

Suchtmedizin in Forschung und Praxis



Das vorliegende Konsensuspapier gibt die Position der Österreichischen Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit wieder mit dem Ziel, aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse zur Substitutionsbehandlung im Sinn einer individualisierten Therapie in möglichst praxisrelevanter Form darzustellen.

1. Methodischer Zugang

„Evidence-based Practice“ (EBP) ist ein Zugang zur Krankenversorgung, in dem Gesundheitsprofis die bestmögliche Evidenz nutzen, das heißt die passendste zugängliche Information, um klinische Entscheidungen für individuelle Patienten zu treffen. Evidence-based Practice baut

auf klinischer Expertise, dem Wissen über Krankheitsmechanismen und Pathophysiologie auf, bewertet und erweitert sie. Diese Praxis nutzt eine komplexe und bewusste Entscheidungsfindung, die nicht nur die verfügbare Evidenz heranzieht, sondern auch die Charakteristika des Patienten, seine Situation und seine Bedürfnisse (Vorlieben) berücksichtigt.

Methodisch wurde in der Generierung der Richtlinien ein Design gewählt, das sich an die Delphi-Methode anlehnt. Es wurde ein Themenkatalog erarbeitet, darauf basierend ein erster Entwurf entwickelt und dieser dann an die Praktiker der Behandlung mit dem Ersuchen um Ergänzung und Korrektur in zwei Umläufen ausgesandt. Nachdem der Respons eingearbeitet wurde, wurden in einer weiteren Expertenrunde die Empfehlungen finalisiert.

1.1 Zur Entwicklung der Substitutionsbehandlung

Das Konzept der Behandlung Opiat-abhängiger mittels einer Erhaltungsdosis des Opioids, von dem Abhängigkeit eingetreten ist, geht auf das 19. Jahrhundert zurück und ist eng damit verbunden, dass die Opiatabhängigkeit als Krankheit (an)erkannt wurde. Die



gleichfalls an das medizinische Modell der Suchtkrankheit gebundene Methadonbehandlung in ihrer aktuellen - aus den USA importierten - Form geht darauf zurück, dass 1955 die New York Academy of Medicine in ihrem „Report on Addiction“ ein Umdenken im Umgang mit Opiatabhängigen forderte. Morphinisten sollten nicht als kriminell, sondern als krank gelten und man sollte ihnen adäquate Behandlung zukommen lassen. Zu den Behandlungsstrategien, die in diesem Bericht vorgeschlagen wurden, zählte auch die legale Versorgung der Kranken mit einer fallgerechten Morphindosis mittels ärztlicher Verschreibung.

2. Praktische Durchführung

2.1 Bedeutung und Positionierung der Substitution in der Suchtbehandlung

Die Opioid-Substitution (substitutionsgestützte Behandlung) ist - unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Verlaufsformen von Suchterkrankungen - nicht als Konkurrenz, sondern als Erweiterung zu abstinenz-orientierten (abstinenzgestützten) ambulanten wie stationären Behandlungsformen zu sehen: Je nach Verlauf und Schweregrad einer Suchterkrankung, Vorerfahrungen, Motivation und sozialer Situation des Patienten können abstinenz- und substitutionsgestützte Behandlungen aufeinanderfolgen. Es ist ein rascher, erleichterter (niedrigschwelliger) Zugang zur Substitutionsbehandlung von besonderer Bedeutung, um grundsätzlich zur Behandlung geeignete und motivierte Patienten auch erreichen zu können. Der Zugang zur Substitution sollte zeitlich nicht begrenzt sein.

2.2 Aspekte der Multiprofessionalität

Opioid-Substitution ermöglicht in vielen Fällen die Betreuung und Be-

handlung einer ansonsten nur schwer erreichbaren Gruppe von multimorbiden Patienten. Dadurch eröffnen sich über die reine Verschreibung von Opioiden hinaus weitere Möglichkeiten in den Bereichen Diagnostik, medizinische (somatische, psychiatrische) beziehungsweise psychotherapeutische Behandlungen sowie psychosoziale Betreuungen. Beispielhaft erwähnt sei, dass substituierte Patienten in der Lage sind, komplexe längerfristige medizinische HIV- und/oder Hepatitis-Behandlungen oder auch (Sucht-begleitende) Psychotherapien zu absolvieren, mit ähnlichen Erfolgen wie Nicht-Abhängige. Angesichts der multifaktoriellen Genese von Suchterkrankungen sowie den damit verbundenen somatischen, psychischen und sozialen Folgestörungen, ist eine fachübergreifende Kooperation mit allgemeinmedizinischen, psychiatrischen oder anderen medizinischen Spezialeinrichtungen (zum Beispiel Hepatitis, HIV etc.) sowie im weitesten Sinne mit „psychosozialen“ Kooperationspartnern (zum Beispiel Sozialarbeit, Psychotherapie, klinische Psychologie, Pflege etc.) anzustreben.

Empfehlungen:

- Substitutionsbehandlung ermöglicht die Behandlung von primären und sekundären somatischen und psychischen Störungen sowie von sozialen Problemstellungen. Die Kombination der Substitutionsbehandlung als Basisbehandlung mit einem zusätzlichen breiten Behandlungs- und Betreuungsangebot wird als „Substitutionsgestützte Behandlung“ bezeichnet.
- Der Zugang zur Substitutionsbehandlung sollte rasch und ohne behindernde Auflagen gegeben sein (niedrigschwelliger Zugang).
- Vielfältige Angebote sollen den unterschiedlichen Verlaufsformen von Suchterkrankungen gerecht werden.

- Die Koordination dieser Angebote und eine Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen im Sinne der Multiprofessionalität stellen besondere Herausforderungen dar, sind aber wichtig für eine bedarfsorientierte Behandlung.

2.3 Indikationsstellung

2.3.1 Untersuchungen vor Behandlungsbeginn

Somatische und psychische Störungen, soziale Defizite und Ressourcen sowie der Konsum psychoaktiver Substanzen zusätzlich zu Opioiden beeinflussen den Verlauf einer Substitutionsbehandlung beziehungsweise deren Erfolg und sind in die Behandlungs-Planung und das Behandlungs-Setting einzubeziehen.

