

# ärzteblatt

## REDAKTION:

Chefredakteur: Dr. med. Heinz Eberhard Bosa  
 Verantwortlicher Redakteur für den amtlichen Teil: W. Koch  
 3 Hannover, Berliner Allee 20  
 Ruf 1 64 31 · Fernschreiber 9 22 969

## VERLAG UND DRUCK:

Schlütersche Verlagsanstalt und Druckerei  
 3 Hannover 1, Georgswall 4  
 Ruf \* 2 71 21 und \* 2 72 21

Mitteilungsblatt der Ärztekammer  
 und der  
 Kassenärztlichen Vereinigung  
 Niedersachsen

Nummer 11 — 46. Jahrgang  
 Hannover — 7. Juni 1973

## Bericht über die Methadon-Behandlung des Niedersächsischen Jugendberatungszentrums Hannover des DPVV

Dr. med. Jürgen Lotze, Marie-Louise Rabe,  
 Hartmut Stichtenoth

Seit in der BRD die Zahl jugendlicher Opiatabhängiger erheblich zunimmt, wird die Anwendung der Methadon-Behandlung bei uns in Fachzeitschriften und Referaten vermehrt diskutiert. Diese Therapie wurde von Dole und Nyswander 1963 in den USA entwickelt und weist gute Ergebnisse auf, die Schönhöfer als „Rehabilitation ohne Heilung“ bezeichnet (29).

Veröffentlichungen über das Methadon Maintenance Program — MMP — im deutschen Sprachraum sind bisher theoretischer Natur.

Allgemein kann man drei unterschiedliche Indikationen für Methadon stellen:

### 1. Methadon-Überbrückung:

Der Patient bekommt kurzfristig Methadon zur Überbrückung einer bestimmten Zeit, im allgemeinen bis eine angemessene stationäre Entziehungskur einschließlich Nachbehandlung möglich ist. Dosierung: Niedrig und lediglich, um Abstinenzsymptome zu unterdrücken. Behandlungsdauer: Wenige Tage bis wenige Wochen, danach stationärer Entzug.

### 2. Methadon-Detoxifikation:

Dem Patienten wird Methadon in absteigender Dosierung gegeben, um einen ambulanten (selten auch stationären) Entzug erträglicher zu gestalten. Behandlungsdauer: Einige Wochen.

### 3. Methadon Maintenance Program:

Der Patient bekommt Methadon um ein Entzugssyndrom aber auch um die positiv erlebte Wirkung anderer Opiate zu verhindern (narcotic blockade). Damit ist die Möglichkeit gegeben, schon vor dem Entzug von Opiaten eine Resozialisierung oder Sozialisierung zu ermöglichen. Dauer: Bis zu 2 Jahren, dann Methadon-Detoxifikation oder stationärer Entzug.

Es versteht sich von selbst, daß der Einsatz eines Opiats nur bei Opiatabhängigkeit sinnvoll ist. Auch Poly-

toxikomanie mit Bevorzugung von Opiaten scheidet für diese Therapie aus, da die Patienten dann zu anderen Drogen übergehen.

Auf den weiteren theoretischen Hintergrund soll hier nicht genauer eingegangen werden, es sei auf die entsprechende Literatur verwiesen (2, 6, 12, 14, 21, 22, 26, 29).

Im Niedersächsischen Jugendberatungszentrum Hannover des DPVV wird seit Okt. 71 unter anderem mit Methadon gearbeitet.

Grundsätzlich kommen alle Patienten, die Methadon erhalten, in die Beratungsstelle und trinken dort vor den Augen eines Betreuers das zubereitete Methadon. Wir geben 1-Polamidon-Tropfen in Orangensaft verdünnt. Aus Personalgründen war es unumgänglich, das Polamidon zum Wochenende mit nach Hause zu geben. Die Patienten erhalten dann in Flaschen die entsprechende Tagesdosis in einem Gemisch von Fenchel- und Pfefferminzwasser 1 : 2 verdünnt. Wir haben diese Ausgabeart gewählt, weil diese Verabreichung wegen heftiger lokaler Reizung nicht injizierbar ist\*) Zur Zeit brauchen drei Patienten nur noch zweimal in der Woche zu erscheinen und erhalten die entsprechende Dosis, wie oben beschrieben, mit nach Hause. Es handelt sich dabei ausnahmslos um uns länger bekannte Patienten, die inzwischen eine feste Arbeit aufgenommen haben und deren Zuverlässigkeit uns gesichert erscheint.

