

# Der Stellenwert der Methadon-Erhaltungstherapie bei Heroinabhängigen

Autor(en): **Gmür, Mario**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Die Kette : Schweizerisches Magazin für Drogenfragen**

Band (Jahr): **14 (1987)**

Heft 1

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-799810>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.



aussetzung für therapeutisches Bemühen und 2. Für jene, welche an diesem hohen Ziel scheitern, muss trotzdem Sinnvolles getan werden (Gassenarbeit, Überlebenshilfe, Angebote für geschützte Arbeitsplätze usw.).

6. Einen weiteren Aspekt – dies zum Schluss – betrifft den Einbezug der Hausärzte in das Konzept der Methadonabgabe, wie ihn das VSD-Paper propagiert. Ich würde es für sehr verfehlt halten, wenn die neue VSD-Politik darin bestünde, die Drogenabhängigen den Hausärzten zuzuschieben. Wir (Drogenfachleute) haben doch das Drogenproblem schon längstens als psychosoziales oder soziokulturelles erkannt. Auch wenn ich weiss, dass sich viele Ärzte sehr um die psychosozialen Aspekte der Drogenabhängigkeit bemühen und sich weiterbilden, so bin ich doch sicher, dass die Methadonabgabe nicht generell den Hausärzten überlassen werden darf.

#### Fazit:

In all unseren Bemühungen um Abhängige sollten wir uns an den gesunden Seiten dieser Personen orientieren. Das kann zur Abstinenz führen, oder aber auch bedeuten, dass der Abhängige genügend isst, auf seine Hygiene achtet, am Abend ein Dach über dem Kopf hat. Mit niederschweligen Methadonprogrammen geben wir den Abhängigen aber Gründe, ihrer steten Ambivalenz in Richtung Drogenkonsum nachzuleben. Solche Programme sind deshalb meiner Meinung nach ein untaugliches Instrument und sollten aus den diversen Konzepten gestrichen werden. Sie werden – wiederum von Einzelfällen abgesehen – ihre eigenen, gesundheitspolitisch motivierten Ziele verfehlen. Ich vermute, dass damit im Gegenteil Signale gesetzt würden, welche insgesamt mehr Jugendliche als bisher zum Drogenkonsum verleiten und ins Elend führen könnten. Nicht die Drogen, sondern die Konsumenten sollten ins gesellschaftliche Leben integriert werden; das gesündere Leben ist doch immer noch das Leben ohne Drogen! Gegen Methadon-Abgabe im Sinne einer Rest-Indikation, z.B. für an Aids erkrankte Abhängige, habe ich gewiss nichts einzuwenden. Ich wage hingegen die Prognose, dass die Ausbreitung des HIV von niederschweligen Abgabeprogrammen nicht beeinflusst werden wird und dass das ganze in eine grosse Enttäuschung führen muss.

# Der Stellenwert der Methadon-Erhaltungstherapie bei Heroinabhängigen

**Dr. med. Mario Gmür**  
ist Oberarzt im Sozialpsychiatrischen Dienst der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich

Seit dem Inkrafttreten des Betäubungsmittelgesetzes sind 11 1/2 Jahre verflossen. Die Tauglichkeit der darin festgelegten Bestimmungen kann heute im Lichte der inzwischen gesammelten Erfahrungen im Umgang mit dem Drogenproblem besser beurteilt werden. Einiges hat sich seit 1975 geändert: *Erstens* gibt es heute im Vergleich zu früher mehr Plätze sowohl für kurzfristige Entzugsbehandlungen als auch für länger dauernde Entwöhnungskuren. Das Postulat der Entzugsbehandlung in einer "geeigneten" Einrichtung ist somit nicht mehr nur eine leere Phrase, sondern lässt sich bei genügender Motivation realisieren. *Zweitens* liegen über den Verlauf der Heroinabhängigkeit teils wissenschaftliche, teils vorwissenschaftliche Untersuchungsergebnisse vor, die eine realistischere Einschätzung der Prognose gestatten. Und *drittens* hat sich durch das Aufkommen des AIDS in den letzten Jahren die gesundheitliche Verfassung und die Prognose, sowie die soziale Perspektive der Heroinkonsumenten drastisch verschlechtert.

