

Medizinisch-
Wissenschaftliche
Fachredakteure

Allgemeinmedizin:
Sanitätsrat Dr. med.
Josef Schmitz-Formes

Augenheilkunde:
Prof. Dr. med. Wolfgang Straub

Biomedizinische Technik:
Prof. Dr. rer. nat.
Adolf Habermehl

Chirurgie:
Prof. Dr. med. Edgar Ungeheuer

Dermatologie:
Prof. Dr. med.
Hugo Constantin Friederich

Gynäkologie und Geburtshilfe:
Prof. Dr. med. Peter Stoll

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde:
Prof. Dr. med. Julius Berendes

Innere Medizin:
Prof. Dr. med. Joachim Frey
Prof. Dr. med. Helmut Martin

Kinder- und Jugendpsychiatrie:
Prof. Dr. med. Hubert Harbauer

Laboratoriumsdiagnostik:
Prof. Dr. med. Manfred Kienholz

Neurochirurgie:
Prof. Dr. med. Hans Werner Pia

Nuklearmedizin:
Prof. Dr. med. Dr. rer. nat.
Emil Heinz Graul

Orthopädie:
Prof. Dr. med. Gerhard Exner

Pädiatrie:
Prof. Dr. med. Wilhelm Theopold

Psychiatrie und Neurologie:
Prof. Dr. med. Hans Jacob

Radiologie:
Prof. Dr. med. Friedhelm Hess

Sozialmedizin:
Prof. Dr. med. Josef Stockhausen

Sportmedizin und Physiologie:
Prof. Dr. med.
Hans Rüdiger Vogel

Urologie:
Prof. Dr. med. Carl-Erich Alken

Methadon-Erhaltungsprogramme

Die Verwendbarkeit von Polamidon für Suchtkranke in Deutschland

Professor Dr. med. Wolfram Keup

Als Argument für die Einführung und Benutzung von Methadon (Polamidon®) in die Behandlung von Suchtkranken in Deutschland werden häufig die Erfahrungen der Vereinigten Staaten zitiert. Dort habe man reiche Erfahrungen gesammelt, die Programme hätten sich dort bewährt und liefen noch immer. Vergessen wird bei solchen Äußerungen, daß die Methadon-Erhaltungsprogramme in Amerika unter anderen Voraussetzungen eingeführt wurden, als sie hier bestehen, und daß die „Szene“ drüben noch heute ganz anders aussieht als in Deutschland:

① Die Einführung von Methadon-Erhaltungsprogrammen in den USA muß geschichtlich verstanden werden. Schon vor dem Beginn der augenblicklichen Drogenflut hatte Amerika ein umfangreiches Heroinproblem. Die Gesamtzahl der Abhängigen war etwa zehnmal größer als die in Europa; davon entfielen 9/10 auf die Heroinsüchtigen.

② Das nationale Suchtforschungsinstitut in Lexington, Kentucky, schaltete nach schlechten Erfahrungen von der Zwangseinweisung zur Behandlung auf das freiwillige NARA-Programm (Narcotic Addict Rehabilitation Act [1969]) um. Zu dieser Zeit stieg die Sekundärkriminalität bei Drogenabhängigkeit rapide an, lokale Programme mit Zwangseinweisung, wie das California-Programm oder das Rockefeller-Programm in New York, scheiterten im wesentlichen

am falschen Ansatz, nämlich der Zwangsunterbringung.

③ Um die Abhängigen nicht mehr zwangseinweisen zu müssen und sie dennoch von der Straßenkriminalität fernzuhalten, also mit einer sozio-ökonomischen Indikation, wurde die Möglichkeit der Methadon-Programme, die sich damals in New York bot, begrüßt.

Methadon-Abhängigkeit – Schwierigkeiten beim Entzug

Das ursprüngliche Konzept dieser Programme wies drei Abschnitte auf: Phase I diente der Entgiftung von Heroin, der Abdeckung der Abstinenzsymptome unter Heroinentzug mit Methadon, wobei mancherorts die Methadon-Anfangsdosis nach einer sehr einfachen Faustregel festgelegt wurde: Der Dollarpreis des Tageskonsums an Heroin, ausgedrückt in Milligramm, wurde als einführende Dosis pro Tag gegeben. Diese Dosis wurde in etwa acht Tagen auf Null abgebaut. Phase II, die Erhaltungsphase, sah eine tägliche Methadondosis vor, die unter Kontrolle für Jahre aufgenommen wird. Unter Methadongaben wird der spezifische Heroinhunger erheblich reduziert oder fehlt völlig. Die Dosis ist abhängig von der lokalen Qualität des Heroins und liegt in New York City bei etwa 100 mg DL-Methadon pro Tag. Als Phase III war vorgesehen, von dieser Methadon-Dosis langsam ausschleichend auf Null

Methadon

zu reduzieren. Das gelingt zwar mit einzelnen Patienten, organisierte Versuche, diese Phase in großen Gruppen zu erzielen, sind fast ausnahmslos gescheitert, und zwar deswegen, weil Methadon selbst ein Suchtgift ist.

