

BUNDESÄRZTEKAMMER

Ersatzdrogen

Beschuß des Vorstandes der Bundesärztekammer vom 9. Februar 1990

Präambel

Trotz vieler nationaler und internationaler Bemühungen ist die Zahl der Drogenabhängigen und auch der Drogentoten in der letzten Zeit dramatisch angestiegen. Dieses hat zu einer politischen Diskussion der Grundsätze der Drogentherapie geführt, bei der häufig soziale Wünsche medizinische und ethische Prinzipien an den Rand drängen.

Aus Sorge über die alarmierende Zahl von drogenabhängigen Suchtkranken und in Anbetracht der großen Zahl Drogentoter erklärt der Vorstand der Bundesärztekammer:

- ① Drogenabhängige sind Kranke, die ärztlicher Hilfe bedürfen.
- ② Oberstes Ziel der ärztlichen Behandlung drogenabhängiger Suchtkranker ist die völlige Freiheit von allen suchterzeugenden Medikamenten und Substanzen. Dafür müssen die Entgiftungsplätze in Spezialkliniken und Entzugseinrichtungen erheblich vermehrt werden. Darüber hinaus ist ein nahtloser Übergang zur sozio-psychotherapeutisch begleitenden Entwöhnungstherapie erforderlich.
- ③ Eine Substitution Drogenabhängiger mit Methadon (L-Polamidon®) erscheint im Einzelfall und nur durch Ärzte und unter berufsrechtlicher Aufsicht der Ärztekammern gerechtfertigt.

Die Anwendung anderer Drogen als Ersatzstoffe ist ärztlich nicht zu verantworten.

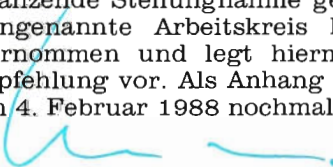
- ④ Jeder Arzt, der eine Ersatzdrogenbehandlung durchführt, ist zu einer umfangreichen Kontrolle und Dokumentation verpflichtet, die eine Auswertung durch die Ärztekammern ermöglicht.
- ⑤ Durch regelmäßige Urinkontrollen ist sicherzustellen, daß außer Methadon keine anderen suchterzeugenden Substanzen eingenommen werden.
- ⑥ Die ärztliche Behandlung ist durch eine ausreichende psychosoziale Betreuung zu unterstützen.
- ⑦ Durch Novellierung des Betäubungsmittelgesetzes ist sicherzustellen, daß ärztliche Ersatzdrogenbehandlung unter Aufsicht der Ärztekammern nicht unter Strafe gestellt wird.
- ⑧ Die Verabreichung von Drogen durch Nichtärzte ist unzulässig und wegen der unübersehbaren Komplikationen nicht zu verantworten.
- ⑨ Die Verabreichung von Heroin wird abgelehnt, weil dies weder zur Drogenfreiheit noch zur sozialen Integration führt.

Ergänzende Stellungnahme des Arbeitskreises „Ersatzdrogen“

Vorwort


Im Jahre 1987, als der gemeinsame Arbeitskreis des Wissenschaftlichen Beirates und des Ausschusses „Psychiatrie, Psychotherapie und Psychohygiene“ der Bundesärztekammer seine erste Empfehlung erarbeitet hat, betrug die Zahl der Drogentoten 444. Innerhalb von nur zwei Jahren hat sich diese Zahl verdoppelt, denn 1989 sind 975 drogenabhängige Menschen in der Bundesrepublik Deutschland einschließlich Berlin (West) verstorben.

In dieser Situation ist die Bundesärztekammer durch die Gesundheitsministerkonferenz um eine ergänzende Stellungnahme gebeten worden. Der obengenannte Arbeitskreis hat diese Aufgabe übernommen und legt hiermit die ergänzende Empfehlung vor. Als Anhang ist das erste Papier vom 4. Februar 1988 nochmals beigegeben.


