

Die Harm Reduction Bewegung: Sorgen eines Gesundheitsspezialisten

*Juan C. Negrete**

Ich komme zu diesem Forum in meiner Eigenschaft als Gesundheitsspezialist, als Arzt und Psychiater, der seine ganze berufliche Laufbahn dem Studium und der Behandlung von Abhängigkeiten durch chemische Substanzen gewidmet hat. Als jemand, der seit mehr als 30 Jahren Abhängige aus Fleisch und Blut gesehen hat und andere Gesundheitsspezialisten lehrte, sie zu behandeln. In dieser Eigenschaft fühle ich mich berechtigt, meine Meinung über die Richtung zum Ausdruck zu bringen, die einige meiner Kollegen im Bereich der Suchtbehandlung in den letzten Jahren verfolgt haben. Ich bin zunehmend besorgt über die Philosophie und die Grundlagen ihrer therapeutischen Angebote sowie über die Art von Hilfsangeboten, die sie für jene auswählen, die unter Abhängigkeit von chemischen Substanzen leiden.

Ich beziehe mich auf Kliniker, die sich selbst als Vertreter der Harm Reduction bezeichnen würden; Harm Reduction verstehen sie nicht als präventive soziale Massnahmen, sondern als Behandlung selbst, als einzige Form klinischer Behandlung, die für sie in Frage kommt. Solche Ärzte legen das Konzept der Harm Reduction eher eng aus, nämlich als konzertierte Bemühung, den Behandlungsschwerpunkt vom eigentlichen Suchtleiden weg zu den sekundären Begleiterscheinungen hin zu verschieben. Dabei enthalten sie sich aber natürlich jeden Versuches, ihren Patienten zu helfen, sich wirklich zu verändern, und sie verweigern ihnen die Chance, aus dem Zustand der Versklavung, in dem sie leben, auszubrechen. Mit anderen Worten, für jene Kliniker hat Harm Reduction die Bedeutung angenommen, die Sucht nicht zu behandeln.

Kürzlich nahm ich an einem Treffen teil, an dem mich ein Medizinstudent fragte, ob ich in meiner klinischen Praxis «für Abstinenz oder für Harm Reduction» sei. Ich war über die Absurdität der Frage entsetzt und recht bekümmert darüber, dass dieser Student möglicherwei-

* Prof. Dr. med., Co-Direktor der Psychiatrischen Klinik und der Abteilung für Alkoholkrankte am Montreal General Hospital, Addiction Research Foundation, Universität Toronto, Kanada

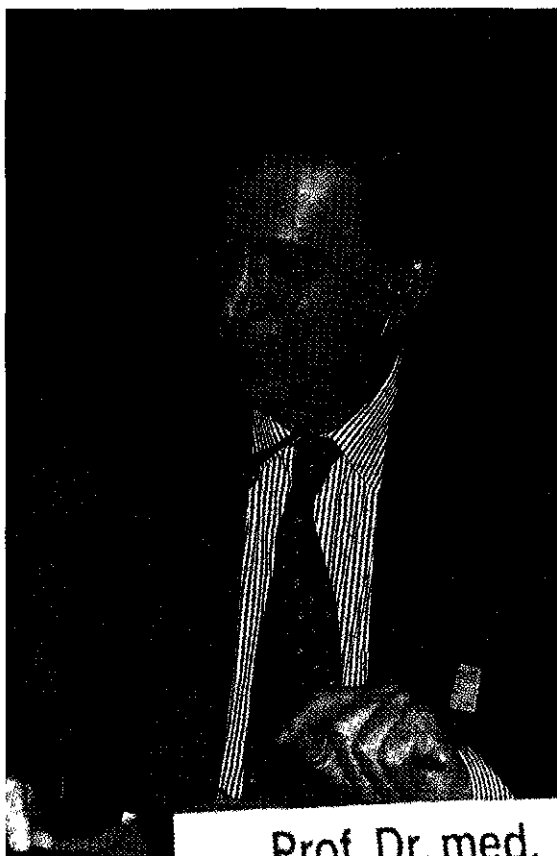
se angenommen haben könnte, dass eine Beendigung des Konsums kein wünschenswertes Ziel für die Behandlung sei.