Wegen eines Zwischenfalls dürfen während der Methadon-Ausgabe nur solche Patienten den Ausgaberaum betreten, die dort ihr eigenes Methadon abholen. Erscheinen etwa Partner oder Familienangehörige mit, so müssen diese grundsätzlich im Vorraum warten.

Über die Dosierung wird bei der Indikation berichtet. Es sei darauf hingewiesen, daß in der amerikanischen Literatur die Dosierung für das Razemat angegeben ist, welches das nahezu wirkungslose d-Methadon enthält. Auf unserem Markt ist aber nur das etwa doppelt so stark wirksame l-Methadon(-Polamidon) erhältlich. Daraus ergibt sich eine andere Dosierung!

Die wichtigste somatische Komplikation ist eine schwere Opstipation. Hier konnten wir durch eine Mischung mit l-Polamidon C deutliche Besserung erreichen.

\*) Nach Fertigstellung der Arbeit haben wir Hinweise bekommen, daß auch diese Darreichungsform die Injektion nicht unbedingt verhindert.

Methadon-Verabreichung liegt zweifellos ausschließlich in Händen des Arztes, jedoch darf nicht übersehen werden, welche erheblichen psychologischen Effekte diese Therapie hat und wie stark sie soziotherapeutische Aspekte aufweist.

Wir haben daher den Weg gewählt, daß der Patient sich zunächst einem Gespräch mit dem Arzt, Psychologen und einem Soziotherapeuten stellen muß und daß anschließend gemeinsam ein Therapiekonzept entwickelt wird. Sofern Methadon indiziert ist, hat der Arzt die letzte Entscheidung. Lehnen Psychologe und Soziotherapeut eine Methadon-Therapie ab, so wird der Patient grundsätzlich nicht in das Programm aufgenommen. Daß dieses Verfahren die Fähigkeit und Bereitschaft zu enger interdisziplinärer Arbeit verlangt, ist klar.

Bisher haben wir keine eindeutigen Kriterien erarbeiten können, Patienten sicher genug von einer Methadon-Therapie auszuschließen, wenn sie dieses Opiat nur zur Überbrückung von Versorgungsschwierigkeiten benutzen wollen. Daher verlangen wir, daß der Patient vorher eine Woche lang täglich in der Beratungsstelle erscheint, ohne daß er bereits Methadon bekommt. Zusätzlich muß der Patient folgende Erklärung unterschreiben (s. Abb. 1).

#### Abbildung 1

##### Erklärung:

Ich weiß, daß folgende Gründe unabänderlich zum Ausschluß aus dem Polamidonprogramm führen:

1. Dealen mit Schießgiften.
2. Verleiten eines anderen zum Spritzen.
3. Weitergabe und jeglicher Mißbrauch von Polamidon.
4. Diebstahl oder Betrug bei der Polamidonausgabe.
5. 3mal kein Polamidon abgeholt.
6. Nichteinhalten des festgelegten Therapieplans.
7. Schwerwiegende Straftaten.
8. Aggressivitäten bei der Polamidonausgabe.

Ich weiß, daß ich auch mit Polamidon opiatabhängig bleibe. Ich weiß, daß das mit Pfefferminzwasser versetzte Polamidon nicht gespritzt werden darf (es drohen schwerste Körperschäden). Ich weiß, daß die zusätzliche Einnahme von Opiaten lebensgefährlich sein kann (OD).

Ich werde über die übrigen Polamidonpatienten nicht sprechen. Ich bin bereit, täglich einen Kontrollbogen auszufüllen.

Hannover, den

(Name)

Im einzelnen machten wir folgende Erfahrungen:

#### 1. Methadon-Überbrückung:

A. Zur Überbrückung, bis eine angemessene klinische Behandlung gefunden wurde, gaben wir 12 Patienten Methadon. Wir versuchten, die Dosis möglichst niedrig zu halten, max. 35 mg täglich. Von den 12 Patienten traten nur 8 wirklich eine Entziehungskur an, nachdem wir ihnen einen Platz vermitteln konnten. Es zeigte sich, daß im Allgemeinen während der Überbrückung die Bereitschaft und der Elan abnahmen, tatsächlich eine stationäre Behandlung zu beginnen. Wir stellten daher diese Indikation im Laufe der Zeit immer vorsichtiger, in den letzten 2 Monaten nur einmal, außerdem begrenzen wir diese Zeit jetzt auf max. 14 Tage.

