

Der Umgang mit Drogenabhängigen in Praxis und Notdienst

Klaus-Peter Holzgrefe

Der Umgang des Arztes mit Drogenabhängigen in der täglichen Praxis ist und bleibt ein „heißes Eisen“. Aids, die Methadon-Diskussion und 975 Drogentote 1989 zeigen, daß das Drogenproblem weiter aktuell bleibt. Da ich mehrere Jahre in einer Drogenberatungsstelle tätig war, sprechen mich häufig niedergelassene Kollegen an und fragen, wie denn am besten mit den Drogenabhängigen in der Praxis zu verfahren sei. Das Bonmot, „Der Alkoholiker geht dem Arzt aus dem Weg, der Drogenabhängige lauert dem Arzt am Wege auf und lockt ihn in einen Hinterhalt“, hat unverminderte Aktualität. Der Arzt als erste Anlaufstelle des Drogenabhängigen hat dabei durchaus Möglichkeiten sinnvollen Handelns.

Zur Situation

Es ist anzunehmen, daß sich wohl jeder Arzt – bevorzugt zum Ende der Sprechstunde, nachts oder am Wochenende – mit Drogenabhängigen auseinandersetzen muß (5). Fast alle Drogenabhängigen haben Kontakt zu Ärzten und dabei meist mehr Erfahrung im Umgang mit diesen als umgekehrt. Drogenabhängige versorgen sich aus vielen Quellen, der Arzt ist eine davon. Die reine Opiatabhängigkeit wird immer seltener, der Trend zum polyvalenten Mißbrauch nimmt zu. Genommen wird alles, was zumindest die subjektiv quälenden Entzugssymptome unterdrückt.

Die von den Drogenabhängigen dargestellten Notsituationen sind vielfältig: Rezidivierende „Nierenko-

Ärzte sind im Umgang mit Drogenabhängigen oft unsicher. Dabei kann der Arzt ein erster Wegbereiter zu einer sinnvollen Behandlung sein.

likan“, bei denen nur ein bestimmtes – namentlich genanntes – Opiat hilft; eine – selbst beigebrachte, habituelle – Schulterluxation, die sich laut Patient unter Fortral (Pentazocin) und Valium (Dizepam) leicht wieder einrenken läßt; unstillbarer Husten, bei dem nur Remedacen (Dihydrocodein) hilft; oder: „Ich bin abhängig, muß aber morgen noch eine wichtige Prüfung machen und gehe dann übermorgen in Therapie und bis dahin brauche ich noch . . .“ Der Drogenabhängige weiß sich erstaunlich gut auf die schwache Stelle des Arztes einzustellen.

Die konkrete oder – was wir nicht überprüfen können – gut verfälscht dargestellte Situation des Drogenabhängigen läßt uns schwanken, ob eine sofortige Krankenhauseinweisung nicht eine unbillige Härte (eigentlich unnötig, Verpassen von Terminen oder ähnliches) darstellen würde, und wir denken doch an Medikamente. Unsere ärztliche (Fehl-)Einstellung, doch keinen Patienten unzufrieden oder im Zorn gehen zu lassen, tut in einer solchen Situation ihr übriges.

Exkurs zum Opiat-Entzug:

Es ist kein Unglück, wenn der Abhängige, der subjektiv und objektiv leidet (Mydriasis, Tremor, Hyper-

transpiration, Unruhe, Gliederschmerz, Schlaflosigkeit), in Märtyrerhaltung wütend oder verzweifelt die Praxis verläßt. Jeder seit längerer Zeit Drogenabhängige hat Entzugserfahrungen (6), der geringere Teil davon fand in einer Klinik statt, oft wurde auch „privat“ entzogen – aus eigenem Entschluß oder Mangel an „Stoff“.

Die körperliche Entgiftung stellt in der Behandlung des Heroinsüchtigen kein gravierendes medizinisches Problem dar (1, 2). Ein Drogenentzug ist kein Notfall (3). Außerdem wird nicht selten ein Entzug simuliert, um den Arzt zu veranlassen, ein Rezept für das betreffende Medikament auszustellen (4). Das quälendste Symptom ist der Wunsch nach der Droge. Die körperlichen Symptome entsprechen häufig denen einer Grippe, hinzu kommt oft Schlaflosigkeit. Die Schwere der Symptomatik hängt weniger von dem Ausmaß oder der Dauer der Abhängigkeit als von der Persönlichkeit des Abhängigen und seinen Absichten ab. Will man überhaupt Medikamente im Entzug geben, so hat sich zum Beispiel Doxepin, 25 bis 100 mg mit Dosisschwerpunkt am Abend, bewährt (4).