Vor Beginn einer Substitutionsbehandlung ist daher eine ausführliche Anamnese erforderlich, die folgende Bereiche erfasst:

- somatische Ebene
- psychische Ebene
- soziale Ebene
- Konsum von psychoaktiven Substanzen.

Insbesondere die Sozialanamnese ist zur Beurteilung von Ressourcen, Fähigkeiten und aktuellen Problemen von besonderer Bedeutung. Im Zuge der Anamneseerhebung sollte man sich über zwei weitere wichtige Aspekte einen Eindruck verschaffen:

- Die Motivation, das Ausmaß der Veränderungsbereitschaft ist oft nicht leicht abzuschätzen. Patienten kommen aus unterschiedlichsten Gründen. Keiner dieser Gründe ist „schlechter“ als der andere, ein gewisses Maß an „Außenmotivation“ ist bei jedem Veränderungswunsch, nicht nur im Zusammenhang mit Drogenabhän- ►►



gigkeit, zu finden. Die Ergebnisse von Therapien, die durch Gerichtsentscheidungen „erzwungen“ wurden, können genauso gut sein wie aus eigenem Antrieb begonnene.

- Das Gespräch sollte immer auch Elemente enthalten, die der Schadensminimierung („Harm Reduction“, „Safer Use“) dienen. Der Informationsstand von Patienten diesbezüglich ist immer wieder erstaunlich gering. Auch wenn, wie Patienten oft betonen, „jetzt alles anders“ werden soll, ist jede Gelegenheit zu nutzen, diesen Informationsstand zu verbessern. Das Thematisieren der krankheitsimmanenten Rückfallsgefahr wirkt überdies der Verleugnungstendenz entgegen.

Das Bild, das sich aus den Angaben des Patienten ergibt, ist zu ergänzen durch ärztliche Beurteilungen und Untersuchungen:

- eine Beurteilung des psychopathologischen Zustandes
- eine körperliche Untersuchung
- eine Harnuntersuchung zum Nachweis (Bestätigung und Dokumentation) eines kürzlich stattgefundenen Opioid-Konsums beziehungsweise von anderen psychoaktiven Substanzen
- Laboruntersuchungen zur Abklärung von Beschwerden, die „nach den Regeln der Kunst“ wie bei anderen Patienten auch, erfolgen sollten. Untersuchungen im Hinblick auf schwerwiegende Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV) sollten erst nach Herstellen einer tragfähigen Arzt-Patient-Beziehung durchgeführt werden. Die Ergebnisse solcher Untersuchungen mit ihren weitreichenden Konsequenzen können Krisen auslösen, die mehr schaden als nutzen, wenn sie nicht in einem funktionierenden Behandlungs-Setting aufgefangen werden können. Ist ein solches etabliert, sollten sie aber unbedingt durchgeführt werden. Sie bilden ein wichtiges Element schadensminimierender Aufklärungsarbeit sowie die Basis für weiterführende Diagnostik und Behandlung.
- Die Diagnose „Opioidabhängigkeit“ wird im Wesentlichen mittels Anamnese,

klinischer Untersuchung und Beurteilung gestellt. Die Ergebnisse einer Harnuntersuchung können als Unterstützung beigezogen werden. Angaben des Patienten können durch Gespräche mit Angehörigen bestätigt und ergänzt werden. Es sind die Kriterien nach ICD-10 oder DSM-IV anzuwenden.

Aus den Gesprächen und Untersuchungen ergibt sich für den Arzt ein mehr oder weniger klares Bild vom Patienten und seiner Situation, auf Basis dessen die therapeutischen Alternativen zu prüfen sind. Zunächst ist zu entscheiden, ob Abstinenz als kurzfristiges Ziel wirklich realistisch ist und in Frage kommt. Wenn ja, orientieren sich alle folgenden Überlegungen in Richtung Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen. Soll eine Entzugsbehandlung erfolgen, ist zu klären, ob diese besser ambulant oder stationär durchzuführen ist.

Wird eine Entzugsbehandlung derzeit nicht gewünscht oder erscheint diese unrealistisch, ja sogar gefährlich (Gefahr des Therapieabbruchs mit Toleranzverlust), muss das Ziel im Vordergrund stehen, dem Patienten ein adäquates Betreuungs- und Behandlungssetting anzubieten. In jedem Fall sollte zumindest eine allgemeine Beratung über Möglichkeiten der Drogenbehandlung und Themen der Schadensminimierung („Safer Use“) erfolgen. Wünscht der Patient eine Substitutionsbehandlung, sind zunächst die Ziele zu klären. Diese können sehr unterschiedlich sein und entsprechend unterschiedliche Bedeutung haben Begleitmaßnahmen wie Kontrollen bezüglich Bei-Konsum oder (psychotherapeutische) Betreuungsangebote. Davon kann auch abhängen, ob die Substitutionsbehandlung besser in einer Ordination oder in einer spezialisierten Drogeneinrichtung durchgeführt werden sollte.

Die Indikationsstellung für eine bestimmte Behandlung der Opioid-Abhängigkeit ist kaum wissenschaftlich begründbar. Häufig gelten abstinenzorientierte Behandlungsansätze als „Mittel

der ersten Wahl“, was meist Ausdruck gesellschaftlich-politischen Wollens und weniger Ergebnis von Forschung oder Empirie ist. Für die meisten zu einem gegebenen Zeitpunkt Abhängigen ist Abstinenz nicht vorstellbar; oder der Versuch dieses Ziel zu erreichen führt zu Scheitern und Rückfall, stets verknüpft mit dem Risiko einer tödlichen Überdosierung durch eine verminderte Opiattoleranz.

Substitutionsbehandlungen sind ebenfalls nicht frei von Risiken und ändern auch nicht unmittelbar das Faktum der körperlichen Abhängigkeit. Insbesondere methadongestützte Behandlungen sind aber wissenschaftlich gut untersucht; ihre positive Wirksamkeit vor allem im Hinblick auf somatische Morbidität und Mortalität ist vielfach erwiesen.