B. 2 Patienten erhielten über mehrere Wochen eine Überbrückungsdosis Methadon, um einen Schul- bzw.

Lehrabschluß zu ermöglichen, was auch gelang. Durch die Weiterbehandlung in einer therapeutischen Wohngemeinschaft ist einer der Patienten seit 6 Monaten drogenfrei, der andere Patient macht z. Z. seine Entziehungskur.

#### 2. Methadon-Detoxifikation:

3 Patienten bekamen Methadon in absteigender Dosierung bis zur völligen Entgiftung. Einer davon ist seit 2 Monaten sicher drogenfrei, der zweite seit 6 Monaten ebenfalls. Unsere Informationen sind bei dem letzten Patienten aber nicht absolut gesichert. Der dritte wurde nie drogenfrei, weswegen die Methadonausgabe beendet wurde.

Wir begannen mit der Dosis, die eben die Abstinenzsymptome verhindert, max. 25 mg, und reduzierten zunächst wöchentlich um 5 mg, ab 10 mg wöchentlich nur noch um 2,5 mg. Die Indikation für eine Methadon-Detoxifikation kann nur bei besonders kooperativen und stabilen Personen gestellt werden, welche in der Lage sind, die relativ blanden Abstinenzsymptome (ein Erscheinungsbild vergleichbar einer Grippe mit Schlafstörungen, Schweißausbrüchen und leichten Schmerzen vor allem am 2. bis 4. Tag nach jeder Reduzierung) zu ertragen, ohne erneut zur Spritze zu greifen. Hilfreich sind hierbei starke soziale Bindungen an Partner oder Familie, fester Beruf, gute Intelligenz, Verbalisierungsfähigkeit usw.

#### 3. Methadon Maintenance Program (MMP):

Sind die beiden vorher erwähnten Indikationen für Patienten mit relativ guter Prognose, so ist diese Form der Methadonverabreichung gerade für die in der „Drogenkarriere“ weit fortgeschrittenen Fälle angezeigt. Insgesamt wurden mit dem MMP bei uns 25 Patienten behandelt, z. Z. noch 14.

Aus vielen Gründen (vor allem mangelnde personelle Besetzung, aber auch anfängliche Unerfahrenheit) ist eine einigermaßen ausreichende Dokumentation erst bei der jetzt laufenden Gruppe möglich. Vorher schieden 5 Patienten freiwillig aus, einer davon ist noch opiatfrei (10 Monate), ein Patient hat vor kurzer Zeit erneut eine Entziehungskur abgeschlossen, drei sind rückfällig. Die restlichen 6 Patienten mußten aus dem Programm ausgeschlossen werden, zwei wegen Methadondiebstahl, drei wegen Drogenhandel, einer wegen eines Apothekeneinbruchs (trotz Methadon).

Die z. Z. im Methadonprogramm stehenden Opiatabhängigen erhalten zwischen 25 und 65 mg 1-Polamidon täglich (durchschnittlich 45 mg), nachdem sie langsam aufgesättigt wurden. Die Patienten bekommen bisher durchschnittlich 7½ Monate Methadon (zwischen 2 und 13 Monaten).

Das MMP kann nur verstanden werden als eine Ermöglichung und Unterstützung der notwendigen Sozio- und Psychotherapie. Letztes Ziel ist selbstverständlich Drogenfreiheit nach erfolgter Stabilisierung. Das MMP ist um so eher indiziert, als die soziale Situation sich verschlechtert hat und um so mehr der Patient vereinzelt ist und unfähig, sich in eine Gruppe zu integrieren, und damit nicht in therapeutischen Wohngemeinschaften behandelt werden kann. Vor dem Beginn des Programms fand sich bei den 14 Patienten folgende Situation (s. Tab. 1-3).

Tabelle 1

Familien- und Berufssituation der Patienten im MMP (n = 14)

- a) typ. broken home bei 8 Patienten.
- b) Eltern konsumieren auffällig viel Alkohol oder Medikamente bei 6 Patienten.
- c) Kein Volksschulabschluss: 2 Patienten; Volksschulabschluss: 10 Patienten; Mittelschulabschluss: 2 Patienten.
- d) Ohne Berufsausbildung: 6 Patienten; z. Z. in der Lehre: 2 Patienten; abgeschlossene Lehre: 6 Patienten.

