

ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE

Postanschrift:

NEUROLOGISCHES KRANKENHAUS ROSENHÜGEL
RIEDELGASSE 5, A - 1130 WIEN

Telephon: (43 1) 818 00 270

Telefax: (43 1) 88 92 581

An das
Präsidium des Österreichischen Nationalrates

Parlament
A-1010 Wien

Betrifft	GESETZENTWURF
Zi.	1-0110
Datum:	24. FEB. 1994
Verteilt	24. Feb. 1995

Wien, 23.02.1995

S. J. J. J.

Betrifft: Entwurf einer Novelle zum Suchtgiftgesetz 1951;
allgemeines Begutachtungsverfahren

Sehr geehrte Damen und Herren!

In der Anlage senden wir Ihnen die Stellungnahmen der Österreichischen Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie zum Entwurf einer Novelle zum Suchtgiftgesetz 1951 (zwei Stellungnahmen in 25facher Ausfertigung) und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

M. Tschabitscher

Dr.F.S. Tschabitscher
Sekretariat

Anlagen (erwähnt)

ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE

Postanschrift:

NEUROLOGISCHES KRANKENHAUS ROSENHÜGEL

RIEDELGASSE 5, A-1130 WIEN

Telephon: (43 1) 818 00 270

Telefax: (43 1) 88 92 581

22. Februar 1995

Stellungnahme zum Entwurf des Bundesgesetzes über Suchtgifte etc. (Suchtmittelgesetz/SMG)

Zur Stellungnahme liegen 4 Kopien-Konvolute vor:

1. Der Entwurf des Bundesgesetzes (BG) (21.12.1994, Seite 1-42),
2. zugehörige Erläuterungen samt Vorblatt, 73 bzw. 3 Seiten.
3. "Textgegenüberstellung", 78 Seiten,
4. INCB list of psychotropic substances (14. Aufl., Dezember 1993), 24 Seiten.

Die Sektion Psychiatrie der Österreichischen Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie (ÖGNP) erlaubt sich zum o.a. Entwurf des BG folgende Stellungnahmen, die sich im wesentlichen auf die Konvolute 1 und 2 beziehen:

1. Allgemeine Bemerkungen:
2. Stellungnahme zu einzelnen Inhalten
3. Stellungnahme zu formalen Punkten

1. Allgemeine Bemerkungen:

1.1. Die ÖGNP, insbesondere die Sektion Psychiatrie, begrüßt die Initiative des BMf Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz und des BMf Justiz zu einem Entwurf einer zeitgemäßen Fassung des SMG. Die genannte wissenschaftliche Gesellschaft und verschiedene ihrer Mitglieder waren an Fragen der Suchtgiftproblematik und ihren dazugehörigen Lösungsansätzen seit jeher besonders interessiert bzw. involviert. Grundsätzlich ist festzustellen, daß es sich bei Suchten, ob substanzgebunden oder nicht, um Erkrankungen handelt, die besonderer medizinisch-somatischer und/oder psycho- und soziotherapeutischer Intervention bedürfen. Beide Behandlungskonzepte schließen einander nicht aus, sondern stellen Schwerpunkte im Rahmen eines

Behandlungskontinuums dar. Es ist in der internationalen Fachliteratur nachgewiesen, daß eindimensionale Behandlungsmodelle bei Suchtkrankheiten nicht zielführend sind, ebenso wie die Tatsache, daß eine Behandlung Suchtkrankter nur dann erfolgreich sein kann, wenn sie von Behandlern durchgeführt wird, die in dieser speziellen Materie eine spezifische Ausbildung und zusätzlich ausreichend praktische Erfahrung haben.