Hingegen sind Prädiktionsparameter wissenschaftlich kaum belegbar. Weder vorangegangene, vergebliche Entzugsversuche, noch das Alter, das Vorhandensein von Job oder Wohnung oder sonst irgendein Kriterium können als wissenschaftlich fundierte Gründe für die Indikationsstellung herangezogen werden. Die Indikationsstellung zur Substitutionsbehandlung an eine bestimmte Anzahl gescheiterter Entzugsversuche, eine gewisse Mindestdauer der Abhängigkeit oder an andere, generell einschränkende Kriterien zu knüpfen, ist wissenschaftlich nicht begründbar und kann gefährlich sein. Weder Schwangerschaft noch „Polytoxikomanie“ oder Alkoholkonsum stellen Kontraindikationen für Substitutionsbehandlungen dar.

Die Patienten sind im Rahmen der Indikationsstellung umfassend über Vor- und Nachteile der Behandlung sowie über therapeutische Alternativen und deren Risiken zu informieren und müssen aufgrund dieser Informationen eine persönliche Wahl treffen können. Dieser „Informed consent“ ist Voraussetzung für die Behandlung. Über die Gefahr von tödlichen Überdosierungen nach Verlust der Opiattoleranz (durch Entzugs-



►► behandlung oder Unterbrechung der Substitution) beziehungsweise bei Weitergabe der Substitutionsmedikamente an andere Personen ist in jedem Fall zu informieren.

Die Indikation zur Substitutionsbehandlung sollte rasch gestellt werden können. Die Zeit vor einer Behandlungsaufnahme ist für Patienten häufig eine Zeit des Umbruchs oder der Krise, damit besonders risikoreich und oft voller Ambivalenzen. Andererseits erhöht eine sorgfältige Indikationsstellung die Sicherheit und Qualität der Behandlung. Indikationsprozeduren und Abklärungen müssen in einem vernünftigen Verhältnis zum zu erwartenden Gewinn für die Behandlung stehen. Für eine primär zeitliche Befristung der Substitutionsbehandlung gibt es, außer bei befristet geplanten Substitutionen in Überbrückungssituationen oder bei substitutionsgestützten Entzügen, keine Begründung.

Empfehlungen

- Die Substitutionsbehandlung kann als Therapieform erster Wahl bei Opioidabhängigkeit empfohlen werden.
- Folgende Kriterien müssen erfüllt sein:
 - eine angemessene Untersuchung hat stattgefunden
 - es besteht Opioidabhängigkeit (F11.2 nach ICD-10)
 - der Patient wurde umfassend informiert und ist einverstanden mit der Behandlung.
- In jedem Fall ist auf das Risiko tödlicher Überdosierungen
 - nach Verlust der Toleranz durch Entzugsbehandlungen oder Unterbrechung der Substitution
 - bei Weitergabe von Substitutionsmitteln an andere Personen hinzuweisen.
- Faktoren wie das Patientenalter, die Abhängigkeitsdauer, psychiatrische Komorbidität, Polytoxikomanie, Alkoholkonsum oder Schwangerschaft sind per se keine Kontraindikationen für eine Substitutionsbehandlung.
- Grundsätzlich sind die Risiken einer unterlassenen Substitutionsbehandlung (vor allem im Hinblick auf Mortalität,

Gesundheitsgefährdung und soziale Integration) gegenüber den Risiken einer Substitutionsbehandlung abzuwägen.

- Die Indikationsstellung sollte angemessen rasch erfolgen. Dieser Prozess erfordert Sorgfalt, soll aber nicht zur Hürde für den Patienten werden.
- Die Dauer der Behandlung ist in der Regel zeitlich nicht zu befristen. Substitutionsbehandlungen sind oft Langzeitbehandlungen.

2.4 Wahl des Substitutionsmittels

2.4.1 Allgemeiner Teil

Grundsätzlich wird festgehalten, dass die in Österreich zur Anwendung kommenden Substanzen - Buprenorphin, Methadon und Morphin retard - im Rahmen der Substitutionsbehandlung als gleichrangig anzusehen sind.

Die zur Auswahl stehenden Substanzen unterscheiden sich hinsichtlich einer Vielzahl von Parametern wie beispielsweise Pharmakokinetik, Wirkstoff-Freisetzung, Rezeptorkinetik, Wirkdauer, Verstoffwechslung, Wirkung auf Transmittersysteme, Arzneimittelinteraktionen und Nebenwirkungen, um nur einige der wichtigsten zu nennen. Der „Faktor Patient“

beziehungsweise die Wirkung des Arzneimittels auf das Individuum ist dabei noch gar nicht berücksichtigt. So wird deutlich, dass die Medikamente nicht einfach austauschbar sind.

Aufgrund unterschiedlicher Wirkmechanismen und Wirkprofile der Substitutionsmittel ist bei der Arzneimittelwahl auch die Berücksichtigung von psychiatrischen und somatischen Komorbiditäten sowie von Begleitmedikationen erforderlich. Dabei gilt es zu beachten, wie das Wirkprofil des erwogenen Substitutionsmittels mit der Grund- oder Begleiterkrankung (zum Beispiel Depression oder Angststörung) „interagieren“ könnte: das heißt, ob der Patient beispielsweise von einer dämpfenden oder einer antriebssteigernden Wirkungskomponente profitieren könnte oder etwa von einer Komponente, die zusätzliche „emotionale Abschirmung“ (zum Beispiel Morphin) oder eine dem nüchternen Zustand vergleichbare „Klarheit“ (etwa Buprenorphin) bewirkt. Keinesfalls sollte einer „unerwünschten Klarheit“ unter Buprenorphin mit der Zusatzverschreibung von Benzodiazepinen begegnet werden. Hier ist der Wechsel auf einen

Typische Nebenwirkungen von Substitutionsmitteln

	Buprenorphin	Methadon	Morphin
Obstipation	✓	✓	✓
Gewichtszunahme		✓	
(Starkes) Schwitzen	✓	✓	
Schlaflosigkeit	✓		✓
Mundtrockenheit			✓
Übelkeit	✓		✓
Appetitsverminderung			✓
Schwindel	✓	✓	✓
Libidoverlust		✓	
Kopfschmerzen	✓		
Stimmungsschwankungen		✓	
Antriebslosigkeit		✓	
Depressionen		✓	
QTc-Verlängerung		✓	

Quelle: Bell und Zador 2000, Lintzeris et al. 2001, Tassin et al. 2003

Tab. 1

stärkeren μ -Agonisten (Morphin, Methadon) indiziert. Auch bei einem schlechten Verhältnis von Wirkung (Anti-Craving) zu Nebenwirkung kann der Wechsel auf ein anderes Opioid empfehlenswert sein („Opioidrotation“).