Tabelle 2

Drogenbedingte soziale Situation der Patienten vor Beginn des MMP (n = 14)

- a) Alter der Patienten: durchschnittlich 21 Jahre, 8 Monate (max. 26 Jahre, min. 17 Jahre).
- b) Dauer der Opiatabhängigkeit: durchschnittlich 2 Jahre, 9 Monate (max. 5 Jahre, min. 1 Jahr, 9 Monate).
- c) Wöchentliche Ausgabe für die Beschaffung von Opiaten: durchschnittlich 195 DM (max. 400 DM, min. 50 DM).
- d) Verwicklung der Patienten in Straftaten: Beschaffungsdelikte bei allen 14 Patienten; Straftaten ohne direkten Zusammenhang mit Drogen bei 5 Patienten.
- e) Entziehungskuren durch Zwangseinweisungen: keine Zwangseinweisung bei 7 Patienten, 1 Zwangseinweisung bei 6 Patienten, 2 Zwangseinweisungen bei 1 Patienten.
- f) Partnerbeziehung: bei 3 Patienten, meist aber gestört.
- g) Festes Arbeitsverhältnis: bei 3 Patienten.

Tabelle 3

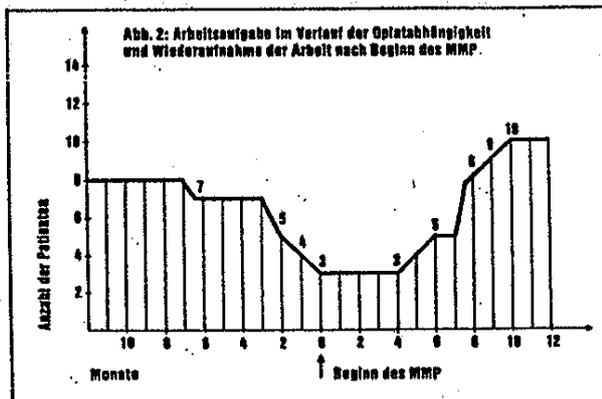
Drogenbedingte Erkrankungen vor Beginn des MMP (n = 14)

- a) Infektiöse Hepatitis: 6 Patienten.
- b) Opiatüberdosierung: 1mal bei 6 Patienten, 2mal bei 2 Patienten, 4mal bei 2 Patienten.
- c) Spritzenabszesse mit klin. Behandlung: 5 Patienten.
- d) Nierenversagen nach Sublimatinjektion: 1 Patient.
- e) Entziehungskuren: bisher keine Entziehungskur bei 3 Patienten; bisher 1 Entziehungskur bei 5 Patienten; bisher 2 Entziehungskuren bei 4 Patienten; bisher 3 Entziehungskuren bei 1 Patienten; bisher 4 Entziehungskuren bei 1 Patienten.

Tabelle 4

Auswirkungen des MMP

| in bezug auf     | gleich-<br>geblieben | positive<br>Entwicklung | negative<br>Entwicklung |
|------------------|----------------------|-------------------------|-------------------------|
| Straftaten       | 3                    | 11                      | —                       |
| Arbeit           | 5                    | 8                       | 1                       |
| Partnerbeziehung | 7                    | 7                       | —                       |