Unter dem Schutz des Methadons ist es in zahlreichen Fällen möglich, durch Entkriminalisierung und den Wegfall der Zeit, die zum Besorgen des Stoffes verbraucht wird, eine gewisse Normalisierung des Lebens zu erzielen. Eine solche Normalisierung ist bekanntlich auch dadurch zu erreichen, daß man, wie im Englischen Programm, Heroin selbst gibt. Der Vergleich von Methadon im Doppelblindversuch gegen Heroin unter diesen Bedingungen ist leider nie gestattet worden. — Auch das englische Modell, das ist ja bekannt, ist ganz bewußt zahlenmäßig stets kleingehalten worden.

Die Verabfolgung des Methadons als eines echten Suchtmittels von Staats wegen bedeutet eine Defacto-Anerkennung der Abhängigkeit als eines Zustandes, der anders nicht zu beherrschen ist.

„Berliner Polamidon“

Methadon als Suchtmittel hat auch in den USA einen schwarzen Markt,

besonders in Philadelphia und einigen anderen Großstadtzentren. In Deutschland ist die Polamidon®-Abhängigkeit seit langem bekannt. Im Westen Deutschlands ist seit kurzem ein Schwarzmarktpräparat, das „Berliner Polamidon“, bekannt, das angeblich zehnmal so stark wie das handelsübliche Polamidon sein soll. In Berlin heißt es offenbar „verstärktes Polamidon“. In Deutschland handelt es sich um das aktive L-Methadon, das gegenüber dem Razemat mit dem inaktiven D-Methadon pro Gewichtseinheit doppelt aktiv ist. Es ist toxisch, die ersten Todesfälle sind verzeichnet worden. Beim Neugeborenen einer Mutter, die L-Methadon benutzt, entwickelt sich, wie beim Heroin, ein gefährliches Entzugssyndrom.

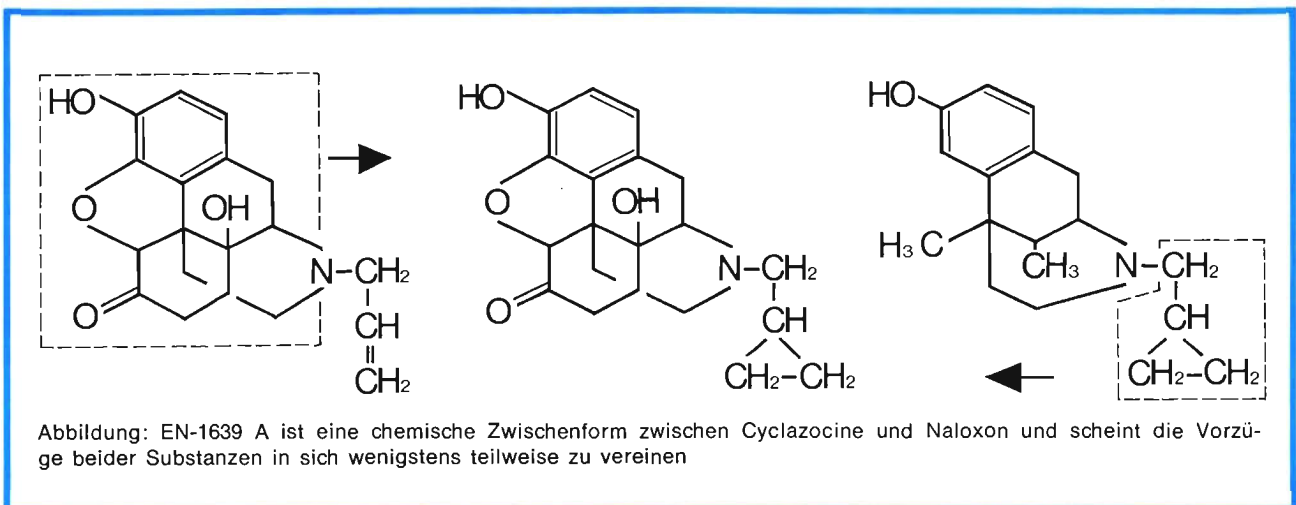
Methadon scheint den einen der „Opiat-Rezeptoren“ (Zwei-Rezeptoren-Theorie, Martin) zu besetzen und dadurch die Opiat-Euphorie zu verhindern. Das gilt für Morphin, Heroin, aber auch Meperidin (Dolantin®) und andere Ersatzpräparate. Methadon ist völlig unwirksam, den spezifischen Drogenhunger auf andere Substanzen abzudecken.