Es sei gestattet, darauf hinzuweisen, daß vom Behandlungsstandpunkt der Entwurf einen höheren Differenzierungsgrad von gesundheits-, rechtspolitischen und wirtschaftlichen Inhalten aufweisen sollte. So wäre es wünschenswert, das rechts- und gesellschaftspolitische Interesse des Gesetzgebers an Restriktion und Sanktionierung des illegalen Suchtgift-Großhandels wesentlich deutlicher durch Grenzziehungen bzw. Strafraumen herauszustreichen. Ebenso ist es gerade wegen der seit längerem geführten Diskussion über die ökonomischen Möglichkeiten und Grenzen des Sozialsystems dringend geboten, nur indizierte, bewährte Maßnahmen, wo möglich abhängig von Effizienzkontrollen, zu finanzieren!

1.2. Es muß nachdrücklich auf 2 Bereiche hingewiesen werden, in welchen der Gesetzestext, insbesondere aber die Erläuterungen, die gebotene Beziehung zu Sachverständigengruppen unzureichend formulieren:

1.2.1. betrifft dies den wiederholt genannten "mit Fragen des Suchtgiftmißbrauches hinreichend vertrauten Arzt". Das Gesetz stellt darauf ab, darzulegen, daß (substanzgebundenes) Suchtverhalten ein komplexes bio-, psycho-, soziologisches Geschehen ist, das einer differenzierten Betrachtungs- und Behandlungsweise bedarf. Gerade deshalb ist geboten, daß sich nur qualifizierte Personen qualifizierter und differenzierter Methoden in der Behandlung Suchtkrankter bedienen.

Im medizinischen Bereich hat diese Qualifikation der Facharzt für Psychiatrie, der über entsprechende Erfahrung aus seiner Ausbildung und möglicher weiterer Tätigkeit verfügt. Im Gesetzestext wäre im eingangs aufgezeigten Halbsatz daher das Wort "Arzt" jedes Mal durch "Facharzt für Psychiatrie" zu ersetzen!

1.2.2. Ist nach einer Stellungnahme des BMfGSK die Psychotherapieausbildung gemäß dem Diplom für psychotherapeutische Medizin der Österreichischen Ärztekammer, der Ausbildung entsprechend dem Psychotherapiegesetz gleichzustellen, was aus dem Gesetzestext bzw. den Erläuterungen klar hervorgehen muß.

1.3. Es ist weiters festzustellen, daß aus der relevanten Literatur eindeutig hervorgeht, daß die Behandlungsmotivation bei einer Suchtkrankheit überzufällig häufig durch soziale, rechtliche oder andere Konsequenzen, die mit der Ausübung der Sucht verbunden sind, initiiert wird und solche Behandlungen auch erfolgreich abgeschlossen werden. Zudem ist festzustellen, daß auch die Art der Therapie, medizinisch-somatisch wie psychotherapeutisch, nicht der zufälligen Auswahl durch Sachunkundige überlassen werden kann, sondern, wie bei jeder kostenintensiven und effektiven Maßnahme rationalen Auswahl- und Effektivitätskriterien unterliegt. Alles andere müßte als gravierende Desavouierung differenzierter psychotherapeutischer Techniken durch die offenbare Annahme des Gesetzgebers gewertet werden, unabhängig von Indikation und Art der Psychotherapie, den gleichen Effekt zu erzielen.

Es ist zwar evident, daß Effektivitätskriterien schwer erstellbar sind, was jedoch nicht bedeutet, daß sie nicht unter Realitätskontrolle mit laufender Anpassung als konsensuelle Expertenmeinung ausgearbeitet und durchgeführt werden können. Diese Maßnahme empfiehlt sich aus Gründen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit!

1.4. Die Therapiestrategien betreffend, ist davon auszugehen, daß jedem Suchtverhalten ein beträchtliches Ausmaß eines Vermeidungsverhaltens inhärent ist. Es muß daher davon ausgegangen werden, daß dieser Zug bei eigenständiger Auswahl eines Therapieverfahrens durch den Süchtigen voll zum Tragen kommt, abgesehen davon, daß nicht alle therapeutischen Verfahren den gleichen Stellenwert besitzen. Die Art der Behandlungsmaßnahmen sollten sich daher aus Sachverständigen-vorschlägen ableiten.