## Die Prognose der Heroinsucht

Die Prognose der Heroinabhängigkeit sieht ungünstig aus. Schon Vaillant hat 1973 in einer 20-Jahres-Langzeituntersuchung nachgewiesen, dass höchstens ca. 2% Heroinabhängige pro Jahr den definitiven Ausstieg aus der Heroinsucht schaffen. Und 2% sterben pro Jahr. Selten gelingt einem Heroinsüchtigen die definitive Befreiung vom Heroin schon nach einer ersten Entzugsbehandlung. Rund die Hälfte der Kandidaten einer Entzugsbehandlung brechen diese vorzeitig ab. Und

von denen, welche die Behandlung zu Ende führen, wird noch einmal ein beträchtlicher Teil später rückfällig. Wäre die Spontanprognose und die Heilungschance bei der Heroinsucht besser, so hätte die der Abstinenzideologie diametral entgegengesetzte Substitutionsideologie (Methadonbehandlung) keine Legitimation.

Die Bekanntgabe von Prognosen setzt immer auch Suggestionen. Sie ist nicht ohne Einfluss auf die Einstellung der Öffentlichkeit und auch der von der Sucht direkt Betroffenen zur Droge und zur Behandlung der Abhängigkeit. Die Verkündung besonders günstiger Therapieaussichten fördert sowohl die Attraktivität und Verharmlosung der Droge als auch die Bereitschaft der Öffentlichkeit zur Unterstützung kostspieliger Therapieprogramme. Die Verkündung einer schlechten Prognose bewirkt demgegenüber eine gewisse Abschreckung auf die Allgemeinheit, eine resignative Verdrossenheit bei Patienten und Therapeuten und eine obstruktive Verweigerungshaltung von Politikern und Steuerzahlern.

In einer längerfristigen Perspektive bewährt sich eine realistische Formulierung der Behandlungsziele und eine nüchterne Einschätzung der Effizienz der Behandlungsmethoden wohl am besten. Vielen ist zwar eine falsche Hoffnung lieber als gar keine Hoffnung. Doch haben falsche Versprechen kurze Beine. Sie enden oft in überschüssenden Enttäuschungsreaktionen und defätistischem Pessimismus. Von einer Augenwischerei muss beispielsweise gesprochen werden, wenn Einzelerfolge, gewissermassen vereinzelt Patientensterben, den Alleinvertretungsanspruch einer Therapie begründen sollen. So rufen hohe Aussteigerquoten und Rückfallsquoten bei Entwöhnungsbehandlungen nach einer palliativen Substitutionsbehandlung für die Gescheiterten. Aber auch die Methadonbehandlung erfreut sich nur einer beschränkten Popularität bei Heroinfixern und bewährt sich bei diesen nur partiell.



