

ZUR FRAGE DER ANWENDUNG VON METHADON IN DEUTSCHLAND

Text eines Vortrags, der auf einem Kongress in
Frankfurt, Bundesrepublik Deutschland,
am 14. November 1987 gehalten werden wird

Robert G. Newman, M.D.

Präsident, Beth Israel Medical Center

und

Professor, Mount Sinai School of Medicine

New York

Es ist mir eine Ehre, mit Kollegen aus Deutschland und den Nachbarländern an einer Diskussion über das ungeheuer schwierige Problem der Drogensucht teilzunehmen. Ich muss ehrlich zugeben, dass ich nicht genau weiss, warum ich hierher eingeladen worden bin, wo sich so viele hervorragende Fachleute in Europa befinden. Könnte es vielleicht sein, dass man einen eifrigen Befürworter von Methadon von Übersee als willkommenen sozusagen "Blitzableiter" betrachtet gegenüber den vielen Kritikern dieser Behandlungsmethode, die es - dem Hörensagen nach - in der Bundesrepublik geben soll? Ich bin durchaus damit einverstanden, diesem Zwecke zu dienen, hoffe jedoch, dass ich auch darüber hinaus sachlich zu der lebenswichtigen und schwierigen Diskussion, die heute uns bevorsteht, beitragen kann.

Ich mache mir Gedanken, warum man mich eingeladen hat. Manche von Ihnen werden sich wohl fragen, warum ich diese Einladung angenommen habe; genauer gesagt, was ich mir von meinem kurzen Besuch hier erhoffe. Mein Ziel heute bei Ihnen ist nicht etwa der Versuch, Sie zu überzeugen, Ihre eigene Stellungnahme zu revidieren. Ich möchte vielmehr versuchen, Sie dazu zu bringen, die Probleme in ihrer wahren Perspektive zu sehen. Sie sollten unbedingt fortfahren, Vor- und Nachteilen der möglichen Theorien zu diskutieren; denn durch ernsthafte Diskussion mit Kollegen verschiedener Ansichten kann man nur profitieren. Gleichzeitig

möchte ich aber dringend raten, gewisse Fragen von grösserer, oder jedenfalls dringenderer, Wichtigkeit nicht aus dem Auge zu verlieren, über die es keine Diskussion geben kann.

DIE NOTWENDIGKEIT DER BEHANDLUNG

Zunächst zwei einfache Tatsachen:

1. Es gibt sehr viele Menschen, die Heroin mehrmals am Tage spritzen. Wieviele es genau sind, ist schwer einzuschätzen. Worauf es ankommt, ist, dass solche Menschen existieren; dass sie sich tatsächlich zweidreimal und häufiger am Tag mit verbotenen Drogen injizieren; und dass sie dadurch ihr eigenes Leben und das von Anderen, sowohl Süchtigen wie Nichtsüchtigen, aufs Spiel setzen.
2. Unter diesen Süchtigen gibt es viele, die den Heroin-Gebrauch aufgeben wollen, und die dazu Hilfe brauchen. Es kommt im einzelnen nicht darauf an, wie gross der Prozentsatz der Süchtigen ist, der zu dieser Gruppe gehört; auch nicht darauf, was sie dazu führt, mit Drogen aufhören zu wollen; auch nicht darauf, warum sie - oder ob sie - es nicht allein schaffen können, sich von der Sucht zu befreien. Tatsache ist, dass es solche

Süchtige gibt; dass sie selbst glauben, Hilfe zu brauchen; und dass sie ohne solche Hilfe von aussen mit grösster Wahrscheinlichkeit fortfahren werden, Heroin zu nehmen.

Hiermit kommen wir zum Thema der Behandlung, und es ist gerade auf diesem Gebiet, dass die Debatte am heissesten und der Widerstand gegen andere Meinungen am erbittertsten ist. Ich möchte betonen: Ich habe nichts gegen irgendeine Heilmethode, welcher Art auch immer, wenn die Süchtigen sie als Quelle von Hoffnung und Hilfe empfinden. Aber wir müssen der Tatsache ins Auge sehen, dass trotz aller gegenwärtig verfügbaren Heilmethoden, wie gut sie auch im einzelnen sein mögen, es zahllose Süchtige auf den Strassen jeder grösseren Stadt gibt, in Ihrem Lande sowie in meinem, die weiterhin Heroin nehmen. Diese von Hilfsmöglichkeiten nicht erreichten Süchtigen können in verschiedene Gruppen eingeteilt werden:

1. Einige von ihnen lehnen jede verfügbare Behandlung grundsätzlich ab. Die Begründung dafür ist unwichtig, nur die Folge ist bedeutsam. Diese Süchtigen nehmen weiterhin Drogen und gefährden damit sich selbst und die Gesellschaft.
2. Andere durchmachten frustrierende Erfahrungen mit

bestehenden Hilfsprogrammen. Sie sind überzeugt, dass die angebotenen Programme ihnen nicht helfen können. Es ist zwecklos, nachzuforschen, ob das Programm oder der Patient an dem Versagen der Heilmethode schuld ist. Da nun einmal die bestehenden Methoden in diesen Fällen versagen, scheint es geboten, andere und neue Heilmethoden zu versuchen, die vielleicht positivere Ergebnisse zeitigen können.

