



Swiss Society of Addiction Medicine
Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin
Société Suisse de Médecine de l'Addiction
Società Svizzera di Medicina delle Dipendenze

Medizinische Empfehlungen für substitutionsgestützte Behandlungen (SGB) bei Opioidabhängigkeit

Erstellt durch die Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin, SSAM 2006

Verfalldatum: 31.12.2010

Daniel Meili, Dr. med.

Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen (ARUD) Zürich

Barbara Broers, PD Dr. med.

Département de Médecine Communautaire (HUG), Genf

Philip Bruggmann, Dr. med.

Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen (ARUD) Zürich

Annabel Fink, lic. phil.,

Generalsekretärin, Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin (SSAM), Bern

Robert Hämmig, Dr. med.

Universitäre Psychiatrische Dienste (UPD), Bern

Unter Mitarbeit von:

Irene Caspar, pract. med.

Edgar Eyal, lic. iur.

Markus Herold, Dr. med.

Luis Falcato, lic. phil.

Thomas Disler

Ruedi Stohler, PD Dr. med.

15.04.2007, SSAM ©

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Daniel Meili

Sekretariat SSAM , c/o UPD Bern, Pf 52, 3010 Bern

admin@ssam.ch

Medizinische Empfehlungen zu den substitutionsgestützten Behandlungen von opioid-abhängigen Patienten (SGB), 2007

Präambel / Vorwort

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) muss gemäss seinem Auftrag im Bundesgesetz über die Betäubungsmittel zur Aktualisierung des Wissens in Bezug auf die Verschreibung von Betäubungsmitteln beitragen. Nach der Publikation des Methadonberichtes im Jahre 1995 organisierte es deshalb 2001 eine nationale Konsensuskonferenz zu substitutionsgestützten Behandlungen (NaSuKo). Diese auf der Methodologie der „Rand Corporation“ abgestützte Konferenz war ein wissenschaftlicher Erfolg und lieferte wichtige Publikationen zur öffentlichen Gesundheit. Die resultierenden Empfehlungen stiessen aber vor allem bei niedergelassenen Ärzten auf Ablehnung, da sie als wenig praxisrelevant eingestuft wurden. Die delicate Aufgabe ein Synthesedokument für medizinische Empfehlungen für Praktiker, die Substitutionsmedikamente verschreiben, zu verfassen, wurde 2005 der Schweizerischen Gesellschaft für Suchtmedizin (SSAM) übertragen. Das Dokument soll auch als Grundlage für die Arbeit der nicht medizinischen Partner im Suchtnetzwerk zur Erstellung eigener Empfehlungen dienen.

Das Ziel des vorliegenden Dokumentes ist es deshalb, die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse zu den substitutionsgestützten Behandlungen auf zusammenfassende und auf die Praxis ausgerichtete Weise darzustellen. Dieses Ziel erklärt auch das Format des Dokumentes: ein kurzer Text und im Internet zur Verfügung gestellte Referenzen (<http://www.ssam.ch>).

Die Methodologie der redaktionellen Gruppe stützte sich grundsätzlich auf „Evidence Based Medicine“ mit fast 1000 berücksichtigten Referenzen. Die Evidenzgrade sind je nach Empfehlung unterschiedlich. Die Validierung dieses Dokumentes schloss eine Vernehmlassung bei allgemeinärztlichen Gesellschaften, „Opinion Leaders“ und suchtmedizinischen Spezialisten ein, ohne darüber die Basis der Konferenz von 2001 zu vergessen.

Der integrative und interdisziplinäre Ansatz mit nicht-ärztlichen Partnern wurde klar berücksichtigt.

Kulturelle Differenzen zwischen den Regionen des Landes können selbstverständlich zu gewissen Unterschieden in der praktischen Anwendung führen. So beeinflusst zum Beispiel die Erfahrung der Verschreibungspraxis des Buprenorphins in Frankreich die Haltung der Romands stärker, während sich die Deutschschweiz öfters an der Praxis von Holland orientiert.

Die ökonomische Dimension wurde auch berücksichtigt, jedoch nur in zweiter Linie zu den wissenschaftlichen Anliegen. Diese Frage ist besonders heikel in Bezug auf die Vergleiche von Methadon und Buprenorphin. Es sei daran erinnert, dass aktuell nur Langzeitstudien zu Methadon bestehen und die Studien zu Buprenorphin zum Teil mit selektionierten Populationen durchgeführt wurden.

Die juristische Dimension wurde nur partiell abgehandelt. Der schweizerische Föderalismus lässt kantonale Regelungen zu. Der Leser sei aber auf die gesetzlichen Limitierungen erwähnter „off label“- oder „ausserhalb des Kompendiums“-Verschreibungen hingewiesen. Sie liegen in der Verantwortung des verschreibenden Arztes und setzen das informierte Einverständnis (informed consent) voraus (z.B. Verschreibung von Medikamenten wegen Kokainabhängigkeit). Diese Behandlungen müssen möglichst bald mit offiziellen klinischen Studien bestätigt werden.

Die vorliegenden „Empfehlungen“ sind von Interesse für den praktizierenden Arzt und sein Netz. Sie haben eine kontextuelle Gültigkeit, die durch obenstehende Bemerkungen und nachfolgende Einführungen präzisiert werden. Sie bieten für die nächsten Jahre einen globalen und integrativen Rahmen für das Verständnis der substitutionsgestützten Behandlungen im suchtmedizinischen Netz. Es handelt sich dabei nicht um zwingende Direktiven, sondern um wissenschaftliche Gesichtspunkte zur klinischen Praxis, die auf die komplexe Realität der Patienten zentriert bleiben muss.

Prof. Dr. Jacques Besson, Lausanne, 2007

Inhaltsverzeichnis

Medizinische Empfehlungen für substitutionsgestützte Behandlungen (SGB) bei Opioidabhängigkeit.....	1
I Einführung	5
1. Geltungsbereich und Beschränkungen.....	5
2. Nutzen der Empfehlungen	5
3. Empfehlungen nach medizinischer Evidenz	6
4. Differenzierung des Verständnisses der Opioidabhängigkeit	7
II Grundlage der substitutionsgestützten Behandlung (SGB).....	8
1. Wirkung und Qualitätskriterien	8
2. Behandlungscharakteristika	9
2.1 Zugang zur Behandlung.....	9
2.2 Dauer der Behandlung	9
2.3 Multidisziplinärer Behandlungsrahmen	9
3. Gesetzliche Rahmenbedingungen für die Durchführung	10
4. Anwendung von Methadon und Buprenorphin zur Substitution	11
4.1 Methadon.....	11
4.2 Buprenorphin.....	12
4.3 Differentielle Indikation: Methadon oder Buprenorphin?	14
4.4 Geschlechtsunterschiede im Metabolismus.....	15
4.5 Synopsis zu Methadon und Buprenorphin	16
4.6 Alternativen zu Methadon und Buprenorphin: Slow release Morphin und Diacetylmorphin (Heroin)	17
III Durchführung der SGB.....	17
1. Kriterien zur Indikationsstellung.....	17
2. Untersuchungen vor Behandlungsbeginn.....	18
3. Untersuchungen im Verlauf der Behandlung:	19
4. Einstellung und Dosierung der Substitutionsmittel	19
4.1 Methadoninduktion.....	19
4.2 Buprenorphininduktion.....	20
4.3 Steady State Dosierung	20
5. Abgabe- und Mitgabemodalitäten.....	21
5.1 Galenische Form.....	21
5.2 Mitgaben für Reisen	22
5.3 Zur Abgabe berechnete Institutionen	22
6. Behandlung unerwünschter Wirkungen.....	23
6.1 Intoxikation	23
6.2 QTc Verlängerung und Herzrhythmusstörungen	24
6.3 Obstipation	25
6.4 Übelkeit und Erbrechen	25
6.5 Exzessives Schwitzen.....	26
6.6 Abnahme der Libido	26
7. Zusätzlicher Konsum von Opioiden und weiterer psychotroper Substanzen.....	26
7.1 Sonderstellung der Benzodiazepine (BZD)	26
8. Therapieelemente der SGB neben der Substitution	27
8.1 Impfungen.....	27
8.2 HIV- und Hepatitis C-Behandlung	28

8.3. Schmerztherapie	29
8.4. Behandlung von psychischen Störungen und sozialen Problemen.....	30
IV Spezielle Behandlungsaspekte und spezifischen Patientengruppen	31
1. Geschlechtsspezifische Situation	31
1.1 Kontrazeption.....	31
1.2 Schwangerschaft	31
2. Interkulturalität und SGB	33
3. Älter werdende Opioidabhängige.....	33
4. ADHD (attention deficit hyper activity disorder)	34
5. Fahreignung.....	34
6. Arbeitsfähigkeit.....	35
7. SGB bei stationärer Unterbringung.....	35
7.1 SGB im Spital.....	35
7.2 SGB im Gefängnis.....	35
7.3 SGB bei stationären Drogentherapien	36
V Beendigung der Substitutionsmedikation.....	36
1. Methadon	37
2. Buprenorphin	37
Weitere nützliche Schweizer Internetressourcen.....	37
Referenzen (nur im Text wörtlich zitierte).....	37

I Einführung

Die vorliegenden „Medizinischen Empfehlungen für substitutionsgestützte Behandlungen (SGB) bei Opioidabhängigkeit“ wurden durch die im Jahr 2000 gegründete Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin erarbeitet.

Die Zahl der Opioidabhängigen in der Schweiz wurde Ende der 1990er Jahre auf 25'000 – 35'000 Personen geschätzt. Ende 2005 standen gut 16'200 Patienten in einer SGB. Die überwiegende Mehrheit (88%) wurde mit Methadon substituiert, 8% mit Heroin, 3% mit Buprenorphin und knapp 1% mit anderen Opioiden (Morphin, Codein etc.). Es gibt fundierte Erkenntnisse, dass die Anzahl neuer Opioidabhängiger in der Schweiz stark rückläufig und die „Heroinepidemie“ der späten 1980er und frühen 1990er Jahre in der Schweiz somit am Abklingen ist.

1. Geltungsbereich und Beschränkungen

Als **Substitution** bei Substanzabhängigkeit gilt der ärztlich verordnete Ersatz eines illegal eingenommenen Betäubungsmittels durch ein legales Medikament. Da sich die Abhängigkeit als solche – ausser durch die Substitution - therapeutisch direkt wenig beeinflussen lässt, konzentrieren sich die Empfehlungen zweitens auf die Behandlung primärer und sekundärer komorbider Störungen (gleichzeitiges Vorliegen weiterer psychischer oder somatischer Störungen und) und sozialer Problemstellungen, die oftmals mit der Abhängigkeit negativ interferieren. Die Kombination der Substitution als Basisbehandlung mit dem breiten zusätzlich notwendigen Behandlungsangebot wird als **substitutionsgestützte Behandlung (SGB)** bezeichnet. Da es sich um medizinische Empfehlungen handelt, wird dem sehr wichtigen sozialarbeiterischen/sozialpädagogischen Aspekt der Behandlung nur so weit Rechnung getragen, wie es für Ärzte, insbesondere für die interdisziplinäre Zusammenarbeit wichtig ist.

Die Empfehlungen fokussieren sich auf die Anwendungen von Methadon und Buprenorphin als Substitutionsmittel. Es sind dies die beiden einzigen in der Schweiz zur Substitution bei Opioidabhängigkeit von der Swissmedic zugelassenen Medikamente, die auch von niedergelassenen Ärzten verordnet werden dürfen. Die Substitution mit legalem Heroin findet nur soweit Erwähnung, wie sie als Alternative zu den zwei Basissubstitutionsmitteln Verwendung findet. Für die heroingestützte Behandlung existieren Richtlinien des Bundesamtes für Gesundheit BAG. Diese Therapieform ist spezialisierten Institutionen vorbehalten. Auf weitere, nicht für die Indikation „Substitution“ registrierte Opioide, sowie auf die Verwendung von Opioiden zur Unterstützung von Entzugsbehandlungen wird nur am Rande eingegangen.

2. Nutzen der Empfehlungen

Die Empfehlungen sollen für vier Bereiche dienlich sein:

1. Als Grundlage für eine qualitativ hochwertige, flächendeckende medizinische Versorgung Opioidabhängiger mit besonderer Berücksichtigung der niedergelassenen Ärzte, die das zentrale Standbein der suchtmmedizinischen Grundversorgung sind (60% der SGB).
2. Als medizinisch-fachliche Basis für die Weiterentwicklung kantonaler Richtlinien für SGB
3. Als Grundlage für die Koordination von medizinischen und nicht medizinischen Unterstützungsmassnahmen für Opioidabhängige (Koordination von KVG-finanzierten und im Sozialversicherungs- und Fürsorgerecht gesetzlich verankerten Massnahmen, aber auch für den Einbezug von Angehörigen und zusätzlich freiwillig erbrachter Leistungen Dritter).
4. Als Grundlage für eine adäquate finanzielle Abgeltung der Leistungen.

Die Empfehlungen sollen alle drei bis fünf Jahre aktualisiert werden. Konkrete Hilfsmittel wie Listen der Medikamenteninteraktion, Muster für Vereinbarungen, Informationsmaterial für Patienten, hilfreiche Internetlinks oder diagnostische Hilfsmittel werden sukzessive auf der Homepage der SSAM (<http://www.ssam.ch>) zugänglich gemacht und laufend aktualisiert.

3. Empfehlungen nach medizinischer Evidenz

Die vorliegenden Empfehlungen wurden unter dem Blickwinkel der aktuellen medizinischen Evidenz verfasst. Unter „Evidence Based Medicine“ wird „der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Belege (evidence) für Entscheidungen in der Versorgung individueller Patienten“ verstanden (Greenhalgh 2003). Es wird berücksichtigt, dass die meisten Studien im Bereich der Behandlung von Opioidabhängigkeit an Patienten von spezialisierten Institutionen und oft bei regional limitiertem Zugang zu SGB durchgeführt wurden. Dies relativiert die direkte Übertragbarkeit der Erkenntnisse in den Kontext ärztlicher Grundversorger in der Schweiz. Die Autoren versuchten, wo immer möglich plausible Rückschlüsse zu ziehen und auch der Alltagssituation von niedergelassenen Ärzten Rechnung zu tragen. Die Erkenntnisse über die Wirksamkeit von SGB lassen unter einer Public Health Perspektive die Schlussfolgerung zu, dass SGB dezentral, flächendeckend und leicht zugänglich gemacht werden müssen.

Generell wird der Begriff „medizinische Empfehlungen“ verwendet (als Synonym zu medizinischen Guidelines). Es handelt sich nicht um rechtlich bindende Richtlinien. Jeder Verschreibende muss selbst dafür besorgt sein, die gesetzlichen kantonalen Auflagen und diejenigen des Bundesrechts einzuhalten. Diese können partiell im Widerspruch zu Evidenz basierten medizinischen Empfehlungen stehen.

Die Autoren versuchten somit folgenden zwei Aussagen gerecht zu werden:

“Guidelines sind Aussagen zur empfohlenen klinischen Praxis. Diese Empfehlung ist jeweils sowohl auf klinischer Evidenz wie auch auf der Politik eines Landes in Bezug auf Opioide aufgebaut. Während die Evidenz für die meisten Länder die gleiche ist, unterscheidet sich die Interpretation von Land zu Land“ (van Beusekom and Iguchi 2001). (Übersetzung aus dem Englischen R. H.).

„Dabei muss beachtet werden, dass klinische Richtlinien (eigentlich besser: „Empfehlungen“, die Autoren) den Entscheidungsprozess unterstützen und nicht ersetzen sollen und dass es sehr wohl Gründe geben kann, bei einer Behandlung von den in den klinischen Richtlinien festgehaltenen Vorgaben abzuweichen“ (Vader et al. 2001;Vader et al. 2003).

Die wissenschaftlichen Publikationen zu SGB wurden entsprechend der Kriterien für schweizerische Guidelines in Evidenzgrade I bis V eingeteilt (Zentralvorstand FMH 1999). In Bereichen, zu denen nur klinische Erfahrungen ohne erhärtete wissenschaftliche Untersuchungen vorliegen, stützen sich die Autoren auf den in der Schweiz seit Jahren geführten klinischen Diskurs.

