

**Zeitschrift:** SuchtMagazin  
**Herausgeber:** Infodrog  
**Band:** 39 (2013)  
**Heft:** 1

**Artikel:** Substitution in der Behandlungskette  
**Autor:** Beck, Thilo  
**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-800021>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. 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. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

### **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. [Voir Informations légales.](#)

### **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. [See Legal notice.](#)

**Download PDF:** 17.02.2025

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

# Substitution in der Behandlungskette

**Auf ihrem Behandlungspfad – sowohl stationär als auch ambulant – sollte opioidabhängigen Personen jederzeit eine substitutionsgestützte Behandlung (SGB) zugänglich sein. Die Opioidabhängigkeit geht häufig mit weiteren psychischen und körperlichen Erkrankungen einher, deren teilweise anspruchsvolle Behandlung oft erst im Setting einer SGB möglich wird. Bei mehreren in die Behandlung involvierten SpezialistInnen ist eine Fallkoordination angezeigt, wobei substituierenden HausärztInnen eine wichtige Rolle zukommt. Bei Abstinenzphasen sollte die mögliche Wiederaufnahme einer SGB gut vorbereitet sein.**

## Thilo Beck

Dr. med., Chefarzt Psychiatrie, Arud Zentren für Suchtmedizin, Konradstrasse 32, CH-8005 Zürich, t.beck@arud.ch

### Schlagwörter:

Substitution | Behandlung | Fallkoordination | Opioidabhängigkeit

## SGB für wen?

In der Schweiz konsumieren etwa 25'000 Personen problematisch Heroin.<sup>1</sup> Im Gegensatz zu den USA, wo im Zusammenhang mit dem Konsum nicht verschriebener opioidhaltiger Schmerzmittel eine zunehmende Zahl von jüngeren Opioidabhängigen festgestellt wird,<sup>2</sup> sind in der Schweiz kaum NeueinsteigerInnen zu verzeichnen.<sup>3</sup> Hier handelt es sich bei den opioidabhängigen Personen um eine alternde Gruppe mit einem Durchschnittsalter von aktuell zirka 42 Jahren.<sup>4</sup>

Nach heutigem Erkenntnisstand ist die SGB bei dekompensierter Opioidabhängigkeit als Behandlung der ersten Wahl zu sehen. SGB sollte auch nach erreichter Stabilisierung langfristig weitergeführt werden, angesichts einer im weiteren Verlauf zu erwartenden Abstinenzrate von nur 2-3% pro Jahr. Die Sterblichkeit Opioidabhängiger kann unter SGB stark gesenkt werden, Abbrüche einer laufenden SGB führen damit zu vermeidbaren Todesfällen, psychosozialer Destabilisierung und einer Erhöhung des Risikos weiterer Selbstschädigung. Abstinenzorientierte Ansätze sollten nur nach eingehender Vorbereitung und immer mit der Option einer Wiederaufnahme der SGB zur Anwendung kommen.

## Opioidabhängigkeit als chronische Erkrankung

Die Opioidabhängigkeit ist eine chronische Erkrankung, die Betroffene in über die Zeit wechselnder und individuell unterschiedlicher Ausprägung über Jahrzehnte und teilweise das ganze Leben lang begleitet.<sup>5</sup> Der Verlauf der Erkrankung ist nicht als lineare Entwicklung zu verstehen, Phasen eines exzessiven, unkontrollierten Konsums können sich in allen möglichen Reihenfolgen mit Perioden eines moderaten oder kontrollierten Konsums und mit Phasen der Abstinenz abwechseln.