1.5. Der im Gesetz neu hinzukommende Abschnitt über psychotrope Substanzen birgt bei gleichzeitiger Nennung dieser Stoffe, schon im Gesetzestitel, die Gefahr tausende Menschen, die kurzfristig sogenannte Tranquillizer benötigen (depressive Patienten, schlafgestörte Menschen, Personen in besonderen körperlichen oder seelischen Belastungszuständen usw., aber auch Schwangere mit deutlich verfrüht einsetzenden Wehen) oder längerfristig auf Tranquillizer angewiesen sind (z.B. Patienten mit chronischen Schmerzzuständen, Epileptiker) in die Nähe der Kriminalisierung zu bringen!

Die Bedenken des Gesetzgebers, den illegalen Gebrauch der Tranquillizer betreffend, sind einsichtig. Es erhebt sich jedoch die Frage, in welchem Ausmaß diesen Bedenken durch eine Änderung von Rezeptformularen, ebenso wie durch strikte Überwachung der bestehenden Rezeptpflicht bzw. deutliche Sanktionierung von Verstößen - auch seitens der Ausfolgenden, Rechnung getragen werden kann. Letztlich können auch Kanalisierungen von Verschreibungen bei bestimmten Facharztgruppen, welche für die Behandlung von Leiden zuständig sind, bei denen diese Medikamentengruppe häufiger indiziert ist, vorgenommen werden. (Z.B. könnte einmalig pro Quartal die Verschreibung über den praktischen Arzt, bei fortbestehender Indikation nur über den entsprechenden Facharzt (Psychiater, Neurologe, Anästhesisten, Internisten, Gynäkologen etc.) vorgenommen werden.)

Es darf nicht unterschätzt werden, daß Tranquillizer bei weitestverbreiteter Anwendung (von der Prämedikation von Narkosen bis hin zur Epilepsiebehandlung) im allgemeinen Medikamente mit einer großen therapeutischen Breite darstellen (die Grenzen zwischen Beginn der Wirksamkeit bis zu toxischen Dosen liegen weit auseinander) und somit als relativ sichere Medikamente eingestuft werden können. Auch die suchterzeugende Potenz hält sich in Grenzen; unkontrollierte und suchthafte Anwendung wird überdies bei verschiedensten (nicht abhängig- oder suchtmachenden) Medikamenten beobachtet (z.B. Abführmittel). Zudem gehören Tranquillizer zu jenen wenigen Medikamenten, für welche ein hochspezifisches und schnell wirksames Antidot (Gegenmittel) zur Verfügung steht.

1.6. Nach Ansicht der ÖGNP ist aus humanitären, gesundheits- wie rechtspolitischen Zusammenhängen zu überlegen, in welchem Ausmaß der hier vorliegende Gesetzesentwurf eine Gruppe von Suchtkranken (Drogen- bzw. Medikamentensüchtige) gerade im Zusammenhang mit Straftaten, gegenüber einer anderen Gruppe Suchtkranker (Alkoholkranker) unzumutbar privilegiert! Aus therapeutischer Sicht sollte ein derartiger Eindruck keinesfalls entstehen können.

1.7. Es ist nachdrücklich festzustellen, daß schon bisher medizinisch-somatische, psycho- und soziotherapeutische Maßnahmen untrennbare Bestandteile der Behandlung von Suchtkranken darstellten. Der 3. Absatz des "Vorblattes" erweckt den Eindruck, als sei die Einführung der Psycho- und Soziotherapie, zusätzlich zu medizinisch-somatischen Maßnahmen ein Novum, was in keiner Weise den Tatsachen entspricht! Die österreichische psychiatrische Schule gehörte zu den weltweit ersten, welche vor nunmehr fast 40 Jahren gezielt, wissenschaftlich kontrolliert und in größerem Umfang, psychotherapeutische (und soziotherapeutische) Techniken in der Behandlung aller Arten von substanzgebundenen Suchtkrankheiten verwendet! Dieser zu Recht weltweit anerkannten Tatsache sollte durch Weglassung des letzten Satzes des angesprochenen 3. Absatzes des Vorblattes Rechnung getragen werden.

