

# Methadon-Dosierung ein Jahr nach Behandlungsbeginn

## Zeitverlauf und Zusammenhang mit Nebenkonsum

VON FRANZISKA LIECHTI, LUIS FALCATO, RUDOLF STOHLER, DOMINIQUE EICH, WULF RÖSSLER

### Zusammenfassung

**Im Kanton Zürich wird im Vergleich zu internationalen Empfehlungen Methadon eher tief dosiert. Bei Folgebehandlungen werden höhere Dosen verschrieben als bei Erstbehandlungen. Signifikante Unterschiede bestehen zwischen den Einrichtungstypen:**

1. durchschnittlich tiefere Dosierung in 'kleinen Privatpraxen' und Drop-ins
2. höhere Dosierungen in 'grossen Privatpraxen' sowie im Zokl

**Deutlich feststellbar ist ein Anstieg der Methadon-Durchschnittsdosis seit 1992. Diese Zunahme gilt für alle Einrichtungstypen und für Folgebehandlungen.**

**Tiefe Dosierung von Methadon geht mit weniger Nebenkonsum von Kokain und Benzodiazepinen einher. Bei Heroin sind die Zusammenhänge zufällig.**

### 1 Einleitung/Ausgangslage

In den Jahren 1993, 1995 und 1999 wurden verschiedene Richtlinien für die Dosierung von Methadon verabschiedet (Parrino M., 1993; American Psychiatric Association, 1995; Department of Health et al., 1999). Diese US-amerikanischen und britischen Empfehlungen schlagen übereinstimmend Methadondosen von mehr als 60mg für eine Substitutionsbehandlung vor. Uns interessiert, ob bei den Substitutionsbehandlungen im Kanton Zürich ebenfalls ein Trend zu höherer Dosierung in Übereinstimmung mit diesen Richtlinien feststellbar ist.

Steht die Methadondosierung in Zusammenhang mit dem Konsum nicht verschriebener Substanzen während der Behandlung? Dieser Frage gehen wir im zweiten Teil der Analysen nach. Gemäss Ball & Ross (1991) und Strain (1999) ist bei höherer Dosierung mit weniger Nebenkonsum zu rechnen.

### 2 Ergebnisse

#### 2.1 Methadondosierung ein Jahr nach Behandlungsbeginn

Im Kanton Zürich werden ein Jahr nach Behandlungsbeginn Dosen bis 300mg ab-

gegeben. Am häufigsten werden 50mg verschrieben. Im Zokl werden auch Methadondosen von 100mg häufig abgegeben.

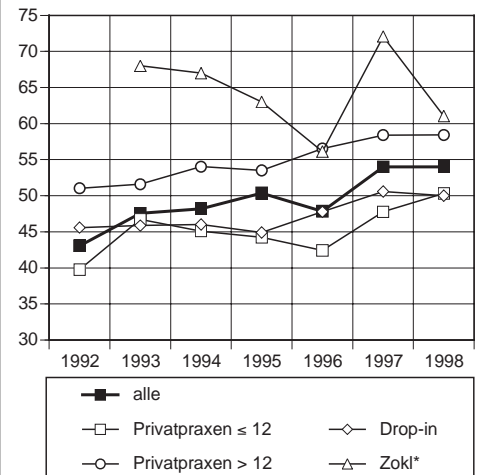
Durchschnittlich wurden in den Jahren 1992 bis 1998 jeweils ein Jahr nach Behandlungsbeginn etwas mehr als 50mg Methadon abgegeben. Bei Erstbehandlungen liegt dieser Durchschnittswert mit knapp 45mg etwas tiefer als bei Folgebehandlungen (54mg) (siehe Kasten). Die verschiedenen Einrichtungstypen (siehe Kasten) verschreiben im Durchschnitt verschiedene Methadondosen: Am tiefsten dosieren Ärzte und Ärztinnen in den 'kleinen Privatpraxen' und den Drop-ins (50mg). Signifikant höher wird in 'grossen Privatpraxen' und im Zokl dosiert (60mg).

