

Prof. Dr. med. Gerhard Wiesbeck ist seit 2003 Ärztlicher Leiter des Zentrums für Abhängigkeitserkrankungen der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel.



Interview mit Gerhard Wiesbeck, UPK Basel

Was waren in den vergangenen Jahrzehnten aus Ihrer Sicht bedeutende Errungenschaften der schweizerischen Suchtpolitik?

Eine der grössten Errungenschaften war die Entwicklung und Umsetzung des sogenannten Vier-Säulen-Modells mit den Säulen Prävention, Behandlung, Schadensminderung und Repression. Damit gelang es erstmals, dass so unterschiedliche Kräfte wie z.B. Polizei (Repression) und Suchttherapie (Behandlung) koordiniert auf ein gemeinsames Ziel ausgerichtet wurden. Die Schweizer Suchtpolitik erhielt dadurch eine Kohärenz, die europaweite Beachtung fand.

Die Weiterentwicklung zum «Würfelmodell» (mit Einbezug der Konsummuster und der Substanzen) ist eine Verfeinerung, die in ihrer praktischen Konsequenz längst nicht an die suchtpolitische Dimension des Vier-Säulen-Modells heranreicht.

Welche Schritte der Suchtpolitik des Kantons Basel-Stadt waren aus Ihrer Sicht wesentlich?

Der Stadtkanton bot ideale Bedingungen zur Umsetzung einer Suchtpolitik, die auf dem o. g. Vier-Säulen-Modell basierte. Durch die Überschaubarkeit der Fläche und die räumliche Nähe der Institutionen war es relativ leicht, die Vertreter der vier Säulen an einen Tisch zu bekommen. Eine kohärente Suchtpolitik gelang daher im Kanton Basel-Stadt schneller und erfolgreicher als in den meisten anderen Kantonen. Hinzu kam eine liberale Offenheit, die den Kanton Basel-Stadt schon immer auszeichnete und die es ermöglichte, inno-

vative Pilotprojekte (wie z. B. die heroingestützte Behandlung von Opioidabhängigen) umzusetzen.

Wo sehen Sie aktuellen politischen Handlungsbedarf in der kantonalen und der schweizerischen Suchtpolitik? Sehen Sie auch einen Handlungsbedarf im Bereich der Verhaltenssuchte?

Ich sehe drei Herausforderungen, die dominieren: erstens unsere drogenabhängigen Patientinnen und Patienten, die immer älter werden und die aufgrund der erfolgreichen Suchtpolitik der letzten Jahrzehnte nun ein Alter erreichen, das neue Handlungskonzepte notwendig macht. Unsere Alten- und Pflegeheime sind auf diese Patientengruppe ebenso wenig vorbereitet wie viele Behandlungsinstitutionen. Hier würde ich mir erneut eine Vorreiterrolle des Kantons Basel-Stadt wünschen. Analog zum ehemaligen «Drogenstab» sollten heute alle Beteiligten an einen Tisch, um die notwendigen Massnahmen für eine altersgerechte Suchtpolitik zu koordinieren.

Die zweite Herausforderung ist das nach wie vor ungelöste Cannabis-Problem. Über 30% unserer 15-Jährigen haben bereits Erfahrungen damit. Hier braucht es neue Ideen, innovative Konzepte – und vielleicht auch wieder die mutige Vorreiterrolle unseres Kantons.

Die dritte grosse Herausforderung, die ich sehe, sind die sogenannten Verhaltenssuchte und hier insbesondere die «Internet- beziehungsweise Online-abhängigkeiten». Das selbstschädigende Sichverlieren in virtuellen Räumen vieler Digital Natives, d.h. von Menschen, die im Internetzeitalter gebo-

ren wurden, stellt die traditionellen Suchtbehandlungsinstitutionen vor neue Herausforderungen.

Wagen Sie eine Prognose bezüglich der Entwicklung der schweizerischen Alkoholpolitik in den nächsten 10 bis 20 Jahren?

Ich würde mir eine weitere Sensibilisierung bezüglich der Gefährlichkeit des Alkohols wünschen, analog der Entwicklung im Tabakbereich. Im Übrigen hat das «Nationale Programm Alkohol» des Bundes bereits die Zukunftsbereiche definiert, in denen in den kommenden Jahren Verbesserungen erfolgen sollen (z.B. Marktregulierung, Jugendschutz, institutionelle Zusammenarbeit, Information und Öffentlichkeitsarbeit usw.)