Dr. Karsten Vilmar
Präsident der Bundesärztekammer
und des Deutschen Ärztetages

Inzwischen sind in dem Bereich von 9 Landesärztekammern von insgesamt 12 sozio- und psychotherapeutisch sowie wissenschaftlich begleitete Methadon-Programme beziehungsweise Studien eingeführt oder in Planung genommen worden. Dabei haben sich die Gestalter der Programme die prinzipiellen Anliegen der Empfehlungen vom 4. Februar 1988 weitgehend zu eigen gemacht.

Die medizinisch-wissenschaftlichen Gesichtspunkte für den nur als Teilaspekt des gesamten Drogenproblems anzusehenden Heroin-Methadon-Komplex sind durch die beiden nachstehenden Empfehlungen erläutert worden. Darüber hinaus hat der Vorstand der Bundesärztekammer seinerseits gesundheitspolitische Feststellungen anhand der Erfahrungen aus den letzten drei Jahren getroffen, die ebenfalls der Gesundheitsministerkonferenz zugeleitet worden sind und die vorstehend als Präambel veröffentlicht sind.


Prof. Dr. Klaus-Ditmar Bachmann
Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirates

Der Arbeitskreis hat 1987 eine Stellungnahme zu dem Problem der „Ersatzdrogen“ abgegeben. Diese Stellungnahme ist im Februar 1988 im Deutschen Ärzteblatt, Heft 5, „Aktuel-

le Medizin“, veröffentlicht worden. Nach dem Gespräch mit der Bundesministerin Frau Prof. Dr. Dr. Lehr am 26. Januar 1989 und aufgrund des Beschlusses der Gesundheitsministerkon-

ferenz vom 24. Februar 1989 wird folgende ergänzende Stellungnahme unter Berücksichtigung neuerer Veröffentlichungen für die Vergabe von Ersatzdrogen vorgelegt. ▽

① Zu wissenschaftlich kontrollierten Substitutionsprogrammen

Die Vergabe von Levomethadon außerhalb der wissenschaftlichen Programme – für diese wurde von der zuständigen Behörde eine Genehmigung erteilt – verstößt gegen das Betäubungsmittelgesetz und kann strafrechtliche Konsequenzen haben. Für die Durchführung wissenschaftlicher Programme gilt, wie für alle anderen Forschungsvorhaben am Menschen, daß über die Studien eine Ethikkommission zu befinden hat. Auch ein Substitutionsprogramm sollte dafür Sorge tragen, daß deletäre Behandlungsfolgen nach menschlichem Ermessen nicht eintreten.

② Zur zeitlich begrenzten Verordnung von Levomethadon

a) Die *Entgiftung* mittels Methadon bei schwerer Opiatabhängigkeit muß in der Regel stationär erfolgen (Dauer der Entgiftungstherapie stationär 3 bis 5 Tage, bei ausnahmsweiser ambulanter Entgiftung 7 bis 14 Tage).

b) Der Einsatz von Levomethadon bei schwerer körperlicher Abhängigkeit dient der *Überbrückung* anders nicht beherrschbarer Entzugerscheinungen; die Vergabedauer ist nach Tagen zu bemessen.

c) Drogenabhängige *Schwangere* bedürfen in der perinatalen Phase der spezifischen Überwachung, während der Schwangerschaft kann die Gabe von Levomethadon angezeigt sein.

d) *HIV-Infizierte* (ohne klinische Krankheitssymptome) sind wegen der noch ungeklärten Wirkung von Methadon auf das Immunsystem von der Gabe auszuschließen.

e) Die *Methadonsubstitution* bei Opiatabhängigen soll nur von *Ärzten an Institutionen* durchgeführt werden, die in der Suchttherapie über spezielle Erfahrungen verfügen. Darüber hinaus sieht der Ausschuß keine Veranlassung, von den in der früheren Stellungnahme genannten fünf Indikationen abzuweichen.