3. Schliesslich gibt es eine dritte Gruppe von Süchtigen, die sich verzweifelt um Hilfe bemühen, die aber von den bestehenden Programmen auf "Wartelisten" gesetzt werden. Dies ist ein Euphemismus dafür, dass man diese Unglücklichen zwingt, weiterhin ihr Heroin-diktiertes Leben fortzusetzen, da die von ihnen nachgesuchten Hilfsprogramme überfüllt sind. In meinem eigenen Lande ist es eine Nationalschande, dass solche Wartelisten, besonders für Methadon-Behandlung, in jeder grösseren Stadt von Ost bis West bestehen. Diese beschämende Situation ist Ihnen in der Bundesrepublik erspart geblieben, weil Sie überhaupt kein Methadon-Programm haben, auf das Patienten warten könnten. Ein schwacher Trost!

Diese drei Gruppen von Heroin-Nehmern (diejenigen, die alle Hilfe

ablehnen; diejenigen, denen die angebotene Hilfe nichts genützt hat; und diejenigen, die keine Aufnahme in bestehende Programme bekommen haben) finden sich demnach ausserhalb der bestehenden Hilfsprogramme. Was bedeutet das praktisch? Insbesondere, was bedeutet es in Bezug auf die Einrichtung von Methadon-Programmen in der Bundesrepublik? Es ist nicht zu leugnen, dass hier - wie auch in fast jedem anderen Lande - die Einstellung zur Methadon-Behandlung überwiegend negativ ist. Aber was ist der Grund für diese Feindseligkeit gegen und Ablehnung von Methadon?

DIE DEBATTE ÜBER METHADON

Ich glaube, die Ursache liegt darin, dass bei der üblichen Betrachtung von Methadon-Behandlung man weniger auf die praktische Seite des Problems eingeht, als vielmehr auf theoretische, philosophische, ethische und selbst semantische Gesichtspunkte; und dass man ausserdem Ziele anstrebt, die auf der heutigen Basis praktisch unerreichbar sind. Ich leugne nicht, dass man von solchen Diskussionen lernen und profitieren kann, selbst wenn keine Einigung erreicht wird. Aber während die Experten, die Professionellen, die Gesellschafts-Betreuer, die Nachdenklichen und Besorgten, während sie debattieren und diskutieren, geht das Sterben unaufhaltsam weiter. Der Fehler ist, dass man zu wenig die entscheidende Frage beachtet, die jenseits jeder Debatte stehen sollte:

Ist die Verabreichung von Methadon für Patienten und die Gesellschaft besser als fortgesetzter Heroin-Gebrauch?

Meiner Meinung nach gehen die Einwände der Kritiker des Methadon-Programms auf diese entscheidende Frage nicht ein. Um die Einwände kurz zu skizzieren:

1. "Methadon ersetzt nur eine Droge durch eine andere". Dies ist keine Tatsachenfrage, sondern eine Frage der Semantik. Wer dies Argument gebraucht, ist entweder unfähig oder unwillig, die entgegengesetzten Wirkungen anzuerkennen, die einerseits Heroin hat, so wie die Süchtigen es nehmen, und andererseits Methadon, wenn vom Arzt verschrieben. Man mag Methadon nennen, wie man will : "Droge," "Ersatzdroge" oder einfach nützliches und wirksames "Medikament." Die Frage bleibt: ist die Verabreichung von Methadon für Patienten und die Gesellschaft besser als fortgesetzter Heroin-Gebrauch?
2. "Methadon behandelt nur die Symptome der Krankheit, nicht die Krankheit selbst." Wir können getrost unterstellen, dass dies richtig ist (genauso richtig wie bei einer grossen Anzahl anderer medikamentöser

Behandlungsarten, gegen die man jedoch die ablehnende Kritik wie bei Methadon nicht anwendet). Unleugbar kann die Beseitigung der Symptome eines Problems den gleichen positiven Erfolg haben wie die Entfernung der zugrundeliegenden Ursache. Unsere Frage bleibt immer die Gleiche: Ist die Verabreichung von Methadon für Patienten und die Gesellschaft besser als fortgesetzter Heroin-Gebrauch?