## Das Modell des «Chronic Care Management» in der Medizin

Im Bereich der Inneren Medizin findet zur Behandlung des steigenden Anteils chronischer Erkrankungen wie Diabetes oder

Hypertonie der Ansatz des «Chronic Care Managements»<sup>6</sup> zunehmend Beachtung. Dabei geht es um eine kontinuierliche und aktive Einbindung häufig multimorbider PatientInnen in das Behandlungssystem. Zusammen mit dem Patienten/der Patientin werden nach eingehender Information über Krankheitsmechanismen, Chancen und Risiken der Behandlung die zu verändernden Ziel-symptome definiert und die zur Zielerreichung notwendigen bzw. vereinbarten bio-psycho-sozialen Interventionen anhand regelmässiger Routinekontrollen entweder in der Praxis oder telefonisch/webbasiert laufend überprüft und angepasst. Diese Begleitung wird durch den Hausarzt in Zusammenarbeit mit einer speziell ausgebildeten Pflegekraft oder PraxisassistentIn gewährleistet, mit der Möglichkeit des Bezugs weiterer SpezialistInnen bei Bedarf. Ziel dieses Ansatzes ist es, die PatientInnen aktiv über eine koordinierende Anlaufstelle in eine oft multimodale und interdisziplinäre Behandlung einzubeziehen und zu einer langfristigen, informierten Mitarbeit zu motivieren. Damit sollen mögliche Probleme im Behandlungsverlauf frühzeitig erkannt oder gar vermieden werden.

## Episodisch orientiertes Behandlungsverständnis im Suchtbereich

Das im Bereich der Inneren Medizin erprobte «Chronic Care Management» eignet sich in hohem Masse für die Anwendung bei PatientInnen mit Substanzstörungen, da es eine pragmatische, längerfristige Zusammenarbeit mit ihnen unterstützt und durch seinen koordiniert interdisziplinären Ansatz die Behandlung der auch bei Substanzstörungen häufigen komorbiden Erkrankungen einbezieht. Ein solcher langfristig und präventiv ausgerichteter, umfassender Ansatz wird im Suchtbereich aber noch kaum angewendet. Nur ein kleiner Teil der Betroffenen befindet sich überhaupt in Behandlung (im Alkoholbereich z.B. nur 10-20% der problematisch Konsumierenden<sup>7</sup>) und wird typischerweise episodisch, anlässlich akuter Krisen behandelt – mit häufigem Kontaktverlust nach Abschluss einer Nachsorge/Entwöhnungsbehandlung.

## Günstigere Ausgangslage für Opioidabhängige

Etwas anders präsentiert sich die Ausgangslage bei der Gruppe der opioidabhängigen Personen. In der Schweiz befinden sich 60% der problematisch Konsumierenden in einer Substitutionsbehandlung,<sup>8</sup> etwa 90% haben sich schon mindestens einmal einer SGB unterzogen. Die SGB bietet damit durch ihre Verbreitung und ihr



strukturiertes Setting (regelmässige Kontakte bei Substanzbezug) ausgezeichnete Voraussetzungen und Rahmenbedingungen als Zugangspforte zu den Betroffenen und für die Umsetzung umfassender Behandlungsangebote im Sinne eines Chronic Care Management. Durch die im Rahmen der SGB gegebenen längerfristigen und regelmässigen Kontakte mit der Behandlungsstelle eröffnet sich die Möglichkeit der Herstellung einer nachhaltigen, intrinsischen Therapiemotivation und einer entsprechenden Therapietreue. Die im Bereich der Suchttherapie entwickelte und zunehmend auch bei der Behandlung anderer chronischer Erkrankungen in der Inneren Medizin und der Infektiologie angewendete Methode der motivierenden Gesprächsführung (MI) nach Miller & Rollnick<sup>9</sup> hat sich zu diesem Zweck sehr bewährt.