Wenn in wissenschaftlichen Programmen und unter den genannten Indikationen eine Substitution erfolgt, ist folgendes zu beachten:

① Durch gründliche Voruntersuchung muß sichergestellt sein, daß eine schwere Opiatabhängigkeit besteht. Der aktuelle Gebrauch von Opioiden mit antagonistischer Wirkungskomponente muß ausgeschlossen sein. Die Voruntersuchung informiert auch über

die aktuelle Stoffexposition, sie muß in der Regel stationär erfolgen und umfassend sein.

② Die Einnahme anderer Suchtstoffe, auch Alkohol, muß binnen drei Monaten beendet werden. Dies erfordert eine zuverlässige Kontrolle mittels biochemischer Verfahren. Patienten, die neben der Levomethadon-Einnahme mißbräuchlich Alkohol trinken, illegale Drogen nehmen oder Medikamente mit Suchtpotential konsumieren, sind von der Substitution auszuschließen.

③ Die Levomethadon-Dosis wird individuell vom behandelnden Arzt festgelegt. Sie muß so hoch sein, daß keine Heroinwirkung mehr eintritt. Die Dosierung sollte durch Plasmaspiegel-Bestimmungen kontrolliert werden. Das Levomethadon muß vom Arzt in einer Weise oral verabreicht werden, daß nur der Patient die Substanz erhält, ohne daß mißbräuchliche Verwendung möglich ist.

④ Es muß eine adäquate und individuelle Begleittherapie angeboten werden: Allgemeinärztliche und nerven-

ärztliche Behandlung, Suchtberatung, Sozialberatung, berufliche Eingliederungshilfen, Ergotherapie, Psychotherapie.

⑤ Der Übergang in eine drogenfreie Behandlung muß angestrebt und der Betroffene dazu gegebenenfalls durch wiederholte Explorationen ermutigt, sie sollte jedoch nicht erzwungen werden.

⑥ Es ist darauf zu dringen – und durch sächliche und durch personelle Mittel sicherzustellen –, daß

– eine auswertbare Dokumentation der Anamnese, Befunde und Verläufe von den Therapeuten durchgeführt wird,

– eine wissenschaftlich qualifizierte Begleitforschung gesichert wird und

– die Veröffentlichung der Ergebnisse in angemessener Zeit in einer wissenschaftlichen Fachzeitschrift erfolgt.

Mitglieder der Arbeitsgruppe: Siehe angefügte Stellungnahme vom 4. Februar 1988.

Anhang

Ersatzdrogen

Stellungnahme des gemeinsamen Arbeitskreises des Wissenschaftlichen Beirates und des Ausschusses „Psychiatrie, Psychotherapie und Psychohygiene“ der Bundesärztekammer vom 4. Februar 1988

Der Vorstand der Bundesärztekammer nimmt erneut nach Beratung im Wissenschaftlichen Beirat und eines Arbeitskreises „Ausweichdrogen“ zu der Frage der Ersatzdrogen in der Behandlung von Drogenabhängigen Stellung. Auf die vorausgegangenen Stellungnahmen auf dem 87. Deutschen Ärztetag 1984 in Aachen und die Entscheidung des 89. Deutschen Ärztetages 1986 in Hannover wird hingewiesen.

Nach allen vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnissen ist die Drogensucht ein langfristiger Krankheitsprozeß, der in besonderer Weise individuelle Faktoren einbezieht. Dieser Prozeß verläuft dann günstiger, wenn alle geeigneten therapeutischen Mittel eingesetzt werden, die Suchtstoff-freien Zeiten zu vergrößern. Das oberste therapeutische Prinzip in der Behandlung von Drogenabhängigen muß da-

her das Ziel bleiben, auf der Basis von Drogenabstinenz, unterstützt durch sozio- und psychotherapeutische Maßnahmen, eine Stabilisierung der Persönlichkeit zu bewirken und eine weitgehende soziale Selbständigkeit herbeizuführen. Man stellt dieses zentrale therapeutische Prinzip zur Behandlung Drogenabhängiger in Frage, wenn erneut Substitutionsprogramme unter dem Etikett sogenannter „medikamentengestützter Rehabilitation“ befürwortet werden.