| Datum   | Zeichen                                     | Dosis |      |
|---|---|-------|------|
|   |   | ja    | nein |
| 1   | Hasch genommen                              |       |      |
| 2   | Alkohol getrunken                           |       |      |
| 3   | Trip genommen                               |       |      |
| 4   | Speed genommen                              |       |      |
| 5   | Opiat genommen                              |       |      |
| 6   | Drogen gespritzt                            |       |      |
| 7   | Ich hätte gern Opiat gespritzt              |       |      |
| 8   | Ich hätte gern Amphetamine genommen         |       |      |
| 9   | Mehr als 3 Std. gearbeitet                  |       |      |
| 10  | Mehr als 7 Std. gearbeitet                  |       |      |
| 11  | Schule besucht                              |       |      |
| 12  | Krank gewesen                               |       |      |
| 13  | Stuhigang                                   |       |      |
| 14  | Ich habe feste(n) Freund(in) getroffen      |       |      |
| 15  | Sexuelle Kontakte                           |       |      |
| 16  | Jemand getroffen, der unter Drogen stand    |       |      |
| 17  | Jemand getroffen, der mit Drogen handelt    |       |      |
| 18  | An Orten gewesen, wo Drogen verkauft werden |       |      |
| 19  | Hasch oder Trip gekauft                     |       |      |
| 20  | Schießgift gekauft                          |       |      |
| 21  | Mit jemand Ärger gehabt                     |       |      |
| 22  | Ich habe zu Hause geschlafen                |       |      |
| 23  | Ich habe mich sehr wohl gefühlt             |       |      |
| 24  | Ich habe mich normal gefühlt                |       |      |
| 25  | Ich habe mich sehr schlecht gefühlt         |       |      |
| Um ..... Uhr aufgestanden. Um ..... Uhr schlafen gegangen |   |       |      |

Abb. 3

Die Notwendigkeit, sich wöchentlich durchschnittlich 195 DM für Opiate zu beschaffen, erklärt die Zahl der Straftaten (alle hatten bereits Rezepte gefälscht, Apothekeneinbrüche verübt oder mit Drogen gehandelt, meist alle drei Delikte). Die ständige Jagd nach Opiaten verhindert fast automatisch eine regelmäßige Arbeit. Zahlenmäßig ist die Vereinzelung nicht zu erfassen. Ein Hinweis ist die Tatsache, daß von den 14 Patienten vor Therapiebeginn nur drei eine einigermaßen feste Partnerbeziehung hatten.

Unter der Methadonbehandlung änderte sich das Bild langsam (Tab. 4). Die Kriminalität ging erheblich zurück (dabei muß aber darauf hingewiesen werden, daß in den Zahlen nicht die sechs Patienten enthalten sind, die wegen fortdauernder BTM-Kriminalität aus dem Programm ausgeschlossen wurden). Die Patienten begannen nach und nach zu arbeiten (Abb. 2).

Auch die Fähigkeit, Partnerbeziehungen aufzunehmen, besserte sich bei der Hälfte der Patienten. Alle Partner sind nicht drogenabhängig.

Eindrucksvoll ist der abnehmende Wunsch, sich Medikamente i. v. zu injizieren, wenngleich dieser Trend zahlenmäßig schwer erfassbar ist.

Seit Anfang 73 erfassen wir täglich durch einen Fragebogen (Abb. 3) den Besuch von typischen Lokalen der Drogenszene, den parallelgehenden illegalen Drogengebrauch von Cannabis, Amphetaminen und auch von Opiaten (Die Patienten wissen, daß ein zusätzliches Spritzen von Opiaten nicht zum Ausschluß aus dem MMP führt. Wir ersehen aus zusätzlichem Opiatgebrauch vor allem, daß eine Betäubungsmittelblockade durch Unterdosierung noch nicht erreicht wurde. Durch gute Kontakte zur Drogenszene erhalten wir außerdem sichere Informationen über den Drogenkonsum unserer Patienten). Eine Auswertung dieser Daten ist z. Z. verfrüht und aus technischen Gründen noch nicht durchführbar. Wir erwarten davon aber weitere Ergebnisse. MMT ist nur so lange sinnvoll, wie parallel eine energische Sozio- und Psychotherapie durchgeführt werden kann. Die Möglichkeiten dazu sind durch die täglichen Besuche in der Beratungsstelle erheblich besser als bei anderen Therapieformen. Außerdem werden bestimmte Begleittherapien festgelegt und für den Patienten verbindlich gemacht.

Alle drei Indikationen für eine Methadontherapie scheinen bei kritischer und sorgfältiger Anwendung sinnvoll zu sein. Durch die tägliche Ausgabe vor den Augen von Therapeuten wird verhindert, daß das Methadon in den schwarzen Markt fließt.