### Herausforderungen

Eine Herausforderung bezüglich der Aufrechterhaltung der Kontinuität der Behandlung und der Gewährleistung des notwendigen Informationsflusses zwischen den BehandlerInnen stellen die bei einem Teil der PatientInnen in der SGB immer wieder zu beobachtenden unangekündigten Behandlungsabbrüche dar.<sup>10</sup> Die SGB wird in der Regel nach einem gewissen Intervall und oft verbunden mit einem BehandlerInnenwechsel wieder aufgenommen. Die Abbrüche sind wohl am ehesten mit ungenügend geklärten konfliktiven Erwartungen zwischen PatientIn und BehandlerIn zu erklären. Hier muss zur Verbesserung der Therapietreue der Fokus wohl noch stärker auf eine transparente Zusammenarbeit mit den PatientInnen und auf eine Klärung der für sie relevanten Zielsetzungen der SGB gesetzt werden. Dies bedarf einer empathischen, wertschätzenden und unterstützenden therapeutischen Haltung zur Förderung der intrinsischen Motivation, wie sie über die Anwendung von MI sehr gut vermittelt werden kann.

Eine weitere Herausforderung liegt in der Breite des potentiell zur Verfügung zu stellenden therapeutischen Angebots, das ja über die sucht- und substitutionsspezifischen Aspekte hinaus auch weitere psychotherapeutisch/psychiatrische, somatische und soziale Problemstellungen abdecken sollte. Spezialisierte Einrichtungen können ein derartiges interdisziplinäres Angebot unter einem Dach realisieren. Andere Institutionen sind hier auf eine gute und strukturierte Zusammenarbeit mit SpezialistInnen aus den jeweiligen Fachgebieten angewiesen, wobei die Frage der Fallführung bei dieser Form der Kooperation jeweils besonders zu beachten und zu klären ist. Vor allem für Hausärzte, die im Schweizer Versorgungsmodell einen unverzichtbaren Beitrag zur Gewährleistung flächendeckend und niederschwellig verfügbarer Substitutionsangebote leisten, stellt sich angesichts der zunehmenden Komplexität der Behandlungen das Problem des Zugangs zu entsprechendem fachspezifischem Wissen aus den Bereichen Psychiatrie, Infektiologie und Soziale Arbeit. Hier müssen zur Förderung des für den Grundversorger notwendigen Fachwissens und zum Aufbau weiterführender, interdisziplinärer Informations- und Behandlungsnetzwerke entsprechende Kooperationsmodelle mit suchtmedizinischen Facheinrichtungen sowie die Informationsvermittlung und Vernetzung über geeignete internetbasierte Plattformen dringend ausgebaut werden.

### Individualisierte Behandlungsansätze

Angesichts der oft komplexen Problemstellungen mit psychischen, somatischen und sozialen komorbiden Erkrankungen und Störungen in unterschiedlichen Kombinationen und wechselnden zeitlichen Ausprägungen sollten therapeutische Angebote nach individueller Abklärung bedarfs- und ressourcengerecht zusammengestellt werden. Dabei ist auch bei jedem Wechsel des Behandlungssettings die Frage zu klären, ob und in welcher Form eine Substitutionsbehandlung angezeigt ist. Bei der Wahl der Substitutionsbehandlung selbst sollten unbedingt die Möglichkeiten der verschiedenen zur Ersatzbehandlung zur Verfügung stehenden

Substanzen für eine möglichst nebenwirkungsarme und gut verträgliche Einstellung berücksichtigt werden. Einmal erarbeitete Therapiekonzepte sollten im Verlauf immer wieder überprüft und angepasst werden.

### Die Bedeutung eines tragfähigen Behandlungsnetzes

Über die Jahre beschreiten Substitutions-PatientInnen vielfältige Behandlungswege mit meist kurzfristigen stationären oder teilstationären Kriseninterventionen und Behandlungen in psychiatrischen Kliniken, längerfristigen stationären Drogentherapien mit rehabilitativem Charakter, stationären medizinischen Interventionen, Gefängnisaufenthalt, begleitetem Wohnen und ambulanten psychiatrischen/psychotherapeutischen und/oder medizinischen Behandlungsabschnitten. Hier kann von regelrechten Netzen gesprochen werden, mit den entsprechend zu pflegenden Schnittstellen zwischen den verschiedenen zeitgleich oder aufeinanderfolgend zum Einsatz kommenden BehandlerInnen. Dazu bedarf es eines gemeinsamen Grundverständnisses des therapeutischen Vorgehens und eines genügenden Informationsflusses, um bei Überweisungen die individuellen Problemsituationen der PatientInnen und die daraus abgeleiteten therapeutischen Massnahmen adäquat zu erfassen. Die Prinzipien der Anwendung der SGB müssen von allen AkteurInnen des Netzwerkes verstanden werden, und sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich muss eine den heutigen Standards entsprechende SGB stets verfügbar sein.

