



An der Psychiatrie in ihrer ganzen Breite interessiert: Daniel Meili im Gespräch. Fotos: BK.

Interview mit Daniel Meili, Experte für Drogenfragen und ehemaliger Chefarzt der ARUD Zürich

«Zwang ist kein guter Weggefährte für die Behandlung von Abhängigen»

Début 2007, Daniel Meili s'est retiré de sa fonction de médecin-chef du Groupement pour la prévention des risques liés à la drogue (Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen [ARUD, Zurich]). Il demeure connu pour des déclarations controversées dans la presse. En interview pour le BMS, il tire un bilan de 13 ans d'activité pour ARUD, un groupement aux concepts thérapeutiques qui passent pour modèles auprès de nombreux spécialistes. Il s'exprime aussi sur des questions centrales liées aux problèmes de toxicomanie.

Interview: Bruno Kesseli

* Zürcher Opiat-Konsum-Lokal 1

SÄZ: Als ärztlicher Leiter der Poliklinik Zokl1* in Zürich und danach als Chefarzt der ARUD Zürich haben Sie die «Drogenmedizin», aber auch die Drogenpolitik auf lokaler und nationaler Ebene in den letzten 13 Jahren mitgeprägt und durchaus auch eine internationale Ausstrahlung erzielt. Was hat Sie dazu bewogen, im «besten Medizineralter» als Chefarzt Ihrer Organisation zurückzutreten?

Daniel Meili, ehemaliger Chefarzt der ARUD Zürich: Von meinem Naturell her bin ich grundsätzlich an der Umsetzung von Ideen und am Aufbau von Projekten verschiedenster Art interessiert. Mit der ARUD Zürich ist es gelungen, eine dieser Ideen zu entwickeln und voranzutreiben. Eine umfassende Grundversorgung für die Gruppe der von uns betreuten Patienten aufzu-

L'ARUD Zurich et Daniel Meili

Le Groupement ARUD, fondé en novembre 1991, gère à Zurich et aux environs plusieurs policliniques offrant aux toxicomanes un traitement global à base d'opioïdes (héroïne).

Ces institutions, dans lesquelles les patients sont assistés sur le plan socio-psychiatrique et somatique par des professionnels, avaient à leur début un caractère de pionnier et jouaient le rôle de modèle pour une vision pragmatique de l'assistance aux toxicomanes, même au-delà des frontières.

Daniel Meili, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et détenteur de cabinet, a été nommé à l'ARUD de Zurich en 1992. Il reprit la direction de la policlinique Zokl1 en 1993 pour devenir médecin-chef de l'ARUD de Zurich de 1998 à 2006. En tant qu'expert en questions de drogues, il a été et reste membre de plusieurs associations spécialisées, dont la Société suisse de médecine de l'addiction (SSAM), dans laquelle il siège comme membre du comité. Il est l'auteur de publications destinées au public, dont les points forts sont consacrés aux traitements de substitution, ainsi qu'aux comportements à risque et à l'infectiologie. Daniel Meili s'engage aussi notamment pour des projets de culture locale à Zurich et des entreprises en Afrique dont il est co-initiateur.

bauen war zu Beginn der 90er Jahre neu und eine einzigartige Erfahrung. Im Zuge der Professionalisierung und «Verinstitutionalisierung», die nach einer Aufbauphase zwingend kommt, verliert man immer etwas an Flexibilität, an Schnelligkeit, an Improvisationsvermögen. Man bewegt sich weg vom Engagement der Gründergeneration, das mit grossen Freiheiten verbunden ist, das aber auch Chaos und sehr viel Arbeit erzeugt. Dieser Umwandlungsprozess ist notwendig, damit sich eine Institution zugunsten der Patienten und der Mitarbeiter stabilisieren kann. Bei der ARUD sind wir mittlerweile so weit, dass ich das Steuer ohne Bedenken übergeben konnte.

Dass Ärztinnen oder Ärzte ihre Laufbahn mit dem Karriereziel «Drogenmedizin» starten, dürfte Seltenheitswert haben. Gehören Sie zu den Ausnahmen?