Methadonentzug produziert Abstinenzsymptome, die dem des Heroins oder Morphins ganz ähnlich sind. Sie dauern jedoch länger

an, werden deswegen von dem Abhängigen als unangenehmer empfunden und, nach Angaben vieler, verursachen mehr Dysphorie, die bekanntlich von euphorie-gewöhnten Abhängigen als besonders unangenehm empfunden wird. Die Methadon-Euphorie ist schwächer als die von Heroin, aber weder beim Methadon noch beim Heroin ist bei chronischer Benutzung die Euphorie eigentliche Triebkraft zur Aufnahme — vielmehr ist es bekanntlich die Vermeidung der Dysphorie. Es ist behauptet worden, daß Psychosen unter Methadon häufiger gesehen wurden als unter Heroin, eine Erklärung dieses Phänomens steht jedoch noch aus. Die amerikanischen Erfahrungen haben gelehrt, daß nur etwa 10 Prozent, maximal 15 Prozent aller Opiatabhängigen für die Teilnahme an einem Methadon-Erhaltungsprogramm motiviert werden können, und das nur mit maximalem richterlichen Druck (diese Zahl liegt anfänglich höher, es scheiden aber etwa 50 Prozent der Neulinge aus den Programmen wieder aus). Der Rest von mindestens 85 Prozent der Opiatabhängigen werden durch Methadon nicht erreicht.

Süchtiges Verhalten behandeln

Zwar wird der Heroinhunger durch Methadon vermindert oder ver-



schwindet ganz, das zugrunde liegende süchtige Verhalten bleibt jedoch völlig unbeeinflusst. Seine Behandlung bedarf gezielter Psychotherapie. Diese muß genauso intensiv sein wie diejenige, die zum Überwinden der Heroinabhängigkeit ohne Methadon-Applikation benötigt werden würde.

Das nicht abgedeckte Suchtverhalten sucht weiterhin nach Befriedigung. Da Heroin seine euphorisierende Wirkung nicht mehr entfalten kann, wird zu Kokain, Barbituraten und Alkohol gegriffen. Später wird auch zu anderen „weicheren“ Substanzen gegriffen, oft im harten Gebrauchsmuster. Polytoxikomanie ist nicht selten die Folge. Wenn man sich um amerikanische Methadon-Programme intensiv kümmert, findet man heraus, daß bei den Urinkontrollen bis zu 85 Prozent der Probanden zeitweilig „unreine Urine“ haben.

Methadon ist praktisch nur etwa für 16 Stunden wirksam. Da es täglich verabfolgt wird, bleiben acht Stunden frei, in denen das viel kürzer wirksame Heroin mißbraucht werden kann. Bemühungen, das länger wirkende Alpha-Acethyl-Methadol einzuführen, sind bisher gescheitert, weil es leichter dysphorisch wirkt.

Die öffentliche Anerkennung der Abhängigkeit als nicht heilbar erzeugt eine spezifische Form des Frührentnertums. Unter diesen Bedingungen ist eine kausale Therapie des Suchtverhaltens außerordentlich erschwert. Dort, wo Methadon-Programme zur Verfügung stehen, wird es automatisch schwierig, Patienten davon zu überzeugen, daß das Behandlungsziel die Drogenfreiheit sein sollte.