### SGB als Grundlage für die Behandlung weiterer psychischer und körperlicher Erkrankungen und sozialer Problemstellungen

Das Setting der SGB eignet sich aufgrund der durch den Substanzbezug gegebenen regelmässigen Kontakte in idealer Weise als Grundlage für die ansonsten bei dieser Klientel im ambulanten Bereich oft schwierig zu realisierende Behandlung komorbider psychischer und somatischer Erkrankungen. Abklärung, Behandlung und Verlaufskontrollen lassen sich zwanglos im strukturierten SGB-Setting integrieren. So können z.B. auch anspruchsvolle infektiologische Behandlungen (HIV, HCV) im Setting der SGB mit vergleichbaren Erfolgsraten wie in der Behandlung von Personen ohne Substanzstörung realisiert werden.<sup>11</sup>

### Alterung der Patientengruppe

Das zunehmende Alter der Opioidabhängigen in der Schweiz stellt eine grosse Herausforderung an das Behandlungssystem dar, indem mit einer zunehmenden Zahl behandlungsbedürftiger Erkrankungen zusätzlich zur Suchtstörung gerechnet werden muss.<sup>12</sup> Auch hier bietet das Setting der SGB eine solide Grundlage für die Behandlung weiterer psychischer und körperlicher Erkrankungen.<sup>13</sup> Andererseits muss im Zuge einer adäquaten Integration der SGB für AlterspatientInnen neu zu definierenden Behandlungsangeboten (ambulante Spitex-Betreuung, Pflegeheime) besondere Beachtung geschenkt werden.<sup>14</sup>

### SGB in Gefangenschaft

Personen in Haft haben den gleichen Anspruch auf eine umfassende medizinische Versorgung wie die restliche Bevölkerung. Die Indikationskriterien für die Aufnahme oder Weiterführung einer SGB gelten also auch unter Haftbedingungen. In Haft werden illegale Drogen zwar seltener aber oft risikoreicher konsumiert. Zudem ist das Risiko beträchtlich, dass es nach der Abstinenz unter Haftbedingungen bei einer Wiederaufnahme des Heroinkonsums nach der Haftentlassung zu einer tödlichen Intoxikation kommt.<sup>15</sup> Deshalb ist der schützende Effekt der SGB für Personen, die eine Haftstrafe zu verbüssen haben, als besonders hoch einzuschätzen, und zwar für den Zeitraum während der Haftverbüssung wie auch nach der Entlassung.<sup>16</sup>



## Ausblick

Angesichts des chronischen Verlaufs der Opioidabhängigkeit, des hohen Anteils dauerhaft Substituierter und des zunehmenden Alters der Opioidabhängigen in der Schweiz kommt der SGB zur Stabilisierung und Optimierung der Behandlungsverläufe dieser oft multimorbiden Personen im ambulanten und stationären Setting eine wichtige und im Hinblick auf die Alterung immer grössere Bedeutung zu. Eine hoch individualisierte, bedarfsgerechte SGB sollte in allen Settings als Grundpfeiler eines interdisziplinären Angebots zur Verfügung stehen. HausärztInnen, die bei Bedarf durch spezialisierte Einrichtungen und Informationsplattformen unterstützt werden, kommt im Hinblick auf eine möglichst umfassende und flächendeckende Versorgung eine grosse Bedeutung zu. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit, Koordination und Vernetzung muss in allen Settings über die Schnittstellen hinweg weiterentwickelt und ausgebaut werden. ●

