

Führt die Ausweitung von Methadonbehandlungen zu kürzeren Behandlungen?

VON RUDOLF STOHLER, CARLOS NORDT, WULF RÖSSLER

Zusammenfassung

Die Zunahme von Substitutionsbehandlungen, vorwiegend mit Methadon, ging mit dem Fallenlassen verschiedener, früher als unbedingt notwendig erachteten Behandlungsvoraussetzungen einher. Wir untersuchten in der vorliegenden Notiz die Auswirkung der Ausweitung zwischen dem 1.1.1992 und 31.12.2001 im Kanton Zürich auf die Retention und fanden die durchschnittliche Behandlungsdauer unverändert. Vermutlich führen in ihren Auswirkungen auf die Retention unterschiedliche Behandlungsmodifikationen zu diesem Null-Resultat. Abschliessend werden unsere Ergebnisse vor dem Hintergrund ähnlicher Untersuchungen aus Australien und Kanada diskutiert. Es zeigt sich, dass die Auswirkungen auf die Retention unterschiedlich sind und auch wesentlich durch die Rahmenbedingungen ausserhalb der eigentlichen Substitutionsbehandlungen beeinflusst werden.

Einleitung

Während der letzten 15 bis 20 Jahren nahm die Zahl von Methadon-Behandlungen in verschiedenen Ländern der Welt stark zu. Dies gilt auch für die Schweiz (Methadon-Bericht [1]). Hauptsächlich Grund war die Verbreitung des HI-Virus und der Nachweis, dass durch Substitutionsbehandlungen die Ansteckung bei intravenös Heroinkonsumierenden reduziert werden konnte [2].

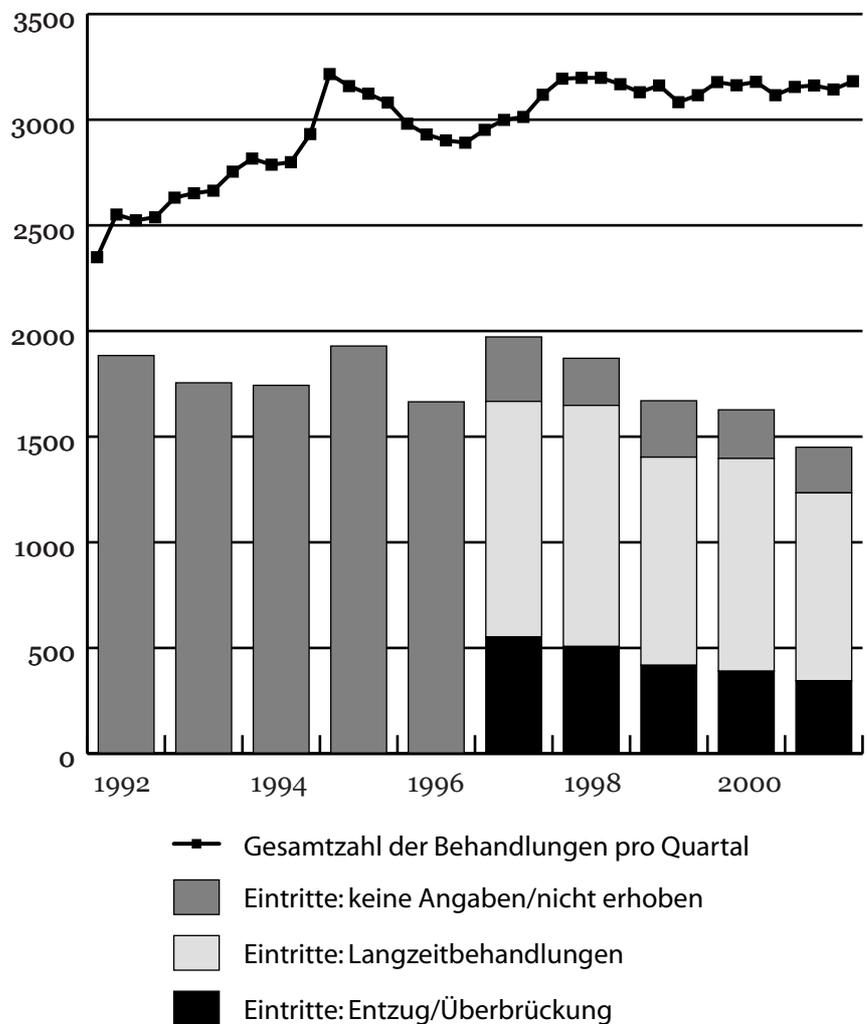
Die Ausweitung bedingte, die Indikation für Substitutionsbehandlungen breiter zu stellen. Bis 1990 war z. B. ein (zeitweiliger) Konsum von Heroin und

anderer psychotropen Substanzen während einer Substitutionsbehandlung ein Grund, Methadonbehandlungen abubrechen. Kandidaten für Methadonbehandlungen mussten sich zudem bis 1996 darüber ausweisen, mindestens zwei längere, in spezialisierten Institu-

tionen durchgeführte, abstinenzorientierte Behandlungen absolviert zu haben, ohne das Ziel der Abstinenz erreicht zu haben. Zusätzliche Behandlungsschranken, wie z. B. obligatorische Teilnahme an Psychotherapien, Dosisgrenzen (z. B. maximal 40 mg/d; Kt. BL bis 1995), täg-

