

Akzeptanzorientierte Drogenarbeit/ Acceptance-Oriented Drug Work

ISSN 1861-0110

INDRO e.V.

Kommentar / Commentary

Substitution bei Alkoholabhängigen*

[Treating alcohol dependent patients with dihydrocodeine (DHC)]

Albrecht Ulmer (Dr. med. / MD)

© INDRO e.V., Bremer Platz 18-20, D-48155 Münster, Germany. Jegliche Vervielfältigung, Verbreitung und Zitation von Textpassagen ausdrücklich gestattet unter Angabe der Originalquelle / verbatim copying and redistribution of this article are permitted in all media for any purpose, provided this notice is preserved along with the article's original URL: Akzeptanzorientierte Drogenarbeit/Acceptance-Oriented Drug Work 2007;4:1-9, URL: www.indro-online.de/Ulmer_07.pdf

Zusammenfassung

Alkohol ist ähnlich durch medizinisch eingesetzte Substitute ersetzbar wie Heroin! Hier wie dort ist eine grundlegende und mitunter phänomenale Verbesserung der Situation möglich. Auf den Erfahrungen einzelner Kollegen vor uns, aber auch schon auf publizierten Erfahrungen aus den ersten Jahrzehnten des letzten Jahrhunderts aufbauend, konnten wir bei einer Reihe erster Fälle zeigen, dass sich selbst schwerste und verzweifeltste Alkoholkrankheitsbilder durch eine sehr strukturierte Behandlung mit Dihydrocodein derart günstig beeinflussen lassen, dass es einer Auflösung des Krankheitsbildes nahe kommt.

Noch muss ausdrücklich davor gewarnt werden, dies hier als Behandlungsempfehlung zu übernehmen. Wir berichten über eine kleine Gruppe ausgesuchter Fälle, die in einem besonders systematisierten Setting behandelt wurden. Auf einen Erfolgsfall kamen bei uns 3 nicht erfolgreiche, es gibt noch keine Forschung über die beste Substanz, die beste Dosis und das beste Setting. Auch das nötige Supportsystem fehlt noch völlig. Hinzu kommen erhebliche rechtliche Bedenken bei den Überwachungsbehörden, der Bundesregierung und auch den Ärztekammern. Die folgende Publikation sollte ursprünglich im November 2006 über die Landesärztekammer Baden-Württemberg verbreitet werden. Sie stellte das begleitende Manuskript für einen Vortrag dar, der jedoch wegen Bedenken der Kammer kurzfristig wieder aus dem Programm gestrichen wurde.

Aber Substitutionsbehandlungen für Alkoholabhängige sind eine enorm wichtige Vision! Hat sich nicht die suchttherapeutische Erreichbarkeit Opiatabhängiger durch die Einführung von Substitutionsbehandlungen ungefähr verzehnfacht? Und hat sich nicht dort längst gezeigt, dass das Gesamtkrankheitsbild der Abhängigen durch Substitutionsbehandlungen in fast allen Parametern so deutlich zu verbessern ist, dass heute niemand mehr auf diese Behandlungsmöglichkeit verzichten will?

Die heutigen Behandlungsmöglichkeiten für Alkoholabhängige sind nicht wesentlich besser als die für Opiatabhängige vor Einführung von Substitutionsbehandlungen. Unsere begrenzten, ersten Erfahrungen an bisher 59 Patienten zeigen, dass bei Alkoholabhängigen prinzipiell ähnliche, erhebliche Verbesserungen möglich sind. Eine systematische Erforschung ist dringend, damit nicht wieder, wie vor 10 – 15 Jahren bei Opiatabhängigen, ein ungueter Druck durch eine zu unkontrollierte Ausbreitung im Niedergelassenenbereich entsteht. Wenn dort die Notwendigkeit wieder schneller wahrgenommen wird als in der Forschung, droht erneut eine Entwicklung, die dem Ganzen nicht gut tut. Diesmal sollte die Forschung schneller sein.

Einleitung: Warum wird das Substitutionsprinzip nicht längst für Alkoholabhängige erforscht?

Während Abstinenz als (oberstes) Behandlungsziel noch das Credo der meisten Suchttherapeuten ist, lehrt uns die Realität längst, dass wir nicht richtig hinschauen.

Das Jahrbuch Sucht (1) gibt Jahr für Jahr ähnliche Verhältnisse an. Die aktuellen Schätzzahlen für Deutschland lauten: 10,4 Mio. Menschen mit „riskantem Alkoholkonsum“, 3,4 Mio. „Missbraucher“ und Abhängige, in Behandlung: 163.000. Das entspricht etwa einem Erreichen von knapp 10% der Abhängigen, oder knapp 5% der Missbraucher plus Abhängige, oder knapp 1 % derer, bei denen Alkohol ein Risiko bedeutet. Gehen wir großzügig davon aus, dass das Krankheitsbild anschließend bei 30% wie dauerhaft geheilt erscheint, so ergeben sich, bezogen auf die genannten Gruppen, 3, 1,5 oder 0,3%.