### Literatur

- BAG - Bundesamt für Gesundheit (2010): Die Nationale Methadon-Statistik. [www.tinyurl.com/dyzkrjy](http://www.tinyurl.com/dyzkrjy), Zugriff 26.01.2013.
- Fareed, A. et al. (2009): Benefits of retention in methadone maintenance and chronic medical conditions as risk factors for premature death among older heroin addicts. *Journal of Psychiatric Practice* 15 (3): 227-234.
- Hellard, M. et al. (2009): Hepatitis C treatment for injection of drug users: a review of the available evidence. *Oxford Journals* 49 (4): 561-573.
- Holmes, D. (2012): Prescription drug addiction: the treatment challenge. *Lancet* 379(9810): 17-8.
- Keppler, K et al. (2010): Prison Health is Public Health! Angleichungs- und Umsetzungsprobleme in der gesundheitlichen Versorgung Gefangener im deutschen Justizvollzug *Bundesgesundheitsblatt* 53: 233-244.
- Maffli, E./Delgrande, Jordan, M. (2012): Altersentwicklung in der Suchthilfe: neue Herausforderungen für die Praxis? *SuchtMagazin* 3/2010: 16-19.
- McKenzie, M. et al. (2012): A randomized trial of methadone initiation prior to release from incarceration. *Substance Abuse*: 33 (1): 19-29.
- Nordt, C./Stohler, R. (2011): Heroinabhängigkeit. Ein Update zur Problemlage und Versorgung im Kanton Zürich. *Methadonevaluation des Kantons Zürichs. Bericht der Begleitevaluation Nr. 17.*

- Nordt, C. et al. (2009): Estimating incidence trends in regular heroin use in 26 regions of Switzerland using methadone treatment data. *Substance Abuse Treatment Prevention, Policy*: 4-14. [www.tinyurl.com/aqgnyw6](http://www.tinyurl.com/aqgnyw6), Zugriff 26.01.2013.
- Nordt, C. et al. (2004): Gründe für die Beendigung von Methadonbehandlungen. *Methadonevaluation des Kantons Zürichs. Bericht der Begleitevaluation Nr. 11.*
- Rollnick, S./William, R. (2009): *Motivierende Gesprächsführung*. Freiburg: Lambertus.
- Rosen, D. et al. (2008): The prevalence of mental and physical health disorders among older methadone patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 16 (6): 488-497.
- Rumpf, H.J./Meyer, C. (2000): Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen von Alkoholabhängigen und -Missbrauchern: Ergebnisse der TACOS Bevölkerungsstudie. *Sucht* 46: 9-17.
- Wagner, E.H. et al. (1996): Improving outcomes in chronic illness. *Managed Care Quarterly* 4 (2): 12-25.
- WHO - World Health Organization (2009): Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. [www.tinyurl.com/dxmpwfz](http://www.tinyurl.com/dxmpwfz), Zugriff 26.01.2013.

### Endnoten

- 1 Vgl. BAG 2010.
- 2 Vgl. Holmes 2012.
- 3 Vgl. Nordt 2009.
- 4 Vgl. Maffli/Delgrande et al. 2012; Jordan 2010. Vgl. auch den Beitrag von Hälgl/Dürsteler-MacFarland in dieser Ausgabe.
- 5 Vgl. WHO 2009.
- 6 Vgl. Wagner et al. 1996.
- 7 Vgl. Rumpf/Meyer 2000.
- 8 Vgl. Nordt 2011.
- 9 Vgl. Rollnick/William 2009.
- 10 Vgl. Nordt et al. 2004.
- 11 Vgl. Hellard et al. 2009.
- 12 Vgl. Rosen et al. 2008.
- 13 Vgl. Fareed et al. 2009.
- 14 Vgl. auch den Beitrag von Hälgl/Dürsteler-MacFarland in dieser Ausgabe.
- 15 Vgl. Keppler 2010.
- 16 Vgl. McKenzie et al. 2012. Vgl. auch den Beitrag von Chatterjee in dieser Ausgabe.