Keineswegs, auch ich habe mich als junger Arzt nicht spezifisch für die «Drogenmedizin» interessiert. Das war ein Teilbereich, den ich im Lauf der Ausbildung natürlich mitbekommen habe, wie andere Schwerpunkte in der Psychiatrie, etwa Schizophrenien oder Depressionen. Ich habe die Drogenproblematik denn auch nie als unabhängiges Subgebiet der Psychiatrie oder der Medizin verstanden. Es war ein Zufall, dass ich da hineingeraten bin: 1992, als ich bereits als niedergelassener Psychiater arbeitete, wurde ich in der turbulenten Anfangsphase von der ARUD angefragt, um in organisatorischen Fragen behilflich zu sein. Gemeinsam mit Marco Olgiate habe ich das Angebot angenommen. Der Reiz bestand nicht primär darin, in die Drogenmedizin einzusteigen, sondern sich über ein analytisch-medi-

zinisches Denken in eine desaströse gesellschaftliche Entwicklung einzumischen, durch die eine Randgruppe lebensgefährlich unter die Räder kam. Es war die Zeit des Zürcher Platzspitzes – die Probleme waren offensichtlich.

Daraus haben sich dann aber doch ein längeres Engagement und eine Art Spezialisierung ergeben.

Als man mit dem Anliegen an mich gelangte, die Leitung der Poliklinik Zokl1 – eines Pionierprojekts zur methadongestützten Behandlung von Drogenabhängigen – zu übernehmen, habe ich mich zunächst gestraubt. Ich war an der Psychiatrie in ihrer ganzen Breite interessiert und wollte mich nicht zu stark spezialisieren. Auf der anderen Seite hatte ich ein grosses Interesse für die Institution entwickelt, und ich sah das Ganze auch als Chance, das Feld der Drogenmedizin zu öffnen und die damit verbundenen Fragestellungen in ein gesamtmedizinisches und ein gesamt-politisches Denken einzubetten.

Wie hat sich die Konzeption der ARUD Zürich entwickelt, die Sie ja wesentlich mitgeprägt haben?

Ich verstehe unsere Drogenproblematik als ein stark kulturell geprägtes, soziales und gesellschaftliches Phänomen, das gekoppelt ist an die psychischen «Störungen», die die betroffenen Personen entweder mitbringen oder sekundär entwickeln. Hinzu kommen die vielfältigen somatischen Konsequenzen. Es handelt sich um eine Verschmelzung dieser beiden Komplexe, so dass die

«Weil die Gesellschaft nicht bereit war, auf die Kriminalisierung zu verzichten, hat die ARUD eine medizinische Antwort gesucht»

betroffenen Menschen sowohl unter dem persönlichen als auch unter dem gesellschaftlichen Aspekt leiden. Die Drogen und abhängig machenenden Substanzen sind ein Ausschnitt davon.

Entstanden die Behandlungskonzepte am Schreibtisch, oder wurden sie aus der Praxis geboren? – Die offene Drogenszene am Zürcher Platzspitz, später am Bahnhof Letten, war ja gewissermassen vor der Haustür.

Die Grundidee entstand aus der Praxis heraus – es war eine medizinische Antwort auf ein Problem, das nicht hauptsächlich ein medizinisches ist: dass nämlich die betreffenden Substanzen illegal und sehr teuer sind, dass damit eine Kriminalisierung verbunden ist. Repression



stand als Lösungsstrategie im Vordergrund. Die meisten Schäden, die durch diese Substanzen verursacht werden, sind keine direkte Folge der Substanzen selbst, sondern dieser Begleitumstände. Weil die Gesellschaft nicht bereit war, auf die Kriminalisierung zu verzichten, hat die ARUD eine medizinische Antwort gesucht. Wir haben es primär im Bereich der Opioidabhängigkeit als sinnvoll erachtet, Substanzen zur Verfügung zu stellen, die ärztlich verordnet werden können und den Abhängigen insofern das Leben erleichtern, als sie aus dem Teufelskreis der Illegalität und der körperlichen und psychischen Schädigung ausbrechen können.