#### 2.2 Methadondosierung im Zeitverlauf

Die Dosierung von Methadon ein Jahr nach Behandlungsbeginn steigt von durchschnittlich 43mg im Jahr 1992 auf 54mg im Jahr 1998 (vgl. Abb.1). Allerdings liegt die Dosierung immer noch in einem tiefen Bereich, vergleichen wir mit den eingangs genannten Empfehlungen. Die Zunahme ist deutlich für drei der vier Einrichtungstypen. Das Zokl bleibt trotz Abnahme auf einem

Abbildung 1:

#### Methadondosis ein Jahr nach Behandlungsbeginn, Einrichtungstypen 1992–98



\* Die Daten vom Zokl 1993 bis 1995 stammen aus der internen Evaluation des Zokl 1. Das Zokl 2 ist für diese Jahre ausgeschlossen.

höheren Niveau bis 1995. Nach einem Tiefstpunkt 1996 steigt der Mittelwert der abgegebenen Methadondosis 1997 sprunghaft an.

Die durchschnittliche Dosierung bei Erstbehandlungen nimmt bis 1996 leicht ab

### Datenbasis und Methode

Die Auswertungen basieren auf den 11'885 Behandlungsmeldungen, die von Anfang 1991 bis Ende 1997 bei der Sozialpsychiatrischen Forschungsgruppe der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich eingegangen sind. 60% dieser Behandlungen dauerten weniger als ein Jahr. Diese 7'099 Substitutionsbehandlungen – seit 1997 auch Entzüge – wurden aus den Analysen ausgeschlossen.

Von den mindestens ein Jahr dauernden 4'786 Behandlungen gelangten 4'600 in die Analyse, da nicht alle Einrichtungen den vier Kategorien zugeordnet werden können. Die vier Einrichtungstypen sind 'kleine Privatpraxen' (durchschnittlich bis zu 12 Methadonpatienten und -patientinnen), 'grosse Privatpraxen' (durchschnittlich mehr als 12 Methadonpatienten und -patientinnen), Drop-ins (spezialisierte ambulante Drogenfachstellen des Kantones) und Zokl (auf Methadonabgabe spezialisierte städtische Einrichtungen Zokl 1 und 2 in Zürich).

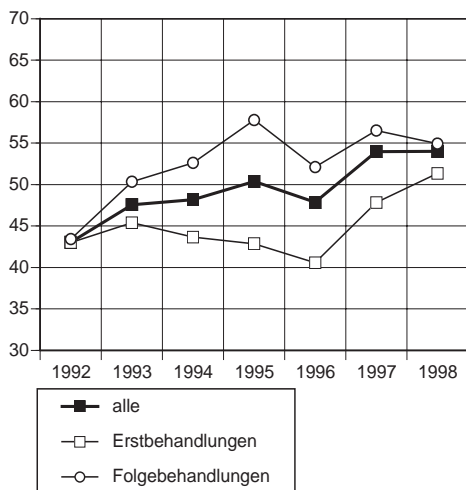
2'165 sogenannte 'Erstbehandlungen' (erstmalige Registrierungen einer im Kanton Zürich behandelten Person) stehen 2'435 'Folgebehandlungen' gegenüber. Verzerrungen durch Betrachtungen auf Behandlungsebene können mit dieser Unterscheidung sichtbar gemacht werden, da bei 'Erstbehandlungen' jeder Patient und jede Patientin nur einmal erfasst wird.

Zum Zeitpunkt ein Jahr nach Behandlungsbeginn ist von den 4'600 Behandlungen die verschriebene Methadondosis bei 45% nicht erfasst worden. Fehlende Werte oder Evaluationsbögen bedingen diese hohe Quote vor allem in den früheren Evaluationsjahren. Von 1992 bis 1998 konnte der Anteil fehlender Werte bei der Variable 'Methadondosis ein Jahr nach Behandlungsbeginn' jedoch von insgesamt 48% auf 13% reduziert werden.

Für Berechnungen mit Angaben zum 'Nebenkonsum' nicht verschriebener Substanzen gehen die Behandlungen aller Einrichtungen der Verlaufsjahre 1997 und 1998 ein. Angaben aus früheren Jahren sind nicht integrierbar: damals wurde nur durch Urinanalyse festgestellter Nebenkonsum erhoben. Wir vergleichen 'kein Konsum' von Heroin, Benzodiazepinen und Kokain mit deren 'gelegentlichem' bis 'fast / mehrmals täglichem' Konsum ein Jahr nach Behandlungsbeginn. Von den 1'375 Behandlungen fehlen bei 24% die Angaben zum Nebenkonsum. Der Anteil fehlender Werte hat sich auch hier von 33% (1997) auf 17% (1998) verkleinert.

