

befragt von Dr. med. Daniel F. Beutler

Februar 2012, in Ashkelon, Israel; aktualisiert Mai 2020

Was sind die Grundlagen von ANR?

Die wichtigste Grundlage liegt in der Erkenntnis, dass es sich bei der Opioidabhängigkeit um eine hirnorganische, d.h. strukturell bedingte Störung und nicht primär um ein psychologisches Phänomen handelt. Die regelmässige Einnahme von Opioiden über längere Zeit führt zu plastischen Veränderungen auf Ebene der sog. Opioidrezeptoren im Gehirn. Dabei nimmt man an, dass diese Rezeptoren an Zahl und Affinität zunehmen und so in eine Art Reizzustand geraten und dadurch das sog. «Craving» erzeugen, ein unbändiges Verlangen nach Opioiden. Ziel von ANR ist es, diesen Reizzustand medikamentös zu beheben.

Was geschieht genau bei einer Behandlung mit ANR?

Hauptelement der Behandlung ist eine medikamentöse, d.h. chemische Blockade der Opioidrezeptoren im Gehirn mithilfe von sog. Opioidantagonisten. Da eine solche Blockade aber akute und in den meisten Fällen sehr schwere Entzugserscheinungen auslösen würde, werden die Patienten für kurze Zeit in eine Narkose versetzt. Dadurch werden im Gegensatz zu herkömmlichen Entzugsbehandlungen die Symptome für den Patienten erträglich gemacht. Nachdem sie aus der Narkose erwachen, ist die Opioidabhängigkeit vorübergehend blockiert und mit der Zeit ganz behoben.

Wie sieht das in der Praxis aus?

Nach ausführlichen Vorabklärungen treten die Patienten in die Klinik ein und werden dort einen halben Tag lang auf die Behandlung vorbereitet. Das geschieht durch sedierende und kreislaufstabilisierende Medikamente mit dem Ziel, die Entzugserscheinungen unter der Narkose etwas abzdämpfen. Ausserdem werden in dieser Phase die restlichen Opioiden im Körper durch eine Ansäuerung des Stoffwechsels mittels Ascorbinsäure aus dem Fettgewebe und den Knochen ausgeschwemmt. Weiter werden ein venöser Gefässzugang sowie eine Magensonde gelegt und die Patienten intubiert, jedoch nicht relaxiert, d.h. sie atmen während der Narkose selbstständig.

Was hat Sie veranlasst, sich mit Suchtkrankheiten zu befassen?

Als Sanitätsoffizier in der israelischen Armee war ich konfrontiert mit Kriegsverwundeten, bei denen nach jahrelanger Schmerztherapie eine Abhängigkeit auf opioidhaltige Schmerzmittel zurückblieb. Einige davon waren mir nahe Kameraden, die wie Drogensüchtige dahinvegetierten, obschon sie weder psychologisch noch von ihrem Charakter her zu einer Suchterkrankung neigten.

Können Sie erklären, wie Sie auf diese Methode gekommen sind?

Ich forschte intensiv in der medizinischen Literatur, um möglichst viel über den Opioidstoffwechsel im Gehirn zu erfahren. Schon bald war ich überzeugt, dass eine Hirnfunktionsstörung auf Ebene der Rezeptoren für die Abhängigkeit verantwortlich sein musste. Ich fand weiter heraus, dass einige Suchtexperten bereits in den 1980er-Jahren mit medikamentösen Entzugsverfahren experimentiert hatten und dabei das Konzept der Rezeptorblockade unter Narkose mehr oder weniger erfolgreich angewandt hatten. Diese Forscher waren fast ausschliesslich Psychiater und Psychologen. Ich habe als Intensivmediziner die Methode auf dieser Ebene weiterentwickelt.

Wie oft haben Sie Ihre Methode schon angewandt?