3. "Das Medikament Methadon kann eine grosse Reihe sozialer Probleme nicht lösen, die mit der Drogensucht zusammenhängen, wie zum Beispiel Arbeitslosigkeit, zerrüttete Familie, Zweifel an den sozialen Werten unserer Gesellschaft, usw." Obgleich eine Verbesserung auf all diesen (und auch auf anderen) Gebieten als Folge der Methadon-Behandlung bei Heroin-Nehmern nachgewiesen werden kann, ist unzweifelhaft richtig, dass eine solche Besserung nur begrenzt möglich ist. Die Frage bleibt aber die Gleiche : Trotz aller begrenzten Heilmöglichkeiten, ist die Verabreichung von Methadon für Patienten und die Gesellschaft besser als fortgesetzter Heroin-Gebrauch?

4. "Vielleicht ist Methadon tatsächlich ein wirksames Mittel gegen Heroin-Sucht; aber es hat keinerlei

pharmazeutische Wirkung auf etwaigen Missbrauch von Alkohol oder Kokain oder anderen Drogen." Das ist ganz gewiss richtig. Diese pharmakologischen Grenzen bestehen. Trotzdem bleibt die gleiche Frage berechtigt: Ist Verabreichung von Methadon für Patienten und die Gesellschaft besser als fortgesetzter Heroin-Gebrauch?

5. "Methadon, von Regierungsorganen verabreicht, oder zumindest mit behördlicher Zustimmung, könnte zu einer Art obrigkeitlicher Kontrolle über den Süchtigen führen." Zugegeben. Und das Gleiche gilt für jede andere Art von offizieller Hilfeleistung, z.B. in der Krankenversicherung, der Arbeitslosenunterstützung, Beihilfe für Alte und Obdachlose, usw. Aber die Frage bleibt, selbst angesichts dieser Bedenken: Ist die Verabreichung von Methadon für Patienten und die Gesellschaft besser als fortgesetzter Heroin-Gebrauch?

6. "Die Einführung von Methadon-Behandlung würde in den Augen der Öffentlichkeit mit offizieller Duldung von Drogen-Gebrauch gleichgesetzt werden." Es mag sein, dass diese Befürchtung gerechtfertigt ist, vielleicht auch nicht. Aber es bleibt immer noch die gleiche Frage bestehen: Ist die Verabreichung von Methadon für

Patienten und die Gesellschaft besser als fortgesetzter
Heroin-Gebrauch?

Mit einem weiteren Argument gegen Methadon-Behandlung will ich mich eingehender befassen, da dieses Argument gerade in Deutschland besonders populär sein soll: "Methadon-Behandlung bedeutet Resignation. Man gibt damit jeden Versuch auf, den Patienten von seiner Sucht zu befreien, ihn wirklich zu 'heilen'." So schrieb kürzlich ein anerkannter deutscher Autor: "Die Praktiker in der Bundesrepublik halten eisern an ihrer Überzeugung fest, dass Drogensucht heilbar sei, und dass jeder Süchtige die Möglichkeit habe, in einen drogenfreien Zustand zu geraten . . . Durch Verschreibung von Ersatzdrogen scheint man diese Heilungsmöglichkeit zu vereiteln."⁽¹⁾

Es wäre selbstverständlich wunderbar, wenn man wirklich all die Süchtigen heilen könnte, und wenn dadurch Methadon und Konferenzen wie die heutige überflüssig wären. Aber was wissen wir wirklich von der Möglichkeit, Süchtige zu heilen? Ich persönlich verstehe nicht einmal, was mit dem Ausdruck "Heilung" gemeint ist. Ich vertrete in Bezug auf Drogensucht die gleiche Ansicht, wie sie die angesehene Gruppe Alcoholics Anonymous als Grundsatz für den Alkoholismus vertritt: Zwar kann Abstinenz in vielen Fällen erreicht und sogar aufrechterhalten werden; aber ein Alkoholiker kann niemals für geheilt erklärt werden.

Ich möchte philosophische und semantische Debatten vermeiden. Daher will ich mich im folgenden nur mit den Erfolgsraten befassen - wie immer man den "Erfolg" definieren mag - so wie sie in deutschen Berichten über drogenfreie Behandlungsergebnisse behauptet werden. Danach liegt der Erfolg bei höchstens 25 bis 35%.⁽²⁾ Ich kann diese Zahlen weder bestätigen, noch werde ich sie bezweifeln. Aber wenn man sie als Tatsache hinnimmt, so ist dieses Ergebnis verglichen mit anderswärtigen Berichten nicht schlecht. Wenn ein Programm dieses Ergebnis aufweist, so kann man es nur begrüßen und sollte es nach Möglichkeit unterstützen.