Empfehlungen werden gemäss der American Psychiatric Association folgendermassen unterteilt:

- [A] “recommended with substantial clinical confidence”
(Empfehlung empirisch gut fundiert)
- [B] “recommended with moderate clinical confidence“
(Empfehlung allgemein begründet)
- [C] “recommended on the basis of individual circumstances”
(Empfehlung im Einzelfall klinisch belegt)

Empfehlungen auf der Basis von Studien der Evidenzgrade I und II wurden dem Empfehlungsgrad [A], solche aufgrund von Studien mit Evidenzgrad III der Stufe [B] und diejenigen aufgrund von Studien mit den Evidenzgraden IV und V sowie die von der Autorengruppe nach eingehender Diskussion als Konsensentscheid gefällten Empfehlungen dem Empfehlungsgrad [C] zugeordnet.

Einige nützliche Weblinks sind im Text angegeben.

Methodisch wurde folgendermassen vorgegangen:

- Erarbeiten des Inhaltsverzeichnisses in einer ersten Konsensuskonferenz.
- Kapitelweise Sichtung der wissenschaftlichen Literatur.
- Erstellen von internen Zusammenfassungen und Evidenzgradierung der Literatur.
- Diskussion der Zusammenfassung und der Gradierungen und Ableiten von Empfehlungen mit entsprechendem Empfehlungsgrad in einer zweiten Konsensuskonferenz.

- Vernehmlassung der Empfehlungen bei allen wichtigen Fachleuten (inkl. Hausärzte-Vereinigungen).
- Einarbeitung der Rückmeldungen in die Empfehlungen nach Festlegung der Evidenz in einer letzten Konsensuskonferenz.
- Um den Text leserfreundlich zu halten, wurde auf die Aufführung der Referenzen im Text verzichtet (die umfangreiche Literaturliste ist auf der SSAM Homepage zu finden <<http://www.ssam.ch>>).

4. Differenzierung des Verständnisses der Opioidabhängigkeit

Bis in die 1990er Jahre wurden die meisten gesundheitlichen und sozialen Probleme von Opioidabhängigen dem „Suchtgeschehen“ zugeordnet. Soziologische und medizinische Betrachtungsweisen standen oft im Widerspruch zueinander und die Zielsetzung von Behandlungen konzentrierte sich auf die vermeintliche „Heilung“, was mit dem Erreichen einer dauerhaften Abstinenz gleich gesetzt wurde. Beratungsstellen mit sozialpädagogischem und sozialarbeiterischem Ansatz übernahmen die zentrale Funktion der Begleitung sowohl ambulant wie auch stationär im Rahmen der abstinenzorientierten Langzeitbehandlungen. Die psychiatrischen Kliniken konzentrierten sich bei Drogenkonsumenten auf Kriseninterventionen und die „Entgiftung“ zur Vorbereitung der Langzeittherapien. Die Medizin gewährleistete die basale medizinische Versorgung und lebensrettende Sofortmassnahmen bei Intoxikationen und entwickelte die ambulante Opioidsubstitution als ultima Ratio bei Scheitern der Abstinenzbehandlungen und als zeitlich limitierte Massnahme. Die Bemühungen gingen in die Richtung, für die gesamte Gruppe der Abhängigen spezifische so genannte „psychosoziale Therapien“ zum Erreichen der Abstinenz zu entwickeln. Die Therapieplanung ging von einer linearen Entwicklung aus und umfasste die Stufen Eintritt, Stabilisierungsphase, Rehabilitation und Abschluss.

Mit der Ausbreitung von HIV und später von Hepatitis C unter Drogenabhängigen rückten Strategien zur Infektionsprävention und die Schadenverhütung und Schadenminderung (harm reduction) ins Zentrum.

Eine zweite Entwicklung hat das Verständnis der Opioidabhängigkeit wesentlich verändert. Langzeituntersuchungen und neurobiologische Erkenntnisse bewirkten einen langsam einsetzenden Paradigmawechsel. Es wurde erkannt, dass sich Abhängigkeit sowohl als primäre Störung als auch in Folge psychischer Grundstörungen sekundär entwickeln kann. Häufig entwickeln sich zirkuläre Prozesse, in denen die Umstände des Drogenkonsums und der Substanzkonsum selbst mit dem psychischen, körperlichen und sozialen Gesundheitszustand negativ interferieren. Langzeitstudien zeigten, dass die Opioidabhängigkeit als chronische Erkrankung (Störung) mit neurobiologischen und neurophysiologischen Implikationen und damit als Langzeitgeschehen interpretiert werden muss. Sie geht mit einer hohen Mortalität einher. Psychische und somatische Komorbidität und soziale Defizite in verschiedenster Ausprägung und Kombination sind die Regel.

Es muss betont werden, dass nur eine Minderheit der Opioidabhängigen eine dauerhafte Abstinenz erreicht, auch wenn abstinente Phasen bei ihnen sehr häufig zu beobachten sind. Es liegen keine Studien vor, die belegen, dass psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungsmethoden oder soziale Interventionen die Dauer einer Abhängigkeit verkürzen können. Sie haben jedoch in vielen anderen Lebensbereichen günstige Effekte.

Menschen unter einer, durch Substitution stabilisierten Opioidabhängigkeit sind einem wesentlich geringeren Mortalitätsrisiko und, wesentlich geringeren Sekundärschäden ausgesetzt und können mit einer zufriedenstellenden Lebensqualität und wenig gesundheitlichen Einschränkungen leben.

Die reine Substitution stellt eine Behandlungsbasis dar, die sich wegen ihrer Kontinuität eignet, für die meist zusätzlich vorliegenden medizinischen und sozialen Problemen spezifische Therapien anzubieten und durchzuführen. Unter Substitution lassen sich diese sehr ähnlich gestalten wie bei wie bei Nichtabhängigen. Im somatischen Bereich erwies sich beispielsweise die früher postulierte schlechte Behandlungs-Adherence von substituierten Opioidabhängigen als

Fehleinschätzung. Lange Zeit galt Substanzabhängigkeit in den meisten Guidelines zur Behandlung von Infektionskrankheiten als absolute Kontraindikation. Wir wissen heute, dass substituierte Opioidabhängige in der Lage sind, selbst komplexe HIV- und HCV-Therapien vergleichbar erfolgreich wie nicht drogenabhängige Infizierte durchzuführen.

Die Befriedigung der Grundbedürfnisse wie Wohnen und Deckung der grundlegenden Lebenskosten, aber auch Schuldensanierung, sind oft Voraussetzung für weitere Behandlungen und erhöhen die Haltequote in einer SGB.

Vom individuellen Standpunkt her wie aus Perspektive von Public Health müssen heute Massnahmen zur Unterstützung Opioidabhängiger in einem ersten Schritt schwergewichtig auf das Überführen einer instabilen dekompensierten in eine stabile kompensierte Abhängigkeit ausgerichtet sein. Dies entspricht einer palliativ-medizinischen Denkweise.

Nach über 40 Jahren weltweiter Erfahrung mit methadongestützten Behandlungen und dem Einsatz anderer Opioide zur Substitution illegal konsumierter Opioide, hat sich die SGB als Therapiemethode erster Wahl für Opioidabhängige bewährt. Vom Setting her können SGB mit Erfolg sowohl im ambulanten, teilstationären oder stationären Behandlungssetting wie auch in Gefängnissen durchgeführt werden.

Nur eine kleine Gruppe Opioidabhängiger erreicht in einem Zeitraum von wenigen Jahren eine dauerhafte Abstinenz. Manche erreichen diese nie. Prädiktive Parameter, die darauf hinweisen, wer zu der Gruppe der Erfolgreichen gehören wird, gibt es keine.

Bis heute sind keine therapeutischen Massnahmen bekannt, die nachgewiesenermassen einen kurativen Einfluss auf die Opioidabhängigkeit haben. Die dauerhafte Abstinenz als oberstes Therapieziel lässt sich nach heutigem Stand des Wissens also therapeutisch nicht erzwingen. Dies schliesst professionell begleitete Opioidentzüge nicht aus (s. unten).

II Grundlage der substitutionsgestützten Behandlung (SGB)

1. Wirkung und Qualitätskriterien

Die SGB ist klar dem Spektrum der palliativen Therapien bei lang dauernden Krankheiten (Störungen) zuzuordnen. Palliativ bedeutet „lindernd, begleitend, optimal an die physischen, psychischen und sozialen Besonderheiten und Einschränkungen eines Patienten angepasst bei gleichzeitiger Optimierung der Lebensqualität“. Neben einer Stabilisierung des Substanzkonsums mit Reduktion der Begleitrisiken, geht es bei einer SGB somit also um eine Verbesserung der Gesundheit im Sinne der WHO.

Der Erfolg einer SGB ist von sehr vielen verschiedenen Faktoren abhängig und die Veränderungen lassen sich oft nicht eindeutig den therapeutischen Massnahmen zuordnen. Diese Komplexität limitiert die Aussagekraft wissenschaftlicher Studien. Sicher nachgewiesene Effekte von SGB sind: Starke Reduktion der Mortalität und Morbidität (z.B. Reduktion der HIV-Inzidenz), vor allem aufgrund der nachgewiesenen Reduktion des illegalen Opioid- und Kokainkonsums und der damit verbundenen Risiken. Deutlich ist auch die Abnahme der Kriminalitätsrate.

Der Erfolg einer SGB ist von folgenden Variablen abhängig:

- Patientencharakteristika
- Programmcharakteristika
- Substitutionsmedikament und dessen Dosierung
- „Psychozialer“ Betreuung

Für die Qualitätsmessung einzelner Programme oder Patientenverläufe werden in der Regel zwei Hauptkriterien bestimmt:

1. Die Retentionsrate (Verbleiben in der Behandlung), da die Dauer einer Behandlung einen entscheidenden Einfluss auf den Erfolg einer Therapie hat. Sie ist ein einfach messbares, aber indirektes Qualitätskriterium.

2. Als zweites wichtiges Kriterium gilt die Bestimmung des illegalen Opioidkonsums und des Konsum von weiteren nicht verschriebenen psychotropen Substanzen. In Ergänzung zur pharmakotherapeutischen Behandlung angebotene „psychosoziale Betreuung“ (verschiedenste, meist sehr aufwändige Methoden) verringert zwar den aktuellen illegalen Opioidkonsum, die Wirkung ist aber gemäss den Studien nicht nachhaltig.

Selten und meistens nur im Zusammenhang mit gesundheitsökonomischen Aspekten wird die Messung der Lebensqualität beigezogen.

Es existieren keine anderen Therapiemethoden, die einen gleichwertigen oder besseren Effekt bezüglich der beiden Erfolgsvariablen „Retention“ und „illegaler Opioidkonsum“ erreichen. Die Reduktion der Dosis des Substitutionsmittels als Qualitätskriterium zu betrachten, ist wegen der Gefahr der Unterdosierung obsolet.

Gut organisierte Behandlungszentren mit genügend personellen Ressourcen erzielen bessere Resultate als schlecht geführte Minimalangebote. Soweit Daten vorliegen sind die Erfolge bei den durch Hausärzte durchgeführten Behandlungen gleich gut wie in den Zentren, wobei mögliche unterschiedliche Patientencharakteristika nicht berücksichtigt sind.

SGB gelten gesundheitsökonomisch als kosteneffektiv, wobei bei Methadon die Substanzkosten wesentlich günstiger sind als bei handelsüblichen Buprenorphinpräparationen. Die volkswirtschaftlichen Einsparungen durch die SGB bei Strafverfolgungs-/vollzugskosten, weiteren Gesundheitskosten und Kosten im Sozialbereich übersteigen die Kosten der Behandlung beträchtlich.

Empfehlung

- ☞ SGB mit Methadon und Buprenorphin können als effiziente und effektive Behandlung bei Opioidabhängigkeit als Therapieform erster Wahl empfohlen werden [A].

2. Behandlungscharakteristika

Die folgenden Zitate fassen kompakt die Kriterien für den Zugang, die Dauer und die Durchführung von SGB zusammen. Sie stammen aus den vom BAG im Rahmen der NASUKO 2001 in Auftrag gegebenen Arbeiten internationaler Fachleute.

2.1 Zugang zur Behandlung

„Für alle opioidabhängigen Personen, für die eine Behandlung in Frage kommt und die dafür motiviert sind, sollte der Zugang erleichtert werden ... Ungenügende Behandlungskapazitäten können zum Verlust von motivierten Personen führen. Um die Teilnahme an einer Substitutionstherapie zu fördern, sollte eine Reihe von Behandlungsoptionen und Lokalitäten in Betracht gezogen werden. Niedrigschwellige Programme, Kliniken mit umfassendem Angebot, Hausarztverschreibungen, Apothekenabgaben oder sogar Methadonabgabe im stationären Rahmen können alle eine nützliche Rolle spielen, um Opiatabhängige für den Eintritt in eine Behandlung zu motivieren, während andere Kliniken mit höherer Schwelle für besser motivierte Patienten geeignet sind. Klinikregeln sollten nicht Patienten abhalten und da jeder Patient anders ist, sind unterschiedliche Umgebungen am besten geeignet, allen Patienten zu nützen.“ (van Beusekom and Iguchi 2001), S. xii.

2.2 Dauer der Behandlung

„Der Patient bleibt so lange wie nötig in Behandlung. Dies kann eine Zeit von einem oder zwei Jahre, oder aber auch eine lebenslange Methadonbehandlung bedeuten. Die Forschung hat konsistent eine signifikante Korrelation zwischen Effektivität der Behandlung und Verbleiben in der Behandlung aufgezeigt“ (van Beusekom and Iguchi 2001), S. xii.

2.3 Multidisziplinärer Behandlungsrahmen

„Die Behandlung erfolgt in einer multidisziplinären Umgebung, wo Hausärzte, Apotheker, auf Drogen spezialisierte Ärzte und Pflegefachleute ihre Handlungen koordinieren. ... Die Behandlung ist selbst multidisziplinär, was bedeutet, dass Methadonerhaltungsbehandlung (oder auch Erhaltungsbe-

handlung mit anderen Substitutionsmittel, die Autoren) *nicht die einzige Behandlung ist, sondern dass andere Bedürfnisse des Patienten, seien sie medizinisch, sozial, juristisch, psychiatrisch oder etwas Anderes, gleichzeitig befriedigt werden müssen. Diese Faktoren können die Gründe für den illegalen Opiatkonsum beinhalten ...*“ (van Beusekom and Iguchi 2001), S. xi. (Übersetzung aus dem Englischen R. H.) Ergänzung durch die Autoren: selbstverständlich muss dem Einbezug von Angehörigen ein wichtiger Stellenwert beigemessen werden.

Das ganze Hilfsangebot kann als „somato-psycho-soziales Unterstützungssystem“ betrachtet werden. Der in diesem Zusammenhang oft verwendeten Terminus „psychosoziale Therapie oder Behandlung/Betreuung“ ist verwirrend und missverständlich, da in der Literatur keine allgemein anerkannte Definition existiert. Er findet Anwendung auf hoch spezifische psychotherapeutische Verfahren, sowie auf Beratung, Betreuung und Begleitung, welche schwergewichtig dem sozial-arbeiterischen/sozialpädagogischen/pflegerischen Spektrum zuzuordnen sind. Der wichtige somatische Behandlungsaspekt wird bei diesem Begriff nicht berücksichtigt. Es wird vorgeschlagen, im Diskurs auf den Begriff „psychosoziale Behandlung“ zu verzichten und die verschiedenen Behandlungs-/Unterstützungsangebote gegebenenfalls präzise zu beschreiben.

Empfehlungen

- SGB mit Methadon und Buprenorphin können als effiziente und effektive Behandlung bei Opioidabhängigkeit als Therapieform erster Wahl empfohlen werden [A].
- Die SGB ist in der Regel eine Langzeitbehandlung und soll zeitlich nicht limitiert werden [A].
- Eine Koordination des „somato-psycho-sozialen Unterstützungssystems“ mit allen Beteiligten, wie Einzelbehandler (Hausärzte, Apotheker), auf Abhängigkeiten spezialisierte medizinische Institutionen, somatische Spezialisten, Drogen-Beratungsstellen und Sozial-/Fürsorgeämter, Justizorgane, Beschäftigungs- und Arbeitsintegrationsprojekte, Angehörige und Arbeitgeber muss angestrebt werden [B].