Interaktionen von Opioiden mit anderen Arzneimitteln treten nicht selten auf und müssen bei der Wahl des Substitutionsmittels ebenfalls berücksichtigt werden. So kann die Behandlung mit Antidepressiva (SSRI) oder Neuroleptika eine durch Methadon bedingte Verlängerung des QTc-Intervalls verstärken. Die gleichzeitige Verschreibung von Methadon und trizyklischen Antidepressiva (TZA) kann eine Verstärkung der TZA-Toxizität zur Folge haben. Eine Reihe von antiretroviralen Substanzen senkt den Methadon-Serumspiegel; selbst die Einnahme von Johanniskraut kann zum Absinken des Methadon-Serumspiegels um die Hälfte führen. Mehr Informationen zu Arzneimittelinteraktionen gibt es unter: <http://www.atforum.com>

2.4.1.1 Dosierung

Bei allen Substitutionsmitteln muss die Dosis individuell bestimmt werden. Sie ist abhängig vom Schweregrad der körperlichen Abhängigkeit, den konsumierten Opiatmengen, aber auch von anderen individuell unterschiedlichen Faktoren (zum Beispiel orale Bioverfügbarkeit). Bei Schwangeren im dritten Trimenon kann durch die rasche Metabolisierung - verursacht durch Enzyminduktion - eine zweimal tägliche Einnahme erforderlich werden, ebenso bei Patienten, die Opiode sehr rasch verstoffwechseln (sogenannte „Rapid Metabolizer“). Dieses Phänomen ist überwiegend bei Methadon, seltener bei Morphin zu beobachten. Bei älteren Patienten, bei Patienten mit Schilddrüsenunterfunktion und bei Patienten mit eingeschränkter Leber- oder Nierenfunktion kann eine Reduktion der Dosis erforderlich sein.

2.4.1.2 Schmerzbehandlung

Auch unter Substitutionsbehandlung können Patienten eine behandlungsbe-

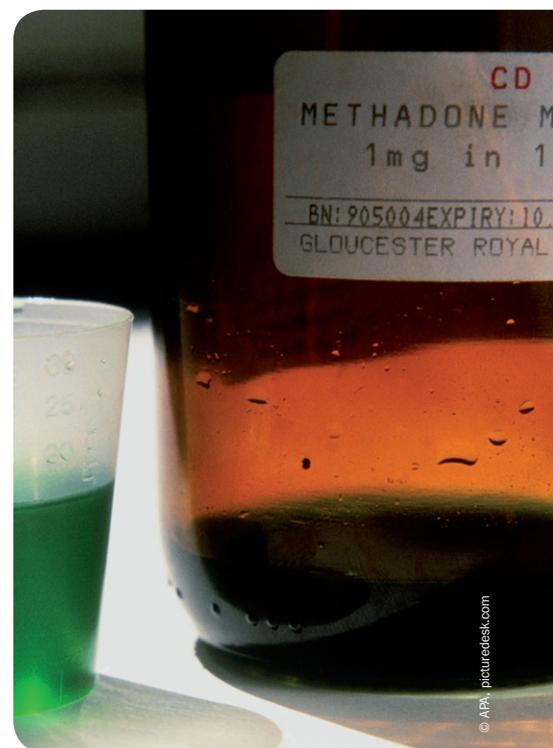
dürftige Schmerzsymptomatik aufweisen. In diesen Fällen bedarf es einer zusätzlichen analgetischen Medikation. Hierbei ist im Prinzip genauso wie bei Opioid-naiven Patienten vorzugehen. Substituierte entwickeln hinsichtlich der analgetischen Opioidwirkung Toleranz. Vielfach entwickelt sich unter einer Dauertherapie mit Opioiden kompensatorisch eine Hyperalgesie - ein Phänomen, das auch aus der Behandlung von chronischen Schmerzzuständen mit Opioiden bekannt ist.

2.4.1.3 Auswirkungen auf die Verkehrstüchtigkeit und das Bedienen von Maschinen

Opiode können das Reaktionsvermögen eines Patienten in unterschiedlichem Ausmaß verändern, abhängig von der Dosis und der individuellen Empfindlichkeit (Toleranz) des Patienten. Tätigkeiten, die eine erhöhte Konzentration erfordern wie das Lenken von Fahrzeugen oder die Handhabung von Maschinen sollten daher mit besonderer Vorsicht erfolgen. Bei bestehender Opiat-Toleranz sowie bei gleich bleibenden Wirkspiegeln unter Substitutionsbehandlung mit einer Dosis im üblichen therapeutischen Bereich besteht aber kein grundsätzlicher Einwand gegen das Lenken eines Kraftfahrzeuges beziehungsweise das Bedienen von Maschinen wie etwa am Arbeitsplatz.

2.4.1.4 Schwangerschaft und Stillzeit

Stärkere Schwankungen der Opioid-Dosis - insbesondere Überdosierungen und Entzugssyndrome - gefährden das Ungeborene in besonderem Maße. Substitutionsbehandlung wird deshalb als Behandlung der Wahl für opiatabhängige Schwangere betrachtet. Eine Entzugsbehandlung während der Schwangerschaft und unmittelbar danach ist dagegen kontraindiziert. Morphin ist wie auch Methadon und Buprenorphin Mittel der Wahl. Bei Neugeborenen, deren Mütter während der Schwangerschaft mit Opioiden substituiert wurden, ist mit Entzugserscheinungen zu rechnen. Das Ausmaß des neonatalen Entzugssyndroms und die Höhe der Opioid-



Erhaltungsdosis der Mutter korrelieren nicht linear. Opiode werden in der Muttermilch ausgeschieden. Die Entscheidung, ob bei einer Substitutionsbehandlung gestillt werden darf/soll, ist im Einzelfall von Ärzten der behandelnden Einrichtung zu treffen.