Das heißt: Suchtkrankheiten verhalten sich statistisch fast so, als ob es dieses Angebot nicht gäbe. Wundern wir uns eigentlich nicht, ein so aufwendiges Therapieangebot mit einer so miserablen Erreichbarkeit und einer auch nicht gerade berühmten Quote an dauerhaftem Erfolg seit Jahrzehnten als Standard anzusehen? Wir schauen nicht richtig hin!

Erklärbar ist das höchstens damit, dass wir Suchtkrankheiten im Geiste immer noch mehr außerhalb des medizinischen Systems bewerten. Denn innerhalb medizinischer Systeme fordern wir, zumindest was die Erreichbarkeit angeht, aber auch für den Erfolg sonst doch Zahlen in ganz anderen Größenordnungen.

Der Alltag in spezialisierten Praxen oder Behandlungszentren wird schon immer von einer beträchtlichen Anzahl Patienten geprägt, die erheblich an der therapeutischen Insuffizienz des bisherigen Angebotes leiden. Ganz zu schweigen von der überwältigenden Mehrheit derer, die sich einem so anspruchsvollen und erfolglosen System gar nicht erst stellen.

Wenn man vermehrt Behandlungen von Alkoholabhängigen durchführt, ist der Behandlungsalltag durchaus mit davon geprägt, dass die abstinenzbasierten Therapieangebote in vielen Fällen wie eine Erlösung wirken und der Auseinandersetzung mit der Sucht eine wichtige Basis verleihen. Aber wir müssen ganz anders auf die Begrenztheit dieses aufwendigen Systems achten.

Bisher ist das therapeutische Angebot für Alkoholabhängige dem Therapieangebot vergleichbar, das wir für Opiatabhängige hatten, bevor es Substitutionsbehandlungen gab, und es gibt heute kaum noch jemanden, der ein solches Angebot ohne Substitution für ausreichend halten würde. Ohne Substitution eine Erreichbarkeit – wie heute bei Alkohol – von wenigen Prozent, mit Substitution von etwa 50%, und diese Zahl, die ja schon eine ganz andere Dimension bedeutet, könnte noch viel besser sein, wenn uns die Erreichbarkeit ein anderes Anliegen wäre.

Sie sollte es. Alle Evaluationen zeigen, dass Substitutionsbehandlungen bei Opiatabhängigen das Risiko für schwere und teure Zweitkrankheiten (z.B. Hepatitis und HIV-Infektionen), für Mortalität und Kriminalität vermindern, die Behandelbarkeit aller anderen Krankheiten, auch der psychiatrischen, deutlich verbessern.

Warum wird nicht daran geforscht, diese beeindruckenden Ergebnisse (Besserung in fast allen Parametern und viel bessere Erreichbarkeit) auf die Behandlung Alkoholabhängiger zu übertragen?

Bei welchen Alkoholabhängigen?

Zunächst, in einer Phase fehlender Erforschung und Etablierung, muss höchste Vorsicht gelten. Es gibt aber zwei Indikationen mit hoher Priorität:

Wenn Menschen weder mit dem Suchtstoff noch mit der Abstinenz zurechtkommen, trotz aller Versuche.

Wenn Alkoholabstinenz aus dringenden Gründen notwendig, aber nicht erreichbar ist.

Die dringenden Gründe kann man zunächst sehr eng medizinisch definieren, z.B. bei fortschreitender Virushepatitis, Leberzirrhose, oder zur Behandlung anderer, schwerer Krankheiten. Wir haben das z.B. bei HIV-Infektionen erlebt, oder in der Nachsorge eines schon alkoholbedingten Karzinoms. Darüber hinaus gibt es dann eine Reihe weiterer, dringender Gründe, z.B. zur Rettung von Arbeitsplatzverhältnissen oder von Ehen,

die am Alkohol zerbrechen, wo allein mit dem Erreichen von Alkoholabstinenz oder schon mit einer entscheidenden Reduzierung des Alkoholkonsums unermessliches Leid abgewendet werden kann.

Substitution mit was?

Will man das Substitutionsprinzip von Opiatabhängigen auf Alkoholabhängige übertragen, ergeben sich grundsätzliche Fragen:

Für Opiate gibt es Opiatrezeptoren, und das an Opiatrezeptoren wirkende Heroin wird durch Substanzen ersetzt, die ebenfalls Agonisten an den Opiatrezeptoren sind. Substitution bleibt somit im System.