2. Zum Inhaltlichen entsprechend den Seitenzahlen bzw. Paragraphenpunktationen des Entwurfes vom 21.12.1994:

Zu S 1: Aus psychologischen Gründen wird vorgeschlagen, den Titel des Gesetzes anders zu formulieren. Nachdem Suchtgifte allesamt definitionsgemäß psychotrope Stoffe sind und auch die INCB-Liste psychotroper Stoffe in Abschnitt I Suchtgifte enthält, wird vorgeschlagen, den Titel des Gesetzes auf "Bundesgesetz über psychotrope Stoffe und Vorläuferstoffe" umzuformulieren, der § 1 bzw. 1a-c würde diese Stoffe dann weiter definieren.

Zu S. 7, § 8, 9: Insbesondere in den Erläuterungen zu diesen Paragraphen kommt das Dilemma der "Anordnung einer Therapie" klar zutage. Der Gesetzgeber sucht sich diesem Dilemma durch das Ermöglichen einer scheinbar freiwilligen Entscheidung des Suchtkranken zur Therapie (im

Zusammenhang eines Verfahrens!), Rechnung zu tragen, schränkt allerdings gleichzeitig ein, daß bei Bedarf durch Verwaltungsbehörden eine Motivation erreicht werden sollte, ohne aufzuzeigen, wie eine derartige Maßnahme umgesetzt werden könnte. Da erfahrungsgemäß der sogenannte "konstruktive Zwang" zur Behandlungsmotivation aller Arten von Suchtkrankheiten beiträgt (wie aus der wissenschaftlichen Literatur ersichtlich), sollte diese erfolgversprechende Maßnahme gesetzlich nicht gänzlich ausgeschlossen werden, bzw. der Gesetzgeber sich zu dem durch ihn ausgeübten Zwang bekennen. Eine Haltung die therapeutisch wesentlich wenig zweideutig ist.

Zu S. 10, § 12 (3)/3, § 12 (6): Das Bestreben des Gesetzgebers, den illegalen Suchtgiftransport und -handel zu unterbinden, sollte durch eine Herabsetzung des angeführten "Vielfachen der Grenzmenge" (z.B. vom 25-fachen auf das 15-fache) und eine Erhöhung des Geldstrafenrahmens unterstrichen werden! Letzteres unter Bedachtnahme auf die im illegalen Suchtgiftgroßhandel umgesetzten Summen einerseits, andererseits auf die relativ einfachen Möglichkeiten zur legalen Geldbeschaffung über Kreditinstitute. Ähnliches trifft für § 16 (3), S. 14, zu.

S. 15, § 17 (2): Es scheint aus rechtspolitischen Gründen angebracht in diesem Zusammenhang eine Differenzierung der sogenannten "Begleitkriminalität" vorzunehmen. Durch die Formulierung "..... oder eine mit Strafe bedrohte Handlung im Zusammenhang mit ihrer Gewöhnung an Suchtgift begangen hat.....", würde jede Tathandlung durch das Mitführen einer geringen Suchtgiftmenge durch den Täter, möglicherweise als Suchtgiftdelikt im Sinne der Begleitkriminalität interpretiert werden können, weshalb die Unterscheidung nach Art und Zusammenhang des Deliktes im Sinne der "direkten" bzw. "indirekten" Begleitkriminalität dringend geboten wäre.