2.4.2 Substanzen

2.4.2.1 Methadon

Methadonum hydrochloricum (6-Dimethylamino-4,4-diphenyl-3-heptanon) ist ein Racemat aus 50 Prozent L-Methadon (Levomethadon) und 50 Prozent D-Methadon (Dextromethadon).

In Österreich steht D,L-Methadon als Pulver zur Verfügung und wird in Form einer Magistraliter-Rezeptur als wässrige Lösung (mit Sirup versetzt) zur oralen Anwendung verschrieben. Darüber hinaus gibt es in Deutschland D,L-Methadon in Tablettenform (Methaddict®) sowie reines L-Methadon als Lösung (L-Polamidon®). Das Dosierungsverhältnis von dem in Deutschland in Verwendung stehenden L-Methadon (L-Polamidon®) zu D,L-Methadon beträgt 1:2. ▶▶



►► 2.4.2.2 Buprenorphin

Buprenorphin wird aus dem Opiumalkaloid Thebain gewonnen und halbsynthetisch hergestellt. Thebain selbst ist - neben Morphin und Codein - eines der zahlreichen im Schlafmohn (Papaver somniferum) vorkommenden Alkaloide.

Handelsnamen:

- Temgesic® Sublingualtabletten zu 0,2 und 0,4 mg sowie Transtec® (transdermales Pflaster): zur Schmerztherapie zugelassen
- Subutex® Sublingualtabletten zu 2 und 8 mg sowie
- Suboxone® Sublingualtabletten (in Kombination mit Naloxon) zu 2/0,5 und 8/2 mg: zugelassen für die Substitutionsbehandlung von Opioidabhängigen

2.4.2.3 Slow-Release (SR)-Morphin

Handelsnamen in Österreich zur Substitution zugelassener SR-Morphin-Präparate:

- Substitol retard® (Morphinsulfat-pentahydrat), Kapseln zu 120 und 200 mg
- Kapanol CSR (Morphinsulfat-pentahydrat), Kapseln zu 50 und 100 mg
- Compensan® (Morphin-hydrochlorid), Kapseln zu 100, 200 und 300 mg

Art der Anwendung:

Substitol®- und Kapanol®-Kapseln können darüber hinaus - zur Verminderung eines eventuellen Missbrauchsrisikos - geöffnet und der Inhalt auf einem Löffel oder unter Herstellung einer Suspension unter Sicht (des Apothekers) verabreicht werden. Die Tabletten, Kap-

seln oder deren Inhalt dürfen weder zerkaugt, zerkleinert noch aufgelöst werden, dies führt genauso wie eine andere als die orale Einnahme zu einem raschen Anfluten und einer potenziell gesundheitsgefährdenden Plasmaspiegel-Spitze von Morphin.

2.4.2.4 Codein/Dihydrocodein (DHC)

Codein ist ein Alkaloid des Opiums und ein schwacher μ -Rezeptor-Agonist. Dihydrocodein (DHC) ist ein halbsynthetisches Opioid. DHC ist auch in retardierter Formulierung erhältlich, die Wirkdauer wird dadurch auf acht bis zwölf Stunden verlängert:

- Codidol® retard Filmtabletten zu 60, 90 und 120 mg
- Dehace® retard Filmtabletten zu 60, 90 und 120 mg

In der Substitutionstherapie mit Opioiden spielt DHC eine untergeordnete Rolle. DHC ist im Rahmen der Opioid-Substitution kein Medikament der ersten Wahl.

Empfehlungen

- Die in Österreich zur Anwendung kommenden Substanzen - Buprenorphin, Methadon und Morphin retard - sind im Rahmen der Substitutionsbehandlung als gleichrangig anzusehen.
- Der Wahl des passenden Arzneimittels kommt große Bedeutung zu, weil der Verbleib in der Behandlung einen der wichtigsten Erfolgsparameter bei der Substitutionsbehandlung darstellt.

- Gut verträgliche, vom Patienten akzeptierte Arzneimittel sind neben einer individuellen sozialmedizinischen Betreuung grundlegende Faktoren für eine gute Patienten-Compliance.
- Auch unter Substitutionsbehandlung können Patienten eine behandlungsbedürftige Schmerzsymptomatik aufweisen. Die Behandlung erfolgt analog dem Vorgehen bei Opioidnaiven Patienten.

2.5 Einstellung und Dosisfindung

Die Einstellungsphase der Substitutionsbehandlung ist eine kritische Zeit. Eine zu hohe Initialdosis bei geringer Opioid-Toleranz kann zu Überdosierungen führen. Unterdosierungen sind aber ebenso riskant. Entzugsbeschwerden führen zum illegalen Konsum von anderen Opioiden und sind ebenfalls mit der Gefahr von Überdosierung verbunden. Selbst bei konstanter Methadondosis und gleich bleibender Menge an zusätzlich konsumiertem Opioid kann es infolge des kumulativen Effektes von Methadon noch nach bis zu vier Tagen zu lebensbedrohlichen Überdosierungen kommen.

Tabelle 2 soll eine ungefähre Vorstellung von möglichen Initialdosierungen und Erhaltungsdosis-Bereichen für die verwendeten Substanzen geben. Sie soll nicht zu „schematischem“ Vorgehen führen. In Entscheidungen über Dosierungen von Substitutionsmitteln sollte immer auch die Beurteilung der Bedürfnisse und Gefährdungen des individuellen Patienten mit einfließen. Diese können keiner Tabelle entnommen werden, sondern sind nur im persönlichen Gespräch abzuschätzen.