## Die Wahl zwischen Entzugs- und Substitutionsbehandlung

Die Festlegung der richtigen Therapie wird immer auf eine Wahl zwischen kurativen (heilenden) und palliativen (lindernden) Behandlungszielen hinauslaufen. Die Frage stellt sich, in welcher Rangordnung die beiden zu sehen sind. Bisher wurde die Methadonsubstitutionsbehandlung als Therapie zweiter Wahl gewertet. Eine Mindestdauer der Heroinsucht, ein Versagen qualifizierter Entzugsbehandlung(en) und ein Mindestalter wurden für die Indikation der Methadonbehandlung gefordert. In früheren Zeiten war ausserdem die Indikation zur Methadonbehandlung öfters nur mangels Therapieplätzen in Entzugsstationen gestellt worden. Die Priorität der Entzugsbehandlung liegt in der zweifellos besseren Lebensqualität eines suchtfreien Patienten verglichen mit der eines Methadonpatienten begründet und vermutlich auch in einer pädagogischen Geisteshaltung. Eine "Totalrevision der Gesundheitsverfassung" ist zweifellos das höhere und würdigere Behandlungsziel als eine blossе Suchtstabilisierung. Zuerst soll das Abstinenzversagen bewiesen werden, bevor man sich mit permissiven Lösungen zufrieden gibt. In der Praxis spielt sich aber (und das wurde früher mangels Erfahrung übersehen) oft auch die umgekehrte Reihenfolge ein: wenn Methadonbehandlungen scheitern oder nicht zu befriedigen vermögen, wächst erst die Motivation zur Abstinenz. Zum heutigen Zeitpunkt sind noch keine Behandlungsverfahren mit durchschlagendem Dauererfolg bekannt. Es gibt auch keine verlässlichen Grundlagen, die einzig richtige und erfolgssichere Indikation aufgrund von Prädiktoren (Persönlichkeit, Krankheitsverlauf und Suchtverlaufsdaten) zu stellen. Dies bedeutet, dass sich weder eine Substitutionsbehandlung noch eine Entwöhnungstherapie als erfolgssichere Methode erster Wahl aufdrängt, sondern beide Methoden grundsätzlich gleichberechtigt nebeneinander stehen. In Anbetracht der schlechten Prognose der Heroinsucht ist die Erzwingung einer Abstinenzbehandlung oft eine verlorene Liebesmüh. Ich bin der Ansicht, dass man von der fremdbestimmten Indikationsstellung zur freien Therapiewahl des Patienten, von der hierarchischen Rangordnung zur Gleichberechtigung von Substitutions- und Entzugsbehandlung übergehen sollte: eine seit 6 Monaten bestehende Heroinabhängigkeit und die Erfahrung zweier erfolgloser Entzugsbehandlungen von je zwei Wochen Dauer (also nicht eine mehrmonatige Entwöhnungsbehandlung) sollten als Bedingung genügen, um dem Patienten die Option zuzugestehen. Es gibt so viele Konstellationen und Lebenssituationen, in welchen die Indikation zu einer Methadonbehandlung anstelle einer Entwöhnungskur trotz des Fehlens der obgenannten Bedingungen (Mindestalter, Suchtdauer, Scheitern langfristiger und qualifizierter Entwöhnungsbehandlungen) sinnvoll ist:

- wenn der Patient durch ein geschlossenes Regime seine Ausbildungsstelle, seine Arbeitsstelle oder seinen Ausbildungsplatz aufgeben müsste,
- wenn eine langfristige Behandlung in einem geschlossenen Regime in einer abgelegenen Entzugsstation zum Abbruch wichtiger Beziehungen führen würde und zum Beispiel eine Romeo und Julia-Tragödie zur Folge hätte,
- wenn der Patient wegen einer schweren somatischen oder psychiatrischen Krankheit in einer Entwöhnungseinrichtung nicht adäquat behandelt werden kann,
- wenn der Patient aufgrund einer Heimkarriere eine Art phobischer Aversion gegen heimähnliche Behandlungseinrichtungen entwickelt hat (Horror institutionis).

## Grenzen der Methadonbehandlung

Es gibt auch Grenzen der Methadonbehandlung. Eine Verweigerung der Methadonbehandlung bzw. eine Beendigung einer unglücklich verlaufenden Methadon-Substitutionstherapie ist angebracht:

- wenn der Patient in exzessiver Weise zusätzlich Suchtstoffe einnimmt und ein dauerndes Verladenheitssyndrom entwickelt,
- wenn der Patient zu starke unerträgliche Nebenwirkungen (vegetativer Art wie massive Schweissausbrüche, Schlaflosigkeit) trotz optimaler Dosierung aufweist,
- wenn der Patient sich gegenüber den behandelnden Instanzen gewalttätig verhält oder delinquent,
- wenn der Patient sich andauernd über die Behandlungsregeln hinwegsetzt.

Wegen der Verwahrlosungserscheinungen und Begleitkriminalität bei Heroinfixern haben bei der Festlegung des Behandlungsplanes nicht nur Ärzte, sondern auch Vormundschaftsbehörden und Gerichte mitzureden. Der Zwang zur Behandlung bzw. zur Distanzierung von der Drogenszene kann dem Heroinabhängigen daher oft nicht erspart werden. Es ist aber meines Erachtens sinnvoll, innerhalb dieser unvermeidlichen Zwangssituation und im Rahmen der vorerwähnten Bedingungen das Prinzip der freien Therapiewahl soweit wie möglich aufrechtzuerhalten.