S. 19, § 21 (1) 3: Um jene Suchtkranken, die über ausreichend finanzielle Mittel verfügen, mit einer Kostenbeteiligung erfassen zu können, wird vorgeschlagen, die Formulierung "..... sein Fortkommen *erheblich* erschwert würde", zu verwenden. Dies vor allem im Hinblick auf das zwar seltene Vorkommen dieser Fälle, aber um gleichzeitig ein

Signal im Sinne der Kostendämpfung bzw. -beteiligung im Sozialbereich zu setzen.

S. 20, § 22 (2): Einerseits wegen der Entzugs- und andererseits Rückfallsgefahr und den damit verbundenen medizinischen Problemen, ist die Umformulierung des letzten Halbsatzes "..... Betreuung von Suchtkranken *jederzeit* zur Verfügung stehen.....", geboten.

S. 20, § 22 (5): Die im genannten Zusammenhang jährlich anfallenden Kosten der Behandlungen, insbesondere auch auflaufenden Kosten durch Therapieabbrüche, erreichen gesamtösterreichisch die Höhe mehrstelliger Millionensummen (in VlbG. allein 14 Millionen). Im Sinne der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit scheint es daher geboten, die "Anerkennung der Behandlungseinrichtung" bzw. -vereinigung unbedingt weiter beizubehalten. Wegen der hohen Kostenintensität der Betreuungen, insbesondere von Betreuungsabbrüchen und der leider häufig vorhandenen Tendenz Suchtkranker, sich der Behandlung zu entziehen, sowie der in der "Szene" vorhandenen unqualifizierten "Behandlungen", sollten die durchgeführten "Interventionen" genau operationalisiert und einer Qualitätskontrolle unterworfen werden .

Aus ähnlichen Gründen ist die Art und Technik der Intervention, ihre Frequenz und Dauer und ein auf Expertenkonsens beruhender Katalog von Erfolgskriterien zu beantworten.

Die Erläuterungen zu § 22 wären dahingehend zu verändern, daß Abs. 2 für die Durchführung der Psychotherapie auch ein (Arzt/Ärztin), ausgebildet gemäß dem Diplom der Österreichischen Ärztekammer für psychotherapeutische Medizin, geeignet ist.

Zu Abs. 4 (Erläuterungen) ist festzustellen, daß die letzten beiden Sätze der Erläuterungen, betreffend Ärzte/Ärztinnen, ersatzlos zu streichen sind. Es ist überhaupt zu überlegen, in welchem Ausmaß derartige Spezialnormen nicht zusätzlich eine Privilegierung der Drogensuchtkranken gegenüber anderen Suchtkranken (z.B. Alkoholiker) begründen!

Zu S. 23, § 23 b: Insbesondere in den Erläuterungen (S. 51) kommt in Zeile 10 - 13 des 2. Absatzes durch den dort angeführten Zirkelschluß die Problematik der Erfolgskriterien einer Behandlung zum Ausdruck. Trotzdem wird wegen der Kostenintensität und der notwendigen Kostendämpfungsmaßnahmen im Sozialbereich, die Ausarbeitung eines Kataloges von Erfolgskriterien, basierend auf Expertenkonsens, dringend notwendig sein.

Zu S. 24, § 23 b (3): Nachdem argumentiert werden könnte, daß jede Therapie die Lebensführung mehr oder weniger beschränkt, wird empfohlen, die Formulierung im Sinne des Gesetzgebers zu modifizieren: ".....selbstbestimmten Lebensführung in einem einer Freiheitsstrafe vergleichbaren Ausmaß beschränkt hat".

3. Stellungnahme zu formalen Punkten

Es ist anzumerken, daß das Wort "Sozialtherapie" bzw. "sozialtherapeutisch" seit langem obsolet ist und durch das Wort "Soziotherapie" bzw. "soziotherapeutisch" im Entwurf wie den Erläuterungen ersetzt werden sollte.