2.5.1 Dosierung des Substitutionsmittels

Die Dosierung des Substitutionsmittels soll ausreichend hoch gewählt werden. Untersuchungen liegen vorwiegend für Methadon vor und weisen nach, dass zu geringe Dosierungen zu häufigerem illegalen Konsum und zu häufigeren Behandlungsabbrüchen führen. Was „aus-



Initialdosierungen und Erhaltungsdosis-Bereiche für Substitutionsmittel

Substanz	Dosierung				Kumulationsneigung
	Initialdosis*	niedrig	mittel	hoch	
Methadon	40 mg	< 60 mg	70-90 mg	100-120 mg	hoch
Morphin retard	320 mg	< 300 mg	400-600 mg	700-1.000 mg	niedrig
Buprenorphin	***	< 6 mg	8-16 mg	18-32 mg	**
Dihydrocodein	240-360 mg	< 360 mg	480-840 mg	960-1.200 mg	niedrig

* Hiermit ist die maximale Initialdosis gemeint
 ** wegen des „Ceiling“-Effekts kaum Überdosisgefahr
 *** siehe Empfehlungen im Text

Tab. 2



►► reichend“ ist, sollte gemeinsam mit dem Patienten bestimmt werden. Zu vermeiden sind fixierte Rollen - der Arzt „bremst“ und der Patient „will immer mehr“. Anzustreben ist eine „Zusammenarbeit“, in der Patient und Arzt gemeinsam zur Dosisfindung kommen.

Für Methadon liegen bei ausgeprägter Opioid-Toleranz Erhaltungsdosen mit ausreichender Rezeptorblockade meist bei über 60 mg/Tag. Bei geringeren Dosierungen häufen sich Rückfälle oder Behandlungsabbrüche. Als Obergrenze gelten circa 120 mg/Tag. Bei noch höheren Dosen besteht zwar kaum die Gefahr von Toxizität (ausgebildete Toleranz vorausgesetzt!), aber es sind meist auch keine positiven Effekte mehr zu erwarten. Trotzdem können Patienten in Einzelfällen auch von höheren Methadon-Dosierungen profitieren (zum Beispiel Craving-Reduktion).

Bei Slow Release-Morphin beträgt die Initialdosis im Allgemeinen 100-200 mg, maximal aber 300 mg täglich. Die Dosis wird in der Folge schrittweise, meist um 100/120 mg/Tag, bis zur Erhaltungsdosis erhöht. Diese liegt üblicherweise zwischen 400 und 800 mg. In Einzelfällen kann sie aber auch deutlich niedriger oder höher sein. Erhaltungsdosen von 1.000 mg täglich sollen nicht - oder im Einzelfall nur nach Konsultation einer drogenmedizinischen Spezialeinrichtung - überschritten werden.

Findet man auch mit sehr hohen Dosen nicht das Auslangen, ist zu überlegen, ob mit dem gewählten Opioid überhaupt eine befriedigende Einstellung möglich ist, oder ob nicht besser auf ein anderes Substitutionsmittel umgestellt werden soll.

2.5.2 Einstellung auf das Substitutionsmittel

2.5.2.1 Methadon

Bei der Einstellung auf Methadon soll die Initialdosis nicht mehr als 40 mg (Maximalwert!) betragen. In der Literatur sind Todesfälle nach peroraler

Einnahme von Methadon ab 50 mg beschrieben. Ist abzusehen, dass am ersten Tag mit der Initialdosis nicht das Auslangen gefunden wird, sollte eine zweite Teildosis verabreicht werden. Davor muss die Wirkung der Initialdosis abgewartet und klinisch bewertet werden (zweiter Kontakt am selben Tag). Das Intervall zwischen diesen zwei Teildosen darf wegen einer möglichen verzögerten enteralen Resorption drei Stunden nicht unterschreiten. Die Aufsättigung bis zur Erhaltungsdosis muss langsam erfolgen. Die tägliche Dosissteigerung sollte in der Regel nicht mehr als 10 mg/Tag betragen.

2.5.2.2 Morphine retard

Bei der Einstellung auf Morphine retard soll die Initialdosis nicht mehr als 100-200 mg, maximal 320 mg betragen. Ab dem Folgetag kann die Aufsättigung in 100/120 mg-Schritten bis zur Erhaltungsdosis fortgesetzt werden. Die Aufsättigung bis zur Erhaltungsdosis muss langsam erfolgen. Die tägliche Dosissteigerung sollte in der Regel nicht mehr als 100/120 mg/Tag betragen.

2.5.2.3 Buprenorphine

Bei der Einstellung auf Buprenorphine ist wegen des „Ceiling“-Effekts die Gefahr einer Überdosierung mit tödlichem Verlauf gering; es kann jedoch zu einer relevanten Bewusstseinsbeeinträchtigung und Somnolenz kommen. Die Einstellung auf Buprenorphine sollte erst mit dem Auftreten erster Entzugssymptome beginnen und in einem zeitlichen Abstand von mindestens sechs Stunden nach Heroin-Einnahme beziehungsweise 24 Stunden nach Methadon/Morphine Retard-Einnahme erfolgen. Die Initialdosis im Rahmen der Buprenorphine-Einstellung dient neben der Vermittlung einer ausreichenden Opioidwirkung gleichzeitig als Testdosis dafür, ob durch dessen antagonistische Wirkkomponente ein Entzugssyndrom ausgelöst wird. Dies ist dann der Fall, wenn die Initialdosis zu früh, das heißt vor Eintreten klinisch relevanter Opioid-Entzugssymptome eingenommen wird.

Als Buprenorphine-Testdosis werden 2(-8) mg empfohlen. Das Wirkungsmaximum wird nach 90 Minuten erreicht. Treten in dieser Zeit keine Entzugssymptome auf, kann großzügig aufdosiert werden. Als Obergrenze für den ersten Tag werden 34 mg empfohlen. Die am zweiten Tag verabreichte Tagesdosis liegt meist deutlich unter der Dosis des ersten Tages und in der Regel nicht über 12 mg. Ab dem dritten Tag wird weiter auf die zu erwartende Erhaltungsdosis auf- oder abdosiert. Bei der Umstellung von Methadon auf Buprenorphine sollte die Dosis zunächst auf etwa 50 mg reduziert werden, bei der Umstellung von Morphine retard entsprechend auf etwa 400 mg.