Einer meiner ersten erfolgreich behandelten Patienten war ein Kind, das wegen einem Hirntumor Höchstdosen Morphin erhielt und dadurch in eine derart schwere Abhängigkeit geriet, dass keinerlei Kommunikation mit der Umgebung mehr möglich war. In der Zwischenzeit habe ich einige Tausend Patienten behandelt, darunter viele Prominente aus Politik, Wirtschaft und Showbusiness. Dieser grosse Erfolg bedeutet nicht, dass ich eine Art Wunderheiler bin, sondern rechtfertigt meine tiefe Überzeugung, dass opioidabhängige Menschen nichts anderes brauchen, als eine Behandlung nach den Kriterien der modernen Medizin.

Das heisst, die Methode ist in ihren Grundzügen bereits seit über zwanzig Jahren bekannt. Weshalb hat sie sich nicht längst durchgesetzt?

Das hat mehrere Gründe. Die oben erwähnten Psychiater und Psychologen haben das Verfahren meistens in ihren Praxisräumlichkeiten angewandt und sind so erhebliche Risiken eingegangen. Für Komplikationen mit der Narkose waren sie nicht gewappnet, zumal sie nicht über die notwendige intensivmedizinische Ausrüstung verfügten. Dies führte zu etlichen Komplikationen mit Todesfolge, die in der Fachwelt entsprechend kritisch beurteilt wurden. Das wiederum bewirkte, dass diese als «Rapid Detoxification» bezeichnete Methode als gefährlich und daher von den Gesundheitsministerien vieler Länder als nicht empfehlenswert beurteilt wurde.

Was unterscheidet die von Ihnen entwickelte Methode von anderen Verfahren?

Ein wichtiger Faktor ist die Individualität der Patienten. Ein junger Mensch, der erst seit kurzer Zeit z.B. Heroin und sonst keine weiteren Substanzen konsumiert, unterscheidet sich wesentlich von einem Patienten, der z.B. seit Jahren wegen chronischer Schmerzen hochdosiert Opioide einnimmt. Diese Tatsache bedarf einer sorgfältigen Abklärung vor der Behandlung, nicht zuletzt auch, um das Risiko der Narkose abzuschätzen. Letztlich betreue ich jeden Patienten mit meinem eingespielten Team persönlich. Ich kann so meine ganze Erfahrung einbringen und den Patienten eine individuelle Behandlung anbieten. «Rapid Detoxification» wurde von vielen Ärzten quasi nach Kochbuch angewandt – das ist bei ANR nicht möglich.

Weitere Unterschiede zum sogenannten «Turbo-Entzug» oder «Rapid Detox»?

Zu Beginn meiner praktischen Tätigkeit auf diesem Gebiet habe ich selber sogenannte «Rapidverfahren» resp. Verfahren der «kompletten Rezeptorblockade» angewandt. Bald einmal musste ich aber feststellen, dass es vielen Patienten nach der Behandlung nicht gut ging und sie nicht selten wieder rückfällig wurden, obschon die Rezeptoren nachweislich geblockt waren. Bald gelangte ich zur Erkenntnis, dass durch die Behandlung auch das endogene Opioidsystem (über die Endorphine) und dadurch ein wichtiger Teil der physiologischen Regulation der Neurotransmitoren mitbeeinträchtigt wurde. Das bedeutet, dass durch die komplette Rezeptorblockade zwar das Verlangen nach Opioiden gedämpft wird, auf der anderen Seite die Patienten gleichzeitig aber eine Art «chemische Depression» durchmachen. Dadurch, dass ich diesen Sachverhalt speziell beachte, bezeichne ich meine Behandlungsmethode als «Regulation».

Wie lösen Sie das Problem mit der Sicherheit?

Für mich gehört der medikamentöse Opioidentzug ganz klar in die Hände von Spezialisten. Wer ist spezialisiert, Opioide zu verabreichen und mit wirkungshemmenden Substanzen zu kontrollieren, d.h. zu antagonisieren? – der Anästhesist (Narkosearzt) oder Intensivmediziner! Aus diesem Grund gehört ANR ganz klar in die Hände eines erfahrenen Teams und in eine Intensivstation mit Anbindung an ein öffentliches Spital. Ich darf mit gutem Gewissen sagen, dass ich anlässlich meiner Behandlungen noch keine einzige ernsthafte Komplikation oder gar einen Todesfall zu verzeichnen hatte.

Weitere Gründe dafür, dass sich die Methode bislang nicht durchsetzen konnte?