Ob diese Bedingungen auch in einer allgemeinen oder Fachpraxis erfüllbar sind, ist unwahrscheinlich, zusätzlich ist es außerordentlich fraglich, ob in der freien Praxis der Arzt über die notwendigen verhaltenstherapeutischen Kenntnisse verfügt, diese Therapie richtig einzusetzen. Uns scheint aus der praktischen Arbeit das Hauptproblem der Methadon-Therapie darin zu liegen, daß es bisher nicht möglich ist, die Ausgabe von Methadon auf bestimmte Stellen zu konzentrieren; so besteht die Gefahr, daß sich Patienten von mehreren Ärzten dieses Opiat besorgen. Eine übersichtliche Therapie ist dann nicht mehr möglich. Wir halten es daher für notwendig, daß nur bestimmte Stellen, möglicherweise in Zusammenarbeit mit dem Praktiker die MMT durchführen. Auch eine exakte wissenschaftliche Auswertung ist nur so gesichert (Medizinische Hochschulen bieten sich hier eigentlich an).

Wir wissen, daß unsere Ergebnisse schon durch die geringe Fallzahl nicht statistisch abzusichern sind, doch glauben wir, hoffnungsvolle Hinweise zu sehen und meinen, daß diese Therapie unter wissenschaftlicher Begleitung sinnvoll ist und versucht werden muß.

Tabelle 5 gibt zusammenfassend einen Überblick über Indikation, Kontraindikation, Dosierung, Dauer und Begleittherapie der von uns durchgeführten Methadon-Behandlung, erarbeitet an insgesamt 40 Patienten.

Tabelle 5

|                    | 1. Überbrückungsmethadon  | 2. Methadondetoxifikation   | 3. MMP  |
|--------------------|---|---|---|
| Indikation         | Opiatabhängigkeit, relativ stabile Persönlichkeit, gute Sozialkontakte, mittellange Opiatanamnese, gute Kooperation                       | Opiatabhängigkeit, besonders stabile Persönlichkeit, sehr gute Sozialkontakte, kurze bis mittellange Opiatanamnese, feste Arbeit, Schule usw. sehr gute Kooperation | Opiatabhängigkeit schwer gestörte Persönlichkeit erheblich gestörte Sozialkontakte, lange Opiatanamnese, ohne Arbeit, Schule usw., Straftat., fehlgeschlagene konservative Entziehung, Bereitschaft zur Kooperation |
| Kontraindikation   | jede Drogenabhängigkeit außer Opiattyp, Polytoxikomanie   | wie 1.  | wie 1.  |
| Dauer              | etwa 14 Tage, Ende streng definieren  | etwa 8 Wochen, Ende grob definieren   | etwa 20 Monate, auf keinen Fall zu früh beenden   |
| Dosis              | etwa 25 mg l-Polamidon-Tropfen in Orangensaft oder Pfefferminzwasser gelöst   | etwa 25 mg l-Polamidon, langsam reduzieren Darreichung wie 1.   | bis zur Sättigung, etwa 35-65 mg l-Polamidon Darreichung wie 1.   |
| Begleittherapie    | aufdeckende oder zudeckende Psychotherapie, Entzugsvorbereitung, Soziotherapie, Behandlung körperlicher Erkrankungen, Sanierung der Zähne | zudeckende Psychotherapie, Partner- oder Familientherapie   | Soziotherapie, Gruppentherapie, vorher falls notw. Einzeltherapie, im Allgem. aufdeckende Psychotherapie, Behandl. körp. Erkrankung, Sanierung der Zähne Entziehungsvorbereitung                                    |
| Nachfolge-therapie | therap. Wohngemeinschaft, Gruppentherapie, Entziehungskur   | Gruppentherapie, Einzeltherapie, therapeut. Wohngemeinschaft  | eventuell therap. Wohngemeinschaft Entzug, Fortsetzung der Therapie   |

#### Zusammenfassung:

Es wird über die Methadon-Behandlung des Nieders. Jugendberatungszentrums des DPWV berichtet und die drei unterschiedlichen Therapieformen, 1. Methadon-Überbrückung, 2. Methadon-Detoxifikation, 3. Methadon Maintenance Program, werden erläutert. An Hand der bisherigen Entwicklung der Patienten wird der erhebliche soziotherapeutische Effekt verdeutlicht, es wird

auf die Probleme der unkontrollierten MMT durch Praktiker und Fachärzte hingewiesen.

Anschrift des Verfassers: Dr. med. Jürgen Lotze, 3 Hannover, Steinmetzstraße 24.

Die im Text in Klammern aufgeführten Zahlen sind Hinweise auf das ausführliche Literaturverzeichnis, das aus redaktionellen Gründen nicht wiedergegeben ist und beim Verfasser angefordert werden kann.