## Die Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit

Ein Umdenken ist meines Erachtens auch in bezug auf die Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit bei unter dem Einfluss der Heroinabhängigkeit begangenen Straftaten notwendig. In der Regel wird heute bei solchen Delikten eine Verminderung der Zurechnungsfähigkeit in mittlerem, allenfalls in schwerem Grade angenommen. Dass sich in der Praxis nicht die Annahme einer völligen Unzurechnungsfähigkeit durchgesetzt hat, hängt wohl damit zusammen, dass heute die meisten Drogendelin-

quenten schon vor Ausbruch der Suchtkrankheit (prämorbid) milieugeschädigt, verwahrlost und delinquent waren und die Drogendelikte bei ihnen daher nicht oder nur teilweise als persönlichkeitsfremd imponieren. Dies im Unterschied zu den gehobenen Morphinisten (Ärzte, Apotheker und Künstler). Die Erfahrung zeigt aber, dass auch in der Drogensubkultur verkehrende prämorbid gesunde und ich-starke Menschen durch die Heroinabhängigkeit in kurzer Zeit massiv in die Delinquenz gedrängt und somit kriminalisiert werden. Es wäre daher gerecht und sinnvoll, bei klassischen Drogendelikten (Beschaffungskriminalität wie Drogenhandel, Diebstähle, Einbrüche zur Deckung des Eigenbedarfs an Heroin) eine völlige Unzurechnungsfähigkeit anzunehmen und grundsätzlich vom Strafrecht zum Massnahmenrecht überzugehen. Die Durchführung einer Methadonbehandlung oder einer Entwöhnungskur könnte dann früher einsetzen und würde nicht durch langwierige Gerichtsverfahren und gigantischen bürokratischen Aufwand verzögert. Vormundschaftliche Massnahmen, z.B. kurzdauernde Hospitalisierungen zum körperlichen Entzug, könnten schon früher einsetzen. Langdauernde Untersuchungshaftzeiten könnten vermieden werden. Vormundschaftlich-fürsorgerische Interventionen in der Frühphase der Verwahrlosung sind wohl humaner und letztlich weniger repressiv als erst spät zum Zuge kommende, langwierige und bürokratische Strafverfahren. Eine fürsorgerische Frühintervention ist wohl klüger und nützlicher als eine strafrechtliche Spätintervention.

## Praktische Durchführung der Methadonbehandlung

Die Frage stellt sich, wer für die therapeutische Durchführung von Methadonbehandlungen geeignet ist. Entscheidend für einen erspriesslichen Verlauf der Methadonbehandlung ist, dass diese möglichst konfliktfrei, d.h. in einem entspannten Arzt-Patienten (Betreuer-Patienten) Verhältnis erfolgt. Mit konfliktfrei meine ich lediglich, dass die Behandlung vom Methadon-Patienten nicht als schikanös erlebt wird. Ein kritikloses Mitgeben des Methadons ist ebenso falsch wie eine einschränkende Haltung gegenüber dem Patienten bezüglich der Abgabezeiten und der Dosierung (Unterdosierung). Eine Entkrampfung, nicht nur in der Arzt-Patienten-Beziehung, sondern auch in der Drogenpolitik generell, kann die Einsicht fördern, dass wir unseren Kampf nicht gegen die Heroinabhängigen sondern gegen das Heroin zu führen haben. Auch unser Misstrauen gilt nicht den Heroinabhängigen, sondern dem Heroin. In jedem Spital werden Betäubungsmittel (Opiate) in einem speziell gesicherten Schrank aufbewahrt, zu welchem nur die Oberschwester und der Chefarzt Zugang haben. Eindrücklicher kann wohl nicht demonstriert werden, dass es völlig unzulässig ist, Betäubungsmittel den Patienten mitzugeben.