Empfehlungen

- In den ersten Tagen ist ein möglichst täglicher ärztlicher Kontakt mit klinischer Beurteilung der Wirkung der verschriebenen Substanz erforderlich.
- Die orale Einnahme soll supervidiert erfolgen (Sichtkontrolle, zum Beispiel in der Apotheke).
- Bei Unterbrechungen der gesicherten Opioid-Einnahme ist von einem Toleranzverlust auszugehen. Eine kurzfristige Dosisanpassung im Sinne einer Reduktion kann erforderlich sein.
- Bei Unterbrechungen von mehr als einer Woche kann eine Neueinstellung notwendig sein. Anamnestiche Angaben über den Substanzkonsum sind kritisch zu betrachten und klinische Aspekte sind in die Entscheidung zur Dosisfindung mit einzubeziehen.
- Dosisänderungen im Verlauf der Substitutionsbehandlung (Erhöhungen wie Reduktionen) sollten grundsätzlich in kleinen Schritten von maximal zehn Prozent der Tagesdosis erfolgen.
- Die Erhaltungsdosis soll ausreichend hoch gewählt werden. Die Patienten sollen die Dosis subjektiv als passend empfinden und keinen zusätzlichen Opioidkonsum aufweisen. In der Literatur finden sich dazu Dosisangaben von über 60-80 mg Methadon(-Äquivalent).



►► 2.6 Umstellungen von einem Opioid auf ein anderes

Zur Umrechnung der Wirkstärke verschiedener Opioide werden häufig so genannte „Äquivalenzdosen“ angegeben. Diese sind als grobe Richtwerte, die ungefähre Größenordnungen angeben, zu verstehen. Die klinische Wirkung pharmakologischer Substanzen ist von vielerlei individuellen Faktoren bestimmt, sie ist von messbaren pharmakologischen und von subjektiven nicht-pharmakologischen Einflüssen abhängig.

Daten für Äquivalenzdosen werden oft in Tierversuchen gewonnen, oder über Messung eng umschriebener Wirkungen an Menschen (zum Beispiel Analgesie in Versuchen mit Schmerzpatienten). Die dabei gewonnenen Umrechnungsfaktoren lassen sich nicht einfach auf die klinisch relevante, komplexe Wirkung der Opioide bei Drogenabhängigen übertragen. Schmerz und Abhängigkeit sind Vorgänge, die unter Beteiligung ganz unterschiedlicher Regelmechanismen, Neurotransmitter, zentralnervöser Strukturen, Coping-Mechanismen und psychodynamischer Verarbeitung ablaufen.

Tabelle 3 beruht auf klinischen Erfahrungen; in der angegebenen Schwankungsbreite liegen aber auch die meisten experimentell gewonnenen Zahlen.

Die Einstellung von „Opium-Tee“-Trinkern ist manchmal langwierig. Auch die Umstellungen von Methadon auf Morphin und insbesondere Buprenorphin sind von vorübergehenden Beschwerden für einige Tage begleitet. Die Umstellung von Morphin auf Methadon verläuft hingegen meist unproblematisch. Einstellungen auf Buprenorphin sind bei Patienten mit langjährigem, hochdosiertem Opioidkonsum manchmal wegen des „Ceiling“-Effekts und der damit limitierten Aktivität am μ -Rezeptor nicht befriedigend möglich. Auch die Einstellung auf Codein gelingt nicht bei allen Patienten zufriedenstellend.

Empfehlungen

- Die Umstellung von Morphin, Codein oder Buprenorphin auf Methadon ist weitgehend unproblematisch.
- Die Umstellung von Methadon auf andere Substitutionsmittel ist schwieriger. Insbesondere bei der Umstellung auf Buprenorphin sollte die Methadon-Dosis zunächst auf zumindest 50 mg reduziert werden, und erst dann - unter Einhaltung einer Wartezeit von mindestens 24 Stunden - mit der Einnahme von Buprenorphin begonnen werden.
- Die adäquate Erhaltungsdosis nach einem Wechsel des Substitutionsmittels muss klinisch ermittelt werden - im Prinzip wie bei einer Neueinstellung.

2.7 Mitgaben

Ein konfliktreiches Thema bei Substitutionsbehandlungen ist die Handhabung von Mitgaben. Sowohl die Gewährung von Mitgaben birgt Risiken (i.v.-Konsum, Weiterverkauf oder Weitergabe, Aufsparen und Sammeln, akzidentelle Vergiftungen) als auch deren Verweigerung (aufgesparte Opioide wer-

den eher verheimlicht, gefährliche Dosis-sprünge oder Fernbleiben für einige Tage und Konsum illegaler Opioide sind häufiger, so auch Therapieabbrüche).

Empfehlungen

Eine starre, für alle Patienten geltende Regelung ist nicht sinnvoll; folgende Empfehlungen mögen der Orientierung dienen:

- Die Mitgaberegulation ist Aufgabe des behandelnden Arztes, der den Patienten kennt; der vidierende Amtsarzt oder gegebenenfalls die Fachambulanz, die ursprünglich die Indikation zur Substitution gestellt hat, können zur Beratung beigezogen werden.
- Die Mitgabe-Regelung ist auf den individuellen Patienten abzustimmen, muss seine soziale Situation (Berufstätigkeit, Wohnsituation, Erziehungsaufgaben etc.), die psychische Verfassung (Stabilität/Häufigkeit von Krisen, Depressivität etc.), die körperliche Verfassung (aktuelle Erkrankungen etc.) und seinen Drogenkonsum (i.v.-Konsum, Häufigkeit von Rückfällen, Beikonsum etc.) berücksichtigen.

Opioid-Äquivalenzdosen

Substanz	Dosis	Methadon-Äquivalent	Umrechnungsfaktor
Straßenheroin	(1g)	(40-80 mg)	
	Kann wegen der höchst unterschiedlichen Diacetylmorphin-Konzentration eigentlich nicht angegeben werden; grob mag 1 g Straßenheroin 40-80 mg Methadon entsprechen		
Morphin	40-80 mg	10 mg	(4-8):1
	Es besteht eine deutliche „Richtungsabhängigkeit“: Die Umstellung von Morphin auf Methadon macht selten Beschwerden, oft sind niedrigere Dosierungen möglich als hier angegeben (u.U. 10:1); die Umstellung von Methadon auf Morphin hingegen macht häufig für einige Tage deutliche Beschwerden und kann höhere Dosierungen erfordern.		
Dihydrocodein	100-120 mg	10 mg	(10-12):1
	Bei Patienten wenig „beliebt“, wird in der Wirksamkeit oft gering eingeschätzt; unserer Erfahrung nach jedoch zur Behandlung von akuten Entzugsbeschwerden oder für kurzzeitige Überbrückungen für fast alle Patienten gut geeignet.		
Buprenorphin	2 mg	10 mg	1:(5-6)
	Gilt vor allem für niedrigere Dosisbereiche bis ca. 60-80 mg Methadon; darüber ist oft keine befriedigende Umstellung möglich oder es sind sehr hohe Dosierungen erforderlich.		