Abbildung 2:

### Methadondosis ein Jahr nach Behandlungsbeginn, Erst- und Folgebehandlungen 1992–1998



(vgl. Abb 2). Bei Folgebehandlungen nimmt sie bis 1995 zu. Seit 1997 beobachten wir jedoch bei Erstbehandlungen eine deutliche Zunahme, die 1998 in einer Angleichung der durchschnittlichen Dosierung von Erst- und Folgebehandlungen mündet. Der unterschiedliche Verlauf der Kurven zeigt, dass höhere Dosierungen zuerst bei Folgebehandlungen zur Anwendung gekommen sind. Erst in letzter Zeit werden auch bei neu ins Behandlungssystem eintretenden Personen höhere Dosierungen verschrieben.

### 2.3 Methadondosierung und Nebenkonsum ein Jahr nach Behandlungsbeginn

Verschiedene Studien stellen einen Zusammenhang zwischen der Dosierung des Methadons und dem Nebenkonsum von Opiaten und anderen Drogen fest. Kommt dies bei den Methadonbehandlungen im Kanton Zürich ebenfalls zum Ausdruck?

Da einheitliche Daten erst seit 1997 vorliegen, können Zeitreihen für den Nebenkonsum noch nicht berechnet werden. In einem ersten Schritt vergleichen wir die Dosierung ein Jahr nach Behandlungsbeginn mit dem Beikonsum von Heroin, Kokain und Benzodiazepinen zu diesem Zeitpunkt. Abbildung 3 zeigt die Ergebnisse für Personen mit hoher (mehr als 50mg) und tiefer (bis 50mg) Methadondosis. Tiefe Dosierung des Methadons geht mit weniger Nebenkonsum von Kokain und Benzodiazepinen einher. Bei Heroin sind die Unterschiede zufällig. Auch zwei Jahre nach Behandlungsbeginn sind dieselben Zusammenhänge feststellbar.

### 3 Diskussion

Die (fast) übereinstimmenden Ergebnisse verschiedener kontrollierter Studien (Hartel, 1995; Farrel, 1994; Strain, 1993; Ball, 1991) und die entsprechenden Therapieempfehlungen (Parrino, 1993; American Psychiatric Association, 1995; Depart-

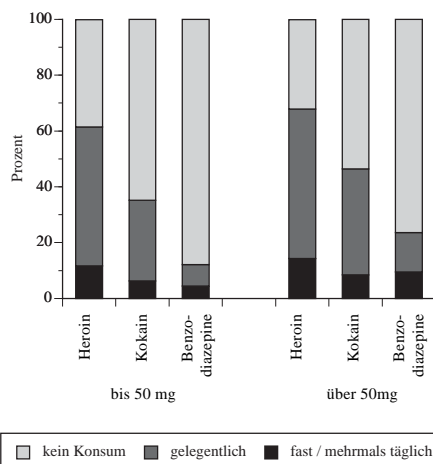
ment of Health et al., 1999), nach denen Methadonbehandlungen mit Dosen unter 60mg nicht optimal seien, haben vermutlich auch im Kanton Zürich dazu geführt, dass seit 1996 höher dosiert wird. Erstbehandlungen erfahren in dieser Zeit eine auch klinisch relevante Dosiserhöhung von rund 40 auf 50mg. Bei den Folgebehandlungen im selben Zeitraum wird die Dosis lediglich um etwa 3mg erhöht. Zieht man in Betracht, dass Behandlungsverläufe, die weniger als ein Jahr dauern, in der vorliegenden Untersuchung keine Aufnahme fanden (sie erreichen nur kurzfristig eine stabile Phase, sind durch Auf- und Abbau des Substituts gekennzeichnet und somit insgesamt tiefer dosiert), ist davon auszugehen, dass in allen Einrichtungstypen (durchschnittlich) niedriger als mit den empfohlenen 60mg dosiert wird.

Speziell auffällig ist diese 'Niederdosenspolitik' in den 'kleinen Privatpraxen' und den Drop-ins, wohingegen die 'grösseren Privatpraxen' und Zokl sich punkto Dosierung den Therapieempfehlungen annähern. Möglicherweise hat dies mit den eher abstinentorientierten Settings der Erstgenannten zu tun. Ob sich diese Orientierung im gewünschten Sinne auswirkt, wird Gegenstand von weiteren Analysen sein müssen.