Drogenfreie Programme

Daraus entsteht in „drogenfreien Programmen“, bei Ex-Usern wie bei Therapeuten, eine beachtenswerte Haltung: Ex-User empfinden, daß die Sozietät hier eine Maßnahme gefunden und eingesetzt

hat, die zwar die Sozietät schützt, den Patienten aber nur sozial unschädlich macht, ihn aber nicht kuriert. In Amerika, wo der Kristallisationspunkt von Rassendifferenzen solche Empfindungen auskristallisieren läßt, heißt es, daß „der weiße Mann uns Schwarze am Gängelband hält, am Gängelband der allmächtigen Industrie“. Die Therapeuten drogenfreier Programme beklagen, daß zum Beispiel in New York City augenblicklich etwa 15 000 Abhängige in Methadon-Programmen versorgt werden und

DIE ARZNEIMITTELKOMMISSION DER DEUTSCHEN ÄRZTESCHAFT UND DER AUSSCHUSS „PSYCHOHYGIENISCHE FRAGEN“ DER BUNDESÄRZTEKAMMER GEBEN BEKANNT:

Warnung vor Methadon-„Behandlung“ Rauschmittelabhängiger

Durch Veröffentlichungen in Presse, Rundfunk und Fernsehen ist der Eindruck entstanden, als sei die Methadon-„Behandlung“ von Rauschmittelabhängigen eine generell geeignete Therapieform.

Die Behandlung mit *oralen* Gaben von Methadon (L-PO-LAMIDON®) wird im Ausland bei länger andauernder Heroinabhängigkeit unter Überwachung der Einnahme und Urinkontrolle angewandt.

Die Injektion von Methadon für diesen Zweck ist ein Kunstfehler. In der Bundesrepublik ist die Zahl der Heroinabhängigen zur Zeit noch klein.

Wird eine Heroinsucht festgestellt, ist sofortige klinische Behandlung erforderlich. Eine ambulante Behandlung mit oralen Methadon-

gaben ist nur für kurze Zeit bis zur stationären Aufnahme als Überbrückungsmaßnahme zu verantworten.

► Die Methadoneinnahme hat vor den Augen des mit der Behandlung von Rauschmittelabhängigen vertrauten Arztes zu erfolgen.

Die Behandlung von Polytoxikomanen mit Methadon ist kontraindiziert.

Alle ambulanten Überbrückungsmaßnahmen bis zur stationären Einweisung sollten tunlichst nur in regionalen Zentren unter sachkundiger ärztlicher Leitung durchgeführt werden.

(Eine ausführliche Darstellung der Problematik der sogenannten Methadon-Programme von Prof. W. Keup, Berlin, finden unsere Leser auf den Seiten 1179 bis 1182).

nur 2000 in drogenfreien Programmen und daß es den eigentlich behandelnden Programmen nicht möglich ist, gegen die „unfaire Konkurrenz“ der Methadon-Programme aufzukommen.

Suchtfreies Ersatzmittel gesucht

Aller Voraussicht nach wird sich in den Methadonprogrammen in Amerika in absehbarer Zeit etwas Entscheidendes ändern: Im Frühjahr 1971 hat die Regierung die

pharmazeutische Industrie aufgefordert, einen nicht suchterzeugenden Opiatblocker zu entwickeln. Seitdem ist die Forschung so rasch wie möglich vorangetrieben worden. Eine Reihe von Präparaten steht zur Verfügung, die augenblicklich gegen die besser bekannten Standards des Cyclazocine und des sehr wirksamen Naloxon ausgetestet werden. Dazu gehören die Versuche, Naloxon länger wirksam zu machen durch Naloxon-Pamoate und andere Depotformen. Neuere Präparate sind M-5050, BC 2605 und besonders das EN-1639 A. Das letztere (siehe Abbildung) ist eine chemische Zwischenform zwischen Cyclazocine und Naloxon und scheint die Vorzüge beider Substanzen in sich wenigstens teilweise zu vereinen.

Amerikanische Fachleute wissen zu berichten, daß in ein bis zwei Jahren ein potentes Ersatzmittel für Methadon auf dem Markt erwartet werden kann. Diese Substanz soll dann nicht mehr oder kaum mehr Abhängigkeit produzieren, soll aber die Wirkung des Opiats am Rezeptor voll blockieren. Ein Allheilmittel wird auch ein solches Medikament nicht sein: Es wird nicht mehr als 10 bis 15 Prozent der Opiatabhängigen erreichen, und es ist nicht geeignet zur Therapie des süchtigen Verhaltens. Da es selbst keine Abhängigkeit produziert, wird es vielen Abhängigen nicht erwünscht erscheinen. Im Gegenteil, je besser das Mittel sein wird, desto mehr Schwierigkeiten werden entstehen, denn zu dieser Zeit in der Zukunft wird die Aufgabe vor uns stehen, zum Beispiel in New York City, 15 000 Methadon-Abhängige zu entwöhnen.