3. Gesetzliche Rahmenbedingungen für die Durchführung

Die bundesrechtlichen Rahmenbedingungen werden in den einzelnen kantonalen Ausführungsbestimmungen sehr unterschiedlich interpretiert.

Nach Krankenversicherungsgesetz (KVG) hat jeder in der Schweiz wohnhafte Mensch ein Recht auf Behandlung bei gesundheitlichen Störungen. Darin enthalten ist auch die Behandlung von psychischen oder Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Die staatliche Hilfe in Notlagen ist ein verfassungsrechtliches Grundrecht (Art. 12 BV) und sieht eine Unterstützung zur Abdeckung der Grundbedürfnisse (Wohnen, Ernährung, etc.) vor.

Das Bundesgesetz über die Betäubungsmittel verlangt zusätzlich zu den allgemeinen Regelungen zum Verkehr mit Betäubungsmitteln, dass die Kantone die Behandlung von betäubungsmittelabhängigen Personen mit Betäubungsmitteln (= SGB) einer besonderen Bewilligung unterstellen. Die Verschreibung des Substitutionsmedikamentes muss über ein Betäubungsmittelrezept erfolgen. Dieses ist einen Monat gültig. Die Gültigkeitsdauer kann bis zu drei Monate verlängert werden, was bei einer SGB in der Regel zur Anwendung kommt.

In der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) wird im Anhang 1 die „Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigkeit“ explizit als Pflichtleistung der Grundversicherung aufgeführt. Die Voraussetzungen und die Leistungen der Ärzte wie auch die der Apotheker werden darin aufgelistet. Die Abgabe des Substitutionsmedikamentes erfolgt über Apotheken, Hausärzte oder spezialisierte Institutionen.

Wird eine opioidabhängige Person straffällig, kann ein Richter gemäss Art. 63 des StGB unter Aufschub des Vollzugs einer Strafe eine SGB als ambulante Massnahme anordnen. Übernimmt ein Arzt eine solche Behandlung, wird er bezüglich des Behandlungsverlaufs gegenüber dem kantonalen Strafvollzugsamt auskunftspflichtig (Art. 63a Ziff. 1 StGB).

Bei Minderjährigen erfolgt der Abschluss eines Behandlungsvertrages in Ausübung des höchstpersönlichen Rechts, in eine ärztliche Behandlung einzuwilligen. Deshalb darf der urteilsfähige Minderjährige einen solchen Vertrag ohne Zustimmung der Eltern abschliessen, insbesondere wenn die Kosten durch die Krankenkasse oder Krankenversicherung gedeckt sind. Im Fall einer ärztlichen Behandlung muss der Minderjährige fähig sein, in die Behandlung einzuwilligen. Er muss die Tragweite einer Behandlung und ihre Unterlassung erfassen sowie Nutzen und Risiken abwägen können. Wo der urteilsfähige Minderjährige selbst und allein ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen zustimmen kann, hat er auch selbst über die Offenbarung des ihn betreffenden Arztgeheimnisses zu entscheiden.

Empfehlung

- ☞ Die bundesrechtlichen Rahmenbedingungen und die sehr unterschiedlich ausgestalteten kantonalen Bestimmungen (kantonale Gesetze, Verordnungen und Beschlüsse der Exekutive) müssen bei der Durchführung einer SGB berücksichtigt werden [C].

4. Anwendung von Methadon und Buprenorphin zur Substitution

Während für die Substitution mit Methadon sehr viele wissenschaftliche Erkenntnisse über lange Zeiträume vorliegen, ist die Datenlage für Buprenorphin als Substitutionsmittel vergleichsweise bescheiden. Nachteile zeigen sich in der Medizin oft erst nach geraumer Zeit, weshalb beim Vergleich Methadon – Buprenorphin noch Vorsicht geboten ist. Methadon gilt immer noch als Goldstandard. Die individuelle Ansprechbarkeit und die Nebenwirkungen auf beide Substanzen können aber erheblich variieren. Es liegen sehr wenig gesicherte Erkenntnisse vor, bei welchen Gruppen von Abhängigen Methadon oder bei welchen Gruppen Buprenorphin vorzugsweise eingesetzt werden soll. Die Preisdifferenz der Präparate ist erheblich und muss bei der Wahl mitberücksichtigt werden. Bei ungünstigen Effekten unter einer Substanz ist es von Vorteil, die Möglichkeit zu haben, einen Substanzwechsel vorzunehmen.

4.1 Methadon

Grundlagen

Methadon ist ein vollständiger Opioidagonist an μ - und κ -Opioid-Rezeptoren (MOR resp. KOR). Bei oraler Verabreichung hat Methadon eine relativ hohe Bioverfügbarkeit (ca. 80%).

Die Plasmaproteinbindung beträgt 90%. Der Plasmapeak wird bei oraler Einnahme nach drei bis vier Stunden erreicht. Die Plasmahalbwertszeit beträgt 25h (13 bis 47h). Methadon kumuliert bei täglicher Einnahme entsprechend im Organismus und ein Steady State wird nach ca. einer Woche erreicht (5 – 6 Halbwertszeiten).

Üblicherweise ist in der Schweiz Methadon in Razematform ((R,S)-Methadon) in Gebrauch, wobei die R-Fraktion für die Substitution von überwiegender Bedeutung ist. Ob Unterschiede in der Wirkung und den unerwünschten Wirkungen zwischen der erheblichen teureren und in der Schweiz nicht erhältlichen R-Form und dem Razemat bestehen, wird heute diskutiert, ist heute noch nicht gesichert. Die Dosisangaben in den vorliegenden Empfehlungen beziehen sich stets auf das Razemat. (R)-Methadon ist halb so hoch zu dosieren wie (R,S)-Methadon (1mg (R-)Methadon \approx 2mg (R,S-)Methadon).

Als Letaldosis wird bei Menschen ohne Opioidtoleranz ca. 1 mg/kg KG angegeben. Zu beachten ist, dass bei zu hoher erster Substitutionsdosis der Tod in der Regel aufgrund der Kumulation erst nach weiteren verabreichten Dosen am 2. oder 3. Tag eintritt.

Methadon wird hauptsächlich in der Leber verstoffwechselt und die Ausscheidung der inaktiven Metaboliten erfolgt grössten Teils über die Niere. Der Metabolismus unterliegt einer hohen genetisch bedingten Variabilität. Ein sehr langsamer Metabolismus tritt bei ca. 3% der Bevölkerung auf, ein sehr schneller bei ca. 10%. Die Verteilung der Enzymaktivität ist vom ethnischen Ursprung abhängig.

Zentrale Enzyme des Methadonabbaus sind CYP450 3A4, 2B6 und 2D6. Bei Patienten mit einem sehr schnellen Metabolismus sinkt der Plasmaspiegel des Methadons bei üblicher durchschnittlicher Dosierung innerhalb weniger Stunden unter das für die Substitution notwendige Niveau. Klinisch relevante Medikamenteninteraktionen ergeben sich häufig aufgrund einer Beeinflussung der CYP450 Enzyme. Induktion der Enzyme führt zum Methadon-Plasmaspiegelabfall, eine Hemmung zum Anstieg.

Das Nebenwirkungsprofil des Methadons entspricht dem anderer Opioide. Klinisch relevant sind vorwiegend Atemdepression, verlangsamte Magen-Darmpassage und als Folge Obstipation und chronische Übelkeit, Schwitzen und selten, aber gefährlich, eine Herzreizleitungsstörung (QTc Verlängerung, Torsade de Pointes). Entzugssymptome nach chronischem Gebrauch sind nicht stärker als diejenige von Heroin und sind von der vor dem Entzug eingenommenen Menge abhängig. Sie haben ihr Maximum am 3. Tag und dauern in der Regel einige Tage länger als beim Heroinentzug.

Im Langzeitgebrauch können endokrin bedingte Störungen auftreten (u.a. Gynäkomastie, Amenorrhoe, Galaktorrhoe, Impotenz, Osteoporose, Anhedonie und Dysphorie). Kognitive Defizite und psychomotorische Einschränkungen wurden beschrieben. Relativ häufig tritt eine Hyperalgesie auf.

Empfehlungen

- Als absolute Kontraindikationen für Methadon gelten allergische Reaktionen auf die Wirksubstanz oder den im Präparat enthaltenen Zusatzstoffe, ausgeprägte chronisch respiratorische Insuffizienz, akutes Abdomen, erhöhter Hirndruck, akute hepatische Porphyrie, gleichzeitige Einnahme von MAO-Hemmern (Wirkungsverstärkung; allerdings ist die Gefahr mit den in der Schweiz noch registrierten MAO-Hemmern mit Ausnahme von Selegilin, einem als Antiparkinsonmittel verwendeten MAO-B-Hemmer, gering) [A].
- Das Absetzen einer Substitution ist mit dem Risiko der Wiederaufnahme von illegalen Opioidkonsum und Dekompensation behaftet und muss in diesen Fällen klinisch gegen das Risiko durch die Substitution selbst abgewogen werden. Der Begriff der absoluten Kontraindikation ist deshalb zu relativieren. Ein abruptes Absetzen soll in jedem Fall vermieden werden [C].
- Relative Kontraindikationen sind: Störung der Atemmechanik und des Gasaustausches der Lunge, ausgeprägte Leber- und Niereninsuffizienz, Hyperthyreose, obstruktive und entzündliche Darmerkrankungen (z.B. Colitis ulcerosa), Pankreatitis, Neuralgien, Migräne, Hypotension bei Hypovolämie, Prostatahypertrophie mit Restharnbildung, Gallenwegserkrankungen [B].
- Psychiatrische Komorbidität stellt keine Kontraindikation dar [A].
- Bei gleichzeitiger Verabreichung von weiteren Medikamenten, die über Cytochrom P450 verstoffwechselt werden, ist eine allfällige Dosisanpassung von Methadon auf Grund der klinischen Symptomatik zu prüfen. Besondere Vorsicht ist bei gleichzeitiger Verabreichung von Carbamazepin, HIV Medikamenten und Rifampicin geboten (Enzyminduktionen). Zu Beginn und bei Absetzen der interagierenden Begleitmedikation ist die Gefahr einer Unter- oder Überdosierung am Grössten, insbesondere wenn dies durch den Patienten selbst ohne Rücksprache mit dem Arzt erfolgt. Eine präventive Anpassung der Dosis kann aufgrund der ausgeprägten interindividuellen Unterschiede im Metabolismus nicht empfohlen werden [B].

Nützliche Web-Adresse für Interaktionen: <http://medicine.iupui.edu/flockhart/table.htm>

4.2 Buprenorphin

Grundlagen

Buprenorphin ist ein partieller Agonist am μ -Opioid-Rezeptor (MOR) und ein Antagonist am κ -Opioid-Rezeptor (KOR). Die durch den MOR vermittelten Effekte (z.B. Euphorie) sind deshalb schwächer als bei einem vollständigen Agonisten (z.B. Morphin, Methadon). Die klinische Bedeutung des KOR-Antagonismus ist unklar. Stimulation der KOR wird mit dysphorischer Stimmung in Verbindung gebracht. Wie und ob ein Antagonismus am KOR die Stimmung beeinflusst, ist Gegen-

stand aktueller Forschungen. Ebenso ist die Bedeutung des (teil-)agonistischen Effekts von Buprenorphin am „Opioid Receptor Like 1“-Rezeptor (ORL1) unbekannt.

Aufgrund eines hohen first-pass Metabolismus in der Leber ist geschlucktes Buprenorphin weitgehend wirkungslos. Um die Dosis niedrig zu halten, muss zur Umgehung des first-pass Effektes das Buprenorphin sublingual verabreicht werden.

Buprenorphin wird in der Leber zu 14-N-Dealkyl-Buprenorphin metabolisiert, welches eine schwache Wirkung am MOR aufweist. Buprenorphin wie Metabolit werden hauptsächlich (zu 80%) über die Faeces durch biliäre Exkretion ihrer Glucuronidkonjugate, die einem enterohepatischen Kreislauf unterliegen, ausgeschieden. Der Rest wird über den Urin ausgeschieden.

Buprenorphin besitzt eine kurze Plasmahalbwertszeit, aber eine lange Halbwertszeit der Rezeptorbindung, weshalb es möglich ist, nur alle drei Tage eine (dreifache) Dosis zu applizieren. In der Regel ziehen die Patienten eine tägliche Einnahme vor.

Unterbrechung eines Langzeitgebrauchs führt nur zu milden bis mässigen Entzugserscheinungen. Buprenorphin bindet stärker als Heroin und Methadon an den MOR (höhere Affinität) und blockiert so die Wirkung zusätzlich eingenommener Opiode. Vor kurzem eingenommene Opiode werden durch Buprenorphin verdrängt, was zu einem Entzugssyndrom führen kann. Unter hohen Dosen Buprenorphin kann das Verlangen nach Kokain vermindert sein.

Das Spektrum der Nebenwirkungen ist analog der Morphinderivate, jedoch sind sie deutlich schwächer. Wegen der schwächeren intrinsischen Aktivität des Buprenorphins im Vergleich mit Morphin am MOR führt der als „ceiling-effect“ bezeichnete Mechanismus dazu, dass es auch im hohen Dosisbereichen nicht zu einer gefährlichen Atemdepression kommt und Buprenorphin somit eine günstigere therapeutische Breite besitzt als reine MOR-Agonisten (geringere Intoxikationsgefahr). Die psychomotorischen und kognitiven Funktionen werden durch Buprenorphin wenig beeinträchtigt.

In Bezug auf Interaktionen zeigt Buprenorphin ein günstiges Profil. Obschon Buprenorphin mehrheitlich über CYP450 3A4 metabolisiert wird, sind auch andere Enzyme am Abbau beteiligt (CYP 2C8), was den Metabolismus relativ unempfindlich für Blockierungen des enzymatischen Abbaus macht. Buprenorphin selber ist ein starker Inhibitor für CYP 3A4 und 2D6, jedoch sind die Plasmakonzentrationen bei therapeutischer Anwendung zu gering, um wesentliche Effekte zu erzielen. In Kombination mit anderen sedierenden Medikamenten, insbesondere mit Benzodiazepinen und Alkohol, besteht die Gefahr einer Atemdepression. Die Gefahr ist akzentuiert, wenn Buprenorphin intravenös gespritzt wird (schnell auftretende Plasmapeakkonzentration).

Im Vergleich zu Methadon sind die Substanzkosten hoch.

Empfehlungen

- Als absolute Kontraindikationen für Buprenorphin gelten allergische Reaktionen auf die Wirksubstanz, ausgeprägte chronisch respiratorische und schwere hepatische Insuffizienz [A].
- Von einer Kombinationsbehandlung mit reinen MOR-Agonisten sowie Kombination mit MAO-Hemmern wird abgeraten [C].
- Buprenorphin steht generell in der SGB als Alternative zu Methadon zur Verfügung, insbesondere wenn Methadon individuell ein ungünstiges Wirkungs-/Nebenwirkungsprofil zeigt [B].
- Bei gefährlicher QTc-Verlängerung unter Methadon kann eine Umstellung auf Buprenorphin empfohlen werden [B].
- Bei dysphorischer Symptomatik unter Methadon kann eine Umstellung auf Buprenorphin versucht werden [C].
- Buprenorphin kann auch zur Unterstützung einer Entzugsbehandlung eingesetzt werden, wenn eine solche indiziert ist [A].
- Forcierte Entzüge sind mit hoher Mortalität verbunden, von ihnen ist deshalb abzuraten [A].

4.3 Differentielle Indikation: Methadon oder Buprenorphin?

Grundlagen

Gemäss den Metaanalysen zu Vergleichen von Buprenorphin- und Methadonsubstitution gibt es kaum Unterschiede in Bezug auf Effektivität und Erfolgsraten, wenn adäquate Dosierungen verabreicht werden. Für die Festlegung der Dosis beim Wechsel von der einen Substanz zur anderen ist es nicht möglich, einen Umrechnungsfaktor anzugeben, weil die individuell benötigten Dosen für beide Substanzen eine grosse Variabilität aufweisen und die Dosis-Wirkungsbeziehungen zwischen einem Agonisten und einem Teilagonisten nicht linear sind. Die adäquate Dosis bei einem Wechsel von einem Agonisten zu einem Teilagonisten und umgekehrt muss also klinisch ermittelt werden.