Vor zwei Jahren wurde ich eingeladen, auf der Internationalen Harm-Reduction-Konferenz zu sprechen. Die Organisatoren baten mich, an einer «Debatte» über die folgende Frage teilzunehmen: «Ist Abhängigkeit ein Schaden?» Natürlich sah ich das als rhetorische Frage an und begann, mittels einer Fallskizze darzustellen, wie die Drogenabhängigkeit selbst – ohne irgendwelche besonderen körperlichen, finanziellen oder sozialen Komplikationen – das Leben einer meiner jungen Patientinnen völlig ruiniert hatte. Die Drogenabhängigkeit hielt sie davon ab, die vielen Interessen zu verfolgen, die sie offensichtlich hatte, bevor ihr Geist davon besessen war, an die nächste Dosis zu denken, und sie reduzierte ihre vorher ausgedehnten Aktivitäten auf die monotone und eintönige Routine des Drogenkonsums, die sie den ganzen Tag beschäftigte.

Wie so häufig in «Debatten» dieser Art nahmen die anderen zwei Teilnehmer nicht direkt auf meine Ausführungen Bezug, und keiner von ihnen sagte mit Entschiedenheit, ob sie in Betracht zögen, dass die Existenz meiner Patientin durch ihren Drogenkonsum geschädigt worden sei. Einer von ihnen, ein klinischer Psychologe, zog es vor, bei dieser Gelegenheit seinen wohlbekannten Standpunkt zu wiederholen, dass Abhängigkeit ein medizinisches Konstrukt sei, das Ärzte aus Eigeninteresse übernehmen würden. Der andere, ein Sozialwissenschaftler, sagte einfach, Abhängigkeit an sich existiere gar nicht. Drogen würden von Individuen konsumiert, weil es ihnen zusage. Sobald dies nicht mehr der Fall sei, würden sie zu etwas anderem wechseln. Dieser Sozialwissenschaftler ist, wie ich erwähnen muss, eine der führenden Figuren der Harm-Reduction-Bewegung in Kanada.

Eine derartige Ignoranz oder Missachtung der überwältigenden Beweise für neurobiologische Veränderungen als Ergebnis wiederholter Vergiftung und der offenkundigen Tatsache, dass eine Person, deren Gehirn derart modifiziert wurde, die Fähigkeit verliert, frei zu handeln, kann kaum verstanden geschweige denn akzeptiert werden.

Natürlich kann die Auffassung, dass Abhängigkeit nur ein Konstrukt sei, nicht von Klinikern geteilt werden, die die medizinische Verabreichung von Drogen als Behandlungsmethode befürworten. Denn die Rechtfertigung für diesen Ansatz ist die Annahme, dass der Abhängige unfähig ist, den Konsum zu beenden, und dass die Substanz sogar gebraucht werden könnte, um vorher existierende Defekte der neuropsy-



Juan C. Negrete

Prof. Dr. med.

chischen Funktionen zu korrigieren. Die medizinische Behandlung hat sich nichtsdestoweniger mit der sozialen Bewegung vermischt, die die medizinische Behandlung der Abhängigkeit in Frage stellt und einen freieren Zugang zu abhängigkeitsinduzierenden Substanzen vorschlägt, wobei sie die Vorstellung der Drogenabhängigkeit als Problem zurückweist. Diese ziemlich unheilige Allianz zwischen Politik und Medizin hat zu Initiativen im Gesundheitswesen geführt, die von einem medizinischen Standpunkt aus zunehmend zweifelhaft erscheinen.