Wo und wie aber wirkt Alkohol? Spezifische Alkoholrezeptoren, so wie die Opiatrezeptoren, sind nicht bekannt. Im Alkoholentzug gibt es eine bekannte Wirkung von Benzodiazepinen, und nicht wenige Alkoholabhängige experimentieren selbst damit, Alkohol mit Hilfe von „Benzos“ einzusparen oder zu ergänzen. Für eine Dauersubstitution erscheint das schwierig. Das psychische Bild höherer Benzodiazepinabhängigkeit ist von erheblichen Einschränkungen psychischer Qualitäten gekennzeichnet, vor allem der psychischen Schwingungsfähigkeit, aber auch der Vigilanz und der Fähigkeit, außerordentliche Belastungen zu ertragen, was eine hohe Ängstlichkeit bewirkt. Außerdem gibt es erhebliche Probleme bei der Steuerbarkeit: Es ist so leicht und üblich, sich die „Benzos“ aus weiteren, zusätzlichen Quellen zu besorgen, und die Rate der Patienten, die nach langem, mühsamen Abdosierungsweg gestehen: „Ich bin doch schon längst wieder auf einer höheren Dosis, hab mir mehrere Tabletten pro Tag zusätzlich von woanders organisiert“, ist hoch.

Das ebenfalls im Entzug viel eingesetzte Clomethiazol ist im ambulanten Einsatz höchst umstritten. Insgesamt überwiegen die Negativmeldungen so stark, dass die Bundesärztekammer und Expertenkreise davon grundsätzlich abraten (2). Grundlage dieser Warnungen ist allerdings die weitverbreitete Praxis, Alkoholabhängigen zur Erleichterung eines selbst organisierten Entzugs oder einfach ihres Schicksals konzeptlos beliebige Mengen davon zu verschreiben. Das hat wenig mit Verordnungen und Zuteilungen nach striktem suchtmmedizinischem Konzept zu tun, womit wir im Einzelfall auch entscheidende Besserungen mit anhaltender Alkoholabstinenz erreichen konnten. Die Rückmeldung der Patienten ergibt aber nicht den Eindruck einer wirklich durchgreifenden Wirkung. Berichtet wird eine gewisse, nur ein bis wenige Stunden anhaltende Beruhigung – ja, aber nicht eine dem Alkohol vergleichbare, umfassender erlösende Wirkung.

Das ist bei Opiaten oder Opioiden anders. Dass Alkohol seine Wirkung zumindest teilweise über das opioiderge System entfaltet, ist schon lange bekannt. Schon in der ersten Hälfte des letzten Jahrhunderts ist die Idee einer Alkoholsubstitution durch Opiode verfolgt und als erfolgreich beschrieben worden (z.B. Kafemann 1929 (3)). In den 90er Jahren haben systematische Arbeiten, vor allem von Fröhlich und Gianoulakis (4-13), den Zusammenhang beider Systeme gesichert. Auch die vor allem von Volpicelli publizierte Wirksamkeit einer Behandlung mit Opiatantagonisten (14 - 17) belegt den Zusammenhang. Sie zeigt: Bei manchen Patienten lässt sich die Alkoholkwirkung durch Naltrexon blocken. Wenn Alkohol nicht mehr genügend wirkt, lässt auch das Verlangen danach nach

Zu bedenken ist aber, dass das Verlangen nach der erlösenden Wirkung des Alkohols dabei ungestillt bleibt und davon ausgegangen wird, dass die Menschen jetzt wieder ohne diese Wirkung zurecht kommen. Tatsächlich berichten ja viele Menschen mit schweren Alkoholproblemen von guten Zeiten, die sie ohne Alkohol erlebt hätten. Aber, wie eingangs geschildert, es bleibt eine erhebliche Zahl Suchtkranker, die nicht dauerhaft auf vergleichbar erlösende Einflüsse wie durch ihre Originalsuchtsubstanz verzichten können und deren Gesundheit und Leben daran zerbricht.

Unser erster Patient

1997 hatte ich von mehreren niedergelassenen Suchtspezialisten, Pionieren mit großer Erfahrung in der Opiatsubstitution, gehört, dass sie einzelne Alkoholabhängige mit Dihydrocodein behandeln würden. Natürlich stießen diese Berichte bei mir auf ähnliche Bedenken wie vielleicht heute bei Ihnen.

Ein Schlüsselerlebnis mit einem damals 46-jährigen Patienten änderte meine Position. Der Patient litt nach zwei abgeschlossenen Entwöhnungstherapien und über 10 Entzugsbehandlungen trotz Acamprosat unter ständigem, starkem Suchtdruck mit laufend weiteren Rückfällen und erfüllte damit das Kriterium, weder mit noch ohne Alkohol zurecht zu kommen. Er berichtete im November 97, er habe am Wochenende starke Hüftschmerzen gehabt und, über den Tag verteilt, drei Schmerztabletten eingenommen, die er von einem Nachbarn ausgeliehen hatte. Er habe sich daraufhin den ganzen Tag viel wohler gefühlt und kaum noch Alkoholsuchtdruck verspürt. Ob ich ihm nicht diese Schmerztabletten weiter verschreiben könne? Dann käme er wahrscheinlich besser mit dem Alkohol zurecht. Es handelte sich um Paracetamol plus 30mg Codein.