Sie vertreten eine medizinische Sichtweise der Abhängigkeitserkrankungen. Gegen diese Haltung erfahren Sie vor allem von Menschen aus nichtmedizinischen Bereichen immer wieder harsche Kritik.

Es ist nicht so, dass ich die ganze, komplexe Problematik medizinisierere: Ich vertrete einen medizinischen Standpunkt in den Bereichen, in denen es eine medizinische Antwort auf bestehende Probleme gibt. Die ganze Infektionsproblematik beispielsweise kommt primär aufgrund der Illegalität zustande, was natürlich ein gesellschaftliches und politisches Problem ist. Aber in dem Moment, wo es Realität wird, ist es ein medizinisches Problem. Dasselbe gilt auch bei psychischen Problemen und psychiatrischen

Behandlungsansätzen. Das heisst, wenn ich Methoden zur Verfügung habe, die es mir ermöglichen, diesen Menschen eine medizinische Therapie zu offerieren, dann wähle ich den medizinischen Standpunkt und auch die medizinische Argumentationsweise. Es nützt nichts, einen soziologischen Standpunkt einzunehmen und zu sagen, die Gesellschaft müsse sich ändern. Die Gesellschaft ändert sich nicht, indem eine Theorie propagiert wird – auch wenn diese durchaus zutrifft –, es braucht Taten. Für den sozialen Bereich sehe ich es genauso: Es braucht fundierte, breite Unterstützungs- und (Re-)Integrationsangebote und dann eine optimale Zusammenarbeit. Wir können nicht alles, und daher plädiere ich für: «Schuster, bleib bei deinen Leisten.»

Ein von Ihnen im Sinne der Kritik geprägtes Schlagwort, das Sie schon früher verwendet haben, ist der Begriff «Abstinenzparadigma». Sie sehen Abstinenz nicht als primäres Ziel der Behandlung drogenabhängiger Menschen – wie unlängst in der Tagespresse zu lesen war, warnen Sie sogar explizit vor einer solchen Prioritätensetzung.

Man muss der Tatsache ins Auge sehen, dass nur ein kleiner Teil der Opioidabhängigen den Schritt weg von der Droge definitiv schafft. Drogenfreie Phasen wechseln sich immer wieder mit Konsumphasen ab, und es gibt keine Massnahme, die nachgewiesenermassen die Dauer der Abhängigkeit nachhaltig reduziert. Es geht mir um den Imperativ, den Druck zur Abstinenz. Abstinenzbemühungen unterstützen wir dann, wenn sie hochprofessionell begleitet werden. Dazu gehören auch die Erkenntnisse, dass das Scheitern gefährlich sein kann – Stichwort: Intoxikationen bei Toleranzverlust –, vor allem, wenn überhöhte Erwartungen der Betroffenen und der Umgebung daran geknüpft sind. Zwang ist kein guter Weggefährte für die Behandlung von Abhängigen. Dagegen gibt es Massnahmen, die die Überlebenschancen massiv verbessern. Die Zielsetzung besteht nicht mehr primär in der Abstinenz, sondern darin, dem Patienten eine bessere Lebensqualität zu ermöglichen, beispielsweise durch Stabilisierung und Verbesserung des psychischen und somatischen Zustands sowie der sozialen Verhältnisse.

Politisch scheint der Wind eher in die andere Richtung zu wehen.

Politisch gibt es einen klaren Gegenwind. Die politische Mitte verabschiedet sich zusehends aus dem Konsens, der bezüglich einer pragmatischen Drogenpolitik zwischen Mitte- und Linksparteien einmal herrschte. Motor dieses Konsen-

ses war für die Mitteparteien wohl die Sichtbarkeit des Problems, das Elend und der Dreck auf den Strassen und die Angst, die eigenen Kinder oder Enkel könnten davon betroffen sein. Heute gilt: aus den Augen, aus dem Sinn, auch wenn das Problem im verborgenen unvermindert weiterbesteht.