Abbildung 1

Methadonbehandlungen im Kanton Zürich von 1992 bis 2001



Datenbasis und Methode

In die Analyse wurden alle ambulanten Methadonbehandlungen eingeschlossen, welche zwischen dem 1.1.1992 und 31.12.2001 im Kanton Zürich gemeldet wurden. Erst ab 1997 wurde bei der Eintrittsmeldung erfragt, ob es sich um eine Langzeitbehand-

lung, einen Entzug oder eine Überbrückung handelt.

Zu vier Zeitpunkten wird die Retention als prozentualer Anteil der Behandlungen berechnet und nach Eintrittsjahr graphisch dargestellt. So sind z. B. von allen Personen, die

im Jahr 1993 eine Behandlung begonnen haben, nach drei Monaten noch 70% und nach zwei Jahren noch 25% in Behandlung. Auf statistische Berechnungen wurde verzichtet, da sich relevante Veränderungen aus den Graphiken ablesen lassen.

liches Erscheinen zum Bezug der Medikation und zeitliche Beschränkungen der Behandlungsdauer gehörten zu festen Bestandteilen fast aller Settings.

Das allmähliche Fallenlassen restriktiver Eintrittskriterien und Behandlungsaufgaben hätte einerseits dazu führen können, dass weniger motivierte Patientinnen und Patienten in die Behandlung aufgenommen respektive gehalten werden. Dies könnte sich in einer verkürzten Retention äussern und somit zu einem teilweisen Verfehlen der anvisierten Ziele der Methadonsubstitution führen. Andererseits könnte der Wegfall von Sanktionen während der Behandlung auch zu einer verlängerten Retention führen.

In der vorliegenden Analyse beschäftigen wir uns daher mit der Frage, ob die Retention in Methadonbehandlungen durch die reduzierten Anforderungskriterien beeinflusst wurde. Dass die Retention eine gute Messgrösse zur Beurteilung des Behandlungserfolgs in Substitutionsbehandlungen darstellt, wurde schon verschiedentlich begründet [3, 4].

Resultate

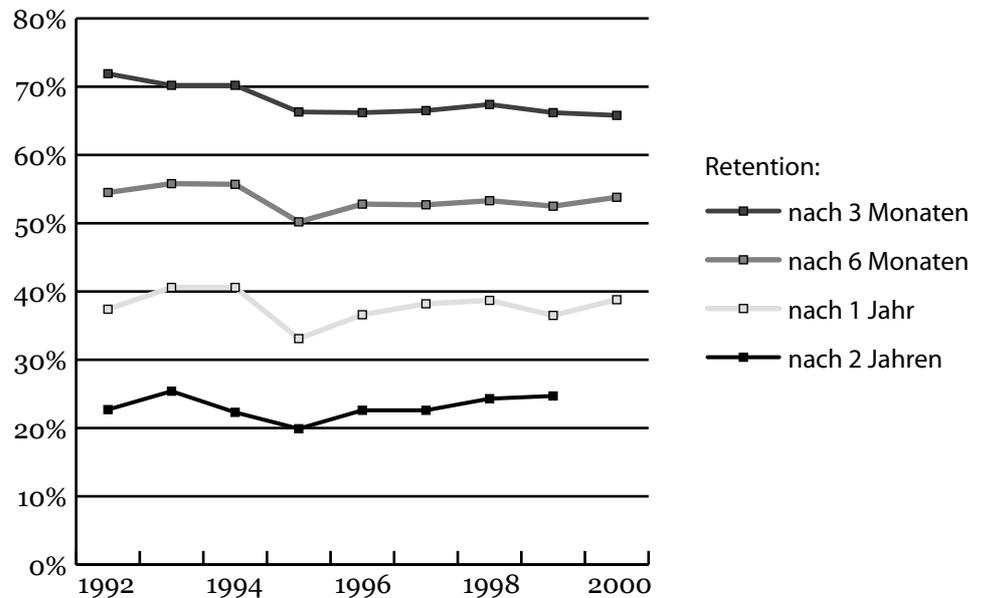
Im Beobachtungszeitraum stieg die Anzahl der Behandlungen pro Quartal von 2400 auf rund 3200 an (Abbildung 1). Seit 1995 ergaben sich keine wesentlichen Veränderungen mehr. Wird die Anzahl der Eintritte pro Jahr betrachtet, so fällt diese Zahl von 1800 auf knapp 1500 ab. Im Zeitraum von 1992 bis 1998 lässt sich kein Trend erkennen. Dies, obwohl erst ab 1997 eine ambulante Entzugsbehandlung mit Methadon gesetzlich vorgesehen ist und als separate Kategorie in die Behandlungsevaluation aufgenommen wurde, was einen Anstieg der Eintritte und Behandlungen erwarten liesse. Wie aus Abbildung 2 hervorgeht, ergaben sich im Kanton Zürich – zumindest seit 1992 – auch kaum Änderungen in der Behandlungsdauer.