Vor dem geschilderten Hintergrund entschied ich mich zu einem systematischen Vorgehen: Nach ausführlicher Information über alle möglichen, teilweise erheblichen Gefahren, über die fehlende Etabliertheit und die lange, alternativlose Anbindung an unsere Praxis – das alles ließ ich mir von ihm unterschreiben, verordnete ich ihm zunächst eine tägliche Probemenge von 120 mg Dihydrocodein (DHC) für wenige Tage, mit einer anschließenden Besinnungsunterbrechung, damit alles reiflich überlegt wurde. Er aber war sich von der ersten Dosis an sicher: „Wenn Sie mich so behandeln können, dann wäre das wie eine Erlösung, das wäre absolut perfekt.“

In diesen tendenziell nach „Erlösung“ klingenden Rückmeldungen übertreffen die Opiate das Clomethiazol deutlich. Eindeutig ist das nicht negativ wie eine berauschte Glückseligkeit, sondern es ist wie eine „Erlösung“ von dem ständigen Fluch der inneren Überspannung, die dem Suchtdruck zugrunde liegt. Innerhalb der nächsten Monate erwies es sich als optimal, die Dosis bis auf 320 mg zu steigern, etwa ein Drittel der Dosis, die man Opiatabhängigen gibt. Auf dieser Dosis ist der Patient bis heute, und es zeichnet sich ab, dass ein Abdosieren und gar Absetzen vielleicht nie zu empfehlen ist. Es ist kein einziger Alkoholorückfall mehr vorgekommen, und er berichtet immer, dass das DHC auch seinen Alkoholsuchtdruck vollständig eliminiert habe. Aber er spürt auch deutlich, dass er das DHC weiter braucht und das ganze, jetzt über viele Jahre wie heil gewordene System wieder zusammenbrechen würde, würde ihm das DHC entzogen. Körperliche oder psychische Nachteile durch das DHC sind nicht festzustellen.

Ethische und rechtliche Bedenken

Natürlich gibt es gegenüber einem solchen therapeutischen Ansatz grundlegende Bedenken.

A. Der Grundsatz „Substitution statt Abstinenz“ dürfte nach den eingangs geschilderten Überlegungen einer miserablen Erreichbarkeit und, bezogen auf alle Abhängigen, Quote dauerhaften Erfolges, keine wirklich ernsthafte Barriere bedeuten. Im Gegensatz: Wir müssten froh sein, dass sich eine neue Möglichkeit abzeichnet, stehen wir doch mit unseren Patienten in so großer Zahl mit dem Rücken zur Wand: Wir müssen Neues erproben.

B. Methodisch ist zu fragen: Soll oder darf denn derart Neues in einer Niedergelassenen-Praxis erprobt werden? Das wäre ein Thema für eine umfassende, eigene Arbeit. Ich habe mich diesem Thema, auch im Zusammenhang mit anderen innovativen Ansätzen in unserer Praxis, seit Jahren eingehend gestellt und bin heute sicher, dass die Frage mit „Ja“ zu beantworten ist. Forschung an großen Instituten und Universitäten braucht oft zu viel Zeit und Geld, und ist dabei auch zu abhängig von dem Interesse derer, die das Geld zur Verfügung stellen. Innovative Impulse aus der Praxis finden daneben viel zu wenig Gehör, sind aber ein unverzichtbarer Bestandteil einer guten medizinischen Weiterentwicklung. Wenn daraus allerdings so etwas wie Forschung in der Praxis wird, bedarf das einiger Grundsätze, von denen ich glaube, dass sie auch auf der Ebene der Ethik-Kommissionen noch umfassender zu erarbeiten sind. Auf jeden Fall gehört dazu eine gute Einbindung des praxisforschenden Arztes in professionell kooperierende Strukturen, eine überdurchschnittlich systematische Dokumentation, die erkennen lässt, dass auch mögliche Nachteile des neuen Ansatzes aufmerksam erfasst werden, eine ständige wissenschaftliche Diskussion oder zumindest ein persönlicher Kontakt zu dieser, also Präsenz des Arztes in entsprechenden Fachkreisen, und selbstverständlich eine besonders eingehende Information der Patienten. Solche Praxisforschung muss dem Grundsatz folgen, bestmögliche Behandlungen nach bestem, gründlich erarbeiteten Wissen und Gewissen anzubieten und nie Patienten aus Gründen höherer Fallzahlen anders zu behandeln als man es für optimal halten würde.

C. Die Bedenken, das Abstinenzziel für längere Zeit aufzugeben, sogar in größerer Zahl lebenslänglich, dürften heute immer weniger schwer wiegen. In suchtmmedizinischen Fachkreisen wird dies als Erkenntnis auch international zunehmend realisiert, ohne dass das einer Resignation gleichkäme. Unsere Patienten vor Augen, müssen wir vielmehr feststellen, dass endlich der Realität angemessen Rechnung getragen wird.