Gibt es nun Grund zum Bedenken, dass der fortgesetzte Erfolg dieser drogenfreien Programme durch das Angebot von Methadon-Behandlung in Deutschland gefährdet sein könnte? Ich bezweifle es. Wie könnte Qualität und Wirksamkeit der Leitung und des Hilfspersonals eines bestehenden Programms davon berührt werden, oder gar darunter leiden, was in einem anderen (z.B. einem neu eingeführten Methadon-) Programm geschieht? Ist das kalifornische Synanon, das neben örtlichen Methadon-Kliniken existiert, etwa ein Versager, verglichen mit dem Berliner Synanon, wo es eine solche Konkurrenz von Methadon-Kliniken nicht gibt? Oder sollte das Phoenix-Haus in New York, wo Methadon erst nach etwa sechsmonatiger Wartezeit verfügbar ist, seiner Amsterdamer Filiale überlegen sein, nur weil in Amsterdam Methadon jederzeit und frei verfügbar ist? Ich kann das nicht glauben. Ich habe

auch noch nie erfahren, dass der Leiter eines drogenfreien Programms seine Methode als Versager bezeichnet, weil etwa Methadon als Konkurrent daneben existiert.

Abgesehen von der Frage, des möglichen Einflusses eines hinzukommendes Methadon-Programm auf den Erfolg eines drogenfreien Programms, besteht die Befürchtung der Psychozialarbeiter, dass sie Kunden verlieren könnten, die zur "Konkurrenz" von Methadon übergehen. Ich muss konstatieren, dass mir gerade in Deutschland diese Befürchtung eigenartig erscheint, da die Behandlung hierzulande zu 80% eine Strafvollzugsmassnahme ist.⁽³⁾ Aber wie dem so ist, die Besorgnis zeigt sich auf Grund weltweiter Erfahrung als unnötig. Drogenfreie Behandlungszentren blühen und gedeihen überall in Amerika, in Hong Kong, in jeder grösseren Stadt Australiens, in Gross-Britanien und Holland, überall, wo ein weites Spektrum verschiedenartiger Heilmethoden existiert, darunter auch Methadon. Warum sollte das in Deutschland anders sein? Wer drogenfreie Behandlung anbietet, erfolgreich anbietet, sollte weder so bescheiden noch so unsicher sein, zu vermuten, dass er keine Kunden mehr anziehen wird, wenn Methadon in seiner Gegend zur Verfügung steht.

Ferner darf man nicht vergessen, dass einer Erfolgsrate von 25 bis 35% ein Misserfolg von 65 bis 75% entspricht. Bei diesen Zahlen gehen wir nicht etwa von 1200% der Suchtbevölkerung aus,

sondern nur von der Minderheit, die diese drogenfreien Zentren aufsuchen und den dortigen Aufnahmebedingungen erfüllen. Mit anderen Worten, wie erfolgreich auch die psychosoziale Methode hier in Deutschland sein mag - und ich gehe von der Richtigkeit aller diesbezüglichen Behauptungen aus - so bleibt doch die unentrinnbare Schlussfolgerung, dass die ganz überwiegende Mehrzahl der Süchtigen in der Bundesrepublik hiervon nicht erfasst werden und auf diese Weise keine Hilfe finden können. Im Hinblick auf diese überwiegende Mehrheit muss ich nochmals mit Nachdruck meine Frage wiederholen: Ist die Verabreichung von Methadon für Patienten und die Gesellschaft besser als fortgesetzter Heroin-Gebrauch?

Ich glaube kaum, dass irgend jemand unter meinen Zuhörern an meiner Antwort auf die dauernd wiederholte rhetorische Frage zweifelt. Mir erscheint es offensichtlich, dass die Antwort auf diese Frage nur ein emphatisches und uneingeschränktes "JA" sein kann. Ich kann mir nichts Schlimmeres vorstellen, als den Süchtigen Behandlung zu verweigern, ganz gleich, welche Art von Behandlung. Alles ist besser als fortgesetzter Heroin-Gebrauch! Ich sage dies in bewusster Anerkennung der Begrenzungen, die Methadon - wie jede andere jetzt zur Verfügung stehende Art von Suchtbehandlung - haben mag. Es ist schwer vorstellbar, welche Art von Kritik an Methadon-Behandlung, gleichviel ob gerechtfertigt oder nicht, zu dem Schluss führen könnte, dass es

für Süchtigen und die Gesellschaft besser wäre, den Patienten weiterhin dem Heroin-Gebrauch zu überlassen.