Obschon die Substanzkosten bei Buprenorphin höher sind als bei Methadon, ist die Kosteneffektivität für beide Substanzen gegeben.

Mögliche Vorteile von Methadon

- Methadon zeigt im Vergleich zum Buprenorphin höhere Retentionsraten.
- Grosse Erfahrung im Umgang mit der Substanz bei Einstellung und Dosierung

Mögliche Vorteile von Buprenorphin

- Buprenorphin verlängert die QTc Zeit weniger als Methadon.
- Bei Buprenorphin sind Abgabeintervalle von zwei bis drei Tagen möglich.
- Die Steady State Dosierung kann ohne Gefahr von schwer wiegenden Überdosierungen schneller erreicht werden.

Empfehlungen

- Die Patienten müssen generell sorgfältig instruiert werden, was die Wirkungen und Nebenwirkungen ihrer Medikation sind, über die möglichen Interaktionen mit anderen Medikamenten, die Wichtigkeit einer regelmässigen Einnahme und die Gefahren des Konsums von nicht verordneten Substanzen [A].
- Es kann keine Empfehlung abgegeben werden, ob Buprenorphin oder Methadon vorzugsweise in der SGB einzusetzen wäre. Es liegen insbesondere keine Daten vor, welche die Präferenz für die eine oder andere Substanz bei bestimmten Patientengruppen nahe legen würden [B].
- Die einzige Ausnahme bildet die kongenitale QTc Verlängerung. In diesen Fällen ist dem Buprenorphin den Vorzug zu geben [B].
- Bestehen unüberwindbare Schwierigkeiten in der Substitution mit einer Substanz, kann versuchsweise auf die andere gewechselt werden [C].
- Zeigt die Wirkung der beiden Substitutionsmittel einen unbefriedigenden Effekt, kann die heroingestützte Behandlung oder die Morphinsubstitution im „off label use“ empfohlen werden [B].
- Die Umstellung von Buprenorphin auf Methadon ist weitgehend unproblematisch. Es ist zu beachten, dass sich die Wirkungen überlappen, indem Buprenorphin bis 96 Stunden Wirkung haben kann (auch teil-antagonistische) [B].
- Schwieriger ist die Umstellung von Methadon auf Buprenorphin. Bei Methadondosen unter 30 mg ist bei Einhaltung einer genügend langen Wartefrist seit der letzten Methadoneinnahme (> 24 Stunden) die Umstellung in der Regel unproblematisch. Bei Dosen über 30 bis 50 mg ist eine symptomatische Behandlung zu empfehlen (alpha₂-Adrenozeptor-Agonist, Catapresan®). Bei höheren Methadondosen ist eine stationäre Umstellung zu empfehlen [C].
- Die adäquate Dosierung nach einem Wechsel des Substitutionsmittels (von Methadon zu Buprenorphin und umgekehrt) muss klinisch ermittelt werden. Die Angabe eines Dosis-Umrechnungsfaktors ist nicht möglich [A].

4.4 Geschlechtsunterschiede im Metabolismus

Grundlagen

Es gibt kaum geschlechtsspezifische Unterschiede bei den Enzymen, die am Metabolismus von Methadon und Buprenorphin beteiligt sind (vor allem CYP 3A4/5). Im Verlaufe des Monatszyklus der Frauen gibt es keine Aktivitätsunterschiede der betreffenden Enzyme.

Die hauptsächlichsten Unterschiede im Metabolismus ergeben sich aufgrund genetischer Variabilitäten. Das Körpergewicht und das Verteilungsvolumen spielen nur eine untergeordnete Rolle, die klinisch nicht bedeutsam ist.

Empfehlung

- ➡ Die Dosierungen der Substitutionsmittel sind bei Frauen und Männern dieselben. Die optimale Dosierung soll klinisch ermittelt werden [A].
- ➡ Spiegelbestimmungen sind in Ausnahmefällen indiziert [C] (s. unten).

4.5 Synopsis zu Methadon und Buprenorphin

	Methadon	Buprenorphin
Opioidwirkung		
Rezeptorwirkung	reiner Agonist an MOR und KOR	partieller Agonist am MOR und Antagonist am KOR
Wirksamkeit als Substitutionsmittel	sehr gut	sehr gut
dysphorische / sedative Wirkung	möglich	nicht beschrieben
Entzugerscheinungen bei abruptem Absetzen	ausgeprägt	mässig
Toleranzentwicklung	rasch, erheblich	mässig
Therapeutische Breite	zu Beginn gering, nach Toleranzentwicklung jedoch gross	gross
letale Dosis	bei Nichttoleranten ca. 1mg/kg KG, bei mittlerer Toleranz ca. fünffache Substitutionsdosis	nicht beschrieben
Kreuztoleranz bezüglich anderer Opiode	vorhanden	vorhanden
Wirkung auf Kokaingebrauch	hohe Dosen können das Craving reduzieren	hohe Dosen können das Craving reduzieren
Metabolismus		
first-pass Effekt	niedrig, orale Einnahme	hoch, daher sublinguale Einnahme und keine Gefahr der Intoxikation beim Schlucken
Plasmahalbwertszeit	25h (13-47h)	2h-5h, kurz, aber lange Rezeptorhalbwertszeit (ca. 72h)
Zeit bis zum Plasmaspitzenwert	4h	1.5h
Interaktionen	mit vielen Medikamenten, insbesondere auch Psychopharmaka (CYP 450 3A4, 2B6 und 2D6)	wenig; verstärkte Atemdepression bei Einnahme von Benzodiazepinen und Alkohol
interindividuelle Variabilität	hoch	gering
Nebenwirkungen		
Atemdepression bei Überdosierung	bei Nichttoleranten: erhebliche Gefahr, durch geringe therapeutische Breite, bei Toleranten (v.a. unter Substitution) geringe Gefahr (cave: gleichzeitige Alkohol- und Benzodiazepineinnahme)	„Ceiling“-Effekt, Gefahr kleiner (cave: gleichzeitige Alkohol- und Benzodiazepineinnahme)
Auslösen von QTc Verlängerung	dosisabhängig, möglicherweise gefährlich	unwesentlich in therapeutischen Dosierungen
Auslösen von Entzugssymptomen bei Abhängigkeit von anderen Opioiden	nein	ja, verdrängt andere Opiode vom MOR
Beeinträchtigung der psychomotorischen und kognitiven Funktionen	höchstens geringe; bei Beikonsum von Sedativa erhebliche	eher geringere als unter Methadon; bei Beikonsum von Sedativa erhebliche
Obstipation	ausgeprägt	weniger ausgeprägt
Schlafstörungen	möglich	weniger ausgeprägt
Libido	häufig eingeschränkt	?
Allgemein		
Verabreichung	täglich bis zwei Mal täglich	täglich bis jeden dritten Tag
Galenik	Lösung, Kapseln, Tabletten, Suppositorien	Sublingualtablette
Preis der Substanz	günstig	wesentlich teurer als Methadon

4.6 Alternativen zu Methadon und Buprenorphin: Slow release Morphium und Diacetylmorphin (Heroin)

Grundlagen

Es gibt erst wenige Studien zum Einsatz slow release Morphium in der Substitution. Die Vergleichsstudien von Methadon und Morphium zeigen leichte Vorteile für Morphium bei der Patientenzufriedenheit. Slow release Morphium ist in der Schweiz nicht als Substitutionsmedikament registriert. Im „off label use“ können Probleme in Bezug auf die Abrechnung mit den Krankenkassen entstehen.

Nach zwei gescheiterten Behandlungen (SGB oder abstinenzenorientiert) hat sich die heroingestützte Behandlung in Zentren als Alternative bewährt. Heroin wird in oraler oder intravenöser Applikationsform verabreicht.

Empfehlungen

- In Einzelfällen kann slow release Morphium in der SGB indiziert sein (z.B. bei chronisch obstruktiver Lungenkrankheit, COPD), es können jedoch derzeit keine generellen Empfehlungen abgegeben werden [C].
- Bei der Umstellung von oralem Methadon auf orales retardiertes Morphium kann Methadon mit einer Äquivalenzdosis Morphium ersetzt werden. In der Regel, d.h. wenn Methadon „normal“ verstoffwechselt wird („rapid metabolizer“), beträgt der Umrechnungsfaktor für eine äquivalente Morphindosis ca. 4.5. Bei sehr schnellem Metabolismus von Methadon („ultra-rapid metabolizer“) ist der Umrechnungsfaktor deutlich niedriger [C].
- Bei nicht erfolgreichen SGB mit Methadon oder Buprenorphin kann eine heroingestützte Behandlung in Frage kommen. Die Zentren stehen für Beratung zur Verfügung [C].

III Durchführung der SGB

1. Kriterien zur Indikationsstellung

Grundlagen

Das Kriterium zur Indikationsstellung für eine SGB ist einzig das Vorliegen einer Opioidabhängigkeit. Zur Diagnose sind die Kriterien nach ICD-10 (oder DSM IV) anzuwenden. Weder Alterslimiten der Patienten noch die Definition einer Minimaldauer der Abhängigkeit, welche weltweit in vielen Guidelines als Indikationskriterien festgelegt sind, stützen sich auf evidenzbasierte Grundlagen. Es wird nirgends ausgeführt, welche anderweitigen Behandlungen indiziert sind, wenn die Patienten diese Limiten nicht erfüllen und nicht in der Lage oder Willens sind, eine Entzugsbehandlung einzugehen. Für Entzugsbehandlungen existieren ausser dem Willen des Patienten, sich in eine solche Behandlung zu begeben, keine fundierten Indikationskriterien. Dabei muss für die Indikation den Risiken (insbesondere der Mortalität nach Abbruch oder Beendigung der Entzugsbehandlung) entsprechend Rechnung getragen werden.

Schwangerschaft bei Opioidabhängigkeit stellt keine Kontraindikation dar. (s. Kapitel IV 1.2).

Die Patienten müssen vorgängig einer Behandlung fundiert über Vor- und Nachteile der Behandlung sowie ihrer Alternativen aufgeklärt werden und müssen aufgrund der ihnen vorgelegten Informationen eine persönliche Wahl treffen können. Dieses „informierte Einverständnis“ („informed consent“) ist Voraussetzung für jede Durchführung einer SGB.

Angehörige spielen eine wichtige Rolle bei der Therapiewahl und dem Befolgen von Therapieanweisungen.

Es existieren wenige medizinische Kontraindikationen für einzelne Substitutionsmittel.

Für eine zeitliche Befristung, ausser bei Überbrückungsmassnahmen und substitutionsgestützten Entzügen, gibt es keine Begründung.

Empfehlungen

- Liegt eine Opioidabhängigkeit nach ICD-10 (oder DSM IV) vor, ist eine SGB unabhängig vom Alter des Patienten und der Dauer seiner Abhängigkeit, in Betracht zu ziehen. Bei der Indikationsstellung ist generell das Risiko zwischen einer nicht durchgeführten SGB, insbesondere hinsichtlich Lebensqualität, Mortalität, Morbidität und sozialer Integration, und den Nebenwirkungen und Interaktionen einer Substitution abzuwägen [A].
- Medizinisch begründete Kontraindikationen sind auszuschliessen [A].
- Die Indikation soll in der Regel nicht zeitlich befristet werden [A].
- Die Indikation einer Substitution zur Überbrückung bestimmter Situationen kann ohne Bedenken gestellt werden (Warten auf Entzugsplatz, somatische stationäre Behandlung, kurze Gefängnisaufenthalte etc.) [C].
- Über die Risiken, die eine Entzugsbehandlung mit sich bringen kann, ist in jedem Fall zu informieren (Verlust der Toleranz mit tödlicher Intoxikationsgefahr bei Rückfällen) [A].
- Der Einbezug der Angehörigen soll den Patienten angeboten werden [C].
- Werden junge Patienten in eine SGB aufgenommen, ist es angemessen, Spezialisten für diese Altersgruppe beizuziehen [C].
- Angehörige sollen, wenn immer möglich in die Therapie mit einbezogen werden über die zu erwartenden Effekte der Behandlung und deren Grenzen informiert werden [C].

2. Untersuchungen vor Behandlungsbeginn

Grundlagen

Psychische, somatische und soziale Faktoren sowie der Konsum von andern psychoaktiven Substanzen beeinflussen die Behandlungsplanung, das notwendige Behandlungssetting und das Behandlungsergebnis.

Empfehlungen

- Vor einer Opioidverschreibung und SGB sind notwendig:
 1. Eine gründliche persönliche und familiäre Anamnese, die folgende Dimensionen erfasst:
 - Psychische Ebene
 - Somatische Ebene
 - Soziale Ebene
 - Konsum von psychotropen Substanzen

Die Substanzanamnese erhebt früheren und aktuellen Konsum aller psychoaktiven Substanzen (insbesondere auch Tabak und Alkohol) sowie die Einnahme von verschriebenen und nicht verschriebenen Medikamenten, um eine eventuelle Interaktion mit Methadon oder Buprenorphin abschätzen zu können. Die Kriterien einer Opioidabhängigkeit nach ICD-10 (oder DSM-IV) sollen nach Möglichkeit erhärtet werden (fremdanamnestische Angaben, Dokumentation von Ereignissen wie z.B. Straffälligkeit). Urinproben auf Opiate können einen kürzlich stattgefundenen Opiatkonsum belegen und sollen zur Dokumentation der Abklärungen durchgeführt werden. Bei einem aktuell problematischen Konsum soll untersucht werden, wieweit der Patient motiviert ist, seinen Drogenkonsum zu verändern. Zudem sollen Konsumarten (Rauchen, Sniffen, i.v.), Risikoverhalten (sexuelles, Spritzenaustausch, gemeinsames Zubereiten von Drogen) sowie kontrazeptive Massnahmen thematisiert werden [C].

- Der Integration, speziell junger Patienten ins Ausbildungssystem oder in die Arbeitswelt ist von Beginn weg ein besonders grosser Stellenwert beizumessen [C].
 2. Somatischer Status, Psychostatus und Erhebung der aktuellen sozialen Situation [C].
 3. Laboruntersuchung und EKG:
 - Hämatologie, Leberstatus, Virologie und eine Urinprobe mindestens auf Opiate [C].
 - Die systematische Durchführung eines EKGs ist nur beim Vorhandensein von Risikofaktoren empfehlenswert (s. unten) [C].

3. Untersuchungen im Verlauf der Behandlung:

Grundlagen

Die Erfassung weiterer psychischer Störungen neben der Abhängigkeit ist zu Beginn der Behandlung oft schwierig. Ebenso kann die soziale Problematik oft erst im Verlaufe der Behandlung in ihrer Komplexität erfasst werden. Auf Grund der Häufigkeit Konsum weiterer Substanzen, bleiben erhöhte somatische Risiken bestehen.

Empfehlungen

- Im Verlaufe der Behandlung soll ein eventueller Beikonsum anderer Substanzen thematisiert werden. Selbstangaben der Patienten sind in der Regel genügend zuverlässig, wenn auf Grund des Beikonsums keine Sanktionen drohen [C].
- Systematische Urinproben bringen nur geringe zusätzliche Erkenntnisse und sind deshalb als Routineuntersuchung nicht empfehlenswert [C].
- Weitere Laboruntersuchungen sind nur im Krankheitsfall (z. B. Untersuchung und Kontrolle der Hepatitis C) oder bei Risikoverhalten notwendig [C]. EKG s. unten.
- Eine regelmässige Beurteilung der psychischen und sozialen Problemstellungen und vereinbarter Zielsetzungen wird empfohlen [C].

4. Einstellung und Dosierung der Substitutionsmittel

Zur Induktionsgeschwindigkeit einer Methadon- oder Buprenorphinsubstitution gibt es keine schlüssigen Literaturangaben. Es wurden allerdings immer wieder Todesfälle in der ersten Woche von methadongestützten Behandlungen beschrieben, die auf eine zu schnelle Methadoninduktion zurückzuführen waren (Eintritt des Todes typischerweise am 2. oder 3. Tag).

