

ARUD Zürich, Arbeitsgemeinschaft für Risikoarmen Umgang mit Drogen, Polikliniken Zok11, Zok12, DBB Horgen, Schweiz

Replik auf den Artikel „Wie effektiv sind Methadonbehandlungen in Privatpraxen?“ von R. Stohler et al. in SPM 49 (2004): 276–80

Der Artikel von R. Stohler et al. will die Frage der Effizienz von Methadonbehandlungen bei niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen beantworten und vergleicht sie mit denjenigen von spezialisierten Institutionen. Zur Beantwortung dieser Fragestellung wird einzig die Retention (Haltequote) in der Behandlung untersucht.

Aufgrund der errechneten höheren Retentionsrate wird die Überlegenheit der hausärztlichen Behandlung gegenüber der Behandlung in spezialisierten Institutionen suggeriert. Daraus wird der Schluss gezogen, dass vermehrt niedergelassene Ärzte und Ärztinnen Substitutionsbehandlungen durchführen sollten.

Diese Aussagen sind angesichts der ausgewerteten Daten nach wissenschaftlichen Kriterien nicht haltbar, was wir im Folgenden begründen. Ebenso wenig ist es sinnvoll, ja sogar kontraproduktiv, die beiden Behandlungsformen gegen einander auszuspielen, da beide für verschiedene Patientengruppen spezifische Vor- und Nachteile mit sich bringen. Diese konzeptionellen Unterschiede sollen es möglichst vielen Opiatabhängigen ermöglichen, von einer Behandlung optimal profitieren zu können.

Kritik

1. Der Titel verspricht einen Inhalt, der im Artikel nicht adäquat abgehandelt wird. Die Effektivität einer Behandlung lässt sich nicht einzig durch die Retentionsrate begründen. Vielmehr ist die Retention erst dann von Bedeutung, wenn durch die Behandlungsteilnahme positive Entwicklungen in Gang gesetzt oder negative Folgeerscheinungen des Substanzkonsums vermindert werden können. Auch wenn die Retention ein wichtiger Faktor ist, müssen andere Parameter für den Erfolg wie physische und psychische Gesundheit und Lebensqualität, Mortalität, soziale Integration, Art und Häufigkeit des Beikonsums, Verminderung der Kriminalität usw. mit einbezogen werden. Dies sowohl bei in Behandlung verbleibenden, wie auch bei ausgetretenen Patienten. Selbst im zitierten Artikel von Farré et al. (2002) ist die Retention nicht der einzige Erfolgsfaktor.
2. Zum Vergleich der beiden Patientengruppen werden sieben Variablen untersucht (Alter bei Behandlungsbeginn, Kokainkonsum bei Behandlungsbeginn, Teilzeit-/Vollzeitarbeit, Freunde ausserhalb der Drogenszene sowie Alkoholkonsum, intravenöse Applikation (Lifetimeprävalenz und Geschlecht), von denen die ersten vier einen signifikanten Einfluss auf die Retention haben. Über nachfolgend erwähnte, ebenso wichtige Variablen, können mit den analysierten Daten keine Aussage gemacht werden. So ist es leider richtig, dass über die Komorbidität (psychiatrisch und somatisch), weder aus den hausärztlichen Praxen noch aus den Institutionen, zuverlässige Daten vorliegen. Es ist allerdings aus der heutigen klinischen Erfahrung zu vermuten, dass gerade dies ein Punkt ist, in dem sich die Klientel unterscheidet und der vermutlich auch einen Einfluss auf die Retention hat. Beim kontroversen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse, wie im Artikel erwähnt, sind dazu weitere Untersuchungen notwendig. Ebenso wird die Chronifizierung der Suchterkrankung, die Häufigkeit des Heroinkonsums und des Konsums weiterer illegaler oder legaler psychoaktiver Substanzen neben Kokain sowie die Wohnsituation bei Eintritt in die Behandlung nicht untersucht, obwohl dazu Daten vorliegen. Auch hätte eine Aussage über die aktuelle Applikationsart in Bezug auf die hier interessierende Fragestellung mehr Bedeutung als die Lifetime-Applikationsform.
3. Überhaupt nicht eingegangen wird auf konzeptionell intendierte Unterschiede in der Behandlung. Institutionen, wie beispielsweise die Poliklinik Zok11, bieten einen äusserst niedrigschwelligen Zugang zur Behandlung an, um auch Patienten, die sich nur schlecht an vorgegebene Strukturen halten können, zu erreichen. So werden Patienten sehr häufig noch am Tag ihrer Kontaktaufnahme mit dem Zok11 in eine Behandlung aufgenommen. Viele dieser Patienten würden es bei einem niedergelassenen