Wie sah die Behandlung einer Alkoholabhängigkeit Anfang des letzten Jahrhunderts aus?

Zunächst einmal gab es das Konzept «Abhängigkeit» noch gar nicht. Wer Probleme mit dem Alkohol hatte, der galt nicht als krank, sondern als charakterschwach und haltlos. Alkoholismus wurde als ein gesellschaftliches, nicht als ein medizinisches Problem angesehen. Prohibitive Ansätze und Abstinenzbewegung waren daher in erster Linie politisch-gesellschaftliche Versuche, das Problem in den Griff zu bekommen.

«Das selbstschädigende Sichverlieren in virtuellen Räumen vieler Digital Natives stellt die traditionellen Suchtbehandlungsinstitutionen vor neue Herausforderungen.»

Eine Behandlung im heutigen Sinne gab es damals noch nicht. Der Schweizer Psychiater Auguste Forel, Begründer der schweizerischen Guttempel, war Anfang des letzten Jahrhunderts ein Pionier der medizinischen Behandlung. Aber auch er musste zuerst durch das Blaue Kreuz von der Notwendigkeit der Abstinenz überzeugt werden.

Welches sind seither die wichtigsten Errungenschaften in der Behandlung einer Alkoholabhängigkeit?

Die Entwicklung eines Krankheitskonzepts der Alkoholabhängigkeit war ein grosser Fortschritt, der übrigens nur wenige Jahrzehnte zurückliegt. Erst dadurch ist es möglich geworden, Alkoholabhängige medizinisch zu behandeln, und erst dadurch ist auch eine Leistungspflicht der Krankenkassen entstanden. Weitere grosse Fortschritte sind die Entstehung abstinenzorientierter Behandlungseinrichtungen, die Entwicklung von Präventionsstrategien und die Entstehung von Beratungsinstitutionen, die Schulung der angehenden Ärzte im Studium und die Entdeckung der sogenannten Anticraving-Substanzen (Medikamente zur Verringerung des Rückfallrisikos).

Welches ist der heutige State of the Art bei der Behandlung einer Alkoholabhängigkeit?

In der Behandlung der Alkoholabhängigkeit lassen sich vier Phasen unterscheiden: Motivation, Entgiftung, Entwöhnung und Nachsorge. Jede dieser Phasen hat ihre eigenen Standards. So ist es beispielsweise heute üblich, in der Motivationsphase die Technik der motivierenden Gesprächsführung anzuwenden. In der Entgiftungsphase werden heute Medikamente eingesetzt, die den Patienten wirksam vor Entzugserscheinungen schützen. In der Entwöhnungsphase werden suchtspezifische Psychotherapieverfahren eingesetzt, die dem Patienten das Erlernen neuer Verhaltensweisen ermöglichen. In der Nachsorgephase schliesst sich der Patient an eine Selbsthilfegruppe und/oder eine ambulante Beratungsstelle an. Spezifische Medikamente (sog. Anticraving-Substanzen) stabilisieren die Abstinenz.

Wie erfolgreich sind die heutigen Behandlungsmethoden der Alkoholabhängigkeit?

Mit einer «State of the Art»-Behandlung erreichen wir heute Abstinenzquoten, die zwischen 50 und 70% liegen.

Wo besteht noch Entwicklungs-/Verbesserungsbedarf bzw. was sind die zukünftigen Herausforderungen auf Behandlungsebene?

Bei den Krankenkassen besteht zunehmend die Tendenz, die Behandlungsdauer Alkoholabhängiger zu kürzen. Dem muss entgegengewirkt werden. Alkoholabhängige werden nicht schneller gesund, wenn man sie kürzer behandelt! Medizinisch muss die Wirksamkeit der obgenannten Anticraving-Medikamente verbessert werden. Schliesslich muss das Wissen über die Diagnostik und die Motivationsbehandlung Alkoholabhängiger viel stärker in die Hausarztpraxen transferiert werden.

Welche Erlebnisse mit Patienten aus Ihrer täglichen Arbeit sind Ihnen nachhaltig in Erinnerung geblieben?

Es sind die Erinnerungen an Menschen, die an ihrer Alkoholabhängigkeit gestorben sind. Diese bössartige Erkrankung fordert auch heute noch unzählige Menschenleben. Trifft es die eigenen Patienten, empfinde ich dies jedes Mal als eine sehr schmerzhaftes Niederlage.

Die Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK) sind ein universitäres Dienstleistungszentrum mit vier Kliniken, das über 1000 Mitarbeitende beschäftigt.