Es überrascht, dass Patientinnen und Patienten, die mit mehr als 50mg Methadon substituiert werden, einen höheren Beikonsum von Kokain und Benzodiazepinen haben als solche, die mit weniger als 50mg behandelt werden (siehe Punkt 2.3). Bei Heroin sind die Unterschiede zufällig. Dieser Befund steht im Widerspruch zu den Ergebnissen der oben zitierten Studien und muss vorsichtig interpretiert werden. Erstens kann nicht ausgeschlossen werden, dass Patientinnen und Patienten mit mehrfachem Substanzgebrauch (im Unterschied zu Heroinmonoabhängigen) primär auf hö-

Abbildung 3:

### Dosis Methadon und Nebenkonsum 1997 und 1998: Anteil Personen, die ein Jahr nach Behandlungsbeginn weitere Drogen konsumieren



here Dosen eingestellt werden. Zweitens vergleicht die vorliegende Untersuchung Behandlungsverläufe nach einem Jahr. Deshalb können längerfristige Gewinne einer höheren Methadondosierung (wie sie auf Grund der Literatur noch zu erwarten sind) nicht abgebildet werden. Drittens ist die Datenlage zum 'Beikonsum' schlecht. Vielfach wurden diese Fragen nicht beantwortet. Die vorliegenden Antworten widerspiegeln oft die Einschätzung der Behandelnden und wurden nicht mittels Urinscreenings objektiviert. Die Fragen wurden möglicherweise nicht beantwortet, wenn kein Nebenkonsum festgestellt wurde. Eine Verzerrung kann auch durch folgenden systematischen Bias entstanden sein: Patienten und Patientinnen suchen mit dem Ziel Abstinenz eher die niederdosierenden Einrichtungen auf. Unsere Ergebnisse lassen den Schluss nicht zu, dass generell niedriger dosiert werden soll.

Bei der unerwartet hohen Frequenz des Beikonsums (60% Heroin, 40% Kokain) muss daran erinnert werden, dass Behandlungen, die innerhalb eines Jahres abgeschlossen werden können, in der Untersuchung nicht auftauchen. Die Frage, ob die hier untersuchten Behandlungen auch die 'schwierigeren' sind, muss offen bleiben.

'Täglicher' Nebenkonsum ist mit einer durchschnittlichen Häufigkeit von 10% relativ selten. Die Kategorie 'gelegentlich' hingegen ist ziemlich weit gefasst (vielmals wöchentlich bis einmal monatlich), sodass die Daten mit der Annahme einer wesentlichen Reduktion illegaler Konsumereignisse vereinbar sind.

#### Referenzen:

- American Psychiatric Association (1995), Practice Guideline for the Treatment of Patients with Substance Use Disorder: Alcohol, Cocaine, Opioids, Am J Psychiatry 152 (Supplementum).
- Ball John C., Ross Alan (1991), The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment, Springer Verlag, New York.
- Department of Health, Scottish Office Department of Health, Welsh Office Department of Health and Social Services, Northern Ireland (1999), Drug Misuse and Dependence – Guidelines on Clinical Management, HMSO, Norwich.
- Farrell M., Ward J. et al. (1994), Methadone Maintenance Treatment, BMJ, 309(15), 997–1001.
- Hartel, Diana M. et al. (1995), Heroin Use during Methadone Maintenance Treatment: The Importance of Methadone Dose and Cocaine Use, American Journal of Public Health, 85(1), 83–88.
- Strain E., Stitzer M. et al. (1993), Methadone dose and treatment outcome, Drug Alcohol Depend, 33, 105–117.
- Strain Eric C. (1999), Moderate- vs High-Dose Methadone in the Treatment of Opioid Dependence, JAMA; 281, 11, 1000–1005.
- Parrino M. (1993), State Methadone Treatment Guidelines, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment, Rockville MD 20857.

Adresse: Psychiatrische Universitätsklinik Zürich  
Sozialpsychiatrische Forschungsgruppe  
Methadonevaluation, Postfach 1930, 8021 Zürich  
email: flie@spd.unizh.ch