Arzt, bedingt durch das Anmeldeprozedere und die Wartezeiten in einer Privatpraxis, gar nie bis zu einem Erstkontakt schaffen. Dass dies vermehrt zu Kurzbehandlungen führt, ist offensichtlich, darf aber nicht dahingehend interpretiert werden, dass der Behandlungserfolg schlecht ist. Viele Patienten lassen sich erst nach mehrmaligen Anläufen auf eine längerfristige Behandlung ein. Entsprechend hat das Zok11 auch deutlich mehr Beendigungen durch Kontaktverlust als Niedergelassene. Dazu schreibt die gleiche Forschergruppe an anderer Stelle selbst, dass dies „konzeptionell intendiert scheint“ (Nordt et al. 2004).

4. Die klinische Erfahrung legt des Weiteren nahe, dass bei etlichen Patienten durch die Behandlung in einer Institution eine primäre Stabilisierung eintritt und sich das Funktionsniveau (z.B. im Sinne der Achse V beim DSM-IV) verbessert. Erst dadurch wird es einer Gruppe von Patienten möglich, sich nach mehreren Anläufen in einer Institution auch bei einem niedergelassenen Arzt behandeln zu lassen. Nicht selten ist die Motivation zu diesem Schritt durch eine bessere geografische Erreichbarkeit der Praxis gegeben. Dies bedeutet wiederum, dass sich, selbst bei gleichen psychiatrischen Diagnosen, das Zustandsbild der Patienten von Institutionen und Niedergelassenen stark unterscheiden kann. Aufgrund der im Bericht von Stohler et al. vorliegenden Befunde lassen sich zu dieser Hypothese keine Aussagen machen, da dazu eine detailliertere Untersuchung der jeweiligen Klientel nötig wäre.
5. Der Unterschied in der Behandlungsdauer bis zum Verlust von 50% der Patienten beträgt vier Monate. Zu berücksichtigen ist hier, dass die Institutionen ihre Patienten nach der festgelegten Frist von 45 Tagen immer rückwirkend auf den letzten Bezugstag abmelden. Bei niedergelassenen Ärzten, insbesondere wenn der Patient das Methadon über die Apotheke bezieht, wird das Behandlungsende häufig erst auf das Datum des Ablaufs des Rezepts nach drei Monaten festgesetzt. Dies kann zu einer beträchtlichen Verzerrung der Retentionsrate führen. Auch führt eine intermittierend stationäre Behandlung oder ein kurzer Gefängnisaufenthalt in den Institutionen rasch zu einer Abmeldung, während in einer Praxis bei Rückkehr in die Behandlung diese ohne vorgängige Abmeldung häufig fortgesetzt wird, solange das Betäubungsmittelrezept noch seine Gültigkeit hat.
6. Die mehrfach zitierte Studie von Gruer et al. aus England, die übrigens aus dem Jahr 1997 stammt und nicht von 2001 (Gruer et al. 1997), besagt zwar, dass ein hausarztzentriertes Behandlungsprogramm möglich ist und bezüglich Haltequote gute Resultate erzielt werden kön-