Ein Opiat-Entzug muß nicht unbedingt in einer Klinik stattfinden (6). Der Drogenabhängige sollte aber ständig unter Kontrolle sein und die Möglichkeit zur Ablenkung und einem Gespräch (talk down) haben. Bei Polytoxikomanen muß mit verzögertem Entzug, bei Abhängigen vom Alkohol-Barbiturat-Typ unter Umständen mit einem Entzugsdelir gerechnet werden. Vorsicht gilt bei Vorerkrankungen (zum Beispiel Herzfehler, Epilepsie).

Verschreibung von Ersatzmedikamenten

Für all die vielen Kollegen, die in der Vergangenheit Ersatzmedikamente verschrieben haben: Wenn wir uns in einer konkreten Situation zu einer Verschreibung von zum Beispiel Kodeinpräparaten erweichen ließen, wurde dadurch vermutlich kein zusätzlicher Schaden gesetzt. ▽

Der Drogenabhängige ist meist seit Jahren abhängig; eine weitere Nacht wurde überbrückt. Untersuchungen (5) lassen vermuten, daß auch Ärzte, die Ersatzdrogen verschrieben, ihren Teil zur Motivation zu einer kausalen Langzeittherapie beigetragen haben, allerdings unter der Voraussetzung, daß sie einen tragfähigen Kontakt hatten, der über die „Verschreiberebene“ hinausging.

Handeln wir aber fortgesetzt so, sieht langfristig betrachtet die Sache ganz anders aus:

① Eine großzügige Verschreibungspraxis sichert uns regen Zulauf aus der Szene. Aber wie gefällt Ihnen die Vorstellung eines vollen Wartezimmers mit Drogenabhängigen, die von Ihnen nur die Verschreibung einer Ersatzdroge wollen?

② Drogenabhängige versorgen sich unter anderem über verschreibungswillige Ärzte und sehen so keine Notwendigkeit zu einer kausalen Therapie. Die beteiligten Ärzte haben insgesamt eine suchterverlängernde Funktion.

③ Denkbar, aber selten: Der Arzt verschreibt regelmäßig aus Unwissenheit oder Vorsatz und hat sich damit erpreßbar gemacht („Gestern haben Sie meinem Freund Btm verschrieben, ich werde Sie der Ärztekammer melden, wenn Sie mir nicht auch...“).

Außerdem muß eine Illusion zerstört werden: Der Gedanke, Medikamente binden den Patienten an die Praxis, nehmen ihm dem Zwang, wieder kriminell zu werden, und bilden den ersten Schritt zur Loslösung aus der Drogenszene, ist naheliegend, aber falsch. Denn:

– Der Drogenabhängige nimmt den Arzt als Versorger, seine Worte als notwendiges Übel (Originalzitat: „Meine Gedanken waren: laß den reden, Hauptsache, er verschreibt was.“)

– Der Drogenabhängige nimmt zusätzlich zu Medikamenten des Arztes andere Drogen, zum Beispiel für den „Kick“. Bei einer Überdosierung setzt sich der Arzt dem Vorwurf der fahrlässigen Körperverletzung aus.

– Der Drogenabhängige ist dank der Verschreibung weniger kri-

minell und sieht keinen Grund, sich aus der Szene zu lösen.

Eine Levo-Methadon-Verschreibung stellt zwar eine pharmakologisch sinnvolle Substitution dar, erfordert aber daher einen ganzen Katalog von Kautelen und die Bereitschaft, sich gegebenenfalls auf juristischer Ebene mit dem Vorwurf der „ungerechtfertigten Verschreibung von Betäubungsmitteln an Drogenabhängige“ auseinanderzusetzen. Als Beispiele für solche Kautelen seien hier nur genannt:

– eine strenge und überprüfbare Indikationsstellung, nach der eine hinreichende Wirkung von anderen Behandlungen nicht zu erwarten ist;

– direkte kontrollierte Einnahme von Levo-Methadon in Saft, damit eine Injektion oder ein Weiterverkauf unmöglich ist;

– regelmäßige Urinkontrollen, als sicherer Nachweis, daß keine unkontrollierte Einnahme weiterer Drogen erfolgt.