METHADON BEHANDLUNG: WIE METHADON WIRKT, UND WIE ES NICHT WIRKT

Es mag sein, dass die Ablehnung von Methadon zum Teil darauf beruht, dass man sich über seine beweisbare pharmakologische Wirkung nicht im Klaren ist. Ich kann die pharmakologische Wirkung von Methadon nicht besser formulieren, als die deutsche Autorität, Professor Dr. Schönhöfer, es 1985 in einem Artikel getan hat:

"Eine Blockierung der Opiatrezeptoren kann durch einmalige Gabe pro Tag über 24 Stunden aufrechterhalten werden, wenn die gewählte Dosis genügend hoch ist. Die zusätzliche Zufuhr eines anderen Opiates (z.B. Diamorphin) kann dann keine Effekte mehr auslösen, wenn die Rezeptoren über die gesamte Zeit zwischen den Dosierungsintervallen vollständig durch Methadon besetzt sind."⁽⁴⁾

Hier sehen Sie die Basis für den Gebrauch von Methadon in der Behandlung von Drogensucht. So wirkt Methadon. In geeigneter Dosierung verhindert es die euphorischen und andersartigen Wirkungen aller Opiate, inklusive Heroin. Ebenso wichtig ist

aber, was Methadon nicht tut: es bewirkt keine Euphorie in dem Patienten, der auf Methadon-Toleranz gehalten wird. Auch hier kann ich nichts Besseres tun, als wiederum Professor Schönhöfer zu zitieren, der zusammen mit Dr. med. G. Kuschinsky in einem Artikel aus dem Jahre 1982 schrieb:

"Insgesamt lässt sich bei kontinuierlicher Zufuhr ohne Dosissteigerung ein Zustand erzeugen, in dem die initialen Effekte einer psychoaktiven Substanz nicht mehr nachweisbar sind: Es hat sich eine Toleranz ausgebildet. Im Zustand der Toleranz wird das Funktionsgleichgewicht . . . so weit aufrechterhalten, dass die Abhängigkeit symptomatisch nicht auffällig zu werden braucht."(5)

NEBENFOLGEN VON METHADON-BEHANDLUNG

Ich will zwar nicht provozieren; andererseits darf ich aber auch nicht aus falscher Bescheidenheit die enormen Vorteile unerwähnt lassen, die sich in der ganzen Welt als Folgeerscheinungen der Methadon-Behandlung gezeigt haben. Als in New York City zu Anfang der siebziger Jahre die Patientenzahl in den Methadon-Programmen von etwas über 2,000 auf nahezu 30,000 sprang, waren zu vermerken: erstens, ein auffallender Rückgang in drogenverbundener Straffälligkeit; zweitens, ein Absinken der Probleme

des Tetanus und infektiöser Hepatitis, die beide mit Heroin-Gebrauch zusammenhängen.⁽⁶⁾ Auf der anderen Seite der Welt, in Hong Kong, fiel während der fünf Jahre nach Ausbau des Methadon-Programms von 500 auf über 8,000 Patienten pro Tag die Zahl der arrestierten und zu Gefängnis verurteilten Drogen-Süchtigen um über 70%.⁽⁷⁾ Es ist überall und immer wieder nachgewiesen worden, in Städten Amerikas, Europas, Australiens, Asiens, dass Teilnahme an Methadon-Programmen Hand in Hand geht mit erhöhten Anstellungsmöglichkeiten, verminderter Abhängigkeit von öffentlicher Unterstützung, verminderter Kriminalität, verbessertem Gesundheitszustand, usw.

Da die heutige Konferenz in einer Universitäts-Klinik statt findet, scheint es angemessen, folgenden letzten Gesichtspunkt besonders zu betonen: den positiven Einfluss der Methadon-Behandlung auf das Allgemeinbefinden der Patienten. Als Ärzte dürfen wir nicht nur das primäre Problem des Patienten im Auge halten - seine Heroinsucht - sondern auch seine sekundäre, d. h. rein medizinische Probleme. Es steht ausser Zweifel, dass es in Folge von intravenöser Heroin-Gebrauch eine ganze Reihe von solche sekundäre Probleme gibt. Diese können genau so lebensgefährlich sein wie der ihnen zugrundeliegendes Heroin-Gebrauch als solches, und beschränken sich nicht etwa auf Hepatitis oder Tetanus. Daneben stehen weitere gefährliche Folgeerkrankungen wie etwa Endokarditis, Haut-Abszesse, Unterernährung, Zahn- und

Zahnfleisch Erkrankungen, gynekologische Störungen, usw.

Es ist schlüssig nachgewiesen worden, dass die Behandlung der Süchtigen mit Methadon zu einer geradezu dramatischen Verbesserung der physischen Folgeerscheinungen des intravenösen Heroin-Gebrauchs führt. Ein Beispiel aus offizieller Quelle: im Jahre 1983 rief die amerikanische Bundesregierung ein Symposium mit Experten des ganzen Landes nach Washington zusammen. Darunter waren Internisten, Psychiater, Neurologen, Endokrinologen, und andere Spezialisten. Die Ergebnisse dieses Symposiums wurden in einer sehr ausführlichen Monographie berichtet. Die Schlussbetrachtung enthält u. a. die folgende Feststellung:

"Tatsächlich ist die wichtigste medizinische Folgeerscheinung dauernder Methadon-Behandlung, die auffallende Verbesserung im allgemeinem Gesundheits- und Ernährungszustand der Patienten, verglichen mit ihrem Befinden zur Zeit der Aufnahme in die Methadon-Behandlung."⁽⁸⁾ (Unterstreichung hinzugefügt)

Die gleiche Beobachtung hat man überall auf der Welt gemacht, wo Heroin-Süchtige mit Methadon behandelt werden. Das gilt sogar hier, in der Bundesrepublik Deutschland, wenn man dem (vielleicht etwas anekdotenhaften) Bericht im SPIEGEL vom 26. Oktober 1987

glauben darf.