4.1 Methadoninduktion

Grundlagen

Für die Induktion der Methadonsubstitution schlagen bestehende Guidelines „start low – go slow“ (starte mit niedriger Dosis - erhöhe sie langsam) vor. Dies wird damit begründet, dass das individuelle Toleranzniveau nicht zuverlässig gemessen oder abgeschätzt werden kann, die individuelle Pharmakokinetik und –dynamik in der Regel unbekannt sind und Methadon aufgrund seiner pharmakologischen Eigenschaft kumuliert (Steady State in der Regel nach 5 - 6 Tagen). Bei zu schnellem Aufdosieren besteht die Gefahr einer Intoxikation. Die Gefahr wird durch gleichzeitigen Konsum von weiteren ZNS-Depressiva (Alkohol, Benzodiazepine etc.) und Lungenerkrankungen (Pneumonien und Bronchitiden) noch zusätzlich erhöht.

Empfehlungen

- Die Methadonsubstitution soll mit einer niedrigen Dosis von 30 mg eingeleitet werden, die auch für nicht opioidtolerante Individuen als sicher gilt [B].
- Bei verlässlichen Hinweisen auf eine mittlere bis hohe Opioidtoleranz kann die Anfangsdosis auch leicht höher liegen. Die Patienten können 4 Stunden nach einer ersten Methadoneinnahme, dem Zeitpunkt des plasmatischen Peaks des Methadons, nochmals einbestellt werden. Zeigen sie zu diesem Zeitpunkt noch eindeutige Entzugssymptome, kann ihnen bis 20 mg Methadon zusätzlich verabreicht werden [C].
- Die tägliche Dosissteigerung soll danach 5 – 10 mg nicht übersteigen. Leitsymptome für eine Verordnung einer Dosissteigerung sind objektive und subjektive Entzugssymptome und zusätzlich konsumierte Opioide [C].
- Bei der zu Beginn täglichen Evaluation sind insbesondere die Zeichen einer Intoxikation zu beachten und falls solche auftreten, ist die Dosis sofort zu reduzieren (Kumulation!) [B].

4.2 Buprenorphininduktion

Grundlagen

Auch bei hohen sublingual verabreichten therapeutischen Buprenorphindosen besteht keine Gefahr eines Atemstillstandes (ausser in Kombination mit Sedativa und Alkohol). Zu zögerliches Aufdosieren führt zu frühzeitigen Therapieabbrüchen. Eine „Aufladedosis“ am ersten Tag mit Reduktion auf die Steady State Dosierung am zweiten Tag ist gemäss Erfahrungen in verschiedenen Zentren möglich und sicher.

Mit der Buprenorphininduktion können Entzugssymptome ausgelöst werden, die aber bei genügendem und zeitlichem Abstand zum letzten Opioidkonsum höchstens mild sind.

Empfehlungen

- Die Buprenorphinsubstitution kann grosszügig mit fraktionierten Dosen am ersten Tag eingeleitet werden (erste Dosis 2 mg, dann bis zu drei bis vier Mal 8 mg, entsprechend bis 34 mg am ersten Tag) [C].
- Dabei ist zu beachten, dass der letzte Heroinkonsum mindestens zwölf Stunden zurück liegt [B].
- Allfällig auftretende Entzugserscheinungen können symptomatisch mit einem alpha2-Adrenozeptor-Agonist behandelt werden (Catapresan®) [C].
- Die Dosis am zweiten Tag liegt in der Regel nicht über 12 mg, auch wenn am ersten Tag wesentlich mehr verabreicht wurde [C].

4.3 Steady State Dosierung

Grundlagen

Das Substitutionsmedikament muss genügend hoch dosiert werden. Die optimale Dosierung ist individuell und klinisch zu ermitteln. Eine optimale individuelle Dosierung verhindert Entzugsscheinungen und erlaubt, zusätzlichen Opioidkonsum aufzugeben, bei gleichzeitig minimalen unerwünschten Wirkungen.

Für **Methadon** können im Sinne eines therapeutischen Monitoring Plasmaspiegel gemessen werden. Für die Messung wird primär der Spiegel vor der Methadoneinnahme abgenommen („trough“-Spiegel). Mit der Messung des Spiegels vor der Methadoneinnahme und vier Stunden nach der Einnahme können Patienten erfasst werden, die einen sehr schnellen Metabolismus aufweisen („ultra rapid metabolizers“). Als „trough“-Schwellenwerte für eine optimale Therapie gelten:

(R)-Methadon 250 ng/ml und (R,S)-Methadon 500 ng/ml.

Die Messung des **Buprenorphin**-Plasmaspiegels ist klinisch nutzlos, da im Gegensatz zur Situation im ZNS das Buprenorphin schnell aus dem peripheren Kreislauf eliminiert wird.

Empfehlungen

- Bei der Dosisfindung sind folgende klinische Parameter zu überwachen:
 - Patientenwohlbefinden
 - objektive Entzugszeichen: Niesen, Nasenlaufen, Tränen, weite Pupillen, erhöhte Darmtätigkeit (Durchfall), evtl. Schwitzen (Cave: kann auch unerwünschte Wirkung sein)
 - subjektive Entzugserscheinungen: Entzugsgefühl, Schlafstörungen (frühes Aufwachen) Nebenkonsum von Strassenheroin (als Laborparameter kommen Urinkontrollen in Frage)
 - Ziel einer optimalen Dosierung ist es, dass sich die Patienten wohl fühlen und keinen zusätzlichen Opioidkonsum aufweisen [B].

Methadon

- Die tägliche Methadondosis soll je nach Literaturangabe über 60 mg oder 80 mg liegen [A].
- Zum Teil sind aufgrund des individuellen Metabolismus und medikamentöser Interaktionen erheblich höhere Methadondosen nötig [B].

- ☞ In Einzelfällen können auch niedrigere Dosierungen ausreichend sein [C].
- ☞ Bei Patienten unter hohen Methadondosen (>120mg/d), die immer noch unter Entzugserscheinungen leiden, kann die Bestimmung des Methadonplasmaspiegels empfohlen werden. Ausgehend vom gemessenen Wert lässt sich die notwendige Dosisanpassung abschätzen [B].

Buprenorphin

- ☞ Häufig reicht in der SGB eine Dosierung im mittleren Dosierungsbereich (8 – 12 mg/d) [C].

5. Abgabe- und Mitgabemodalitäten

Grundlagen

Tägliche Verabreichung und kontrollierte Einnahme des Substitutionsmedikamentes zu Beginn einer SGB erleichtert die Dosisfindung und dient dem gegenseitigen Kennenlernen. Ab Beginn der Behandlung sind Wochenendmitgaben kaum problematisch.

Im weiteren Verlauf können Mitgaben des Substitutionsmedikamentes den Behandlungserfolg verbessern (Verminderung des Drogennebenkonsums, erhöhte Retention) und sind zum Teil notwendig, um die (Re-)Integrationsbemühungen nicht zu gefährden.

Die gesetzliche Limite für eine Maximaldauer der Mitgabe dürfte einen Monat betragen, auch wenn dies nirgends klar ausformuliert ist (Heilmittelgesetz).

Erhalten die Patienten Mitgaben, müssen sie in der Lage sein, die Substitutionsmedikamente selber einzuteilen. Der Konsum von intoxicierenden Substanzen (Beikonsum, Nebenkonsument) kann die Fähigkeit, selber das Substitutionsmedikament zu verwalten und einzuteilen, herabsetzen.

Empfehlungen

- ☞ Mitgaben nach einer Stabilisierung der Substitutionsdosis sind zur Verbesserung des Behandlungserfolgs gezielt einzusetzen [B].
- ☞ Zurückhaltung beim Verordnen von Mitgaben ist bei instabilen Patienten geboten, bei denen die Gefahr gross ist, dass sie ihr Substitutionsmedikament gegen vermeintlich „bessere“ Drogen eintauschen (z.B. Kokain) [C].
- ☞ Die den Patienten mitgegebenen Methadonfläschchen müssen mit einem kindersicheren Verschluss versehen und beschriftet sein [C].

5.1 Galenische Form

Grundlagen

Im Vergleich zu intravenösem Konsum illegaler Substanzen ist die per orale und sublinguale Verabreichung von Substitutionsmedikamenten schadenmindernd.

Buprenorphin wird nur als Sublingualtablette angeboten. Hingegen steht beim Methadon eine breite Palette zur Verfügung (Trinklösung, Kapseln, Tabletten, Suppositorien, Injektionslösung).

Methadonlösungen werden grossmehrheitlich geschluckt und nicht injiziert. Es ist nicht belegt, dass aufgelöste Methadontabletten eher gespritzt werden als Methadontrinklösungen. Aufgrund der Tablettenfüllstoffe (Talk, Maisstärke) führt das Spritzen von Tabletten in verschiedenen Körpergeweben zu Granulomatosen (z.B. Retina). Besonders gefährlich sind ausgespuckte und danach injizierte Tabletten oder Lösungen, da sie Candidainfektionen verursachen können.

Im Handel erhältliche Methadontabletten (Ketalgin®, Methadon Streuli®) sind für die Substitution eher ungeeignet, da sie nur als 5 mg Tabletten angeboten werden. Zudem sind sie für die Indikation „Substitution“ nicht registriert. Methadonlösungen erlauben eine flexible Dosierung und sind auch für Verabreichungen hoher Dosen geeignet.

Apotheker können Methadonsuppositorien, -kapseln und evtl. -tabletten auch in höheren Dosierungen herstellen.

Empfehlungen

- ☞ Es wird empfohlen, die Methadonlösung nicht mit bei der Injektion schädlichen Beimengungen zu versetzen, damit die Patienten, die ihr Methadon unsachgemäss verwenden und sich dadurch schädigen, nicht noch zusätzlich iatrogen geschädigt werden [C].
- ☞ Wenn Methadon in Festform abgegeben werden soll (vor allem bei Mitgaben), sind neben Kapseln und Tabletten auch Suppositorien geeignet. Sie können rektal oder per oral eingenommen werden [C].
- ☞ Besteht die Befürchtung, dass Patienten Buprenorphintabletten wieder ausspucken, um sie aufzulösen und zu injizieren, empfiehlt es sich, die Tabletten zu vermörsern und das entstehende Granulat sublingual abzugeben. Die Eigenschaften des Buprenorphins werden dadurch nicht verändert [C].

5.2 Mitgaben für Reisen

Grundlage

Mitgaben des Substitutionsmedikamentes für Reisen bis zu einem Monat (oder bei Ortsabwesenheit während anderer Aktivitäten) sind grundsätzlich möglich und gesetzlich erlaubt. Beim Überschreiten von Landesgrenzen ist darauf zu achten, dass die Aus- und Einfuhrbestimmungen für Betäubungsmittel, um welche es sich bei Substitutionsmedikamenten handelt, eingehalten werden. Obschon Methadon und Buprenorphin auf der WHO-Liste der essentiellen Medikamente figurieren, sind sie in gewissen Ländern immer noch als verbotene Substanzen klassiert. Bei der Mitgabe von Methadonlösungen für Reisen muss beachtet werden, dass starke Verdünnungen aufgrund des grossen Volumens schlecht zu transportieren sind. Substitutionsmedikamente sollten bei Flugreisen grundsätzlich im Handgepäck mitgeführt werden. Flüssigkeiten müssen heute bei Flugreisen in durchsichtigen Plastikbeutel bei der Sicherheitskontrolle vorgewiesen werden und unterliegen Beschränkungen bezüglich des Volumens.

Empfehlungen

- ☞ Bei instabilen oder beschränkt vertragsfähigen Patienten ist es empfehlenswert, die Abgabe des Substitutionsmedikamentes über einen Hausarzt oder Apotheker im Aufenthaltsort zu organisieren [C].
- ☞ Reisen müssen gut vorbereitet sein, um den Patienten Schwierigkeiten zu ersparen. Bei Auslandsreisen muss unbedingt vorgängig abgeklärt werden, ob die gesetzlichen Bestimmungen des entsprechenden Ziellandes die Einfuhr des Substitutionsmedikaments und der vorgesehenen Menge erlauben. Zudem sind die entsprechenden Formulare auszufüllen und den Patienten auszuhändigen [C].
- ☞ Auch muss der Haltbarkeit der Lösung Beachtung geschenkt werden. Vor allem bei Reisen in warme Länder sind Tabletten und Kapseln besser geeignet als Lösungen und Suppositorien [C].

Website von Swissmedic zu Auslandsreisen:

<http://www.swissmedic.ch/html/content/Auslandsreisen-d.html>

Nützliche Website:

<http://www.indro-online.de/laender.htm>

5.3 Zur Abgabe berechnigte Institutionen

Grundlagen

Die Abgaben des Substitutionsmedikamentes können entweder in der Arztpraxis, in der Apotheke, in einem Substitutionstherapiezentrum oder in Delegation einer dieser Einrichtungen (z.B. durch Betreuer in Familienplatzierungsprogrammen) erfolgen. Patienten müssen die minimalen Konventionen und Hausregeln des jeweiligen Settings einhalten können.

Empfehlungen

- Vorzugsweise liegt der Abgabeort in der Nähe des Wohnortes oder, sofern der Patient einer regelmässigen Tätigkeit nachgeht, unweit seines Arbeitsortes. Findet die Abgabe in einer Apotheke statt, sind präzise Abmachungen zwischen den beteiligten Partnern zu treffen (Arzt, Apotheker, Patient). Die mit dem Apotheker vereinbarten Modalitäten sollen dem Patienten schriftlich übergeben werden. Allfällige Änderungen (Dosis, Abgabemodalitäten, somatische, psychische oder soziale Probleme etc.) sollen dem Apotheker sofort mitgeteilt werden [C].
- Es ist empfehlenswert abzuklären, ob die Apotheke die notwendige Vertraulichkeit bei der Abgabe gewährleisten kann (Einnahme der Medikation nicht vor den Augen übriger Kundschaft) [C].
- Im Verlauf der SGB ist ein regelmässiger Austausch zwischen Arzt und Apotheker wünschenswert [C].

6. Behandlung unerwünschter Wirkungen

Allgemeines

Für gewisse Wirkungen und Nebenwirkungen der Opioidbehandlung wie zum Beispiel Analgesie, Euphorie, Sedation, respiratorische Depression, Übelkeit und Erbrechen entwickelt sich schnell Toleranz. Andere Wirkungen wie Myosis, Obstipation, Schwitzen oder Abnahme der Libido können persistieren. Die unterschiedliche Toleranzentwicklung ist auf das unterschiedliche Zustandekommen der Wirkungen zurückzuführen. Toleranz entwickelt sich vor allem für Wirkungen am MOR.

6.1 Intoxikation

Grundlagen

Sorgfältiges Aufdosieren des Methadons verhindert behandlungsbedingte tödlich verlaufende Intoxikationen. Atemdepressionen alleine durch sublingual verabreichtes Buprenorphin sind nicht lebensgefährlich. Intoxikationen sind meistens Mischintoxikationen und in der akuten Situation ist häufig unklar, welche Substanzen eingenommen wurden. Insbesondere wenn Substanzen mit langer Halbwertszeit impliziert sind (z.B. Methadon), ist mit protrahierten Verläufen zu rechnen. Sind Opiode an einer schweren Intoxikation beteiligt, tritt in der Regel ein Lungenödem auf, bei dem aufgrund der atemdepressorischen Wirkung der Opiode die Hyperventilation fehlen kann. Naloxon wirkt i.m. oder i.v. schnell gegen eine Intoxikation mit einem Opioidagonisten. Die Verabreichung kann in der ambulanten Situation aber schwierig sein, da durch das Naloxon akute Opioidzugssymptome ausgelöst werden können und die Halbwertszeit des Naloxon kürzer ist als die der meisten Opiode. Dies kann dazu führen, dass die Patienten ein zweites Mal aufgrund der gleichen Opioid-Dosis eintrüben können. Bei einer Intoxikation mit Buprenorphin ist Naloxon in üblichen Dosierungen als Gegenmassnahme weitgehend nutzlos, da Naloxon eine geringere Rezeptoraffinität aufweist als Buprenorphin. Für eine kompetitive Hemmung sind deshalb sehr hohe Naloxondosen notwendig.

Empfehlungen

- Die wichtigste Massnahme bei akuten Intoxikationen ist das Einleiten von lebensrettenden Sofortmassnahmen, d.h. primär muss die Sauerstoffversorgung sichergestellt werden [A].
- Zur Überwachung ist grundsätzlich die Einweisung in ein Spital zu empfehlen, vor allem wenn Naloxon verabreicht wurde (protrahiertes Auftreten eines Lungenödems) [B].
- Bei schleichender, über mehrere Tage hinweg zunehmender Intoxikation ist die Dosis des Substitutionsmedikamentes zügig zu reduzieren (z.B. halbieren) [C].