In Kanada beispielsweise befolgten Methadonprogramme früher ein recht striktes Protokoll. Nun wechseln sie zu einem «niedrigschwelligem» Modell, das vom Patienten nicht verlangt, jeglichen anderen Drogenkonsum zu beenden oder an den psychosozialen Teilen des Behandlungsprogramms teilzunehmen, um weiterhin den Ersatzstoff zu

erhalten. Das Hauptziel besteht nunmehr lediglich darin, den Patienten in der «Therapie» zu halten. Es ist eine Initiative im Gange, klinische Versuche mit Heroin selbst zu beginnen, aber die voraussichtlichen Teilnehmer aus drei verschiedenen Provinzen befinden sich noch im Stadium vorbereitender Diskussionen.

Natürlich warten in Kanada wie in anderen Teilen der Welt Wissenschaftler wie ich mit grossem Interesse auf die Endergebnisse der Schweizer Studien über die Heroinabgabe. Als Kliniker war ich immer davon überzeugt, dass eine solche Therapie untauglich ist. Lassen Sie mich einige Gründe für meinen Standpunkt nennen:

- Eine Behandlung dieser Art berücksichtigt nicht den natürlichen Verlauf der Heroinabhängigkeit. Es ist bekannt, dass ein grosser Teil derjenigen, die diese Droge genommen haben, den Konsum beenden, wenn sie weniger leicht erhältlich ist. Das Beispiel der amerikanischen Soldaten, die in Vietnam dienten, kommt einem hier sofort in den Sinn.
- Unter natürlichen Bedingungen können die meisten Heroinkonsumenten die Höhe der Dosis nicht auf einem gleichmässigen Niveau halten. Dies führt zu laufender Abnahme der Toleranz und der Fähigkeit, sich mit geringeren Dosen zufriedenzugeben. Wie würde eine regelmässige Versorgung mit einem gereinigten Präparat der Droge das Phänomen der Toleranz beeinflussen? Ausserdem ist Heroin eine kurz wirkende Substanz, die schnell ausgeschieden wird, und es gibt eine beträchtliche Bandbreite individueller Reaktionen darauf. Würde eine festgelegte Konsumhäufigkeit alle Patienten zufriedenstellen? Ich habe keine Informationen über die Dosierungskriterien, die bei den Schweizer Versuchen angewendet werden, aber ich weiss, dass die Untersuchenden keine Kontrollmöglichkeit für den Konsum ausserhalb der Heroinkliniken haben. Sie können diesen Aspekt nur durch freiwillige Berichte der betroffenen Patienten erfassen. Natürlich wäre einer der Hauptzwecke dieses Ansatzes verfehlt, wenn diese Patienten zusätzliche Spritzen verwenden würden.
- Ein weiteres Problem dieses Ansatzes ist seine Konzentration auf eine einzige Droge bei einem Bevölkerungsteil, der für die Tendenz bekannt ist, mehrere Drogen gleichzeitig zu konsumieren. Kokainkonsum ist zum Beispiel ziemlich verbreitet unter Methadonpatienten in Kanada. Ich glaube, dass ein grosser Teil der Patienten, die an den Schweizer Versuchen teilnehmen, positive Ergebnisse bei Urintests

auf Kokain aufweisen. Angesichts ihrer Vorliebe für intravenöse Anwendung stellt sich die Frage, wie viele von ihnen Kokain injizieren. Da es nicht möglich war, eine Kontrollgruppe, die sich nicht den Programmen unterzog, als Vergleichsmassstab heranzuziehen, und angesichts der Tatsache, dass es bei diesen Versuchen keine Stichproben gibt, glaube ich, dass die Schweizer Studien keine befriedigenden Schlussfolgerungen erbringen werden bezüglich dessen, was das klinische Ergebnis für die Versuchsteilnehmer gewesen wäre, wenn sie nicht einer derartigen Behandlung unterzogen worden wären. Das ist wirklich ein grosser wissenschaftlicher Mangel.