Aber muss man gleich davor warnen, die Abstinenz als Ziel zu definieren? Immerhin wird die Substanzabhängigkeit nach wie vor als Erkrankung gesehen,

«Die Gesellschaft ändert sich kaum, indem eine Theorie propagiert wird – es braucht Taten»

und da müsste das Ziel doch «Gesundheit» oder «Heilung» heissen dürfen, selbst wenn es sich um eine chronische Erkrankung handelt. Auch in der Somatik ist es ja Ziel der Medizin, chronische, heute noch unheilbare Krankheiten wie Diabetes oder rheumatoide Arthritis dereinst heilen zu können.

Ich schaue die gegenwärtigen Möglichkeiten an. Was dereinst kommen wird, hilft weder dem Diabetiker noch dem Abhängigen, der heute krank ist. Solange wir keine «Heilungs»-Methoden kennen, müssen wir die zur Verfügung stehenden, limitierten Möglichkeiten nutzen. Wenn Medien aus der Aussage «forcierte und erzwungene Abstinenz ist gefährlich» kolportieren, Abstinenz sei gefährlich, und dies als generelle Warnung vor Abstinenz interpretieren, spricht dies jedenfalls nicht in erster Linie gegen mich.

In dieser Frage prallen natürlich nicht nur medizinische Auffassungen, sondern auch Weltanschauungen aufeinander.

Das ist richtig, hier spielen auch ideologische Fragen hinein, moralische Konnotationen, die nichts mit dem rationalen Denken zu tun haben, das in der Medizin ausschlaggebend sein sollte. Abhängigkeit wird noch immer oft als selbstverschuldetes Problem verbunden mit Willenschwäche betrachtet. Versteht man Abhängigkeit aber als Krankheit, bei der unter anderem die Fähigkeit, das Wollen in Handlung umzusetzen, beeinträchtigt ist, kommt man zu einem anderen Schluss. In der ICD-10-Definition der WHO wird es als eine Art Zwang umschrieben. Einem Kranken vorzuwerfen, nicht gesund (hier abstinent) werden zu wollen, ist klar ein ethisches Problem. Warum soll es schlecht sein, wenn jemand unter Opiaten stabil und gut leben kann, wenn es anders nicht geht? Verglichen mit der

Situation desjenigen, der auf der Gasse ständig dem Stoff nachrennen muss, dabei kriminell wird und einem hohen Sterberisiko und Krankheiten ausgesetzt ist, scheint mir das eine eindeutige Verbesserung zu bringen.

Wobei nicht nur im Umfeld, sondern auch bei den Substituierten selbst der Wunsch relativ verbreitet ist, eines Tages «clean» zu werden. Die nach wie vor bestehende Abhängigkeit wird häufig als sehr einschränkend erlebt, Drogenfreiheit mit einer besseren Lebensqualität assoziiert. Ist dieser Drang nach «Souveränität», nach «Freiheit» nicht unterstützenswürdig?

Selbstverständlich ist dies unterstützenswürdig, und auch ich begleite viele Patienten bei den Versuchen dorthin. Drogenfreiheit scheint aber – nüchtern betrachtet – für viele nicht mehr aushaltbar zu sein. Die Kluft zwischen Wunsch und Realität ist leider oft sehr gross. Da spielen wohl auch recht stabile neurobiologische und neurophysiologische Adaptationsmechanismen eine



Rolle. Die Patienten müssen deshalb auch auf ein Scheitern vorbereitet sein, um ihr Leben schützen zu können.

Was sagen Sie Ärzten, die argumentieren, es könne nicht Aufgabe der Medizin sein, den Patienten Gift zu verabreichen?

Ich bin Psychiater und verschreibe oft Neuroleptika und Antidepressiva oder Lithium, die wesentlich toxischer sind als Opiate, letzteres

auch hinsichtlich der therapeutischen Breite. Insofern ist es absurd, in diesem Kontext von Giften zu sprechen. Jedes effektive Medikament hat unerwünschte Wirkungen, wobei die Opiate eben ein erstaunlich kleines Nebenwirkungsspektrum haben. So gesehen ist die Opiatabgabe bzw. die «Drogenabgabe» eine absolut verantwortbare adäquate Methode, auch wenn die Abhängigkeit bestehen bleibt – klar mangels Alternativen.