Selbst diejenigen Ärzte, die die Drogensucht als ein psychosoziales Problem betrachten und nicht als ein Problem, das ins Gebiet des nicht-psychiatrischen Mediziners fällt, selbst diese Kollegen dürfen nicht die endlose Reihe physische Krankheiten ausser Acht lassen, die die Heroin-Sucht mit sich bringt.

Und AIDS? Ein einschlägiger Bericht ist soeben aus Bergamo, Norditalien, erschienen.⁽⁹⁾ Danach wurden HIV-Antibodies in 53% von Drogensüchtigen gefunden, die wegen nicht-AIDS-verbundenen Krankheiten im Krankenhaus lagen; in 41% von Süchtigen, die verhaftet waren; und in 43% von Mitgliedern therapeutischer Gemeinschaftsgruppen. In krassem Gegensatz hierzu betrug die sero-positive Rate bei Methadon-Patienten die mindestens sechs Monate in Behandlung waren nur 21%! Der Bericht zieht daraus die gebotene Schlussfolgerung: "Unsere Ergebnisse bestätigen, dass Methadon-Behandlung helfen kann, die Verbreitung des HIV Virus zu verhindern, da die in einem solchen Programm behandelten Drogensüchtigen gewöhnlich aufhören, sich selbst intravenös Heroin zu verabreichen."

Der soeben veröffentlichte Bericht aus Italien steht im Einklang mit den Befunden aus Amerika. Dort hat man festgestellt, dass ". . . weniger als 10% von Heroin-Süchtigen, die vor 1978 in New

York mit Methadon-Behandlung begonnen hatten, Antibody-positiv waren für den AIDS-Virus; verglichen mit 60% der Heroin-Süchtigen, die an einem solchen Programm nicht teilgenommen hatten."⁽¹⁰⁾ Wahrhaft ein eindeutiger und eindrucksvoller Beweis für die Wirksamkeit, die Methadon auf AIDS haben kann, wenn der Heroin-Süchtige sich nicht mehr zu spritzen braucht.

Selbstverständlich ist die sero-positive Rate unter den nicht-behandelten Süchtigen heute schon in der Bundesrepublik wie auch in den meisten anderen Ländern extrem hoch. Aber selbst bezüglich dieser Gruppe gibt es vieles, wodurch Methadon zur Verhinderung weiterer Verbreitung von AIDS beitragen kann. Es kann helfen, den intravenösen Drogen-Gebrauch und damit die Gefahr der Verbreitung von bisher noch nicht Betroffenen herabzusetzen. Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass Methadon-Patienten meistens für Gesundheitserziehung im allgemeinen und für Einschränkung von höchstriskantem Sexualverkehr und Drogenmissbrauch im besonderen sehr aufgeschlossen sind. Zum Beispiel wurden in dem Methadon-Programm meines Krankenhauses, das 7,500 ehemalige Heroin-Süchtige behandelt, über 300,000 (!) Condone im Laufe von 6 Monaten verteilt. Ganz offenbar benutzen Methadon-Patienten Condone zum gleichen Zweck wie jeder Andere. Es ist anzunehmen, dass sie in der Tat gefahrloseren Sexualverkehr haben und dabei sich selbst und ihre Partner schützen.

Trotz dieser happy-end Ergebnisse, die in der weltweiten Fachliteratur dokumentiert sind, bin ich mir bewusst, dass es immer Skeptiker geben wird, die behaupten, die Verhältnisse hier in der Bundesrepublik lägen anders; dass ihre Süchtigen anders seien; dass ihr Heroin anders sei, usw. Für diese Skeptiker kann ich auf ein Versuchsprogramm hinweisen, das vor etwa zehn Jahren in Hannover durchgeführt wurde.⁽¹¹⁾ Zwar handelte es sich dort um ein zugegebenermaßen kleines Programm; aber dessen Ergebnisse und Schlussfolgerungen sind aufschlussreich.

Die Einrichtung dieses Versuchsprogramms wurde damit begründet, dass die bestehenden therapeutischen Hilfsmethoden für gewisse schwer-abhängige jugendliche Opiatsüchtige wirkungslos seien, und dass viele solcher Süchtigen von ihnen nicht erfasst werden könnten. Als man 1975 beschloss, das Programm zu beenden, berichteten die Forscher:

"Gemessen an den Erfolgskriterien von Dole und Nyswander (soziale Stabilisierung, Unterlassung krimineller Verfehlungen, gelungene Wiedereingliederung in Ausbildung und Arbeitsverhältnisse, Lösung aus dem Drogenmilieu) wurde im Verlauf des ATM (Ambulanten Therapieprogramms unter Verwendung von Methadon) eine Erfolgsquote von nahezu 100% erreicht."