D. Ganz zentrale Bedenken löst natürlich der Gedanke, einen Alkoholabhängigen opiatabhängig zu machen, aus, in zweierlei Hinsicht:

1. Kommt der Betroffene nicht vom Regen in die Traufe? Ist Opiatabhängigkeit nicht noch schlimmer als Alkoholabhängigkeit?

2. Ist die Situation des Patienten, wenn wir ihn opiatabhängig gemacht haben und er dann trotzdem wieder trinkt, nicht durch uns verschlechtert?

Ad 1: Es ist ein weit verbreiteter Irrglaube, dass Opiatabhängigkeit schlimmer sei als Alkoholabhängigkeit. Tatsächlich ist es genau umgekehrt: Alkohol ist eine sehr toxische Substanz, die fast allen Organen auf Dauer gefährlich wird. Opiate haben dagegen nur die Gefahr der geringen therapeutischen Breite bei akuter Überdosierung, sind aber bei chronisch stabilem Einsatz praktisch frei von jeder Toxizität. Hinzu kommt, was wir bei unseren Patienten im Erfolgsfall erleben: Dass es den Patienten mit dem DHC tatsächlich um Welten besser geht. Eine Bezeichnung wie „vom Regen in die Traufe“ würde dieser immer wieder phänomenalen Verbesserung nicht gerecht.

Ad 2: Die Bedenken, die Situation eines Patienten möglicherweise zu verschlechtern, wenn wir ihn erst opiatabhängig gemacht haben und die Alkoholabhängigkeit dann trotzdem wieder durchbricht, sind bei mir selbst noch nicht vollständig ausgeräumt. Sie sind aber aufgrund inzwischen jahrelanger Erfahrung erheblich kleiner geworden. Wir haben wegen dieser Bedenken bisher in der Regel vermieden, eine Dosis von 4 x 8 ml 1,5%igen DHC-Saftes (= 320 mg DHC/die) zu überschreiten, damit wir diesen Ansatz, falls ein Erfolg unsicher erscheint, relativ leicht wieder verlassen können. Unsere Befürchtung einer Verschlechterung durch Induktion einer Doppelabhängigkeit ist bisher noch in keinem Fall eingetreten. Das hat aber auch damit zu tun, dass wir dieses Thema ständig mit besonders kritischer Aufmerksamkeit im Auge behalten.

E. Die Liste der Bedenken ist damit noch nicht abgearbeitet: Warum ausgerechnet DHC, warum nicht Methadon oder Buprenorphin oder etwas anderes? DHC wurde doch schon für die Opiatabhängigkeit quasi verpönt und aus der Regelversorgung bis auf besonders zu begründende Ausnahmefälle verbannt.

Unsere Auswahl von DHC hat folgende Gründe: Die Vorerfahrungen der Kollegen beruhten auf DHC. Unser erster Patient hatte von seiner Erfahrung mit einer codeinhaltigen Tablette berichtet, und unsere, auch in Buchform (18) zusammengefassten systematischen Erfahrungen mit DHC waren viel besser als die Einschätzung, die dem gesetzlichen Bann zugrunde lag. Diese Einschätzung beruhte weitgehend auf Missbraucherscheinungen, ähnlich wie bei der Clomethiazol-Skepsis, die auf der gleichen Problematik beruht. Wo DHC bei Opiatabhängigen mit Konzept und genauem Dosisplan eingesetzt wurde, waren die Erfahrungen teils besser als mit Methadon. Vor allem hat die Alkoholproblematik mehrerer Opiatsubstitutionspatienten nach der Umstellung von DHC auf Methadon erheblich zugenommen.

Mit Buprenorphin, dem anderen Substitutionsmittel für Opiatabhängige, verfügen wir über praktisch keine eigene Erfahrung im Einsatz für Alkoholabhängige. Ein einzelner Patient wurde wegen schwerer DHC-Obstipation bei Leberzirrhose Child C auf Buprenorphin umgestellt und berichtete daraufhin über wieder viel stärkeres Alkoholcraving. Aber ein derartiger Einzelfall ist selbstverständlich nicht zur Verallgemeinerung geeignet.

F. Die nächste Sorge betrifft die Bildung eines riesigen Codeinschwarzmarktes, wenn sich herumsprechen würde, dass Alkoholabhängigkeit mit Codein zu behandeln ist. Damit würden unkontrollierte Zustände mit Todesfällen wie bei der DHC-Substitution für Drogenabhängige drohen.

Wir verlangen von unseren DHC-Patienten so viel Struktur und Ordnung und haben sie so deutlich auf diese

Gefahr hingewiesen, dass uns noch keine Berichte darüber erreicht haben, dass eine solche Entwicklung tatsächlich einsetzt. All unsere Patienten wissen, dass sie in solchen Fällen nur noch nach den strengeren Regeln für Opiatabhängige behandelt werden könnten, die einer ausgeprägten Schwarzmarktrealität Rechnung tragen. Sollte die DHC-Substitution für Alkoholabhängige aber auch von anderen Ärzten begonnen werden, würde sich die Notwendigkeit neuer Überlegungen über die entsprechende Struktur und Kontrolle ergeben.