Prim. Univ. Prof. Dr. Peter König
Vorsitzender der Sektion Psychiatrie

p.A. LKH Rankweil
Valdunastr. 16
6830 Rankweil

KOMMENTAR ZUM NEUEN SUCHTMITTELGESETZ (SMG)¹ IN BEZUG AUF DEN VERSCHREIBUNGSMODUS FÜR BENZODIAZEPINE

Bedeutung der Benzodiazepine

Nahezu alle heute verwendeten Beruhigungs und Schlafmittel gehören zur Gruppe der Benzodiazepine, d.h. Benzodiazepinpräparate haben während der letzten Jahre andere chemische Substanzen (wie z.B. Barbiturate, Methaqualon, Meprabomat, etc.) in dieser Indikation weitgehend verdrängt.

Gegenüber den früher als Tranquilizer und Schlafmittel verwendeten Substanzen zeichnen sich Benzodiazepine durch eine hervorragende Wirksamkeit, geringe Toxizität, gute Steuerbarkeit, sowie eine hohe therapeutische Breite bei relativ niedrigem Abhängigkeitspotential aus.

Hauptindikationen für diese Medikamentengruppe sind die Krankheitsbilder Angststörungen (ICD-9:300.0, Häufigkeit 13-15% der Bevölkerung) und Schlafstörungen verschiedener Genese (Häufigkeit 26% der Bevölkerung). Man kann davon ausgehen, daß die Stichtagsprävalenz der Benzodiazepineinnahme in Österreich bei 3-5%, die Jahresprävalenz bei 5-15% der Bevölkerung liegt. Somit stellt der Benzodiazepingebrauch einen relevanten gesundheitspolitischen Aspekt dar. Regelmäßige Benzodiazepineinnahme über lange Zeiträume ist nicht selten (ein bis zwei Drittel der Benzodiazepinkonsumenten) und bedeutet üblicherweise nicht Abhängigkeit, wie dies stereotyp angenommen wird, sondern Einnahme aus therapeutisch klar indizierten Gründen.

¹ Bundesgesetz über Suchtgifte, psychotrope Stoffe und Vorläuferstoffe (Suchtmittelgesetz - SMG)

Mißbrauch und Abhängigkeit

Regelmäßiger Benzodiazepinkonsum, auch von therapeutischen Dosen, kann zum Auftreten von Absetzphänomenen, d.h. zum Auftreten von körperlichen Entzugssymptomen vor allem bei abruptem Absetzen, führen. So wurde nachgewiesen, daß nach einjähriger regelmäßiger Einnahme von Diazepam (Valium) in therapeutischer Dosis 40% der Patienten solche vorübergehenden Absetzsymptome zeigten.

Diese Absetzphänomene sind jedoch nicht mit Sucht im klassisch psychiatrischen Sinn zu verwechseln. Sie entsprechen auch in keiner Weise den Suchtkriterien der WHO.

Die Entwicklung einer primären Benzodiazepinabhängigkeit mit Toleranzentwicklung, Dosissteigerung und den sozialen Folgen einer Suchterkrankung ist ein seltenes Phänomen. Häufiger ist der Mißbrauch von Benzodiazepinen bei alkoholkranken Patienten oder bei Mehrfachabhängigen.

Der Tranquilizermißbrauch bei (zumeist opiatabhängigen) Polytoxikomanen erfolgt einerseits im Sinne einer Überbrückung, wenn nicht ausreichend andere Suchtmittel (meist Heroin) zur Verfügung stehen, andererseits um die Wirkung anderer Substanzen zu verstärken (Cannabis, Opiate) oder zu modifizieren (Amphetamine, Kokain, Halluzinogene). Bei dieser Patientengruppe kommt es am häufigsten zu Zwischenfällen, bei denen Benzodiazepine involviert sind: Nicht selten werden lebensbedrohliche Mischintoxikationen beobachtet, bei denen auch Benzodiazepine nachgewiesen werden.