6.2 QTc Verlängerung und Herzrhythmusstörungen

Grundlagen

Methadon - alleine oder häufiger in Kombination mit andern Risikofaktoren - kann das QTc Intervall verlängern und zu lebensbedrohlichen Rhythmusstörungen vom Typ Torsade de Pointes (TdP) führen. Eine Korrelation zwischen Methadonsdosis resp. Methadonplasmaspiegel und QTc Verlängerung wird mehrheitlich angenommen. Eine besondere Gefährdung liegt vor, wenn die Patienten weitere Risiken für eine Herzrhythmusstörung aufweisen: Einnahme von kardiotoxischen Substanzen, kardiovaskuläre Erkrankungen, Elektrolytstörungen, Co-Medikation mit QTc verlängernden Substanzen.

Bei Buprenorphin und Morphin in therapeutischen Dosierungen wurden keine QTc verlängernde Effekte beobachtet.

Empfehlungen

- Vor Beginn einer Methadonsubstitution sollen alle Patienten auf kardiale Risikofaktoren befragt werden und die Begleitmedikation soll auf QTc verlängernde Substanzen geprüft werden.
- Ein EKG wird empfohlen bei [C]:
 - Einnahme von QTc verlängernden Substanzen, unabhängig von der Methadondosis.
 - Methadondosen über 120 mg und positiver Eigenanamnese bezüglich Herzrhythmusstörungen und/oder deren Symptome.
 - Methadondosen über 120 mg und Vorhandensein zusätzlicher Risikofaktoren (s. Tabelle).
 - Elektrolytstörung, z. B. bei Diuretika-Einnahme und/oder Durchfall/Erbrechen seit 4 Tagen oder länger (Natrium, Kalium Bestimmung) und Essstörungen.
 - Auftreten von Symptomen, die von einer Herzrhythmusstörung herrühren können.
 - Vor Einsetzen von QTc verlängernden Medikamenten, unabhängig von der Methadondosis. Im Verlauf wird ein Kontroll-EKG empfohlen, um Veränderungen zum Ausgangsbefund zu erfassen.
- Die Listen mit den die QTc-Zeit verlängernden Medikamenten sollen periodisch konsultiert werden, da sie fortlaufend ergänzt und aktualisiert werden [C].
- Engeres Monitoring und allenfalls Beizug eines Kardiologen ist indiziert bei neu entdeckter oder bekannter Herzerkrankung mit arrhythmogenem Risiko, unerklärter Synkope, QTc >450 msec und Zunahme der QTc um 60 msec vom Ausgangswert. Bei QTc >500 msec ist eine Reduktion der Risikofaktoren und gegebenenfalls eine Umstellung der Methadonsubstitution dringend angezeigt [C].
- Buprenorphin oder Morphin kommen als Alternativen zu Methadon in Frage [B].
- Kann keine Umstellung auf eine andere Substitutionssubstanz vorgenommen werden, muss diskutiert werden, ob die Methadonsubstitution bei vorhandenen Risiken eingestellt oder fortgesetzt werden soll. Die Mortalitäts- resp. Morbiditätsrisiken ohne Substitution können das relativ kleine kardiale Risiko durch Methadon übersteigen [C].
- Eine jährliche Neubeurteilung der Risikofaktoren wird empfohlen [C].

Nützliche Websites:

<http://www.ssam.ch>

<http://www.torsades.org>

Risikofaktoren bei QTc Verlängerung

Familienanamnese

- plötzlicher Herztod < 50 Jahre

Eigenanamnese und Befunde

- Drogen: Kokain, Amphetamin, ausgeprägter Alkoholkonsum
- Medikamente mit QTc verlängerndem Effekt oder CYP450 Inhibition
- Kongenitales Long QTc Syndrom
- bekannte Herzerkrankung (KHK, Herzinsuffizienz, Endokarditis)
- Essstörung (Bulimie, Anorexie)
- Leberinsuffizienz
- HIV Infektion
- Hypokaliämie, Hypomagnesiämie
- unerklärliche Synkope
- Anstrengungsinduzierte Thoraxbeschwerden
- Anstrengungsdyspnoe
- Orthopnoe
- Palpitationen

6.3 Obstipation

Grundlagen

Obstipation ist eine häufige, unerwünschte Wirkung in der Behandlung mit Opioiden. Diese lähmen die Darmperistaltik, daneben spielen aber noch andere Faktoren für das Auftreten der Beschwerden eine Rolle (Ernährung, Flüssigkeitszufuhr, Bewegung). Obstipation kann mit chronischer Übelkeit verbunden sein.

Empfehlungen

- ➡ Bei Obstipation sind vorerst Ernährungsberatung (faserreiche Nahrung, genügende Flüssigkeitszufuhr) und Ratschläge zur allgemeinen Lebensführung (z.B. ausreichende Bewegung) angezeigt [C].
- ➡ Vielen Patienten muss allerdings dauernd ein mildes Laxativum (wenn möglich keine Irritationen) verordnet werden [C].
- ➡ Bei gleichzeitiger schwerer Leberinsuffizienz ist Lactulose das Mittel der Wahl [C].

6.4 Übelkeit und Erbrechen

Grundlagen

Übelkeit und Erbrechen in der SGB haben verschiedene Ursachen, die im Einzelfall schwierig zu eruieren sind. Sie treten klinisch meist phasenweise auf und können ohne weitere Massnahmen auch wieder abklingen. Opiode verstärken die Übelkeit, indem sie die Magendarmpassage verlangsamen.

Die Symptomatik wird durch Konsum von verschiedenen weiteren Substanzen aggraviert (Alkohol, Tabak, Kaffee).

Bei Erbrechen nach der Methadoneinnahme ist schwierig abzuschätzen, wie viel des eingenommenen Methadons erbrochen wurde.

Aufgrund der sublingualen Verabreichung besteht dieses Problem beim Buprenorphin nicht.

Empfehlungen

- ➡ Als erste Massnahme bei Übelkeit und Erbrechen gilt es zu versuchen, den Konsum von Alkohol, Tabak und Kaffee einzuschränken und die Obstipation zu vermindern [C].
- ➡ Symptomatisch kann allenfalls Meclozin (z.B. Itinerol® B6), Metoclopramid (Paspertin®) oder ein Protonenpumpenhemmer eingesetzt werden [C].

- ☞ Tritt das Erbrechen bis 15 Minuten nach Methadoneinnahme ein, empfiehlt sich die ganze Dosis zu ersetzen. Erbrechen die Patienten nach 15 Minuten bis zu einer halben Stunde, kann die Hälfte der Dosis nachgegeben werden. Nach diesem Zeitraum ist klinisch zu entscheiden, welche Dosis bzw. ob überhaupt etwas nachgegeben werden muss. Zudem ist abzuschätzen, ob der Patient wahrheitsgetreue Aussagen macht [C].

6.5 Exzessives Schwitzen

Grundlagen

Patienten klagen häufig über exzessives Schwitzen unter Methadon (bis zu 70%). Dies kann vor allem in der warmen Jahreszeit sehr behindernd sein. Der Mechanismus des übermäßigen Schwitzens unter Methadon ist unklar. Es scheint jedoch, dass sich das Schwitzen mit zentral wirkenden Anticholinergika günstig beeinflussen lässt. Der Konsum von anderen Substanzen, insbesondere Alkohol und Kaffee, kann das Schwitzen verstärken.

Empfehlungen

- ☞ Die erste Massnahme bei übermäßigem Schwitzen unter Methadon ist, den Konsum weiterer schweisstreibender Substanzen einzuschränken [C].
- ☞ Reicht dies nicht aus, erweist sich Biperiden (Akineton®) 2-4 mg/d als effizient (Achtung Missbrauch). Alternativ kommt Bellafit N® in Frage [C].

6.6 Abnahme der Libido

Grundlagen

Die Herabsetzung der Libido unter Opioiden ist häufig und oft ein multifaktorielles Problem (Einfluss der Opioide auf die Hormone, Polykonsum, somatische Probleme, Schmerz, Depression etc.). Eine Substitution mit Testosteron (i.m.) wurde bei Männern vorgeschlagen, ist aber ungenügend evaluiert. Bedenken gegen diese Behandlung betreffen die potentiellen Nebenwirkungen (Verstärkung des Hypogonadismus und Hodenkarzinom).

Empfehlungen

- ☞ Primär ist eine kausale Behandlung angezeigt (adäquate Schmerzbehandlung, antidepressive Behandlung etc.) [C].
- ☞ Gegenüber Testosteronbehandlungen ist Zurückhaltung angebracht [C].

7. Zusätzlicher Konsum von Opioiden und weiterer psychotroper Substanzen

Grundlagen

Konsum weiterer psychotroper Substanzen zusätzlich zur verschriebenen Substitution ist häufig. Die Angaben der Patienten über eingenommene Substanzen sind meist zuverlässig, wenn ihr Konsum nicht sanktioniert wird. Sehr oft reduziert sich der Kokainkonsum unter einer SGB, weniger beeinflusst werden Benzodiazepin (BZD)-, Alkohol- und Cannabiskonsum. Während der Konsum von Kokain, Alkohol und BZD die Behandlung schwer wiegend stören kann, beeinflusst Cannabiskonsum den Verlauf einer SGB kaum. Eine Suchtverlagerung entwickelt sich nur in Einzelfällen.

Der illegale Opioid-Beikonsum kann durch psychotherapeutische oder „psychosoziale“ Verfahren reduziert werden. Aussagekräftige Untersuchungen existieren aber nur über den Zeitraum von drei bis acht Monaten. In diesen Studien erwies sich die Reduktion nach Abschluss der Behandlung als nicht anhaltend. Wichtig ist in jedem Fall die adäquate Dosierung des Substitutionsmedikamentes.

7.1 Sonderstellung der Benzodiazepine (BZD)

BZD werden von Opioidabhängigen häufig ohne ärztliche Verschreibung konsumiert. Sie nehmen in der Gruppe von zusätzlich eingenommenen Substanzen eine Sonderstellung ein. Einerseits

besteht ein Abhängigkeitspotential, andererseits haben Patienten oft psychische Störungen (z.B. Angst, Depression, Soziale Phobien), bei denen die Verordnung von BZD, mindestens temporär) sinnvoll ist. Die Unterscheidung zwischen Selbstmedikation und anderweitigem Gebrauch ist häufig schwierig.

Empfehlungen

- Es soll versucht werden, zusätzlichen Konsum psychotroper Substanzen und die Begletrisiken zu verringern. Weniger riskante Applikationstechniken, ein kontrollierter Konsum oder ein Absetzen des zusätzlichen Konsums kann mit kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierten Interventionen gefördert werden [B].
- Auch kann die nicht wertende „motivierende Gesprächsführung“ nach Miller & Rollnick einen günstigen Einfluss auf den Beikonsum bewirken [B].
- Bei Alkoholproblemen können zusätzlich Craving reduzierende Medikamente verschrieben werden [B].
- Bei Kokainproblemen werden Verschiedene Medikationen im „off label use“ vorgeschlagen (<http://www.kokainbehandlung.ch>) [C].
- Obschon bei der gleichzeitigen Einnahme von sedierenden Substanzen (Alkohol, Benzodiazepine) die atemdepressiven Effekte zunehmen, lassen sich aus der Literatur keine Empfehlungen zu einer Reduktion des Substitutionsmedikamentes ableiten (z.B. Alkoholpromille abhängige Dosierung) [C].

BZD

- Bei BZD-Konsum muss geprüft werden, ob eine psychiatrische Indikation für BZD vorliegt und eine medizinisch verschriebene Medikation sinnvoll ist [C].
- In der der Behandlung von psychischen Störungen, in Krisensituationen und bei Schlafstörungen unter SGB sollen generell die üblichen medizinischen Kriterien angewandt werden, d.h. es kann auch der Einsatz eines BZD indiziert sein [B].
- Lässt sich der BZD-Konsum als Selbstmedikation einer Depression oder Angststörung bewerten, ist ein Wechsel auf Antidepressiva mit gleichzeitigem Ausschleichen der BZD zu versuchen [C].
- Bei einer BZD-Abhängigkeit kann eine kontrollierte langsame Reduktion Erfolg versprechend sein [C].
- Falls eine vollständige BZD-Abstinenz nicht gelingt, ist eine BZD-Substitution zur Schadenminderung angezeigt [C].
- Dabei wird ein Wechsel auf ein lang wirksames Präparat empfohlen [C].
- Der durch Methadon und Buprenorphin potenzierte sedative und atemdepressive Effekt muss berücksichtigt werden [B].
- Bei instabilen Patienten kann die fraktionierte Abgabe der verordneten BZD-Medikation gekoppelt an das Substitutionsmittel sinnvoll sein (bei Abgabe in der Arztpraxis oder über die Apotheke) [C].

8. Therapieelemente der SGB zur Substitution

8.1 Impfungen

Grundlagen

Hepatitis sind bei Opioidabhängigen häufig und mit einer gewissen Mortalität verbunden. Das erhöhte Infektionsrisiko kann mit Impfungen gesenkt werden. Beim gleichzeitigen Fehlen der Immunität für Hepatitis A und B ist die kombinierte Hepatitis A/B Impfung praktisch in der Anwendung. Es ist aber nicht auszuschliessen, dass es mit den Krankenkassen bei der Rückvergütung der Kosten Probleme gibt.

Empfehlungen

- Der Impfstatus soll zu Beginn der SGB kontrolliert und die Impfungen aktualisiert werden. Impfungen gegen Hepatitis A und B werden bei fehlenden Antikörpern bei Drogenabhängigen empfohlen [B].
- Bei einer Hepatitis C ist eine Hepatitis A-Impfung zu empfehlen [C].
- Bei allen Patienten mit chronischen pulmonalen Erkrankungen oder/und solchen, die mit dem HI-Virus infiziert sind, ist eine einmalige Impfung gegen Pneumokokken ratsam [C].
- Eine systematische jährliche Grippeimpfung ist nur bei chronischen somatischen Erkrankungen (HIV Infektion, Hepatitis C, Diabetes etc.) empfehlenswert [C].

8.2 HIV- und Hepatitis C-Behandlung

Grundlagen

HIV und Hepatitis C Infektionen treten bei Opioidabhängigen gehäuft auf. Die Indikation für eine antivirale Therapie bei Patienten unter Substitution ist gleich zu stellen, wie bei Nicht-Drogenabhängigen. Der Behandlungserfolg Opioidabhängiger ist mit dem der Nicht-Drogenabhängigen vergleichbar. Die Durchführung der infektiologischen Therapie und der Substitution durch die gleiche Stelle, sei es niedergelassener Arzt oder Institution, bietet deutliche Vorteile hinsichtlich der Kontrollen und der Adherence.

Empfehlungen

- Die Indikationsstellung, Therapiedurchführung und Kontrolle soll durch einen in HIV oder Hepatitis C erfahrenen Arzt oder in Zusammenarbeit mit einem Infektiologen/Hepatologen erfolgen [C].
- Die Behandlung soll bei Opioidabhängigen unter Substitution stattfinden. Die Medikamentenabgabe kann sinnvollerweise zusammen mit dem Substitutionsmittel auch in der Apotheke erfolgen [C].
- Die komplexe Therapie von HIV/HCV koinfizierten Drogenpatienten ist von infektiologisch sehr erfahrenen Ärzten durchzuführen [B].

8.2.1 Spezielles zur HIV Behandlung

Grundlagen

Die Prävalenzrate der HIV Infektion bei substituierten Patienten liegt zwischen 10% und 35%. Für einen dauerhaften Therapieerfolg ist die Einnahme von mehr als 95% aller Medikamentendosen optimal. Es bestehen zahlreiche klinisch relevante Interaktionen zwischen Methadon und HIV-Medikamenten. Über Interaktionen mit Buprenorphin liegen wenige Daten vor. Die regelmässige Einnahme der Medikation ist wegen der Gefahr von Resistenzentwicklungen bei Therapieunterbrüchen äusserst wichtig.