nen. Allerdings findet sich in der Studie kein Vergleich mit institutionellen Anbietern. Stohler et al. schreiben aber: Die Studie „... konnte die Überlegenheit der Behandlung von Niedergelassenen nachweisen“. Über die Diagnostik und Behandlung von Hepatiden wird bei Gruer et al. ebenfalls nichts ausgesagt, was in der Diskussion von Stohler und Nordt aber angeführt wird. Hingegen betonen Gruer et al. deutlich, dass drei wichtige Faktoren dazu beigetragen haben, dass solche Behandlungen durch Hausärzte überhaupt übernommen und gute Resultate erzielt werden können. Erstens wurde ein spezialisierter, medizinisch geführter Dienst gegründet, an den alle Hausärzte ihre Suchtpatienten zur zeitweiligen Behandlung überweisen konnten. Eine regelmässige Beratung (*counselling*) und Unterstützung im Sozialbereich wurde als Bedingung zur Teilnahme erklärt. Zweitens erhielten die teilnehmenden Ärzte detaillierte Leitlinien zum klinischen Management der Patienten und zur Methadonverschreibung. Auch stand Beratung bei Problemen wie koexistierende Benzodiazepinabhängigkeit zur Verfügung. Drittens wurden spezifische abendliche Weiterbildungen durchgeführt, an denen die beteiligten Ärzte mindestens zweimal jährlich teilnehmen mussten. Dieses Konzept lässt sich daher nicht direkt mit der Behandlung durch niedergelassene Ärzte bei uns vergleichen. Ähnliches gilt auch für die (ebenfalls englische und nicht amerikanische!) Studie von Lewis & Bellis (2001).

Schlussfolgerung

Aufgrund der aufgeführten Kritikpunkte erachten wir es als unzulässig, aus den in der Arbeit verwerteten Daten Schlussfolgerungen über die Effektivität von Methadonbehandlungen zu ziehen. Die methodischen Mängel und das Nichtberücksichtigen von konzeptionell intendierten Unterschieden begründen, weshalb die Arbeit nur deskriptiv gelesen werden kann: Es gibt einen Unterschied in der Retentionsrate der einzelnen Behandlungssequenzen zwischen Institutionen und niedergelassenen Ärzten.

Es liegen systematische Unterschiede zwischen den Gruppen vor, die zwar nicht sehr stark sind, aber sowohl theoretisch wie aus der klinischen Erfahrung plausibel erscheinen. Die Unterschiede im Kokainkonsum und in der Erwerbstätigkeit deuten darauf hin, dass die Klientel der Institutionen sozial weniger gut integriert ist. Diese Faktoren sagen auch innerhalb der Cox-Regression die Retention signifikant voraus (zudem durchwegs mit leicht grösseren Effekten als die Institutionsform!). Dadurch wird die Bedeutung der Institutionsform vermindert. Damit lässt sich die Schlussfolgerung ziehen, dass die Unterschiede bei der Klientel

Replik auf den Artikel „Wie effektiv sind Methadonbehandlungen in Privatpraxen?“ von R. Stohler et al. in SPM 49 (2004): 276–80

einen Zusammenhang mit der unterschiedlichen Retention zumindest vermuten lassen. Um dies zu klären, müssten weitere Faktoren, die die Klientel möglicherweise unterscheiden (s. Punkt 2), in die Analyse einbezogen werden.

In der vorliegenden Untersuchung wird jeder neue Behandlungseintritt als neue Behandlung gewertet. Im Rahmen ihrer chronischen Erkrankung durchlaufen Drogenabhängige sehr oft mehrere substitutionsgestützte Behandlungssequenzen. Für die meisten Fragestellungen wäre es sinnvoller, Langzeitverläufe zu analysieren. Dazu müssen Behandlungsverläufe von Individuen und nicht von einzelnen Therapieepisoden untersucht werden. Berechnet man beispielsweise die Haltekurve, indem man Behandlungen, bei denen der Unterbruch kürzer als ein halbes Jahr ist, als Weiterführung der Behandlung betrachtet, so verändert sich das Bild deutlich.