Diskussion

Auf den ersten Blick mag das Resultat unserer Untersuchung erstaunen: Die Retention in Methadonbehandlungen ist trotz erheblicher Änderungen in der Behandlungsphilosophie gleich geblieben. Möglicherweise erklärt sich dieser Befund dadurch, dass in der Auswirkung auf die Retention entgegengesetzte Behandlungsmodifikationen gleichzeitig oder in engem zeitlichen Abstand eingeführt wurden. Das Wegfallen von Sanktionen, z. B. die im Sinne einer nicht mehr zwingend zu Ausschlüssen führende Tolerierung von Beikonsum, der time-trend hin zu höheren Methadondosierungen [5] und die verminderte Orientierung auf kurzfristige Abstinenz

Abbildung 2

Retention aller Methadonbehandlungen im Kanton Zürich von 1992 bis 2000



wirken eher in Richtung Retentionsverlängerung. Die Entzugsbehandlungen mit Methadon dagegen verkürzen die Retention. Allerdings wurden offenbar schon vor der gesetzlichen Regelung 1997 Entzugsbehandlungen mit Methadon durchgeführt; allenfalls unter einem anderen Etikett.

Zu einer kürzeren Retention könnte auch die Aufnahme weniger motivierter Patienten und Patientinnen führen [6]. In Canberra, Australien, wurde das einzige "öffentliche" Methadon Erhaltungsprogramm zwischen den Jahren 1991 und 1992 von 85 auf 350 Plätze erweitert. Dies führte bis 1996 zu einem erheblichen Anwachsen der Drop-out-Rate, was die Retention erheblich verkürzte. Noch einmal anders wirkte sich die Öffnung in Ontario, Kanada, aus. In Ontario waren aufgrund der mangelnden Behandlungsplätze bis 1994 nur Patienten und Patientinnen zur Behandlung zugelassen, die an ernsthaften zusätzlichen psychischen oder körperlichen Problemen litten oder schwanger waren. Mit der Ausweitung von Substitutionsbehandlungsplätzen zwischen 1994 und 1998 ergab sich zunehmend die Möglichkeit, auch besser Integrierte zu behandeln, was sich günstig auf die Retention auswirkte [7].

Somit kann die Ausweitungen von Substitutionsbehandlungen unterschiedlich auf die Retention wirken, je nach dem, ob vermehrt wenig oder besser integrierte Patienten und Patientinnen Zugang erhalten. Im Kanton Zürich dagegen bestand nie eine Beschränkung der Behandlungsplätze. Die Ausweitung wurde durch verschiedene Modifikationen der Behandlungsphilosophie erreicht, von denen nicht eindeutig integrierte oder weniger integrierte Patientinnen und Patienten profitierten.

Referenzen:

1. Eidgenössische Betäubungsmittelkommission, Arbeitsgruppe Methadon der Subkommission Drogenfragen, Methadonbericht: Suchtmittlersatz in der Behandlung Heroinabhängiger in der Schweiz. 1995, Bern: Bundesamt für Gesundheitswesen.
2. Zanic G.S., P.G. Barnett, and M.L. Brandeau, HIV transmission and the cost-effectiveness of methadone maintenance. *Am J Public Health*, 2000. 90: p. 1100-1111.
3. Falcato L., R. Stohler, K.M. Dürsteler-MacFarland, C. Nordt, W. Rössler, Effektive Methadonbehandlungen – Behandlungsdauer spezialisierter Institutionen und Privatpraxen im Vergleich. Resultate aus der Begleitevaluation der Methadonbehandlungen im Kanton Zürich, Nr. 9; Juni 2002.
4. Farré M., A. Mas, M. Torrens, V. Moreno, and J. Cami, Retention rate and illicit opioid use during methadone maintenance interventions: a meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*, 2002. 65: p. 283-290.
5. Liechi F., L. Falcato, R. Stohler, D. Eich, W. Rössler, Methadon-Dosierung ein Jahr nach Behandlungsbeginn – Zeitverlauf und Zusammenhang mit Nebenkonsum. Resultate aus der Begleitevaluation der Methadonbehandlungen im Kanton Zürich, Nr. 5; Juni 1999.
6. Bammer G., L. Battison, J. Ward, and S. Wilson, The impact on retention of expansion of an Australian public methadone program. *Drug Alcohol Depend* 2000. 58: p. 173-180.
7. Brands B., J. Blake, and D. Marsh, Changing patient characteristics with increased methadone maintenance availability. *Drug Alcohol Depend* 2002. 66: p. 11-20.