



Substitutionsambulanz Kathmandu führt automatisierte Methadonvergabe ein

„Wir sind jetzt sicher, immer die richtige Dosis zu erhalten.“

Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) und CompWare Medical starten Hilfsprogramm in Nepal

Kathmandu, 27.3.09. Sie heißen Dipak, Buddha, Dharmandra oder Sambhu: Patienten der Methadonambulanz in Kathmandu. Um Punkt 8 Uhr treten sie durch die Tür, um ihre tägliche Dosis einzunehmen. Neugierig blicken sie über den Tresen: Dort steht seit gestern abend ein Dispensiergerät der Firma CompWare Medical (Gernsheim/Hessen). Längst hat sich unter den Patienten herumgesprochen, dass das softwaregestützte Vergabesystem präziser und schneller arbeiten wird als es bisher mit der Handpumpe möglich war.

Aber vor der ersten Dosis muss ein Foto in den Datensatz eingegeben werden, um Verwechslungen auszuschließen. Ein Blick in die Webcam. Drei Klicks auf dem Bildschirm – fertig.



Etwas unsicher betrachtet der erste Patient des Tages, wie das zähflüssige Medikament in den Becher gepumpt wird. „Stimmt die Dosis?“, will er von der Krankenschwester wissen. Nurse Sapana erklärt ihm, dass sie und ihre Kolleginnen in den zurückliegenden Tagen sich intensiv mit der Software und Vergabepumpe beschäftigt haben und die Dosierungen zweifach geprüft haben.

Die Dokumentation bestätigt seine bisherige Dosis, er selbst prüft mit dem Finger, ob der Flüssigkeitsstand im Becher so hoch ist wie gewohnt.

In rascher Folge treten nun die Patienten vor. Die meisten von ihnen sind seit Ende 2007 im Programm, als die Psychiatrische Abteilung der Tribhuvan Universitätsklinik das Methadonprogramm eröffnete. Die ersten schauen auf dem Weg zur Arbeit kurz in der Ambulanz vorbei. Einer ist IT-Verantwortlicher in einer Bank, der zweite stellt sich als medizinischer Kollege vor, der in einer Rehabilitationseinrichtung für Drogenabhängige beschäftigt ist, der dritte arbeitet bei einer UNO-Unterorganisation. Sie alle haben längst den Schritt vom Drogenkonsumenten zur Methadonpatienten vollzogen, ihr illegales Leben aufgegeben und meist mit Hilfe ihrer Familien den Weg in die Gesellschaft wiedergefunden.



Patient A. war bereits von 1994 bis 2002 im nationalen Methadonprogramm, das aber geschlossen wurde, als mehr und mehr Methadon auf dem Schwarzmarkt auftauchte und die Behandlungsqualität außer Kontrolle geriet. Seitdem hat er sich mit Buprenorphin und privat rezeptiertem Methadon stabil gehalten, zwei Abstinenzversuche verliefen erfolglos. „Wir haben jahrelang für das Programm gekämpft“, berichtet er. „Es waren die Patientengruppen, die die Regierung und die internationalen Organisationen dazu gebracht haben, wieder Methadon zuzulassen. Und nun sind wir froh, dass GTZ ein System ins Land bringt, das uns die Sicherheit gibt, immer die richtige Dosis zu erhalten.“

Auch die Behandlung der Begleitkrankheiten gehört zum Programm: U. hat nach Beginn der HIV-Behandlung die Tagesdosis auf 110mg steigern müssen, P. nimmt 140mg ein, da er wegen eines langjährigen Krampfleidens ebenfalls zusätzliche Medikamente verschrieben bekommt, die den Methadonspiegel im Blut senken. Aber viele Patienten nehmen nur geringe Dosierungen ein, zumeist, weil sie rasch wieder aus dem Programm aussteigen wollen. „Wir wissen, dass die Durchschnittsdosis mit 45mg zu niedrig ist, aber viele unserer Patienten haben noch nicht verstanden, dass die Behandlung mindestens zwei Jahre dauern sollte, ehe sie einen Abstinenzversuch erfolgreich versuchen können“, erläutert Dr. Pratikchya, Assistenzärztin im Methadonprogramm.

Die Ambulanz in Kathmandu ist die erste in Asien, die mit dem deutschen Substitutionssystem MeDoSys ausgestattet ist. Das Projekt der Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit in Partnerschaft mit CompWare Medical sieht vor, in den kommenden drei Jahren in asiatischen Ländern beim Aufbau und bei der Ausweitung von Methadonprogrammen behilflich zu sein. Nepal ist der Startpunkt, wo die in Europa bewährte Technik beweisen soll, dass sie eine bessere Behandlungsqualität und Arzneimittelsicherheit garantiert.