Ein ideologischer Irrweg! Bis heute gilt der Grundsatz, dass es sich bei allen Formen der Suchtmittelabhängigkeit primär um ein psychologisches respektive psychosoziales Problem handle. Die Abhängigen werden dabei in dem Sinne stigmatisiert, dass sie beispielsweise durch mentale Schwäche oder eine schwierige Biografie in die Suchtmittelabhängigkeit geraten seien. Das mag in einigen Fällen zutreffen, aber sicher nicht bei einer Mehrheit der Patienten, die möglicherweise nur mit Drogen experimentiert hatten oder aus einer vorübergehenden Lebenskrise heraus Drogen einnahmen.

Das ist eine gewagte Aussage.

Nein. Ich bin überzeugt, dass die Opioidabhängigkeit primär ein hirnganisches Problem ist - unabhängig davon, aus welchen Gründen ein Mensch zu Opioiden greift und welche Folgen die Abhängigkeit im psychosozialen Bereich anrichtet! Es ist eine Tatsache, dass ein Heer von Psychiatern und Psychologen von diesem fehlerhaften Ansatz lebt. Die bescheidenen Erfolgszahlen dieser Behandlungsformen sprechen für sich...

Diese Behauptung wird wohl noch viele Diskussionen auslösen...

Sprechen Sie mit den von mir behandelten Patienten. Aber versuchen Sie nicht, einen Psychiater von ANR zu überzeugen – zu tief sitzt das meines Erachtens überholte psychosoziale Konzept und alle namhaften Suchtfachleute sind leider fast ausschliesslich Psychiater, z.B. auch in der Schweiz. Sicher haben diese Suchtexperten jedoch ihre Berechtigung in der psychosozialen Vor- und Nachbetreuung der mit ANR behandelten Patienten. Diese soll auch gefördert werden.

Wie verhält es sich mit der Abhängigkeit von Schmerzmitteln?

Früher wurde der Schmerz als Symptom betrachtet und dementsprechend behandelt. Heute schießen (vor allem in den USA) sogenannte Schmerzkliniken aus dem Boden und erklären den Schmerz zur chronischen Krankheit. Das weckt enorme Erwartungen bei den Patienten und wenn dann all die schmerzmodulierenden Behandlungen nicht helfen, greift man zu den Opioiden, die ab einer gewissen (bei chronischen Schmerzen oft sehr hohen) Dosis immer wirken. Eine fatale Entwicklung, welche uns unzählige opioidabhängige Menschen beschert! Die Entzugsbehandlung mittels ANR unterscheidet sich aber nicht von derjenigen der illegalen Drogensucht.

Wie beurteilen Sie die Substitutionsbehandlungen?

Angeichts der wissenschaftlichen Erkenntnis, dass die anhaltende Einnahme von Opioiden zu strukturellen Veränderungen und zu einer Zunahme der (überreizten) Rezeptoren im Gehirn führt, ist das eine Katastrophe – ein millionenfacher ärztlicher Kunstfehler! Heroin ist rund 100 Jahre alt, Methadon 70 Jahre: Würden Sie sich in einem Spital mit derart veralteten Methoden behandeln lassen?

Es gibt kaum Studien zu ANR. Was sind die Gründe dafür?

Die Patienten werden von mir nach dem ANR-Verfahren hinsichtlich Entzugserscheinungen engmaschig evaluiert. Die Methode konnte dadurch derart verfeinert werden, dass die Entzugserscheinungen nach einer gewissen Zeit ganz einfach verschwunden sind! Braucht es nun Studien, um zu beweisen, dass die Appendix nicht mehr vorhanden ist, wenn man sie herausoperiert hat? Ich werde immer wieder nach Langzeitresultaten gefragt; das gehört nicht mehr in meinen Bereich. Ich behebe die Opioidabhängigkeit – was die Menschen dann daraus machen, ist eine ganz andere Sache. Unter dem Strich basiert die ANR-Behandlung viel mehr auf Erfahrung als auf Theorien. Dennoch ist sie mehr als reine Erfahrungsmedizin.

Wenn Ihnen nun eine Universität einen Forschungsauftrag erteilen würde..?

