

Geschichte der Opioid-Substitution in Deutschland – Teil II

Inhalt Teil II

- Therapie der Opioidabhängigkeit
- Der Weg zur Opioid-Substitution

Therapie der Opioidabhängigkeit

Die Opiatabhängigkeit wurde traditionell mit Ersatzdrogen behandelt. Bereits im 19. Jh. kursierten Empfehlungen, dem Entzug pharmakologisch zu begegnen oder eine durchgehende Medikation mit einem Opioid durchzuführen. Die Opiaterhaltungstherapie galt bereits ab Ende des 19. Jh. bis zum Beginn des 20. Jh. als medizinischer Standard. Man ging davon aus, dass einige Patienten dauerhaft Opiate benötigen (Ullmann 2001). Die Situation der so behandelten Patienten wurde als sozial integriert, arbeitsfähig und beschwerdefrei beschrieben. Auf dem Deutschen Ärztetag 1928 in Danzig vollzog sich allerdings ein Wandel in der Betrachtung: es wurde beschlossen, dass Opiatkonsumenten zur Erlangung der Abstinenz in Entziehungsanstalten einzuweisen seien, da das Behandlungsziel stets die Drogenabstinenz sei (Schmidt-Semisch, 2020). Diese Therapie-Definition wurde vom Deutschen Ärztetag noch 1955 bestätigt.

Jahrzehntelang sollte dieses Abstinenz-Paradigma Bestand haben und erst mit der weiteren Verbreitung der HIV-Infektionen unter Drogenkonsumenten in Deutschland und der Sorge um die Gesundheit auch nicht konsumierender Bundesbürger zu einer Erprobung der Opioid-Substitution führen. Neu war damals auch das Beschreiten des sog. "Dritten Weges" in der Drogenbehandlung, bei dem die Abstinenz nicht mehr das alleinige Ziel, sondern lediglich das Mittel zum Erreichen eines selbstbestimmten Lebens darstellte. In der zweiten Hälfte der 1980er Jahre begann der Widerstand der Politik, aber auch der deutschen Ärzteschaft gegen die Opioid-Substitutionsbehandlung allmählich zu bröckeln. Die Substitution verbesserte und stabilisierte die gesundheitliche, psychische und soziale Situation der Betroffenen, verminderte das Risiko von Überdosierungen sowie von HIV- und anderen Infektionen und senkte bis zu einem bestimmten Grad auch Beschaffungsprostitution und -kriminalität.



Der Weg zur Opioid-Substitution

Seit 1973 veröffentlicht die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) jährlich die Zahl der Drogentoten – und musste Mitte und Ende der 1970er-Jahre immer neue Rekordwerte vermelden: 392 Todesfälle im Jahr 1977, ein Jahr später 430 – und 1979 waren es dann 623 Drogentote, die vor, durch oder mit Heroin verstarben. Die Themen "Drogen" und "Sucht" waren somit in den 1970er Jahren für Westdeutschland nicht mehr neu, nachdem etwa Studierende der 68er-Bewegung offen Cannabis konsumierten und dies häufig als politisch motiviert als "Recht auf Rausch" betrieben. Für alkoholkranke Menschen existierte längst ein differenziertes Hilfesystem, doch die Folgen der sog. "Heroin-Welle" waren therapeutisch nicht kontrollierbar. Allgemein regierte Rat- und Machtlosigkeit, denn Konzepte und Methoden, den "Fixern" zu helfen, existierten in Deutschland nicht.

Psychiatrische Behandlungsaktivitäten sahen dabei eine Vielzahl von stationären Aufnahmen zum Entzug und eine hohe Zahl an Rückfällen oder es wurden Therapiekonzepte in Form sog. "Release-Gruppen" entworfen, in denen emanzipatorische Ziele jenseits medizinisch ausgerichteter Ansätze verfolgt wurden.