Hier in Deutschland hört man nicht selten von wohlmeinenden niedergelassenen Ärzten die Ansicht, man könne es nicht verantworten, den Opiatabhängigen weiter der Spritze ausgeliefert zu sehen; man solle ihm Methadon verschreiben, denn ein Behandlungsbett finde er ja doch nicht. Es ist richtig, daß Behandlungsbetten, Behandlungsinstitute hierzulande überall fehlen.

Entgiftungsbetten sind aber gewöhnlich doch zu erreichen. Es stimmt zwar, daß eine Entgiftung ohne folgende intensive psychische Therapie und Erhaltung der Drogenfreiheit „unklassisch“ ist, es ist aber noch immer besser, jemanden mehrfach zu entgiften, selbst wenn keine Therapie folgen kann, als ihm Polamidon® oder eines seiner Kombinationspräparate auszuhändigen und ihn laufen zu lassen. Die Entgiftungen kommen seiner Gesundheit, seiner Leber usw. zugute. Das Polamidon® macht ihn abhängig von einem neuen Stoff, oft ohne daß der alte fallengelassen wird. In den USA ist Methadon nicht zugelassen für die Verschreibung durch den Praktiker; es hat dort den Status einer Forschungssubstanz und darf daher nur von lizenzierten Instituten ausgegeben werden. Die Frage der Verschreibungsmöglichkeit ist erst kürzlich erneut drüben abgelehnt worden.

Zusammenfassend kommen wir zu einer Ablehnung der Einführung von Methadon-Erhaltungsprogrammen in Deutschland. Alle unsere Energie sollte sich, so schnell wie möglich und so breit basiert wie möglich, auf die Errichtung von drogenfreien Behandlungseinrichtungen konzentrieren. Diese Einrichtungen sind zwar kostspielig, es ist jedoch offenbar geworden, daß wir an diesen Kosten nicht werden vorbeikommen können. Je früher sie geschaffen werden, desto kleiner wird der behandlungspflichtige harte Kern der Abhängigen sein, der zu seiner Genesung sich auf sie stützen muß. Dann wird eine sozioökonomische Indikation nicht eintreten und es sollte möglich sein, Umwege, wie über die Methadon-Erhaltungsprogramme, zu vermeiden. Zumindest aber sollte abgewartet werden, was die amerikanischen Bemühungen, Methadon zu ersetzen, erbringen werden.

1 Berlin 26
Oranienburger Straße 285
Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik

Diagnostik

Eine Blasenmole bildet sich, wenn die Chorionzotten traubenartig und hydropisch entarten. Mit Hilfe der Ultraschalldiagnostik kommt man solchen pathologischen Schwangerschaftsveränderungen frühzeitig auf die Spur. Die Sonographie ergibt ein charakteristisch strukturiertes Reflexmuster. Dies ist mit den zahlreichen dicht beieinanderliegenden und mit Flüssigkeit gefüllten Bläschen zu erklären, die den eindringenden Ultraschallwellen mannigfache Grenzflächen bieten. Das A-Bild zeigt viele nebeneinanderliegende Echosacken. Das B-Bild ergibt dichtgelagerte Echos; ihr schneeflockenartiges Erscheinen täuscht das typische „Schneegetöber-Phänomen“ vor. Da eine Blasenmole den Schall ausgezeichnet leitet, kann der gesamte Uterus mit seiner Rückwand dargestellt werden. (Meyenberg, H.: Med. Klin. 68 [1973], 78–80) cb

Zu Spontanrupturen von Nierentransplantaten kam es siebenmal im Lauf von sechseinhalb Jahren bei sechs von hundert Nierenübertragungen; sie traten zwischen dem dritten und neunten Tag auf. Die Diagnose war kaum zu verfehlen, weil alle Patienten ähnliche Symptome zeigten: lokale Schmerzen, reduzierte Urinausscheidung, Blut im Urin und druckschmerzhafte Schwellung des Transplantatbetts. In der Folge kam es auch zu Transplantatversagen und inneren Blutungen. Alle Transplantate konnten durch einen sofortigen chirurgischen Eingriff gerettet werden. Man entfernte das Hämatom, vernähte die Ruptur im Transplantat und legte vor dem Wundverschluß eine Saugspül drainage ein, die erst herausgenommen wurde, als die Spülflüssigkeit kein Blut mehr enthielt. Die Ursachen von Spontanrupturen sind wahrscheinlich multifaktoriell bedingt. Ödematöse Schwellungen der Nierentransplantate weisen auf ischämische Prozesse hin. (Minale, C., et al.: Dtsch. med. Wschr. 97 [1972], 459–461) ro