Weitere, wenn auch nicht unumstrittene Bedingungen wurden kürzlich vom Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer benannt (7).

Praktisches Vorgehen

Im Notdienst und falls keine Zeit oder keine Gesprächsenergie vorhanden: Sofortige Einweisung zum stationären Entzug anbieten. Wird dieser Vorschlag angenommen, Mitgabe der Telefonnummer der nächsten Drogenberatungsstelle und Angebot der Weiterbetreuung nach der Entlassung. Die Einweisung wird in der Regel aber abgelehnt (statt dessen Verschreibungswunsch). Dann keine weitere Behandlung. Mitgabe eines Zettels mit der Anschrift der nächsten Drogenberatungsstelle.

Trotz der entstehenden Mißstimmung könnte diese Episode ein Mosaikstein auf dem Weg zur Drogenfreiheit sein. Zumindest kommt dieser Drogenabhängige wegen Ersatzdrogen nicht wieder.

■ Für den Arzt mit Zeit und Energie ein besserer Vorschlag für die Akutsituation: Gesprächsaufbau über die Ebene der Verschreibung hinaus, das heißt: Hinweis auf den Ernst der Erkrankung, die Notwen-

digkeit einer Entgiftung und die offensichtliche Unmöglichkeit, sich aus eigener Kraft zu lösen. Ernstnehmen der Person mit ihrer Suchtkrankheit, Konfrontation mit den damit obligat verbundenen Symptomen Selbstüberschätzung und Beschaffung von Drogen um jeden Preis. Hinweis auf die Selbstverantwortung des Drogenabhängigen für sein Handeln und damit auch Abwehr der üblichen Schuldzuweisungen (dem Arzt wird die Schuld gegeben, wenn der Süchtige nach diesem Gespräch kriminell werden „muß“). Aufbau eines persönlichen Kontaktes, Vermittlung zu einer Drogenberatungsstelle. In diesem Rahmen kann auch die Begleitung des Patienten in seiner Sucht, ohne daß zunächst Forderungen gestellt werden, sinnvoll sein.

Wenn Sie der Meinung sind, Sie könnten es verantworten, Ersatz-Medikamente zu verschreiben, dann nur so: kein Rezept mitgeben (Fälschungsgefahr), sondern abgezählte Tabletten direkt in die Hand oder in den Mund. Cave: wir wissen nicht, was der Drogenabhängige schon im Körper hat oder noch nimmt. Zur Suchtkrankheit gehört wesentlich, daß der Patient nicht kontrolliert mit Drogen umgehen kann.

Auf jeden Fall: Wiedereinbestellung am nächsten Tag, Kontrolle der Angaben, Kontaktaufnahme zur Drogenberatungsstelle und realitätsgerechte Klarstellung der Situation.

Literatur

1. Benos, J.: Das Entzugssyndrom in der Selbstbeurteilung des Süchtigen, Suchtgefahren 2 (1979) 79–82
2. Benos, J.: Entzugssyndrome bei Heroinabhängigkeit, Psycho 2 (1981) 111–118
3. Daunderer, M.; Kerscher, M. und Bühringer, G.: Entgiftung jugendlicher Drogenabhängiger in einem Allgemeinkrankenhaus, Med. Klin. 1974, 1329–1332
4. Keup, W.: Pharmakotherapie bei Suchterkrankungen. 3. Aufl., Deutscher Caritasverband, Freiburg 1980
5. Holzgrefe, Klaus-Peter: Drogenabhängige in der Arztpraxis, Hannover, Med. Hochsch. Diss. 1987
6. Roghmann, R.: Probleme des Entzugs bei Drogenabhängigen vom Opiattyp. Berlin, Freie Univ. Diss. 1980
7. Bundesärztekammer: Ersatzdrogen. Dt. Ärztebl. 87, Heft 10 (1990)

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Klaus-Peter Holzgrefe
Ligusterweg 28
3300 Braunschweig