Das Auftreten und die breite Darstellung solcher Vorkommnisse in den Medien führen immer wieder zu einer falschen Gewichtung der Problematik und einer ungerechtfertigten Bekräftigung falscher Stereotype. In diesem Zusammenhang ist wohl auch der Wunsch nach einer restriktiveren Verschreibungsvorschrift für Benzodiazepine zu erklären.

Das neue Suchtmittelgesetz (SMG)

Im Entwurf des neuen Suchtmittelgesetz (SMG) findet sich eine Reihe von Bestimmungen, die verbesserte Kontrollmaßnahmen im Umgang mit psychotropen Stoffen des Anhang IV der *List of Psychotropic Substances Under International Control* vorsehen. Auch die Benzodiazepine sind im Anhang IV aufgelistet.

Im einzelnen sehen die Maßnahmen eine grundsätzliche Beschränkung (bzw. Kontrollmaßnahmen) für Herstellung, Ein- und Ausfuhr, Verteilung, Vorratshaltung, Verwendung Besitz und Handel vor.

Für die ärztliche Verschreibungspraxis ist § 32 (Abs. 4) relevant, der dem Bundesminister für Gesundheit die Aufgabe überträgt Vorschriften "zur Abwehr der durch den Mißbrauch von psychotropen Stoffen für das Leben oder die Gesundheit von Menschen drohenden Gefahren und zur Überwachung des geordneten Verkehrs und der Gebarung mit psychotropen Stoffen" auf dem Verordnungswege zu erlassen.

An dieser Stelle soll festgehalten werden, daß Benzodiazepine schon derzeit gewissen Beschränkungen unterliegen: Sie sind apothekenpflichtig, rezeptpflichtig und nur zur einmaligen Abgabe bestimmt.

Argumente für weitere Restriktionen der Benzodiazepinverschreibung

Obwohl keine Studien darüber vorliegen, wie Benzodiazepine in die Drogenszene gelangen, kann davon ausgegangen werden, daß mit einer weiteren Restriktion der Verschreibung weniger Benzodiazepine verschrieben werden, was möglicherweise dazu führen könnte, daß weniger Benzodiazepine auf den illegalen Markt kommen.

Argumente gegen eine weitere Benzodiazepinrestriktion

Es ist zu fürchten, daß unter einer restriktiveren Verschreibungspraxis vor allem jene Patienten zu leiden hätten, bei denen ein Tranquilizer indiziert ist und die auf die ärztliche Verschreibung angewiesen sind. Besonders bei ängstlichen Patienten - und Angsterkrankungen stellen eine Hauptindikation für diese Substanzgruppe dar - wird die Bezeichnung der Benzodiazepine als "Suchtmittel" für weitere Verunsicherung sorgen.

Es muß befürchtet werden, daß andere weniger wirkungsvolle Substanzen mit größeren Nebenwirkungen, höherer Toxizität und höherem Abhängigkeitspotential wieder vermehrt verschrieben und verwendet werden. In diesem Zusammenhang ist auch die Gefahr eines Ansteigens des Alkoholkonsums in der Bevölkerung zu sehen (Selbstmedikation).

Effekte von Benzodiazepinrestriktionen in anderen Ländern

Schon zu Beginn der 70er Jahre wurde eine Restriktion der Benzodiazepinverschreibung in den Skandinavischen Ländern heftig diskutiert, nachdem die Verschreibungszahlen z.B. für Diazepam (Valium) bis 1971 unverhältnismäßig stark angestiegen waren. In Finnland ging allein durch die Diskussion und durch Medienberichte die Verschreibungshäufigkeit nach 1971 ständig zurück. Allerdings kam es gleichzeitig zu einem deutlichen Ansteigen des Alkoholkonsums in der Bevölkerung.

Die einzige relativ gut untersuchte Restriktion der Benzodiazepinverschreibung ist die **New York State Regulation** von 1989. Dabei wird das Benzodiazepinrezept in 3fach Ausführung ausgestellt: 1 Kopie muß der Verschreiber 5 Jahre lang aufbewahren, 1Kopie die einlösende Apotheke und eine Kopie erhält das State Department of Health.