Könnte man wohl einen überzeugenderen Beweis für den Erfolg eines Programms erwarten? Was der Bericht aus Hannover bewiesen hat, ist, dass Methadon-Behandlung hier in Deutschland, genauso wie anderswo, eine dramatische Einwirkung hat auf die Verbesserung des Lebensstils von Heroin-Süchtigen, und dass gleichzeitig die Gesellschaft als Ganzes davon profitiert. Und doch kamen die Verfasser dieses Berichts zu dem Schluss:

"Für unsere Beurteilung des Programms ist jedoch weniger entscheidend, was während des Verlaufs des ATM erreicht wurde, als vielmehr, inwieweit die erreichten Ziele auch nach Beendigung des Programms beibehalten werden konnten. Es zeigt sich . . . dass ein grosser Teil der erreichten Ziele von den Klienten nach Abschluss des ATM nicht gehalten bzw. nicht darauf aufgebaut werden konnte." (Unterstreichung hinzugefügt)

Ich zitiere diesen Bericht nicht, um die Autoren - die an diesem Kongress teilnehmen - in Verlegenheit zu bringen. Ganz im Gegenteil! Ich habe für sie die grösste Hochachtung. Sie hatten sich ein therapeutisches Ziel gesetzt, und hatten die intellektuelle Ehrlichkeit, die Bescheidenheit, und die Weisheit, zu prüfen, ob und in welchem Ausmass dieses Ziel erreichbar sei. Das ist besonders bewundernswert, da die meisten "Experten" auf

diesem Gebiet ihre Philosophie immer weiter befürworten, ohne sicher zu sein, ob es überhaupt zum Erfolg führen kann.

Aber leider bleibt das Ziel des Hannover Programms - Drogen- und Medikament-freies Leben - das Einzige das von der Mehrheit der Ärzte und Politiker akzeptiert oder geduldet wird. Alle Beweise der segenreichen Wirkungen von Methadon-Behandlung werden ignoriert, solange der Patient weiter täglich Methadon schluckt.

Um es an Parallelfällen deutlich zu machen: Was würde es für den Wert eines Contraceptivums beweisen, wenn eine Frau nach Beendigung der Einnahme der Verhütungspillen schwanger wird? Was würde es für die Wirksamkeit von Dopamin bei Parkinson, oder von Lithium bei Schizophrenie, beweisen, wenn der Patient nach Beendigung der Einnahme des Medikaments wieder in seine alten Symptome verfällt? Genauso müsste man voller Verachtung alle Mittel gegen zu hohen Blutdruck ablehnen, wenn sie nach Beendigung des Gebrauchs keine fortdauernde Wirkung mehr zeitigen. Und doch hat man gerade an die Behandlung von Drogensucht diesen unlogischen Masstab angelegt.

Die Diskrepanz zwischen tatsächlichen Beobachtungen und gezogenen Schlussfolgerungen ist nicht etwa eine deutsche Spezialität.

Mein verehrter Kollege aus Schweden, der auch heute ein Redner ist, Dr. Lars Gunne, hat in einem Bericht⁽¹²⁾ die

dramatische Verbesserung im Lebensstil früherer Heroinnehmer auf Grund von Methadon-Behandlung beschrieben. Man hatte in Schweden ein sogenanntes "doppel-blind" Experiment durchgeführt; d.h. weder die beiden Patienten-Gruppen noch das Personal der Klinik wussten, welche Patienten echtes Methadon erhielten und welche nur ein wirkungsloses Scheinmedikament, ein sogenanntes "Placebo." Es zeigte sich, dass 76% der Patienten, die Methadon erhalten hatten, als "erfolgreich rehabilitiert" befunden wurden. In krassem Gegensatz dazu waren nur 6% der Placebo-erhaltenden Patienten rehabilitiert. Der Rest ". . . starb entweder oder steckte sich infektiös an oder endete im Gefängnis. Die jährliche Todesrate für diese Kontrollgruppe lag 59 mal höher als die normale Todesrate dieser Altersgruppe in Schweden." Und doch musste Gunne abschliessend lakonisch (wenn nicht tragisch) feststellen, dass die schwedische Regierung erwäge, das Programm zu beenden!