G. In diese Richtung gehen auch die Sorgen der Bundesregierung. Unser erster DHC-Patient war noch kein Jahr in Behandlung, da landete „das Problem“ aufgrund der Anfrage eines Apothekers über die Landesapothekerkammer, die Bezirks- und Landesärztekammer, das Sozialministerium und die Bundesopiumstelle bereits im Bundesgesundheitsministerium. Der Apotheker war sich unsicher gewesen, ob er ein DHC-Saft-Rezept für einen Alkoholabhängigen beliefern könne, ob das rechtens sei.

Ich war damals Mitglied eines Beratergremiums zur Neufassung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) im Bundesgesundheitsministerium und konnte deshalb erreichen, dass es am 10.09.1999 eine grundlegende Sitzung zu diesem Thema im Bundesgesundheitsministerium gab, an der auch der Suchtbeauftragte der Bundesärztekammer, Prof. Flenker, teilnahm.

Das Ergebnis war, dass Codein und DHC für Alkoholabhängige unter betäubungsmittelrechtliche Regelungen gestellt wurde, also nur noch mit gelbem BtM-Rezept verordnet werden darf. Das geht aus der Formulierung in Anlage III (zu § 1 Abs. 1) des BtMGs (verkehrsfähige und verschreibungsfähige Betäubungsmittel) hervor, worin bei Codein und Dihydrocodein steht: „Für ausgenommene Zubereitungen, die für betäubungsmittel- oder alkoholabhängige Personen verschrieben werden, gelten jedoch die Vorschriften über das Verschreiben und die Abgabe von Betäubungsmitteln.“ Hier zeigt sich, dass eine Verschreibung von Codein oder DHC für Alkoholabhängige bereits seit Jahren im BtMG verankert ist. Codein und DHC unterstehen in der Verschreibung für Alkoholabhängige aber nicht dem § 5 der BtMVV, der die Substitutionsbehandlungen bei opiatabhängigen Patienten regelt.

Streng genommen, kann man einwenden, dass die Alkoholabhängigen ja nun opiatabhängig gemacht werden und dann eben als Opiatabhängige behandelt werden müssen. Das verkennt aber den Geist der Gesetzgebung, den ich auch im Rahmen der damaligen Beratungen klarer erfahren habe als er sich in diesen Gesetzesbuchstaben liest: Bei der Unterscheidung zwischen Opiat- und Alkoholabhängigen ging es dem Gesetzgeber um die Berücksichtigung der Prägung Opiatabhängiger, wie man sie gemeinhin als „Drogenabhängige“ bezeichnet, durch den illegalen Schwarzmarkt. Diese Prägung liegt bei Alkoholabhängigen nicht vor.

Es ist und bleibt aber wichtig, auf eine entsprechende Trennung zu achten und bei Anzeichen für Querverbindungen oder entsprechendes, unklares Verhalten, lieber auf die liberalere Regelung im Einzelfall zu verzichten als den gesamten Ansatz in Gefahr und Verruf zu bringen.

Entsprechend wurde vereinbart, streng darauf zu achten, dass es zu keiner unkontrollierten Ausbreitung dieser Behandlungsmethode kommt, weil sonst gesetzliche Sperren eingeführt werden müssten, die diesen Ansatz weitgehend verunmöglichen würden.

Selbstverständlich kann DHC in dieser Indikation nicht zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden, weil es sich bisher nicht um eine wissenschaftlich etablierte Behandlungsmethode handelt. Es kostet aber weniger als die Alkoholika, die es ersetzen soll.

Überblick über die bisherigen Erfahrungen

Die Tatsache, dass wir in den 9 Jahren seit der ersten DHC-Verordnung für einen alkoholabhängigen Patienten nur bei 58 weiteren alkoholabhängigen Patienten eine DHC-Behandlung begonnen haben, spiegelt ein behutsames Vorgehen wider. Allen Patienten wurde ausführlich der besondere, noch fast experimentelle Charakter der Behandlung mit allen denkbaren Gefahren mitgeteilt, alle mussten unterschreiben, dass ihnen das bewusst ist.

Wir haben immer darauf geachtet, dass eine Behandlung mit klarem Konzept angelegt wird, zu dem in der Regel auch eine Mitbetreuung durch Suchtberater gehört.

Alle Patienten hatten eine fortgeschrittene, oft schon verzweifelte Suchtgeschichte hinter sich, einige auch schwere Zweit- und Folgekrankheiten wie Hepatitis C, Zirrhose, HIV-Infektion und Karzinome. Unsere Information über die neue Behandlungsmöglichkeit war teilweise so warnend, dass einzelne Patienten sehr ängstlich wurden: „Was hat der Dr. da mit mir vor?“ Sie hatten deshalb Angst, sich richtig auf die Behandlung einzulassen und schieden schnell wieder aus. Auch wir selbst waren vorsichtig und in der Dosis sicher manches Mal zu ängstlich. So blieben einige Patienten vielleicht deshalb erfolglos, weil wir die Dosis zu niedrig gehalten haben. Einzelne Patienten stellten schnell fest: „Das ist nicht meine Substanz.“ Bei ihnen stellte sich nicht die erwähnte, positiv-erlösende Wirkung ein, und bei einzelnen überwogen die Nebenwirkungswahrnehmungen (Verstopfung, Völlegefühl, Übelkeit, Juckreiz).