Hier stellten alltagspraktische Angebote, Beratungszentren oder Übernachtungs-möglichkeiten die Grundlage der Hilfe dar. Über therapeutische Ketten in den 1980er Jahren mit der Verbindung von Drogenberatung, körperlichem Entzug und danach bis zu 18 Monaten dauernden stationärer Langzeittherapie sowie Nachsorgephase wurde das Therapieangebot fortgeschrieben. Insbesondere die mangelnde Effizienz der durchaus aufwendig gestalteten Maßnahmen wurde kritisiert, da nur wenige Plätze zur Verfügung standen und die Erfolgsquote bei maximal 30 % lag. Eine Opioid-Substitution, wie in anderen Ländern schon erfolgreich durchgeführt, gehörte nicht zum therapeutischen Angebot, obwohl es nie eine wissenschaftliche Begründung dafür gab, Opiaterhaltungstherapien zu verbieten (Weinrich, 1986).

Die führenden Entzugskliniken in Lexington und Fort Worth (die "narcotics farms" des U.S. Public Health Service) hatten den Einsatz von Methadon bereits Ende der 1940er-Jahre zum Therapiestandard bei den überwiegend gegen ihren Willen dort behandelter Abhängiger erklärt. Dort war Methadon für einen Zeitraum von 7 – 10 Tagen in rasch reduzierten Dosierungen als subkutan verabreichte Substanz verordnet worden. Patienten mit schweren organischen Begleiterkrankungen konnten dabei eine Anwendung von bis zu 30 Tagen erhalten. Aufgrund ihrer psychischen Abhängigkeit und ihres zumeist schlechten allgemeinen Gesundheitsstatus sollten die Patienten mindestens 135 Tage in stationärer Behandlung verbleiben. Im Anschluss an die Detoxifikation erfolgten Gruppenpsychotherapie und psychosoziale Begleitmaßnahmen mit Freizeitgestaltung und Beschäftigungstherapie (Fraser, Grider, 1953). Diese Behandlung war wesentlich erfolgreicher als in einer komplett drogenfreien Entzugsbehandlung, da die Quote der Therapieabbrüche viel geringer ausfiel. Lexington stand auch für



Entzüge von Freiwilligen offen, die etwa 4 % der Insassen ausmachten. Bei ihnen waren die besten Behandlungserfolge erzielt worden, während der Rest eine Rückfallquote von ca. 80 % aufwies, wobei die veröffentlichten Daten methodische Mängel aufwiesen und trotzdem das Bild des unheilbaren Abhängigen in der Öffentlichkeit verfestigten (Acker, 1997).

Bis 1949 wurden diese Erfahrungen dann von Isbell et al. in mehreren Artikeln zum Einsatz des Methadon-Racemates zur Unterdrückung des Heroin-Entzugs-Syndroms veröffentlicht (Isbell et al., 1948).

Weitere Erprobungen der Methode fanden dann u.a. in der Nervenklinik der Universität München 1950 statt, wobei Levomethadon zum Morphinentzug bei 13 Patienten erprobt wurde. Sie wurden zunächst über einen Zeitraum von ca. 12 Stunden radikal entzogen und hatten dann Levomethadon bei Einsetzen der ersten Entzugssymptome erhalten. Diese Medikation wurde in der Regel vier bis sechs Tage lang bei stabiler Dosierung aufrechterhalten und dann abrupt abgesetzt. Es erfolgte die Erkenntnis, dass sich Levomethadon zur Beseitigung oder Dämpfung von Abstinenzerscheinungen bei Morphinabhängigen zufriedenstellend bewährt habe. (Schader, 1950).

In Kanada wurde Methadon-Racemat 1959 erstmals zum Opiatentzug eingesetzt oder während eines prolongierten Entzugssyndroms offensichtlich auch längerfristig gegeben. Schließlich hatten 1963 in New York der Pharmakologe Vincent Dole und die Psychiaterin Mary Nyswander ein Therapieprogramm bei Heroinabhängigkeit begonnen, bei dem sich Methadon als die geeignetste unter mehreren Substanzen zeigte. Dole berichtete über den Einsatz von Methadon als Ersatzstoff für Heroin, so dass eine neue Therapieform anstelle der bisherigen Suchtbehandlungsstrategien beschrieben wurde und zur sog. "Opiatersatzstoffbehandlung", kurz Substitution genannt, führte.