Wir Experten - mit unserer langjährigen Ausbildung, Erfahrung, Kenntnis, wir mit der gesamten vertrauten internationalen Fachliteratur - sind bereit, eine derartige Unlogik hinzunehmen, die ein bewiesener Erfolg als Misserfolg darstellen lässt. Naive Menschen hingegen, die unsere Schulweisheit nicht genossen haben, müssen den Kopf schütteln vor Staunen und sich fragen - wie bei "des Königs neuen Kleidern" - ob uns superklugen Experten vielleicht eines fehlt: nämlich, gesunder Menschenverstand!

ZUM ABSCHLUSS:

Ich habe in diesem Vortrag mehrfach deutsche Autoren zitiert. Am Ende möchte ich noch ein weiteres deutsches Zitat hinzufügen, und zwar ist diesmal mein Gewährsmann Heinrich Heine, der vor etwa 160 Jahren Folgendes dichtete:

Selten habt Ihr mich verstanden,
Selten auch verstand ich Euch.
Nur wenn wir im Kot uns fanden,
Dann verstanden wir uns gleich. (13)

Verzeihen Sie Heine und mir die banalen Worte. Aber leider ist es eine Tatsache, dass wir uns heutzutage alle im Kot befinden, wenn wir der Realität der Drogensucht, ohne schönzufärben, ins Auge sehen. Es ist unbedingt notwendig, dass wir uns endlich verstehen; und dass wir aufhören, über Unwichtigkeiten zu diskutieren. Wir müssen uns darauf konzentrieren, Schmerzen und Leiden zu lindern, die mit dem Drogenproblem eng zusammenhängen. Vielleicht gibt uns die AIDS-Tragödie den Anstoss zu einer Erneuerung unserer Prioritäten. Denn Tatsache ist, dass die Drogennehmer die zweitgrösste von AIDS betroffene Gruppe in unserer Gesellschaft darstellen. Sie sind sogar die allererste Gruppe, von der diese tödliche Seuche auf die heterosexuelle Bevölkerung und auf Kinder übertragen wird.

Zusammenfassend möchte ich die Hoffnung aussprechen, dass ich einige wesentliche Punkte der Methadon-Behandlung aufgeklärt habe, auch wenn sich dadurch Ihre Grund-Einstellung nicht ändern wird. Ich möchte Sie nur um eins bitten: Versuchen Sie, Ihre prinzipiellen Einwände gegen Methadon im Lichte der unerbittlichen Realität zu sehen, dass viele Tausende von Menschen in den Strassen unserer Städte leben, die täglich mehrfach am Tag Heroin spritzen, und die dadurch eine tödliche Gefahr darstellen für sich selber und eine schwere Bedrohung für die Gesellschaft im ganzen. Für viele dieser Menschen gibt es keine Alternative; es ist Methadon oder nichts! Es wäre ein tragischer Fehler, wolle man diese Menschen zur fortgesetzten Selbstzerstörung durch Heroin verurteilen, indem wir ihnen einen Platz verweigern in einem Methadon-Programm, innerhalb des weiten therapeutischen Spektrums, das wir unseren gefährdeten Süchtigen anzubieten haben.

Ich danke Ihnen nochmals für die freundliche Einladung und für Ihr geduldiges Zuhören.

LITERATURVERZEICHNIS

1. Wille R: Drug Addiction in the Federal Republic of Germany: problems and responses. British Journal of the Addictions 82:849-856, 1987
2. Ibid
3. Elias H: "Vergleich des Abstinenzparadigmas mit der These von Rashke und Heinemann." Vortrag an der Frankfurter Universität, 14 Nov. 1987.
4. Schönhöfer PS: Pharmakologische Aspekte der Methadon-Behandlung. Suchtgefahren 31:101-103, 1985
5. Schönhöfer PS und Kuschinsky G: Arzneimittelabhängigkeit. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 58:651-657, 1982
6. Gearing FR: A road back from heroin addiction. In: Fourth National Conference on Methadone Treatment. New York; National Association for the Prevention of Addiction to Narcotics, 1972, pp.157-158
7. Action Committee Against Narcotics. Hong Kong Narcotics Report for 1981. Hong Kong; Government Printer, 1983, p.169

8. National Institute on Drug Abuse: Research on the Treatment of Narcotic Addiction - State of the Art. US Dept. of Health and Human Services; Rockville Me., 1983, p. 474.
9. Tidone L, Sileo F et al: AIDS in Italy. American Journal of Drug and Alcohol Abuse 13(4):485-486, 1987
10. Schuster CR: Substance Abuse. Journal of the American Medical Association 258(16):2269-2271, 1987
11. Krach C, Lotze J et al: Ambulantes Therapie-programm mit Methadon. Niedersächsisches Ärzteblatt 51:289-292, 1978
12. Gunne L und Grönbladh: The Swedish Methadone Maintenance Program: A Controlled Study. Drug and Alcohol Dependence 7:249-256, 1981
13. Heine H: Sämtliche Werke, ed. R. Frank, Vol. 1, Rösl; München, 1923, p. 148