Eine spannungsfreie Methadonbehandlung kann aber nur zustande kommen, wenn die Behandlungsmodalitäten organisatorisch grosszügig geregelt werden: Ausgedehnte Öffnungszeiten, weit über die Bürostunden hinaus (von morgens früh bis abends spät), sind unerlässlich, um den Freiraum der Patienten nicht in unerträglicher Weise einzuschränken und diesen nicht in seiner beruflichen Resozialisierung zu behindern. Patienten, die den Arbeitgeber aus Furcht vor Entlassung oder anderen Repressionen über ihre Methadonbehandlung nicht orientieren können oder die im Beruf auf Montage und in auswärtigen Arbeiten eingesetzt werden, sind auf ausgedehnte Öffnungszeiten unbedingt angewiesen. Wer kann diese anbieten? Ärzte und Apotheken sind nicht in der Lage, solche Rahmenbedingungen für die Behandlung jahrein, jahraus zu offerieren. Sie werden heute daher auch immer wieder von Methadon-Patienten massiv unter Druck gesetzt, das Betäubungsmittel auszuhändigen und überschreiten die gesetzlichen Vorschriften. Apotheken und praktizierende Ärzte sind ausserdem meistens nicht in der Lage, die sozialarbeiterische Unterstützung der Methadonabgabe hinreichend zu gewährleisten. Ausserdem bereitet ihnen die optimale Anpassung der Methadondosis nicht selten Mühe. Überdosierungen und Unterdosierungen sind oft die Folge. Entgleisungen der Methadonbehandlung, weil die Rahmenbedingungen nicht beachtet werden, sind leider eine verbreitete Erscheinung und bringen die Methadonbehandlung in Misskredit. Es ist daher ein dringendes Anliegen, in jeder Stadt und grösseren Ortschaft eine personell gut dotierte Methadonbehandlungsstelle einzurichten. Als nicht unrealistisch erachte ich die Möglichkeit, dass verschiedene solche Zentren durch Computer miteinander verbunden sind, ebenso wie dies zwischen Reiseagenturen Usanz ist. Eine kontrollierte Methadonabgabe wäre dadurch mit einer grösseren Mobilität der oft bis zu sechs und mehr Jahren behandelten Methadonpatienten durchaus vereinbar.

Ich erachte es als sinnvoll und klug, die Urinkontrollen bei Methadonbehandlungen zweimal wöchentlich und ohne Ausnahme durchzuführen, um den Verlauf der Behandlung und die Distanzierung von der Drogenszene zu dokumentieren. Eine Enthaltbarkeit gegenüber Heroin während einer Methadonbehandlung kann ohnehin nur teilweise erreicht werden (ca. 15% der Urinbefunde sind positiv, Literaturverzeichnis Gmür und Hutter). Massgebend für einen Abbruch der Methadonbehandlung ist freilich nicht ausschliesslich der Urinbefund, sondern vielmehr das klinische Bild bzw. ein anhaltendes Verladenheitssyndrom. Die kontinuierliche Registrierung der Urinbefunde gestattet es einerseits, von der Heroinszene distanzierte Patienten vor falschen Verdächtigungen und Anschuldigungen, etwa seitens der Behörden und Gerichte, Strassenverkehrsämter etc., zu schützen, andererseits bei Patienten mit einem anhaltenden

Verladenheitssyndrom massive Verleugnungen aufzuheben. Auch die Bearbeitung sich anbahnender Rückfälle kann mitunter einmal durch einen positiven Urinbefund eingeleitet werden. Meine Ausführungen sind als Diskussionsbeitrag und nicht als Lehrmeinung zu verstehen. Meine Überlegungen basieren auf einer sieben Jahre dauernden praktischen Erfahrung in der Durchführung eines Methadonprogramms (1976 und 1978 bis 1984) sowie auf die Beratung von heroinabhängigen Patienten und deren Beziehungspersonen sowie Begutachtungen im Rahmen meiner heutigen Tätigkeit in einem Sozialpsychiatrischen Ambulatorium.