Eine solche hat mir eine Universität in Texas angeboten. Eine wissenschaftliche Begleitung, die z.B. mit Hirnscans untersucht hätte, was unter der Behandlung in den Hirnstrukturen mit den Opioidrezeptoren genau passiert, hätte mich natürlich brennend interessiert. Da ich zu diesem Zweck für längere Zeit in den USA hätte bleiben müssen, hatte ich aus Rücksicht auf meine Familie abgesagt. Offen gesagt, habe ich diesen Entscheid auch schon bereut...

Es wäre doch interessant zu wissen, wie es den Patienten nach der ANR-Behandlung geht!

Es gibt Drogenabhängige, die als Folge des jahrelangen Drogenkonsums an mehr oder weniger ausgeprägten psychosozialen Defiziten leiden. Meine Erfahrung zeigt nun, dass diejenigen Abhängigen, deren Opioidabhängigkeit durch ANR behoben werden konnte, viel bessere Startbedingungen für ein drogenfreies Leben haben und viel einfacher wieder Fuss fassen können, als wenn sie trotz Entzugstherapie immer noch gegen das «Craving» ankämpfen müssen. Dennoch muss ich wiederholen, dass dieser Teil nicht unter meine Verantwortung fällt.

Weitere Gründe?

Weder die Rezeptorblockade noch das Narkoseverfahren und die Nachbehandlung finden nach einem Schema statt. Im Besonderen ist die Dosierung der Narkotika ein essentieller Bestandteil der Neuroregulation. Ich «spiele» quasi mit der Narkosetiefe und versuche, sie auf möglichst flachem Niveau zu halten, damit ich die Reaktionen des Patienten beurteilen kann. So etwas kann nicht standardisiert werden. Daher gebe ich auch keine schriftlichen Richtlinien ab, wenn ich jemandem meine Methode weitergebe, sondern mache ausschliesslich «bedside-teaching», gebe also mein ganz persönliches Wissen und meine Erfahrung 1:1 weiter. Als wissenschaftliche Basis können durchaus die zahlreichen Studien zu den (seriös durchgeführten) «Rapid Detox»-Verfahren beigezogen werden.

Wie haben Sie erreicht, dass Ihre Methode in Israel akkreditiert wurde?

Die Akkreditierung erfolgte nach mehreren persönlichen Gesprächen mit dem Gesundheitsministerium. Heute bin ich medizinischer Leiter einer Klinik, die einem öffentlichen Spital angeschlossen ist. Weiter werden die Behandlungen opioidabhängiger Kriegsversehrter durch das Verteidigungsministerium bezahlt. Hingegen verwehrt mir die offizielle Suchtmedizin nach wie vor die Anerkennung. In anderen Ländern, so auch in der Schweiz, gelingt es mir jedoch oft, Skeptiker im persönlichen Gespräch abzuholen und manchmal sogar zu überzeugen. Die beste Referenz sind aber die behandelten Patienten. Unter diesen befinden sich nicht wenige, die zuvor den Stempel «hoffnungsloser Fall» trugen...

Ihre Erfahrungen in der Schweiz?

Zu Beginn war die Skepsis sehr gross. Doch schon nach den ersten erfolgreichen Behandlungen wich diese einem Eifer, das ANR-Verfahren in all seinen Facetten zu begreifen und zu beherrschen. Die Teams in der Schweiz sind hervorragend, die Infrastruktur ist exzellent. Das Patientengut ist recht anspruchsvoll, zumal sich die meisten während mehrerer Jahre in Substitutionsbehandlungen befanden, wo zum Teil Regeln herrschen, die der abstinenzorientierten Philosophie von ANR entgegenstehen. Zu niedrig ist die Schwelle für eine Rückkehr in die Substitution, sobald die Schwierigkeiten des Alltags kommen. Ausserdem sind interessierte Patienten sehr oft mit einer klar ablehnenden Haltung ihrer behandelnden Ärzte (meistens Psychiater) konfrontiert. Dies geschieht natürlich oft aus Unwissenheit. Nach acht Jahren ANR-Behandlungen in der Schweiz und rund 150 behandelten Patienten sind nun aber schon viele Widerstände gewichen.