Schon kurze Zeit nach Einführung dieser Regelung gingen die Benzodiazepinverschreibungen um 30-45% zurück. Allerdings stiegen die Verschreibungen von Meprobumat, Barbituraten, Chloralhydrat und Methyprylon um 30-135%.

Zwei Wochen nach Einführung der Regelung stiegen die ambulanten Notfallinterventionen in Zusammenhang mit Benzodiazepingebrauch/-entzug in einem New Yorker Versorgungshospital um 40%.

Die Vergiftungsfälle (gemeldet dem New York City Poison Controll Center) mit Benzodiazepinen nahmen deutlich ab, die Vergiftungen mit anderen Substanzen jedoch deutlich zu. Die Summe der Vergiftungsfälle änderte sich nicht.

Damit erscheint deutlich, daß durch diese Maßnahme zwar der Gebrauch von Benzodiazepinen wirksam reduziert werden konnte, allerdings um den Preiseines unangemessenen Anstieges in der Verwendung alter Sedativa und Hypnotica, deren Verwendung aufgrund der Toxizität und ihres Abhängigkeitspotentialseigentlich schon als obsolet angesehen werden muß.

Zusammenfassung und Empfehlungen

Die Anpassung des alten Suchtgiftgesetzes von 1951 an das Übereinkommen der Vereinten Nationen über psychotrope Stoffe vom 21. Feb. 1971 sowie gegen den unerlaubten Verkehr mit Suchtstoffen und psychotropen Stoffen vom 20. Dez. 1988 ist grundsätzlich zu begrüßen. Wir begrüßen auch die Bereitschaft diese Änderung im Titel des Gesetzes zu berücksichtigen, sind allerdings der Meinung, daß dieses Anliegen noch nicht ausreichend befriedigt ist. Wir schlagen eine Angleichung des Titels an das englischsprachige Original (Bundesgesetz über zu kontrollierende psychotrope Stoffe - Psychotropenkontrollgesetz - PKG) vor. Diese Namensänderung ist wichtig, damit nicht schon im Gesetzestitel (Suchtmittelgesetz) insinuiert wird, daß die wichtige Arzneimittelgruppe der Benzodiazepine mit Suchtgiften gleichzusetzen ist.

Die in Zusammenhang mit dem Umgang mit den sog. "psychotropen Stoffen", unter die auch die Benzodiazepine fallen, formulierten Kontrollmaßnahmen in Bezug auf Herstellung, Handel, Lagerung, etc. sind sinnvoll.

Insbesondere ist zu beachten, daß im Rahmen des §32 des vorliegenden Entwurfs die Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit für Benzodiazepine nicht eine Verschreibungspflicht nach dem Muster der Suchtgiftverschreibung vorsehen sollte. Andererseits sind Verschreibungsrestriktionen wie die Festlegung von Höchstabgabemengen pro Rezept oder eine diagnosegebundene Verordnung durchaus zu begrüßen.

Ohne weitreichende flankierende Maßnahmen (wie z.B. intensive Fortbildung niedergelassener praktischer Ärzte, einer Vermehrung psychiatrischer Fachärzte, Ausweitung der psychiatrischen Konsiliardienste, Schaffung von Spezialambulanzen und Speziallabors für Schlafstörungen, sowie Spezialambulanzen für Angst und

Panikstörungen, etc.) würde eine Benzodiazepinverschreibung auf Suchtgiftrezept wahrscheinlich zu einer Verschlechterung der Versorgung der Patienten führen, bei denen Benzodiazepine - obwohl medizinisch indiziert - aus Angst vor Bürokratie und Stigmatisierung nicht mehr verschrieben werden.

Auf der anderen Seite ist ein Erfolg solcher Maßnahmen im Sinne einer Reduktion der Benzodiazepine auf dem illegalen Markt und in der Suchtgiftszene äußerst fragwürdig.