Zum heutigen Zeitpunkt weist sehr vieles darauf hin, dass das System von institutionellen Anbietern und niedergelassenen Ärzten, die substitutionsgestützten Behandlungen anbieten, als komplementär und nicht als sich konkurrierend aufgefasst werden sollten. Nicht jeder Patient benötigt das hochspezialisierte Angebot von Institutionen. Hausärzte leisten eine zentrale und wichtige Arbeit in der Grundversorgung. Ausgehend von beinahe 80% Komorbidität (Frei & Rehm 2002) arbeiten in Institutionen Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und Psychologen mit suchtspezifischer und therapeutischer Weiterbildung und Erfahrung sowie Somatiker mit Spezialisierung im Bereich HIV und Hepatitis C spezifisch und hochprofessionell. Daneben können auch die sozialen Probleme (Finanzen, Arbeit, Wohnung etc.) durch den internen Sozialdienst fachkundig angegangen

werden. Die Bedeutung eines breiten und auf den Patienten abgestimmten Begleitprogramms wurde speziell für schwierige Patienten mit vielfältigen Problemen bereits mehrfach belegt (Friedmann et al. 2004; McLellan et al. 1993; Ward et al. 1998). Gerade die Bearbeitung von Wohn- und Arbeitsproblemen scheinen für den Therapieerfolg von Bedeutung zu sein (Friedmann et al. 2004).

Werden Behandlungsunterschiede zwischen niedergelassenen Ärzten und Institutionen wissenschaftlich untersucht, so sollte dabei auch der Frage nachgegangen werden, für wen zu welchem Zeitpunkt welche Therapieform effektiv ist.

Mit der Schlussfolgerung von Stohler et al. in der Zusammenfassung gehen wir durchaus einig: Niedergelassene Ärzte sollen vermehrt Substitutionsbehandlungen anbieten. Dies könnte vermutlich durch bessere fachliche Unterstützung und finanzielle Abgeltung erreicht werden.

Zusammenfassung:

1. Der Artikel weist relevante methodische Mängel und Ungenauigkeiten auf.
2. Schlüsse auf die Effektivität von methadongestützten Behandlungen dürfen sich nicht allein auf Unterschiede in der Retentionsrate abstützen.
3. Um dem chronischen Charakter von Suchterkrankungen gerecht zu werden, ist es zentral, Verläufe von Personen mit ihren Behandlungen und nicht primär einzelne Behandlungssequenzen zu analysieren
4. Hausärzte und Institutionen müssen als komplementäre Behandlungssettings betrachtet werden, die sich in ihren unterschiedlichen Konzepten ergänzen.

Literaturverzeichnis

Farré M, Mas A, Torrens M, Moreno V, Cami J (2002). Retention rate and illicit opioid use during methadone maintenance interventions: a meta-analysis. *Drug Alcohol Depend* 65: 283–90.

Frei A, Rehm J (2002). Die Prävalenz psychischer Komorbidität unter Opiatabhängigen: eine Metaanalyse bisheriger Studien. *Psychiatrische Praxis* 29: 258–62.

Friedmann PD, Hendrickson JC, Gerstein DR, Zhang Z (2004). The effect of matching comprehensive services to patients' needs on drug use improvement in addiction treatment. *Addiction* 99: 962–72.

Gruer L, Wilson P, Scott R (1997). General practitioner centred scheme for treatment of opiate dependent drug injectors in Glasgow. *BMJ* 314: 1730–5.

Lewis D, Bellis M (2001). General practice or drug clinic for methadone maintenance? A controlled comparison of treatment outcomes *JOURNAL NAME??* 12: 81-9.

McLellan AT, Arndt IO, Metzger DS, Woody GE, O'Brien CP (1993). The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *JAMA* 269: 1953–9.

Nordt C, Burri P, Stohler R, Rössler W (2004). Gründe für die Beendigung von Methadonbehandlungen: Resultate aus der Begleitevaluation der Methadonbehandlungen im Kt. Zürich.

Zürich: Forschungsgruppe Substanzstörungen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich.

Ward J, Mattick RP, Hall W (1998). Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies. Amsterdam: Harwood academix publishers.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Daniel Meili
Chefarzt ARUD Zürich
Konradstrasse 1
CH-8005 Zürich
Tel.: +41 1 446 50 10
e-mail: d.meili@arud-zh.ch