Ersatzdrogen sind solche, die von Drogenabhängigen dann eingesetzt werden, wenn ihr bevorzugtes Suchtmittel, zum Beispiel Heroin, nicht mehr oder nicht ausreichend verfügbar ist. Dazu gehören alle Abhängigkeit erhaltenden Arzneimittel wie Opioide einschließlich kodein- und dehydrokodeinhaltige Fertigarzneimittel, Barbiturate, Benzodiazepine, Psychostimu-

lanzien und Appetitzügler sowie Clo-methiazol (Distraneurin®) und Alkohol.

Die seit 25 Jahren vorliegenden Erfahrungen mit Drogen-Ersatzprogrammen, wie zum Beispiel Methadon, sind in den verschiedenen Ländern unter bestimmten und unterschiedlichen Zielvorstellungen gewonnen worden. Alle bisher vorliegenden Ergebnisse berechtigen nicht zu der Annahme, daß dadurch wesentliche Änderungen der Sucht ermöglicht werden. Die überwiegende Zahl der Drogenabhängigen wird von solchen Programmen nicht erreicht. Zugleich bleiben diese häufig nicht bei der Ersatzdroge allein, sondern greifen auch auf weitere Suchtstoffe, zum Beispiel Opiate, aber auch Alkohol und Tranquilanzien zurück. Das Ersatzmittel führt zu einer Ausweitung des Abhängigkeitsverhaltens. Dadurch wird die Polytoxikomanie gefördert, die wegen additiver Effekte oder fehlender Kreuztoleranz in manchen Fällen das Leben des Süchtigen bedroht. Es besteht die Gefahr, daß nicht Drogenfreiheit erzielt, sondern lebenslanger Bedarf an Suchtmitteln erzeugt und unterhalten wird.

Das Betäubungsmittelgesetz macht die Verschreibung und die Vergabe von Betäubungsmitteln davon abhängig, daß ihre Anwendung ärztlich begründet ist und der beabsichtigte Zweck auf eine andere Weise nicht erreichbar ist. Eine soziale Zielsetzung, wie zum Beispiel Verringerung der Kriminalität, ist damit nicht vereinbar. Selbst wenn mit Hilfe solcher Programme in Einzelfällen eine soziale Integration möglich ist, wie vorliegende Untersuchungen zeigen, kann daraus doch nicht gefolgert werden, daß dies ein wesentlicher Schritt in der Behandlung der Drogenabhängigen ist. Die Abhängigkeit wird in der Regel durch den Arzt verfestigt, wenn dieser abhängigkeitserhaltende Arzneimittel verordnet.

Weltweit nimmt die Zahl der HIV-positiven Drogenabhängigen zu. Sie sind eine bedeutsame Risikogruppe. Auch wenn es schwierig und problematisch ist, Drogenabhängige mit rational ausgerichteten Appellen zu erreichen, muß auf verschiedenen Wegen versucht werden, vor dem gemeinsamen Benutzen von Spritzen und Nadeln (needle sharing) zu warnen und auf die großen Gefahren promiskuitiven Sexualverhaltens hinzuweisen. Durch das Sexualverhalten im Bereich der Drogenszene und über die Beschaffungsprostitution bei Männern und Frauen besteht auch Gefahr für die übrige Be-

völkerung. Auch wenn im Einzelfall denkbar, ist wissenschaftlich bisher nicht nachzuweisen, daß die Beschaffungsprostitution durch Verabreichen von Ersatzdrogen reduziert wird. Die Teilnahme an Substitutionsprogrammen bietet keine Gewähr für die Einstellung des promiskuitiven Sexualverhaltens.