Dole hatte ausgeführt, dass hohe Dosen von Methadon die Wirkung des Heroins verhindern und einem Rückfall vorbeugen können. Ausdrücklich betone er, dass die Gabe von Methadon keinesfalls die Befriedigung einer schlechten Gewohnheit darstelle, sondern im Gegenteil, es blockiere die Euphorie. Die Einschlusskriterien für diese Opiatersatzstoff-Behandlung waren sehr hoch. Die wesentlichen Zulassungskriterien und Behandlungsphasen beinhalteten unter anderem, dass das Mindestalter 20 Jahre betragen muss, eine mindestens fünfjährige dokumentierte Heroinabhängigkeit vorzuliegen habe, mindestens drei dokumentierte Detoxifikationsbehandlungen oder Abstinenztherapien bestanden haben mussten, eine primäre Heroinabhängigkeit vorzuliegen habe, der Patient/die Patientin nicht arrestiert sein darf und kein laufender Strafprozess anstehe und keine Vorliegen psychopathologischer Störungen vorliegen dürfen. Die Behandlungserfolge führten 1967 zu einer Reduktion des Mindestalters auf 18 Jahre und der Mindestdauer dokumentierter Heroinabhängigkeit auf 2 Jahre (Gearing, Schweitzer, 1974).

Das Programm wurde in 3 Behandlungsphasen unterteilt: 1. Phase: Die Behandlung beginnt mit einer



6-wöchigen Hospitalisierung zur Stabilisierung der individuell unterschiedlichen Methadon-Dosen, die in der Regel zwischen 50 und 150 mg/d liegen. 2. Phase: Der Patient muss ein Jahr lang sein Methadon täglich aus der Klinik abholen und ebenfalls täglich eine Urinprobe abliefern. Er wird psychosozial begleitet und betreut. 3. Phase: Der Patient holt bei sozialer Stabilität sein Methadon nur noch einmal wöchentlich ab. Urinproben müssen wöchentlich abgeliefert werden. Die psychosoziale Begleitbetreuung wird im Bedarfsfall fortgesetzt (Dole, Nyswander 1965).

Zwischen 1973 und 1975 wurde eine Substitution mit Levomethadon in Hannover durchgeführt. Gemessen an den Kriterien von Dole und Nyswander war diese Behandlung erfolgreich, sie war aber wegen ihres Ansatzes, innerhalb von 2 Jahren eine komplette Abstinenz auch von Levomethadon zu erreichen, nicht zufriedenstellend verlaufen und wurde beendet (Krach et al. 1978).

Eine erfolgreich durchgeführte Verwendung von Heroin zur Substitution ist aus England bekannt, wo John Marks in Manchester in den 1970er und -80er Jahren die ärztlich überwachte Vergabe von Heroin und Kokain als Distriktpsychiater durchführte. Die soziale Verbesserung und Entkriminalisierung konnten für diese Patienten nachgewiesen werden und das Modell wurde staatlicherseits toleriert, wenn auch nicht legalisiert.

Nicht übersehen werden sollte bei diesen Blicken auf Erprobungen der Therapie, dass in den gleichen Jahren substituierende Ärzte mit Strafverfahren nachgestellt wurde. Einflussreiche Psychiater begutachteten die Behandlung als medizinisch kontraindiziert und als Körperverletzung. "Wenn diese Gutachter damals gesagt hätten, die Substitutionsbehandlung sei eine mögliche Behandlung der Heroinabhängigkeit, dann wären alle diese Strafverfahren unnötig gewesen und die Ärzteschaft hätte frühzeitig Behandlungsstandards entwickeln können. Sämtliches suchtmedizinische Wissen der letzten 100 Jahre wurde ignoriert" (Ullmann, 2011).

Literatur

Das vollständige Literaturverzeichnis finden Sie am Ende des Teil III