Empfehlungen

- Bei fraglicher Zuverlässigkeit ist eine tägliche Abgabe der HIV-Medikamente unter Sicht (DOT = Directly Observed Therapy) gekoppelt an die Substitutionsmedikation zu prüfen. Unter vielen Medikamentenkombinationen ist eine Steigerung der Methadondosis notwendig (durchschnittlich 50%) [B].
- Eine Aufteilung der Methadondosis auf zwei Einnahmen pro Tag kann in diesen Fällen sinnvoll sein. Die Methadondosisfindung richtet sich nach der klinischen Symptomatik [C].
- Auch bei Buprenorphinsubstitution kann eine Dosissteigerung notwendig werden [C].
- Bei Wechsel der HIV-Medikation oder bei deren Absetzen muss die Methadondosis vor allem wegen der Gefahr der Überdosierung überprüft werden [C].

Nützliche Websites:

<http://www.eacs.ws/download/Euroguidelines4151105.pdf>

8.2.2 Spezielles zur Hepatitis C-Behandlung

Grundlagen

Unter Drogenabhängigen ist die chronische Hepatitis C die häufigste chronische somatische Erkrankung. Die Prävalenzrate beträgt zwischen 35% und 90%. Mehrfach Infektionen mit HCV sind möglich. Die Prognose für einen anhaltenden Erfolg der Therapie mit Interferon und Ribavirin liegt je nach Genotyp des Hepatitis C Virus zwischen 40% und über 80%. Ein hoher Alkoholkonsum ist eine relative Kontraindikation für eine Therapie mit Interferon, wobei dieser nicht einheitlich quantifiziert wird.

Empfehlungen

- Die Therapie von Hepatitis C ist sowohl aus epidemiologischen Gründen als auch aus Sicht der öffentlichen Gesundheit bei jedem drogenabhängigen Hepatitis C Patienten in Betracht zu ziehen. Vor Behandlungsaufnahme soll ein stabiler psychischer und physischer Zustand, allenfalls mittels einer entsprechenden Vorbehandlung erreicht werden. Bei vorbestehenden depressiven Symptomen oder bei Risiken für ein Wiederauftreten einer Depression ist eine präventive antidepressive Therapie indiziert [C].
- Eine sichere Kontrazeption bei Mann und Frau ist notwendig [C].
- Alle Patienten müssen vor der Therapie über die Reinfektionsgefahr aufgeklärt werden (und darüber, dass ihnen zum heutigen Zeitpunkt nur ein Mal eine Therapie bezahlt wird) [B].
- Anpassungen der Substitutionsdosis können vor allem in der Initialphase der Therapie notwendig sein (Mechanismus unbekannt, Interaktionen von Interferon und Ribavirin mit Methadon und Buprenorphin sind nicht beschrieben) [C].

8.2.3 Akute Hepatitis C

Grundlage

Die Behandlung einer akuten Hepatitis C ist im Rahmen einer SGB möglich

Empfehlung

- Die Behandlung einer akuten Hepatitis C soll in Zusammenarbeit mit einem hepatologischen Zentrum erfolgen [C].

Nützliche Website:

<http://www.sevhep.ch>

8.3. Schmerztherapie

Grundlagen

Ein hoher Prozentsatz Opioidabhängiger leidet unter chronischen Schmerzen. Abhängigkeitsstörungen, unabhängig von den Substanzen, verstärken die Schmerzempfindung. Langzeitmedikation mit Opioiden führt zudem häufig zu einer Hyperalgesie und zu einer Kreuztoleranz für die analgetische Wirkung anderer Opioide. Methadon und Buprenorphin entfalten bei Langzeitgabe in der zur Substitution verwendeten Dosis keine analgetische Wirkung mehr (Toleranz). Bei einer Steigerung der Dosierung zur Analgesie ist der schmerzlindernde Effekt wesentlich kürzer als die Wirkung, die Entzugssymptome verhindert. Schmerz wirkt als starker Opioidantagonist, weshalb die Gefahr einer Atemdepression bei zusätzlich verabreichten Opioiden nicht gesteigert ist, solange Schmerzen bestehen. Eine inadäquate Schmerztherapie erhöht die Rückfallgefahr in illegalen Opiatkonsum, während eine effiziente Opioidanalgesie sie verhindert.

Empfehlungen

- Gleich wie bei nicht Abhängigen empfiehlt es sich, bei substituierten Patienten das WHO Stufenschema zur Schmerztherapie anzuwenden [C].
- Bei Bedarf können vor allem unter Methadon auch stärkere Analgetikaklassen (Opioide) zu den initialen Präparaten wie Paracetamol oder NSAR stufenartig bis zum Erreichen der Schmerzfreiheit verabreicht werden. Opioidanalgetika bedürfen in diesem Fall einer höheren Dosierung und einer häufigeren Applikation [C].
- Die Substitutionsdosierung soll beibehalten werden, da Entzugssymptome durch eine Unterdosierung die Schmerzempfindlichkeit erhöhen [C].
- Bei Tumor oder AIDS assoziierten chronischen Schmerzzuständen sind Opioide mit langer Halbwertszeit vorzuziehen. Methadon in fixen, fraktionierten Dosen zeigt in teilweise sehr hoher Dosierung die besten Resultate [C].
- Eine Kombination von Methadon zur Substitution und Morphin zur Schmerzbekämpfung ist grundsätzlich möglich [C].
- Aufgrund der Verdrängung am MOR ist bei Opioidanalgetikaverabreichung unter Buprenorphinsubstitution Zurückhaltung geboten, sie ist aber nicht kontraindiziert. Eine Umstellung auf Methadon ist möglich [C].
- Bei Leberschäden ist auf die Hepatotoxizität von Paracetamol zu achten, bei massivem Alkoholkonsum auf das Ulcusrisiko unter NSAR [B].
- Antidepressiva können als adjuvante Medikation in Betracht gezogen werden [B].

8.4. Behandlung von psychischen Störungen und sozialen Problemen

Grundlagen

Psychische Störungen wie Angst, Depression, Persönlichkeitsstörungen, Schizophrenien, soziale Defizite und Fehlverhalten treten in Kombination mit Opioidabhängigkeit gehäuft auf. Störungen und Problemkomplexe können der Abhängigkeit zu Grunde liegen, Folge dieser oder von ihr unabhängig sein. Die komorbiden psychischen Störungen lassen sich nur zuverlässig diagnostizieren, wenn es gelingt, die durch den Konsum psychotroper Substanzen verursachten Probleme zu stabilisieren. In ausgeprägten Fällen ist dies nur im geschützten Rahmen möglich.

Über die Dauer der Opioidabhängigkeit können sich komorbide psychische Störungen und soziale Problemstellungen stark verändern, verschwinden oder neu hinzukommen.

Psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen gestalten sich unter stabiler Substitution und Berücksichtigung der pharmakologischen Interaktionen (CYP 450, QTc etc.) sehr ähnlich wie bei nicht abhängigen Patienten. Sie werden oftmals erst unter einer adäquaten Substitution möglich. Obligatorisch erklärte Zusatztherapien zur SGB können hingegen die Haltequote in der Behandlung reduzieren.

Viele Opioidabhängige leben in einer labilen sozialen Situation, haben keine Arbeit und/oder Tagesstruktur, wenig stabile soziale Kontakte oder eine unbefriedigende Wohnsituation. Die Gewährleistung von Grundbedürfnissen wie Wohnen oder Abdeckung der basalen Lebenskosten erhöht die Retention in einer SGB und ist die Voraussetzung für die Durchführung psychiatrisch/psychotherapeutischer Behandlungen. Ebenso wichtig ist eine adäquate Beschäftigung/Arbeit. Hierfür existieren Stellen/Fachleute aus dem Feld der Sozialarbeit, die auf Problemstellungen von Leuten mit Abhängigkeitsstörungen spezialisiert sind.

Die Qualität und Konstanz der Beziehung zwischen Behandelnden und Patienten sowie die klare Organisation des Behandlungssettings müssen als zentraler Wirkfaktor einer SGB angesehen werden.

Empfehlungen

- Wegen des meist wechselhaften Verlaufs der Abhängigkeit und der weiteren psychischen und sozialen Probleme können weder spezifische Behandlungstechniken noch für einzelne Subgruppen generell geeignete Settings (Institutionen oder niedergelassene Hausärzte oder Psychiater) empfohlen werden [C].

- Der Zuweisung zu und der Koordination mit häufig involvierten spezialisierten Fachleuten der Sozialhilfe (Sozialämter, Beratungs-, Finanzsanierungsstellen etc.), aber auch Beschäftigungs- und Integrationsprogrammen müssen, in Absprache mit den Patienten, grosse Wichtigkeit beigemessen werden [C].
- Kleinere soziale Probleme können oft in Absprache mit dem Patienten durch den behandelnden Arzt gelöst werden (z.B. Absprachen mit dem Arbeitgeber / Wohnungsvermieter) [C].
- Ist eine psychiatrische Beurteilung zu Beginn der SGB nicht möglich, soll diese nach einer Stabilisierung wiederholt werden. Dabei soll zwischen den der Abhängigkeit zugrunde liegenden, den sekundären und den unabhängigen Störungen unterschieden werden [C].
- Der Einbezug von psychiatrischen / psychotherapeutischen Spezialisten kann sinnvoll sein [C].
- Unter Berücksichtigung der pharmakologischen Interaktionen gestalten sich psychiatrische / psychotherapeutische Behandlungen ähnlich wie bei nicht substanzabhängigen Patienten [A].
- Die Bedeutung des Substanzkonsums und des Risikoverhaltens (ungeschützter Geschlechtsverkehr, risikoreicher Drogenkonsum wie gemeinsamer Spritzengebrauch etc.) soll in der Therapie flexibel thematisiert werden [C].
- Die Zielsetzungen der Behandlung sollen generell gemeinsam mit dem Patienten festgelegt werden und können sich im Laufe der Zeit stark wandeln [C].
- Nebst der Substitution bedarf nicht jeder Opioidabhängige weiterer medizinischer (somatischer / psychiatrischer) oder sozialer Unterstützung [C]!

IV Spezielle Behandlungsaspekte und spezifischen Patientengruppen

1. Geschlechtsspezifische Situation

1.1 Kontrazeption

Grundlagen

Sexuelle Beziehungen unter drogenabhängigen Menschen sind häufig. Das Risiko sexuell übertragbare Infektionserkrankungen ist gross.

Amenorrhoe kommt bei Frauen mit Konsum von illegalen Substanzen oft vor. Eine Schwangerschaft ist dadurch aber nicht ausgeschlossen, weil eine Ovulation gleichwohl stattfinden kann. Der Ovulationszyklus normalisiert sich der unter einer SGB häufig, auch wenn es nicht zu regelmässigen Monatsblutungen kommt.

Kontrazeptiva interagieren nicht mit den Substitutionsmedikamenten.

Empfehlungen

- Drogenabhängigen Frauen und Männern muss erklärt werden, dass trotz einer Amenorrhoe bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr ein Schwangerschaftsrisiko besteht [A].
- Angesichts der unstablen Lebenssituation vieler Abhängiger, ist eine Kontrazeption höchst empfehlenswert (Kontrazeptiva mit relativ geringen Anforderungen an die Compliance bei der Frau wie Dreimonatsspritze, implantiertes Hormonstäbchen oder Spirale). Eine Kupferspirale ist wegen dem erhöhten Anämierisiko bei Drogenabhängigen nicht zu empfehlen [B].
- Bei sexuellem Risikoverhalten (Prostitution, Gelegenheitskontakte) ist zusätzlich für beide Geschlechter der Gebrauch von Präservativen zu empfehlen (Femidom, Kondom) [B].

1.2 Schwangerschaft

Grundlagen

Die meisten psychoaktiven Substanzen gelangen über die Plazenta in den fötalen Kreislauf und wirken demzufolge auch auf den Fötus (Wirkung auf das ZNS, Gewöhnung, Toleranz).

Bei illegalem Drogenkonsum sind, auf Grund der schwankenden Substanzkonzentrationen und den sozialen Umständen, die Komplikationsrisiken für werdende Mütter und Föten sehr gross. Direkte Toxizität der Substanzen auf den Fötus ist heute nur für Alkohol, Tabak und Kokain belegt.

Die meisten Studien über Schwangerschaft und Substitution befassen sich mit Methadon, über Buprenorphin gibt es wenige Daten, vor allem keine über Teratogenität. SGB senken die Mortalität der Schwangeren und des Fötus sowie Früh- und Fehlgeburten. Wegen der Vergrößerung des zirkulierenden Volumens und der metabolischen Veränderungen während der Schwangerschaft, die zu einem beschleunigten Methadonabbau führen, ist eine Erhöhung der Methadondosis in der Schwangerschaft häufig, aber nicht immer notwendig. Für Buprenorphin gibt es diesbezüglich keine Daten. Die von einigen Kliniken immer noch angewandten Methadondosis-schwellen, über denen die Mütter abgestillt werden, sind nicht evidenzbasiert und dem entsprechend nicht gerechtfertigt. Etwa zwei Drittel der Neugeborenen von Müttern unter SGB haben Entzugssymptome, die nach 24-48 Stunden auftreten und ein Maximum nach drei bis vier Tagen aufweisen (die Dosis des Substitutionsmittels spielt kaum eine Rolle, die grosse Streuung ist vorwiegend abhängig vom Konsum anderer Substanzen). Unter Buprenorphin ist die Dauer des neonatalen Entzugs möglicherweise kürzer als unter Methadon. Auch retardierte Morphine werden zur Substitution von schwangeren Frauen eingesetzt. Zu den Unterschieden der Wirkungen der einzelnen Substitutionsmittel ist die Datenlage noch gering. Das Entzugssyndrom ist beim Neugeborenen relativ leicht zu beherrschen. Der intrauterine Einfluss einer SGB auf die spätere Entwicklung des Kindes ist schwierig abzuschätzen, da der weitere Verlauf von einer Vielzahl medizinischer, psychologischer und sozialer Faktoren abhängt. Unabhängig davon haben Kinder von heroinsüchtigen Müttern ein erhöhtes Risiko für Strabismus und für plötzlichen Kindstod.

Empfehlungen

- Schwangeren Opioidabhängigen ist eine SGB dringend zu empfehlen [A].
- Schwangerschaften von werdenden Müttern unter Drogen gelten als Risikoschwangerschaften. Oft wird die entsprechend notwendige Schwangerschaftsvorsorge erst möglich, wenn die Schwangere in eine SGB eingebunden werden kann [B].
- In der Schwangerschaft können Methadon, Buprenorphin und Morphin mit Langzeitwirkung verordnet werden [C].
- Wegen des Risikos eines fötalen Distress ist ein Entzug vor allem im ersten und dritten Trimenon der Schwangerschaft kontraindiziert [C].
- Es ist vorzuziehen, die tägliche Methadondosis in zwei Teildosen zu verabreichen, da bei einer einmaligen Einnahme in Abhängigkeit der Peakkonzentration des Methadons die Herzfrequenz und die Bewegungen des Fötus verlangsamt werden [B].
- Es soll regelmässig klinisch geprüft werden, ob die Substitutionsdosis angepasst werden muss (Entzugssymptome) [B].
- Der Schwangeren sind die Risiken für das werdende Kind aufzuzeigen, wenn sie während der Schwangerschaft zusätzlich psychotrope Substanzen (inkl. Tabak) konsumiert [C].
- Eine Dosisreduktion der Substitutionsmedikation zur Geburtsvorbereitung ist nicht abgebracht [B].
- Die Geburt soll im Spitalzentrum erfolgen, weil Geburten unter SGB als Risikogeburten gelten. Zudem sind allfällige Kinderschutzmassnahmen in den darauf spezialisierten Zentren am besten gewährleistet [C]. Gynäkologe und Hebamme sollen über eine SGB informiert werden [C].
- Das Stillen wird bei Müttern unter psychotroper Medikation inklusive SGB generell befürwortet [B].
- Es soll immer abgeklärt werden, ob eine zusätzliche spezialisierte soziale Unterstützung notwendig ist und empfohlen werden muss. Die Koordination medizinisch, sozialer und vormundschafterlicher Massnahmen ist sehr wichtig [C].

2. Interkulturalität und SGB

Grundlagen

In der Schweiz sind mit steigender Tendenz zirka 20% der in SGB stehenden Patienten Migranten oder Personen mit migrationsspezifischem Hintergrund (zweite/dritte Generation).