Etwa ein Viertel der Patienten reagierte aber mit einer phänomenalen, ganz entscheidenden Besserung. Teilweise lösten sich schwerste Krankheitsbilder, die zuvor jahrzehntelang ein völlig verzweifelter Leben geprägt hatten, förmlich in Luft auf. 10 unserer erfolgreichsten Patienten hatten vor der DHC-Behandlung neben etlichen „Therapien“ zusammen 97 Entzugsbehandlungen durchgemacht. Seit der DHC-Behandlung waren es in einem durchschnittlichen Follow-up von 6,8 Jahren ganze 4!

Obwohl wir gegen relativ kurze Substitutionsbehandlungen von nur wenigen Jahren zunehmend skeptisch sind, sieht es bisher so aus, dass zumindest drei dieser Patienten die DHC-Behandlung wieder erfolgreich verlassen haben. Darunter befindet sich ein Bierbrauer, der zuvor eine Leidensgeschichte mit 24 Entzugsbehandlungen und 4 „Therapien“ durchlaufen hatte, und inzwischen, ab dem Tag der ersten DHC-Verordnung im Juli 2001, frei von jeglichem Craving ist und keinerlei Rückfälle mehr hatte. Seit dem September 05 lebt er auch ohne DHC und erscheint weiterhin absolut stabil.

In mehreren Fällen berichten die Angehörigen etwas ähnliches wie die Ehefrau eines jetzt 73jährigen Patienten, der seit zwei Jahren täglich 120 mg DHC einnimmt: „Unser Leben war am Ende. Es gab keine Perspektive mehr. Ich hatte meinen Mann an den Alkohol verloren. Die dauernde Heimlichkeit und Betrunktheit und die sich häufenden Notfälle und Probleme waren nicht mehr auszuhalten. Wir waren beide völlig verzweifelt. Jetzt ist es wie ein geschenktes, neues Leben, wie wenn die dunkle Zeit nur ein Traum gewesen wäre.“

Diskussion

Das lange Kapitel über die Bedenken zeigt, dass eine Substitutionsbehandlung für Alkoholabhängige ein Behandlungsansatz ist, der noch viele Bewährungen vor sich hat. Es handelt sich nicht um eine „genial einfache“ Idee, die man einfach übernehmen und auch viel unkomplizierter, ohne all diese Bedenken, ausführen kann. Wer das denkt und womöglich umsetzt, bringt schnell seine Patienten, sich selbst und den gesamten Ansatz in Gefahr.

Unsere Daten sind nicht das Ergebnis einer prospektiven Studie. Therapeutische Entscheidungen fielen nie aus Studiengründen, sondern, um unseren Patienten die jeweils bestmögliche Therapie anzubieten. Systematisch dokumentiert wurden aber Blutparameter, Rückfälle, Gesamtbefindlichkeit und -Eindruck, Medikamente und therapeutische Maßnahmen. Der Ansatz ist noch nicht reif für echte statistische Auswertungen.

Weder gab es ein dieser Behandlung zugeordnetes Supportsystem – Patienten erlebten häufig Skepsis bei anderen Ärzten, Beratern und Therapeuten - noch einen etablierten Behandlungsstandard. Weder die bestmögliche Substitutionssubstanz noch die optimale Dosis sind erforscht, von individuellen, unter anderem genetisch bedingten Aspekten und Fragen des optimalen Settings ganz zu schweigen. All das sind Aufgaben für systematische, offizielle Forschungen.

Unsere Ergebnisse können lediglich zeigen, dass das Substitutionsprinzip bei Alkoholabhängigen möglich ist und dass die Gabe von Opioiden – in diesem Fall DHC – manches verzweifelte Krankheitsbild radikal zum Guten wenden kann.

Deshalb ist mein Beitrag keine Anregung zur Nachahmung unserer Erfahrungen in der Praxis. Davor muss sogar gegenwärtig noch ausdrücklich gewarnt werden. Aber einen Impuls zur systematischen Erforschung von Substitutionsansätzen für Alkoholabhängige sollten unsere Ergebnisse unbedingt darstellen. Dafür spricht die beeindruckende Verbesserung bei ersten einzelnen Patienten ebenso wie die grundsätzliche Möglichkeit, Patienten in ganz anderen Größenordnungen mit substituierenden Ansätzen zu erreichen.