Dass die ARUD im Bereich der Grundversorgung Drogenabhängiger erfolgreich arbeitet und sich unter Ihrer Führung grosse Verdienste erworben hat, wird in breiten Kreisen anerkannt. Gab es auch Misserfolge oder erhebliche Enttäuschungen?

Die grösste Enttäuschung war zweifellos das Scheitern der Revision des Betäubungsmittelgesetzes. Da wurde geschlafen, als es politisch möglich gewesen wäre, unter anderem auch den Konsum von Betäubungsmitteln und deren Be-

«Die kontrollierte Heroinabgabe hat zur Entmystifizierung dieser Substanz beigetragen»

sitz für den Eigengebrauch zu entkriminalisieren. Das Thema war auf der Agenda, und eine umfassende Revision hätte sich bis Ende der 90er Jahre wahrscheinlich noch realisieren lassen. Allgemein ist einfach alles sehr viel langsamer gegangen, als ich es mir gewünscht hätte. Gewisse Projekte waren aufgrund des politisch-gesellschaftlichen Klimas nicht realisierbar, beispielsweise das Projekt einer wissenschaftlich begleiteten Kokainabgabe. Dass ein derartiger Versuch kaum Chancen hatte, war mir klar. Aber es ging auch darum, das Thema im Bewusstsein zu halten, zu sensibilisieren.

Können Sie nach 13 Jahren Engagement im «Drogenbereich» eine Art Bilanz ziehen?

Es hat sich vieles verändert, und da hat die Medizin meiner Ansicht nach schon eine wesentliche Rolle gespielt. Die «Heroinwelle» oder «Heroinepidemie» ist eindeutig vorbei. Konkret bedeutet dies gemäss einer im Lancet publizier-

ten Untersuchung von Nordt und Stohler [1], dass im Kanton Zürich 1990 etwa 850 Menschen pro Jahr opiatabhängig wurden – aktuell geht man davon aus, dass es weniger als 50 pro Jahr sind. Heroin gilt heute als «Loserdroge». Einerseits hat sich der Zeitgeist insofern verändert, als aufputschende Drogen generell in den Vordergrund gerückt sind. Auf der anderen Seite hat die Medizinalisierung der Heroinabhängigkeit dazu beigetragen, dass diese in der Gesellschaft als Krankheit rezipiert wird. Insbesondere die kontrollierte Heroinabgabe hat zur Entmystifizierung dieser Substanz beigetragen. Ein zweiter wichtiger Punkt ist, dass die Problematik der Abhängigkeit von Substanzen mittlerweile als Langzeitproblematik erkannt ist. Der Druck auf die Konsumenten, in kurzer Zeit abstinenter werden zu müssen, hat vor allem in Fachkreisen nachgelassen. Mit allen Wirrungen kann die Schweiz auf diese Entwicklung auch stolz sein, der Blick über die Landesgrenze bestätigt dies deutlich.

Ich hoffe, dass in der nächsten Session der Ständerat der grossen Kammer folgen wird und der kleinen Revision des Betäubungsmittelgesetzes zustimmt. Dadurch würden die heroingestützten Behandlungen in der Schweiz definitiv verankert.

Wie sieht Ihre persönliche Zukunft im «Suchtbereich» nach dem Rücktritt als Chefarzt der ARUD Zürich aus? Werden Sie sich weiterhin – zum Beispiel als Vorstandsmitglied der Schweizerischen Gesellschaft für Suchtmedizin SSAM – auf diesem Gebiet engagieren?

Solange ich mich in diesem Feld noch kompetent fühle, werde ich meine Erfahrungen weiterhin einbringen, sowohl auf der fachlichen wie auch auf der politischen Ebene. Von seiten der SSAM werde ich mich für die Verbreitung und Aktualisierung der neulich erarbeiteten Substitutionsempfehlungen (www.ssam.ch) einsetzen, und im Rahmen der ARUD Zürich werde ich in der Evaluation und Forschung einen Beitrag leisten.

1 Nordt C, Stohler R. Incidence of heroin use in Zurich, Switzerland: a treatment case register analysis. *Lancet*. 2006;367(9525):1830-4. Erratum in: *Lancet*. 2006;368(9530):118.