Zeitschrift: Intercura : eine Publikation des Geriatrischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich

Herausgeber: Geriatrischer Dienst, Stadtärztlicher Dienst und Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik der Stadt Zürich

Band: - (1988-1989)

Heft: 24

Artikel: Betreuung von drogenabhängigen Patienten im Spital

Autor: Studer, A.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-790016

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: 22.05.2025

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

Betreuung von drogenabhängigen Patienten im Spital

Dr. med. A. Studer, Zürich, Stadtarzt

Die Behandlungssituation der drogenabhängigen Patienten in grossen Kliniken oder Polikliniken jeglicher Art spielt sich in einem konfliktgeladenen Spannungsfeld ab. Steht auf der einen Seite der schwierige Patient mit seiner Suchtproblematik, schlechten oder fehlenden Krankheitseinsicht, schlechten Kooperation bei therapeutischen Massnahmen, ungeduldig, unpünktlich bei Terminen und unfähig, sich in den Klinikbetrieb einzuordnen, sowie unter Drogenentzugs-Erscheinungen leidend, resp. solche befürchtend, evtl. auch sogar in der Klinik delinquierend (Medikamentendiebstahl), und auf der andern Seite der gutmeinende medizinische Helfer (Arzt und Pfleger), deren Verordnungen und Ratschläge, aus welchen Gründen auch immer, nicht durchgeführt werden und der Erfolg der Behandlung dadurch in Frage gestellt ist, oder der Arbeitsaufwand durch die schlechte Kooperation des Patienten, Unpünktlichkeit usw. viel grösser ist, als beim sogenannt unproblematischen Patienten, der einem ungepflegten Patienten gegenüber steht, oder möglicherweise auch mit persönlichen Ängsten kämpfen muss (HIV-Infektion).

Nur schon diese kleine Zusammenstellung lässt offensichtlich werden, dass Konfliktsituationen vorprogrammiert sein können. Wer über genügende Einsicht verfügt in die allgemeine Problematik eines Betriebes wie einer Notfallstation oder einer Poliklinik, kann erahnen, welche Schwierigkeiten, bzw. Problematik drogenabhängige Patienten beim Personal auslösen können. Gewisse Aggressionen, bzw. Fehlverhalten von seiten des Personals gegenüber den Patienten werden dadurch verständlich, allerdings von dieser sozialen Aussenseitergruppe her sofort auch immer wahrgenommen und wirken in der Regel sehr belastend auf das gegenseitige Vertrauensverhältnis. Wichtig scheint mir in dieser Hinsicht eine Bewusstseinsbildung für die schwierige Lebenssituation der drogenabhängigen Patienten beim Personal zu sein. Ich darf aber aus unserer 2-jährigen Erfahrung im KFO mit den Spitälern generell feststellen, dass alle beteiligten Kliniken der Problematik drogenabhängiger Patienten offen gegenüberstehen.

Ein schwieriges Problem ist die Frage der Behandlung bzw. Verhütung von Opiat-Entzugserscheinungen. Die im KFO durchgeführte Methadonabgabepraxis kann wie folgt zusammengefasst werden:

- Die Methadonsubstitution bezieht sich nur auf die Dauer der Aufenthaltszeit im KFO.
- Der gleichzeitige Konsum von Drogen, bzw. anderer auf das ZNS wirkende Medikamente, können wir nicht tolerieren (Hinweis auf mögliche Komplikationen), liegen Zeichen von Drogen- bzw. Medikamentenkonsum vor, darf die entsprechende Methadondosis nicht abgegeben werden. Die Beurteilung ist Sache des Arztes bzw. des für die Abgabe verantwortlichen Betreuers.
- Die Dosierung wird im Rahmen der Arztvisite festgelegt, Dosisänderungen werden ebenfalls nur im Rahmen der Arztvisite besprochen.
- Die Tagesdosis wird in zwei hälftigen Einzeldosen je in der Arztvisite und um 17.00 Uhr abgegeben.