Stromausfälle und Schwankungen der Stromspannung erfordern Zusatzgeräte, die hier in der Klinik zum Alltag gehören. Außerdem ist die Ambulanz an das Notstromnetz des Hospitals angeschlossen, das rund um die Uhr aufrechterhalten wird. „Wenn wir hier in Nepal zeigen können, dass das System funktioniert“, sagt Marc Schäfer, Techniker bei CompWare, „dann wird es überall funktionieren. Davon werden sich dann alle Interessierten überzeugen können“. Fünf Tage lang hat Schäfer das System eingerichtet, den reibungslosen Ablauf abgesichert und stundenlang den vier Krankenschwestern das Programm vermittelt. Bereits nach dem ersten Nachmittag verliefen die ersten Testdurchläufe reibungslos, am zweiten Unterrichtstag geben sie sich bereits untereinander Antworten auf praktische Fragen und heute vormitag bedient Sapana die Technik, als ob sie es nie anders gekannt hätte.

Alle sind froh, endlich nicht mehr jede Dosis in dicke Ordner eintragen zu müssen, täglich und monatlich lange Dokumentationen ausfüllen zu müssen und bei jedem Rechenfehler zu spät in den Feierabend zu kommen. Außerdem sind sie stolz, die Referenzeinrichtung ihres Landes zu sein, wo alle anderen Ambulanzteams zukünftig geschult werden.

In den kommenden Wochen wird das medizinische Team mit dem Consultant der GTZ, Hans-Günter Meyer-Thompson aus der Substitutionsambulanz Hamburg-Altona, die Arbeitsabläufe analysieren, tägliche Fortbildungen durchführen und mit der Selbsthilfegruppe, die zukünftig die psycho-soziale Begleitbehandlung trägt, ein Team bilden müssen. Außerdem werden Formulare für Aufnahmebögen, Drogenanamnesen, Arztbriefe und weitere Tätigkeiten entwickelt, die dann zukünftig auch in den anderen Ambulanzen des Landes

benutzt werden. Zwei weitere sollen dieses Jahr noch eröffnet werden, insgesamt sollen es sieben werden, sieht der nationale AIDS-Plan vor.

Um 15 Uhr ist Arbeitsschluss. Das Programm wird heruntergefahren und die Flaschen im Safe verstaut, während der Drucker die Tagesdokumentation ausspuckt. Der erste Tag im Realbetrieb verlief ohne Pannen. Ein paar Anpassungen der Software sind noch nötig, aber die Abrechnung stimmt.

Vor der Tür entspannt sich ein lautstarker Disput: Ein Besucher verlangt Aufnahme in das Programm. Aber der Leiter des nepalischen Substitutionsprogramms, Oberarzt Dr. Saroj Ohja, muss ihm erklären, dass in Nepal nur 150 Behandlungsplätze zur Verfügung stehen und er sich auf die Warteliste setzen lassen muss. „Das ist im Augenblick das größte Problem“, erläutert Ohja, „wir könnten Hunderte aufnehmen, aber unsere Kapazitäten reichen dafür nicht aus. Und wir wissen nicht, ob Ende des Jahres die Finanzierung des Methadons noch gesichert ist.“

Es ist ein Wettlauf gegen die Zeit, hat die Worldbank im vergangenen Jahr herausgefunden: auf 70 Tausend wird die Zahl der Drogenabhängigen im Lande geschätzt, zwei Drittel konsumieren Heroin und Pharmazeutika intravenös. Jeder dritte ist HIV-positiv, 90 Prozent sind mit Hepatitis C infiziert, und die TBC-Verbreitung in Nepal liegt bei 45 Prozent. Jährlich sterben 10-20 Prozent der Drogenabhängigen durch Überdosis, Begleitkrankheiten oder Selbsttötung, klagen Patientengruppen. Noch ist die Ausbreitung des AIDS-Virus beschränkt auf Drogenkonsumenten, Prostituierte und Arbeitsmigranten. Aber die auf diese Risikogruppen „konzentrierte Epidemie“ könnte schnell außer Kontrolle geraten, heißt es im nationalen AIDS-Center. Substitutions- und Nadel-Spritzen-Tauschprogramme müssten ausgeweitet und verlässlich fortgesetzt werden. Doch die globale Finanzkrise bringt auch die internationalen Hilfsorganisationen in Geldnöte – Experten befürchten, dass viele Programme in Asien in den kommenden Monaten eingestellt werden.



Fotos: PPP-Project Methadone in Asia
(MTh)