Dr. med. Mario Gmür

# Substitutionsbehandlung in Basel

**Prof. Dr. Dieter Ladewig**  
ist Leitender Arzt der Toxikomanieabteilung der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel

## Substitutionsbehandlungen in Basel

Methadon-Behandlungen gibt es in den USA seit 1965, als der Biochemiker Vincent Dole und die Psychotherapeutin Mary Nyswander aus unterschiedlichen Überlegungen versuchten, Heroinabhängigen eine ambulante Behandlung anzubieten. Diese Behandlungsmöglichkeit stellte für heroinabhängige Delinquenten eine wichtige Alternative dar, indem Therapie bis dahin praktisch ausschliesslich an den stationären Rahmen einiger weniger zentralisierter geschlossener Spezialeinrichtungen gebunden gewesen war. 10 Jahre später gelangten Methadon-Behandlungen in die Schweiz und seit 1980 gibt es Substitutionsbehandlungen auch in Basel. Dass sich die Kette erst jetzt, 1987, mit dem Für und Wider derartiger Behandlungen befasst, zeugt ein Stück weit von einer elitären Optik. Es spiegelt sich aber letztlich eine tief verwurzelte kulturell geprägte Ambivalenz gegenüber Drogen, vor allem auch gegenüber dem Alkohol und dem Tabak, die man über die letzten 300 Jahre in Europa und für das 19. Jahrhundert auch in den USA beobachten kann. Die ablehnende Einstellung gegenüber Methadon in der Bundesrepublik Deutschland, die permissive Haltung gegenüber Methadon-Behandlungen in Italien, belegen, wie stark auch heute noch diese Ambivalenz weiterlebt. Die heute angelaufene Diskussion um die Entkriminalisierung von Drogen beinhaltet vor allem die Aufgabe einer Versachlichung, resp. Entdämonisierung der Drogen.

## Literatur

1. Vaillant G.E. 1973: A twenty year followup of New York narcotic addicts. Arch. Gen. Psychiat. 29: 237—241
2. Gmür M., Hutter Th. (1984): Der 4-Jahresverlauf des Methadonerhaltungsprogramms im Ambulatorium "Gartenhofstrasse", Drogalkohol (3), 25—39
3. Gmür M. (1981): Die Methadonbehandlung von Heroinfixern. Konzept einer Therapiepolarisierung, Psychiatrische Praxis, 8, 54—59
4. Gmür M. (1979): Die Konzeptualisierung der Methadon-Behandlung von Heroinabhängigen. Schweizerische Ärztezeitung, 32, 1577—1583

## Abstinenz in Frage gestellt.

Mit den Substitutionsbehandlungen durch ein Opiat wurde das Therapieziel Abstinenz in Frage gestellt. Dieses Therapieziel orientierte sich einerseits am Therapieziel der Alkoholabstinenz bei der Behandlung von Alkoholikern und ist dort heute bis auf wenige Ausnahmen, in denen ein sogenanntes kontrolliertes Trinken erreicht werden kann, unbestritten. Andererseits wurde das Abstinenzziel aufgrund entwicklungspsychologischer und psychodynamischer Aspekte vertreten, nach denen eine Selbstverwirklichung eines Individuums nicht mit Hilfe künstlicher Surrogate, Prothesen oder Ersatzbehandlungen möglich sein sollte. Aus psychotherapeutischer Sicht gab es ähnliche Bedenken, wie sie gegenüber der Pharmakotherapie geäussert worden waren. Mit der Einführung einer Substanz resp. ihrer Wirkung verändert sich die Therapeut-Patienten-Beziehung. Die psychotrope Beeinflussung bestimmter, durch die psychotherapeutische Auseinandersetzung wachgerufener Affekte, kann die Verarbeitung derselben verschleiern. Andererseits wurde erkannt, dass über eine Medikation Symptombeseitigung erreicht werden kann, die den Betroffenen erst in die Lage versetzt, therapeutische Arbeit zu beginnen.

## Bewältigung einer Krankheit heisst, damit umgehen lernen.

In den vergangenen Jahren haben sich nicht nur die Therapiekonzepte für Drogenabhängige verändert, indem nicht mehr auf einer Therapieform z.B. der stationären Langzeittherapie in therapeutischen Gemeinschaften, bestanden wird, sondern ein Spektrum von Therapiemöglichkeiten angeboten wird. Darüber hinaus hat sich auch grundsätzlich die Zielsetzung einer Behandlung geändert. Akzeptiert wird nicht nur, dass es Süchtige gibt,