Ich möchte dazu noch mit Nachdruck darauf hinweisen, dass wir im KFO eine Methadonsubstitution nicht irgendwie routinemässig oder automatisch durchführen, sondern dass immer ein ärztliches Gespräch vorausgeht, wobei die Indikationsstellung und die ganze Problematik der Methadonabgabe mit den Patienten eingehend besprochen wird. Ebenso müssen wir uns vergewissern, ob der Patient nicht schon Methadonbezüger ist.

Nach wie vor betrachten wir Methadon aufgrund seiener pharmakologischen Eigenschaften als gutes Opiatsubstitutionsmittel, auch bei der sogenannten somatischen Indikation, wie sie im Spital und auch im KFO zur Diskussion steht.

Eine vorübergehende Substitution mit Heroin oder Morphiumsulphat bei einer akuten Erkrankung muss ich aufgrund meiner Erfahrungen mit aller Deutlichkeit ablehnen. Ich begründe dies wie folgt:

1. Eine korrekte Dosierung könnte nur sehr schwer festgelegt werden, da der Heroingehalt des auf der Gasse erhältlichen Stoffes z.T. sehr stark variieren kann und eine Umsetzung in entsprechend pharmakologisch reines Heroin sehr schwierig wäre.
2. Heroin müsste in diesem Falle auch parenteral verabreicht werden und hat eine sehr kurze Halbwertszeit, eine iV.-Verabreichung von Opiatsubstitution bei Drogenabhängigen in einer Spital- bzw. Pflegesituation lehne ich strikte ab, da sie mit Sicherheit zu schweren Auseinandersetzungen zwischen der ärztlich-pflegerischen Seite und dem Patienten führen würde. Z.B. Patient will sich das Heroin selbst injizieren und das Pflegepersonal kann die Verantwortung dafür nicht übernehmen.
3. Kurze Wirkungsdauer von Heroin führt zu häufigen Injektionen und stellt demzufolge eine erhebliche Belastung für das Pflegepersonal dar, da ja der Umgang mit Betäubungsmitteln eine besondere Sorgfalt erfordert.

4. Ich erachte die Gefahr, dass die Patienten bei relativ freier Erhältlichkeit von Heroin die Dosis selbst exzessiv steigern, als gross.
5. Die akute körperliche Erkrankung eines drogenabhängigen Patienten stellt jedesmal die Möglichkeit einer gewissen Distanzierung von der Szene dar. Unsere Erfahrungen im KFO sind dahingehend, dass die Patienten den geschützten Rahmen während der Rekonvaleszenz zum Anlass nehmen, ihre Situation zu verbessern und sei es durch Wiederaufnahme von Kontakten mit den Sozial- und Fürsorgeämtern, bzw. Einleitung von ambulanten Methadonprogrammen oder Bewerbungen in Entzugssituationen.

Ich bin der Meinung, dass die Behandlung akuter medizinischer Probleme, auch von drogenabhängigen Patienten, nach allen Regeln der ärztlichen Kunst korrekt erfolgen muss. In den meisten Fällen ist dazu eine gewisse Distanz zur Gasse bzw. zur offenen Drogenszene unabdingbar. Diese Notwendigkeit der Distanz muss auch vom Patienten akzeptiert werden, wenn er sich einer korrekten Behandlung unterziehen will. Im Bereich meiner Verantwortlichkeit bin ich nicht bereit, medizinische Massnahmen einzuleiten, die nicht korrekt durchgeführt werden können, weil der Patient nicht bereit ist, sich von der Szene zu lösen und z.B. ins KFO einzutreten. Glücklicherweise kommen solche Fälle eher selten vor. Der Wechsel von Heroin auf Methadon während der Krankheit scheint mir trotz der leicht unterschiedlichen Wirkung verantwortbar und hilft meines Erachtens mit, etwas Distanz zur Szene zu schaffen. Die Frage nach der Verhütung bzw. Behandlung des Opiat-Entzugssyndromes scheint mir jedoch eine relativ streng ärztliche Frage zu sein, da man ja angesichts möglicher Komplikationen doch auch eine nicht unerhebliche Verantwortung übernimmt. Es ist wichtig, dass wir die ärztliche Zuständigkeit und Verantwortlichkeit im Interesse des Patienten aufrecht erhalten und uns nicht auf drogenpolitisches Glatteis begeben.