Zum einen führen sprachliche und soziokulturelle, manchmal auch ausländerrechtliche Hindernisse zum eingeschränkten Erfolg der SGB (Malcompliance). Unzureichende Kenntnisse über die Bedeutung illegaler Drogen in der anderen und fremden Kultur, der Abhängigkeitserkrankungen und deren Therapie, sowie mangelndes Vertrauen sind weitere Gründe. Hinzu kommt, dass durch die bikulturelle Sozialisation der Migranten die Erwartungen der Eltern oft im Widerspruch zur erlebten Realität des Patienten stehen (Doppelbotschaften). Das Bildungsniveau und der Qualifikationsstand wie auch die Chancen im Arbeitsmarkt unterscheiden sich erheblich zwischen jugendlichen Migranten und schweizerischen Jugendlichen. In vielen Bereichen des öffentlichen Lebens werden Migranten Unkenntnis und Unverständnis entgegengebracht. Kommt dann noch eine Abhängigkeitserkrankung hinzu, potenzieren sich die Stigmatisierungen. Folge davon sind Diskriminierungserfahrungen, Orientierungsprobleme, soziale Isolation und oft ein stark tangiertes Selbstwertgefühl.

Zum anderen fehlt weitgehend die interkulturelle Kompetenz in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankten. Oft differieren die Sichtweisen zwischen Migranten und ihren Therapeuten und Betreuern, da die Bedeutungsinhalte und Symbole in den verschiedenen Sprachen, die Wichtigkeit der Kernfamilie und geschlechtsspezifische Aspekte nicht immer übereinstimmen. Nonverbale und extraverbale Kommunikation kann wichtige therapeutische Signale enthalten, die in der gemeinsamen Sprache entschlüsselt werden können.

Empfehlungen

- Benützung der Muttersprache des Patienten in Therapien/Behandlungen erhöht signifikant den gewünschten Therapieerfolg und ist deshalb zu empfehlen. Es soll jedoch vermieden werden, ein Familienmitglied des Patienten als Übersetzer einzusetzen (Überforderung, Co-Abhängigkeit) [C].
- Die Sprachkompetenz alleine genügt aber nicht, deshalb soll zu Beginn der Therapie ein interdisziplinäres und kulturpluralistisches Vorgehen angestrebt werden. Gemeinsam mit dem Patienten ist eine Schlüsselperson zu definieren, die den soziokulturellen Kontext und die migrationsbedingten Probleme kennt. Sie soll auch in der Lage sein, zwischen den soziokulturellen Barrieren des Therapeuten und Patienten zu vermitteln. In der Schweiz existieren viele, im medizinischen Bereich spezialisierte Übersetzungsdienste (z. B. HEKS) [C].
- Bedeutsam sind ausserdem, der zusätzliche Beizug von Experten aus den „communities“ der Migranten selbst sowie die aktive Einbindung der Familienangehörigen [C].
- Die Ausarbeitung einer „Empowermentstrategie“ ist notwendig, damit die vorhandenen Ressourcen, das Selbstwertgefühl und die Eigenverantwortlichkeit des abhängigkeitserkrankten Migranten gestärkt werden können [C].
- Bei Migranten mit posttraumatischem Stresssyndrom kann eine zur SGB parallel laufende Psychotherapie sinnvoll sein [C].
- Im Verlauf der SGB von Patienten mit Migrationshintergrund soll ein reger Austausch mit auf Migration spezialisierten Beratungsstellen oder Institutionen stattfinden, damit die Behandlungskontinuität gewährleistet werden kann [C].

Das wegweisende Werk „Handbuch interkulturelle Suchthilfe“ von R. Salman et al. (Salman et al. 1999) gibt hilfreiche praxisbezogene Ansätze für die Behandlung und Betreuung von Abhängigkeitserkrankten mit Migrationhintergrund.

3. Älter werdende Opioidabhängige

Grundlagen

Das durchschnittliche Alter der in Substitution stehenden Patientengruppe ist steigend. Im Laufe des nächsten Jahrzehnts dürfte eine beachtliche Gruppe von substituierten und nicht substituierten

ten Opioidabhängigen auf die Infrastruktur von Alters- und Pflegebetreuung angewiesen sein. Spezifische Alterserkrankungen werden bei ihnen durchschnittlich früher und häufiger auftreten als bei der Normalpopulation der Betagten. Dazu gehören Osteoporose mit erhöhter Frakturgefahr, Mangel- oder Fehlernährung, chronische Infektionserkrankungen (HIV, Hepatitiden) und Leberversagen, Atem- und Herzkreislaufbeschwerden (v. a. nikotin- und alkoholbedingt) und multifaktoriell bedingte kognitive Einschränkungen.

Empfehlung

- Die Möglichkeit, SGB in Alters- und Pflegeeinrichtungen einzuleiten und durchzuführen, soll in den kommenden Jahren vorbereitet werden. Daneben ist zu beachten, dass die regionalen Spitzendienste in die SGB eingeführt und wie üblich in die Behandlung Betagter hilfebedürftiger Menschen einbezogen werden [C].

4. ADHD (attention deficit hyper activity disorder)

Grundlagen

Die Angaben zur Häufigkeit des adulten ADHD bei Drogenabhängigen sind unterschiedlich.

Die Diagnostik der ADHD ist schwierig, insbesondere unter Kokainkonsum.

In Bezug auf die Entwicklung einer späteren Drogenabhängigkeit wirkt die Stimulantienbehandlung von Kindern mit ADHD protektiv.

Empfehlung

- Die Verschreibung von Methylphenidat kann bei dringendem Verdacht auf eine ADHD bei erwachsenen Drogenabhängigen in Betracht gezogen werden (off label use!). Nebst einem günstigen Einfluss auf die ADHD-Symptomatik kann sich bei dieser Patientengruppe dadurch auch der Kokainkonsum reduzieren [C].

5. Fahreignung

Grundlagen

Die wenigen existierenden Studien zu Fahreignung (allgemein psychische und physische Voraussetzungen für das sichere Lenken eines Motorfahrzeuges) und Fahrfähigkeit (situations- und zeitbezogene psychische und physische Befähigung zum sicheren Lenken eines Motorfahrzeuges) unter konstanter Opioiddosierung – sei es in der Behandlung chronischer Schmerzen oder unter Substitutionsbedingungen - gelangen alle zum Schluss, dass die regelmässige Einnahme eines Opioids die Eignung und die Fähigkeit nicht generell aufhebt, und zwar unabhängig vom eingenommenen Opioid und von der Höhe der Dosierung, vorausgesetzt eine Dosis ist fest etabliert. Wie lange es dauert bis eine Dosis etabliert ist, wurde nicht (genau) untersucht. Die Literatur geht jedoch davon aus, dass dies nach wenigen Wochen der Fall ist. Bei Patienten in SGB spielen weitere Faktoren wie Persönlichkeitsstruktur in Bezug auf die Fahreignung sowie zusätzlich eingenommene psychotrope Substanzen bei der Beurteilung der Fahrfähigkeit eine wichtige Rolle. Eine Fahreignung ist nur fallweise, d.h. individuell, zuverlässig feststellbar. Sie ist jedoch von hohem Stellenwert, da Mobilität für eine Rehabilitation ein entscheidender Faktor sein kann.

Empfehlung

- Ist eine Substitutionsdosis etabliert (nach wenigen Wochen), liegt kein Nebenkonsum vor (Urinkontrolle und klinische Beurteilung) und sprechen keine Persönlichkeitsfaktoren gegen verantwortungsvolles Handeln im Strassenverkehr, so ist eine grundsätzliche Verneinung der Fahreignung und Fahrfähigkeit nicht angebracht. Im Zweifelsfall soll eine individuelle Abklärung vorgenommen werden (z.B. eine Untersuchung von psychomotorischen Fähigkeiten oder von Persönlichkeitsfaktoren) [B].

6. Arbeitsfähigkeit

Grundlagen

Von Versicherungen werden immer wieder Vorbehalte bezüglich der Arbeitsfähigkeit von substituierten Patienten angebracht, beispielsweise beim Bedienen von schwerem Arbeitsgerät. Zu diesem Thema konnte keine wissenschaftliche Literatur gefunden werden.

Empfehlung

- ➔ Arbeitsfähigkeit soll analog zur Frage der Fahreignung und Fahrfähigkeit behandelt werden, d.h. die Arbeitsfähigkeit ist nicht generell aufgehoben und ist im Zweifelsfall individuell abzuklären [C].

7. SGB bei stationärer Unterbringung

Allgemeines

Die wissenschaftliche Literatur zu Methadonbehandlungen bei stationärer Unterbringung ist sehr spärlich, obschon reiche Erfahrungen dazu bestehen. Die Vorteile der Behandlung hängen vom entsprechenden Setting ab.

7.1 SGB im Spital

Grundlagen

Durch einen Spitaleintritt wird in der Regel bei Abhängigen die übliche Drogenzufuhr unterbrochen, was zu einem Drogenentzugssyndrom führt. Ein Drogenentzug stellt immer eine grosse Belastung dar, weshalb sehr genau abgewogen werden muss, ob dieser den Patienten zugemutet werden kann.

Empfehlungen

- ➔ Der Zeitpunkt einer somatischen oder psychiatrischen Behandlung, insbesondere wenn sie notfallmässig erfolgen muss, ist in der Regel nicht geeignet, um einen Entzug durchzuführen [C].
- ➔ Eine bestehende SGB muss bei Eintritt ins Spital (somatisch und psychiatrisch) weitergeführt werden. Ungenügende Dosierungen sollen angepasst werden [C].
- ➔ Bei nicht substituierten Patienten kann eine SGB ohne weiteres im somatischen wie auch im psychiatrischen Spital begonnen werden. Dies kann sogar zwingend sein, um zu verhindern, dass die Patienten wegen Entzugssymptomen die Behandlung vorzeitig abbrechen [C].
- ➔ Nach Entlassung soll dem Patienten empfohlen werden, die SGB weiterzuführen (Hausarzt, Apotheker, Zentrum). Es ist Aufgabe des Spitals, die Weiterbehandlung einzufädeln und mit den entsprechenden Institutionen Kontakt aufzunehmen und die notwendigen Meldungen an die Behörden vorzunehmen [C].
- ➔ Falls die Patienten Entzugssymptome aufweisen und es nicht innert nützlicher Frist möglich ist abzuklären, ob schon eine SGB besteht, und im Spital keine Substitutionsmedikamente zur Verfügung stehen (z.B. in der Nacht), kann den Patienten zur Überbrückung 20 mg Morphin vierstündlich per os verabreicht werden [C].

7.2 SGB im Gefängnis

Grundlagen

Von der Strasse weg verhaftete Heroinabhängige erleiden in der Haft ohne entsprechende Behandlung Entzugerscheinungen. In diesem Zustand sind sie während Tagen nicht einvernahmefähig, was die Haftdauer ungebührlich verlängern kann. Eine Symptomkontrolle kann am effizientesten mit einem Opioid erfolgen.

Im Strafvollzug konsumieren Abhängige eher weniger Drogen, jedoch sind die mit dem Konsum verbundenen Risiken wie gemeinsamer Gebrauch der Spritzen erhöht. Falls die Patienten während der Haft nicht substituiert wurden, ist die Zeit nach der Entlassung besonders gefährlich. Die

Abhängigen verlieren in der Haft innert Tagen ihre Opiattoleranz und viele konsumieren unmittelbar nach der Entlassung oder während Hafturlauben wieder die gewohnte und wegen der mangelnden Toleranz jetzt toxische Menge. SGB schützen in Zusammenhang mit Inhaftierungen vor Heroinkonsum und risikoreichem Spritzenverhalten und wirken bei Entlassung protektiv gegenüber Überdosierungen.

Empfehlungen

- Bei Untersuchungshaft und Vollzug sind bereits bestehende SGB weiterzuführen [C].
- Bei Opioidabhängigen, die nicht in einer SGB stehen, ist in der Regel das Einleiten einer SGB angezeigt, um sie vor Gefahren eines Risikoverhaltens in der Haft und vor Überdosierungen bei Urlauben und Entlassung zu schützen [C].

7.3 SGB bei stationären Drogentherapien

Grundlagen

Psychotherapie ist auch unter SGB möglich. Verschiedene stationäre Drogentherapieeinrichtungen haben begonnen, auch substituierte Patienten aufzunehmen. Diese Massnahme erlaubt, die Patienten in Bezug auf die Drogen zu stabilisieren und an einer sozialen Rehabilitation therapeutisch zu arbeiten.

Empfehlung

- Auch in stationären Drogenrehabilitationsprogrammen ist zu prüfen, ob eine SGB indiziert und durchzuführen ist. Ziel kann die Stabilisierung der SGB in Hinblick auf die Phase nach Austritt oder eine Reduktion der Substitution hin zur Abstinenz sein [C].

V Beendigung der Substitutionsmedikation

Grundlagen

Nur wenige Prozent pro Jahr der Opioidabhängigen erreichen eine dauerhafte Abstinenz. Rückfälle in den illegalen Opioidkonsum nach Beendigung einer SGB sind sehr häufig (Rückfälle gehören zur Diagnose einer Abhängigkeit) und die Mortalität dabei ist erheblich.

Der Erfolg eines Entzugs von der Substitutionsmedikation kann durch eine intensive Betreuung verbessert werden (regulärer Abschluss, Compliance, Follow-up).

Empfehlungen

- Der Abstinenzwunsch der Patienten muss ernst genommen werden. Gemeinsam mit den Patienten muss abgeklärt werden, was die zugrunde liegenden Motive sind (Eigenmotivation, Druck der Umgebung) und ob nicht unrealistische Hoffnungen dahinter stecken [C].
- Die Chance eines Rückfalls und die damit einhergehenden erheblichen Risiken müssen genau erörtert werden (Toleranzverlust und erhöhte Gefahr einer tödlichen Überdosierung). Gegenüber dem Beenden einer SGB ist deshalb Vorsicht geboten [A].
- Durch Ausschleichen der Substitutionsmedikamente können Entzugssymptome verhindert werden [B].
- Das Ausschleichen soll langsam erfolgen (über Wochen bis Monate) und soll gestoppt oder abgebrochen werden, wenn sich Zeichen einer erneuten Destabilisierung einstellen (erneuter zusätzlicher Substanzkonsum). Eine Erhöhung der Dosis des Substitutionsmittels kann wieder notwendig werden [C].

1. Methadon

Empfehlungen

- ☞ Die tägliche Methadondosis kann wöchentlich ohne Probleme um 5 mg reduziert werden. Bei Tagesdosen unter 20 – 30 mg sind kleinere wöchentliche Dosisschritte empfehlenswert [C].
- ☞ Die Entzüge können auch langsamer oder schneller erfolgen [C].

2. Buprenorphin

Empfehlungen

- ☞ Die Buprenorphindosis kann wöchentlich um die Hälfte reduziert werden (exponentielles Ausschleichen). Ein lineares Ausschleichen ist auch möglich (z.B. Reduktion um 2mg pro Woche) [C].
- ☞ Wegen der langen Rezeptorbindung wäre sogar ein abruptes Absetzen auch von höheren Dosen ohne erhebliche Entzugssymptome möglich [B].
- ☞ Es empfiehlt sich, die Entzugsdauer mit den Patienten auszuhandeln [C].

Weitere nützliche Schweizer Internetressourcen

<http://www.fosumos.ch>

<http://www.romandieaddiction.ch>

<http://www.infoset.ch>

Referenzen (nur im Text wörtlich zitierte)

Greenhalgh T. Einführung in die Evidence-based Medicine. Bern: Verlag Hans Huber; 2003.

Salman R, Tuna S, Lessing A. Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Giessen: Psychosozial Verlag; 1999.

Vader JP, Hämmig R, Besson J, Eastus C, Eggenberger C, Burnand B. Angemessenheit der Methadon-Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigkeit.: Bundesamt für Gesundheit; 2001.

Vader JP, Hämmig R, Besson J, Eastus C, Eggenberger C, Burnand B. Appropriateness of methadone maintenance treatment for opiate addiction: evaluation by an expert panel. Soz Präventivmed 2003; 48(Suppl1):S1-S14.

van Beusekom I, Iguchi MY. A Review of Recent Advances in Knowledge About Methadone Maintenance Treatment. RAND Corporation Europe; 2001.

Zentralvorstand FMH. Guideline für Guidelines. SAeZ 1999; 80(9):581-5.

http://www.fmh.ch/d/31/obj_794/Guidelines99.htm