Schon im sehr frühen Stadium der Diskussion muss davor gewarnt werden, Fehler bei der Etablierung von Substitutionsbehandlungen für Opiatabhängige zu wiederholen. Gute Strukturen, eine qualifizierte, motivierte Mitarbeit vieler Ärzte und eine vorzeigbare, breite Versorgung der gesamten, betroffenen Bevölkerung sind viel intelligenter und besser realisierbar als mit den Regeln, die man bisher zur Behandlung Opiatabhängiger aufgestellt hat.

Literatur

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren: Jahrbuch Sucht 06, 2006, Neuland-Verlag, Geesthacht

Deutsches Ärzteblatt: Warnende Hinweise zur Verschreibung von Clomethiazol (Distraneurin). Diskussionsbeiträge und Autorenschlußwort zum Beitrag von D. Färber und R. Tölle in 33/96. Dt. Ärzteblatt 94/5 (1997), A-237–43

Kafemann: Der Arzt, die Bekämpfung des Alkoholismus und die Alkoholgefährdeten. Med. Welt 8 (1929), 272-3

Froehlich JC, Li TK: Opioid Peptides, in: Galanter, M.: Recent Developments in Alcoholism 11: Ten Years of Progress. 1993, Plenum Press, New York

Froehlich JC, Li TK: Opioid Involvement in Alcohol Drinking. Ann. NY Acad. Sci. 739 (1994), 156-67

Froehlich JC: Genetic Factors in Alcohol Self-Administration. J. Clin. Psychiatry 56, suppl. 7 (1995), 15-23

Froehlich JC, Badia-Elder NE, Zink RW, McCullough DE, Portoghese PS: Contribution of the opioid system to alcohol aversion and alcohol drinking behavior. J Pharmacol Exp Ther 1998 Oct; 287(1): 284-92

Froehlich JC, Zink RW, Li TK, Christian JC: Analysis of heritability of hormonal responses to alcohol in twins: beta-endorphin as a potential biomarker of genetic risk for alcoholism. Alcohol Clin Exp Res 2000 Mar; 24(3): 265-77

Gianoulakis C, de Waele JP, Kiiianmaa K: Differences in the brain and pituitary beta-endorphin system between the alcohol-preferring AA and alcohol-avoiding ANA rats. Alcohol Clin Exp Res 1992 Jun;16(3): 453-9

Gianoulakis C: Endogenous Opioids and Excessive Alcohol Consumption. J Psychiatr Neurosci. 18 (1993), 148-56

Gianoulakis C, de Waele JP: Genetics of Alcoholism: Role of the Endogenous Opioid System. Metabolic Brain Disease 9/2 (1994), 105-31

Gianoulakis C, de Waele JP, Thavundayil J: Implication of the endogenous opioid system in excessive ethanol consumption. Alcohol 13/1 (1996), 19-23

De Waele JP, Papachristou DN, Gianoulakis C: The alcohol-preferring C57BL/6 mice present an enhanced sensitivity of the hypothalamic beta-endorphin system to ethanol than the alcohol-avoiding DBA/2 mice. J Pharmacol Exp Ther 1992 May; 261(2): 788-94

Volpicelli JR, Clay KL, Watson NT, O'Brien CP: Naltrexone in the Treatment of Alcoholism: Predicting Response to Naltrexone. J Clin Psychiatry 56, Suppl. 7 (1995), 39-44

Volpicelli JR, O'Brien CP: Opioid Involvement in Alcohol Dependence. J. Clin. Psychiatry 56, Suppl. 7 (1995), 3-4

Volpicelli JR, Volpicelli LA, O'Brien CP: Medical Management of Alcohol Dependence: Clinical Use and Limitations of Naltrexone Treatment. *Alcohol & Alcoholism* 30/6 (1995), 789-98

Volpicelli JR, Rhines KC, Rhines JS, Volpicelli LA, Alterman AI, O'Brien CP: Naltrexone and alcohol dependence. Role of subject compliance. *Arch. Gen. Psychiatry* 54/8 (1997), 737-42

Ulmer A: Die Dihydrocodein-Substitution. Darstellung der Behandlungsmethode anhand von Fragen des Bundessozialgerichtes und eines Entwurfes zur achten Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung. 1997, Thieme-Verlag, Stuttgart

Ulmer A: Substitutionsmöglichkeiten bei Alkoholabhängigen. *Suchttherapie Suppl* 2, 2002; 3: S127-8

Ulmer A, Müller M, Frietsch B: Substitutionsbehandlungen bei Alkoholabhängigen – Erste Fallberichte. *Suchtmed* 7/2 (2005), 130-1

*Veröffentlicht/Published:

23. Januar 2007/January 23, 2007

Eingereicht/Received:

4. Januar 2007/January 4, 2007

Angenommen / Accepted:

22. Januar 2007/January 22, 2007

**Korrespondenzadresse/
Address for correspondence:**

Dr. med. Albrecht Ulmer
Schwabstr. 26
D-70197 Stuttgart
Germany
Email: albrecht.ulmer@gmx.de