großartig, immer noch gesteigert werden kann?! Das heißt, Selbstzufriedenheit ist nie gerechtfertigt!

Auf Englisch heißt dieser Begriff „Continuous Quality Improvement“ - „stetige Qualitätsverbesserung“, eine Zielvorstellung, die aus der Wirtschaft abgeleitet wurde. In vielen Ländern (sogar in Amerika!) wird dieses Prinzip heutzutage ganz besonders häufig in der Medizin angewendet. Das Auftreten postoperativer Infektionen z.B. kann zwar nie auf null reduziert werden – aber so glänzend die Ergebnisse einer chirurgischen Abteilung in dieser Beziehung auch sein mögen, sie können immer noch besser werden. Die Erhöhung der Fünfjahres-Überlebensrate in der Behandlung verschiedener Krebsarten kann und muss immer angestrebt werden – so gut sie heute auch schon sein mag. Also müssen wir davon ausgehen, dass man in der Schweiz - wie überall auf der Welt - nie mit dem Erfolg der Drogenpolitik und -behandlung zufrieden sein darf. Man muss immer bestrebt sein, neue, bessere und wirksamere Ansätze zu entwickeln, diesen aufgeschlossen gegenüberzustehen und sie in die Praxis umzusetzen.

## **SCHLUSSWORT**

Und nun ganz zum Schluss ein pädagogisches Zitat, dem immer, wenn von Drogenpolitik die Rede ist, besondere Hervorhebung gebührt. Es ist ein Goethe-Zitat, das folgendermaßen lautet:

**„Es ist nicht genug, es zu wissen, man muss es auch anwenden; es ist nicht genug, es zu wollen, man muss es auch tun!“<sup>23</sup>**

## **LITERATURVERZEICHNIS**

1. Medizinische Empfehlungen für substitutionsgestützte Behandlungen (SGB) bei Opioidabhängigkeit. 2007. Zugänglich: [www.ssam.ch/?download=Substitutionsempfehlungen%20070619.pdf](http://www.ssam.ch/?download=Substitutionsempfehlungen%20070619.pdf)

2. American Medical Association Committee on Narcotic Drugs. 1921. *JAMA*. 76:1669-1671.
3. McCain J. Speech to US Senate. 11. Feb. 1999. Zugänglich:  
<http://www.november.org/razorwire/rzold/12/1215.html>
4. Hall WD, Mattick RP. Clinical update: codeine maintenance in opioid dependence. *Lancet*. 18. Aug. 2007. 370:550-553.
5. Parks D. „Methadone fight divides community.“ 26. Aug. 2007. *The Birmingham News*.
6. Heinemann H. In, *Medikamentengestützter Rehabilitation bei Drogenabhängigen*. 1987. Bonifatius-Druckerei; Paderborn, 7
7. Heckmann W. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*. 1986. 9(1-2):3-7
8. Gözl J. Stellungnahme der DGS - Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin zur "Berliner Erklärung". In: *Suchtmedizin in Forschung und Praxis*. 2006;8(3):156
9. Zugänglich: [www.drogues.gouv.fr/IMG/pdf/tend37.pdf](http://www.drogues.gouv.fr/IMG/pdf/tend37.pdf)
10. Cohen S. Methadone Maintenance: A Decade Later. 1974. *J Drug Issues*. 4:327-331.
11. *Code of Federal Regulations*. "Federal Opioid Treatment Standards." 2002. 42CFR 8.12 (e) (2)
12. Rosenbaum M, Murphy SB, Beck J. Money for methadone: Preliminary findings of a study of Alameda County's new maintenance policy. 1987. *J Psychoact Drugs*. 19(1):13-19.
13. D'Aunno T, Pollack HA. Changes in methadone treatment practices: results from a panel study, 1988-2000. 2002. *JAMA*. 288:850-856.
14. Dickinson GL, Rostami-Hodjegan A, Lagundoe O, Seivewright N, Pratt P, Lennard MS. A six-year evaluation of methadone prescribing practices at a substance misuse treatment centre in the UK. 2006. *J Clin Pharm Therap*. 31:477-484.
15. Schuster CR. Methadone Maintenance – An Adequate dose is vital in checking the spread of AIDS. 1989. *NIDA Notes*. Spring/Summer: 3.
16. *Code of Federal Regulations*. *op. cit.* 8.1
17. *ibid.* (f) (1) and (f) (5) (ii)
18. *ibid.* (f) (6)
19. Ford H. (angeblich). Zugänglich: [http://en.wikipedia.org/wiki/Model\\_T\\_Ford](http://en.wikipedia.org/wiki/Model_T_Ford)
20. Kossuth L. Zugänglich: <http://www.webenetics.com/hungary/kossuth.htm>
21. Canadian HIV/AIDS Legal Network. Zugänglich:  
<http://www.aidslaw.ca/publications/publicationsdocEN.php?ref=85>
22. Canadian HIV/AIDS Legal Network. . Zugänglich:  
<http://www.aidslaw.ca/publications/publicationsdocFR.php?ref=86>
23. Goethe JWv. *Wilhelm Meisters Wanderjahre*, 1821. Zugänglich:  
<http://www.norbertkasper.de/interessantes/lebensweisheiten/goethe.htm>

**Korrespondenzadresse/  
Address for correspondence:**

Robert G. Newman, MD  
Director  
International Center for Advancement of Addiction  
Treatment, Baron Edmond de Rothschild Chemical  
Dependency Institute of Beth Israel Medical Center  
Continuum Health Partners, Inc.  
555 West 57th Street, 18th Floor  
New York, NY 10019  
USA  
Email: [rnewman@icaat.org](mailto:rnewman@icaat.org)

\*Referat, gehalten bei der Nationalen Substitutions-  
Konferenz (NASUKO), Bern, 6.-7. September 2007

Wir bedanken uns für die freundliche Genehmigung  
des Referenten und der Konferenzveranstalter zur  
Publikation des Beitrages in unserem Online-Journal.

Veröffentlicht/Published:  
20. September 2007/September 20, 2007