Drogenabhängige sind intensiv über die AIDS-Erkrankung aufzuklären. Manches spricht dafür, daß Drogenfreiheit den Verlauf der Erkrankung positiv beeinflusst. Bei Drogenabhängigen, die nicht zu einer Entzugsbehandlung bereit sind, ist der Gebrauch von Einmal-Spritzbestecken dringend zu empfehlen. Gegen die Abgabe von Einwegspritzen bestehen keine Bedenken. Bei uneinsichtigen HIV-positiven drogenabhängigen Prostituierten sind die seuchen- und unterbringungsrechtlichen Maßnahmen anzuwenden.

Im Einzelfall kann eine Indikation für Methadon oder ein anderes Opioid meist unter kontrollierten Bedingungen vorliegen. Diese Einzelfälle sind zum Beispiel

- Drogenabhängige mit lebensbedrohlichen Zuständen im Entzug,
- Drogenentzug bei schweren konsumierenden Erkrankungen,
- Drogenentzug bei opioidpflichtigen Schmerzzuständen,
- Drogenabhängige am Ende der Schwangerschaft beziehungsweise unter der Geburt.
- Drogenabhängige AIDS-Kranke mit fortgeschrittener manifester Erkrankung.

Solche Behandlungen sollen nur von in der Therapie von Drogenabhängigen erfahrenen Ärzten in Institutionen und unter strenger Kontrolle erfolgen.

Die Beschränkungen der Methadon-Behandlung auf Einzelfälle und die Ablehnung genereller Methadon-Programme müssen zu einer Verbesserung der therapeutischen Möglichkeiten für Drogenabhängige Anlaß geben: Offener Zugang zu Drogenberatungsstellen, frühzeitige Diagnostik, individuelle Therapieplanung, Verbesserung in der Qualifikation des therapeutischen Personals, stärkere Verzahnung von ambulanten und stationären Behandlungsprogrammen.

Kontrollierte Substitutionsversuche sollten nur zugelassen werden, wenn

hohe fachliche Qualifikation der Durchführenden, empirisch wissenschaftliche Qualität der Versuchsplanung und Strenge der Durchführung gesichert sind.

Weiterhin sollte die Forschung über den Einsatz von Medikamenten zur aktiven Rückfallprophylaxe (zum Beispiel Naltrexon) verstärkt und sollten die bisherigen Erfahrungen überprüft werden.

Mitglieder des gemeinsamen Arbeitskreises „Ersatzdrogen“ des Wissenschaftlichen Beirates und des Ausschusses „Psychiatrie, Psychotherapie und Psychohygiene“ der Bundesärztekammer:

Prof. Dr. J. Gerchow
Direktor des Zentrums der Rechtsmedizin der Universität Frankfurt

Prof. Dr. K. Heinrich
Direktor der Rheinischen Landesklinik – Psychiatrische Klinik der Universität – des Landschaftsverbandes Rheinland, Düsseldorf

Prof. Dr. P. L. Janssen (federführend)
Leitender Landesmedizinaldirektor, Westfälisches Landeskrankenhaus Dortmund

Dr. K.-H. Kimbel
Geschäftsführer der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Köln

Prof. Dr. W. Poser
Zentrum Psychologische Medizin, Abteilung Psychiatrie, Göttingen

Frau Dr. I. Retzlaff
Frauenärztin, Vorsitzende des Ausschusses „Psychiatrie, Psychotherapie und Psychohygiene“ der Bundesärztekammer, Lübeck

Priv.-Doz. Dr. K.-L. Täschner
Ärztlicher Direktor der Psychiatrischen Klinik des Bürgerhospitals, Stuttgart

Priv.-Doz. Dr. H. Waldmann
Leiter des Krankenhauses für Drogenabhängige, München

Prof. Dr. K. Wanke
Direktor der Universitäts-Nervenklinik Homburg, Saar

Korrespondenzanschrift:

Wissenschaftlicher Beirat
der Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Straße 1
5000 Köln 41