Tab. 3

- Erhalten die Patienten Mitgaben, müssen sie in der Lage sein, sich die Einnahme des Substitutionsmittels selbst einzuteilen.
- Bei Jugendlichen oder Adoleszenten kann die Einbeziehung der Familie in die kontrollierte Abgabe, das Einverständnis des Patienten vorausgesetzt, eine gute Unterstützung bei der Mitgabe darstellen.
- Die Notwendigkeit von Mitgaben soll möglichst nachgewiesen werden (zum Beispiel durch Arbeitsverträge, Stundenpläne von Kursen u.ä.).
- Die Überlegungen zur getroffenen Entscheidung sind zu dokumentieren. Sie müssen dem zuständigen Amtsarzt (der für die Vidierung des Dauerrezepts verantwortlich ist) auf dessen Wunsch mitgeteilt werden.
- Risiken von Mitgaben sind mit dem Patienten (immer wieder) zu besprechen; besondere Bedeutung hat dabei das Vermeiden von Unfällen mit Kindern.
- Nicht nur aus beruflichen oder häuslichen Verpflichtungen erwachsende Notwendigkeiten; auch Urlaube sind ein legitimer Grund für Mitgaben.
- Reisen sind gut vorzubereiten um den Patienten Schwierigkeiten am Urlaubsort zu ersparen. Bezugsmöglichkeiten am Urlaubsort zu organisieren ist wünschenswert, aber nicht immer möglich. In manchen Ländern können eingeführte Opioide zu schwerwiegenden Rechtsproblemen für die Patienten führen. Es ist empfehlenswert, Informationen über Einfuhrbestimmungen einzuholen. Begleitschreiben sind mitzugeben. (Für Schengen-Länder gibt es ein Formular, das am Gesundheitsamt erhältlich ist).
- Bei Flugreisen sollten Substitutionsmittel grundsätzlich im Handgepäck mitgeführt werden; dabei sind die Bestimmungen bezüglich des Mitführens von Flüssigkeiten (Methadon) zu berücksichtigen.
- Die Haltbarkeit von Lösungen ist zu bedenken: In warmen Ländern sind Tabletten und Kapseln gegenüber Me-

thadonlösungen vorzuziehen. Auf Beimengung von Sirup sollte auf jeden Fall verzichtet werden (Pilzkultur!).

- Gezielt eingesetzte Mitgaben bei stabilen Substitutionsbehandlungen sind ein Mittel zur Unterstützung der Rehabilitation und Verbesserung des Behandlungserfolges.

2.8 Harntests

Ein Harntest vor Beginn der Behandlung zum Nachweis eines Opioid-Gebrauchs ist aus diagnostischen und forensischen Gründen erforderlich. Regelmäßige Harnuntersuchungen werden im Rahmen von Substitutionsbehandlungen häufig empfohlen. Wenn über Rückfälle oder Bei-Konsum offen gesprochen werden kann, sind jedoch vom Patienten selbst gemachte Angaben über illegalen Konsum zuverlässiger und informativer. Erwachsene aus diesen Angaben unangenehme Sanktionen, wird ein offenes Gesprächsklima natürlich gestört. Harnuntersuchungen sind daher gut überlegt und auf den Einzelfall abgestimmt einzusetzen.

Empfehlungen

- Als Routineuntersuchung sind Harntests nicht empfehlenswert. Zusätzlich zu den von Patienten gemachten Angaben bringen Harntests meist nur geringe diagnostisch und therapeutisch verwertbare Information.
- Aus rechtlichen und forensischen Gründen ist der wiederholte Nachweis des verschriebenen Opioids im Harn allerdings empfehlenswert.

2.9 Bei-Konsum

Zusätzlich zu den verschriebenen Substanzen werden phasenweise - nicht selten auch kontinuierlich - andere psychotrope Substanzen eingenommen. Dieser Bei-Konsum ist (selbst wenn andauernd) allein keine Kontraindikation zur Substitutionsbehandlung; im Gegenteil: wegen der besonderen Risiken (zum Beispiel Leberzirrhose bei Alkohol- und Opioidabhängigkeit) ist ein medizinisches Behandlungs-Setting wichtig.



© Elenos Diets

Die Beurteilung der Behandlung sollte immer umfassend unter Berücksichtigung von zumindest vier Ebenen erfolgen:

- Änderungen der psychischen Verfassung;
- Änderungen des somatischen Zustandes;
- Änderungen der sozialen Situation;
- Änderungen im Drogenkonsumverhalten.

Erst wenn auf keiner dieser Ebenen Verbesserungen erreicht werden, muss die Sinnhaftigkeit der Behandlung in Frage gestellt werden.

Der Beikonsum kann aber, meist phasenweise, außer Kontrolle geraten, hoch riskant erfolgen und gemeinsam mit dem verordneten Opioid lebensgefährdende Ausmaße annehmen - hier kann und soll der Arzt versuchen Grenzen zu setzen. In stationären „Teilentzügen“ kann unter Fortsetzung der Opioid-Medikation ein Entzug von Benzodiazepinen oder Alkohol erfolgen; bei manchen Patienten sind die Aussichten auf andauerndes Beenden des Bei-Konsums zwar gering, fast immer ist dadurch jedoch eine deutliche Bes- ►►



►► serung des Zustandsbildes für immerhin einige Monate erreichbar. Auch bei exzessivem Kokain-Beikonsum kann ein stationärer Aufenthalt zur Durchbrechung von Verhaltensmustern und zur körperlichen und psychischen Stabilisierung sinnvoll sein.

Empfehlungen

- Zwei Zielsetzungen sind bezüglich des Bei-Konsums von psychotropen Substanzen neben dem Substitutionsmittel zu verfolgen:
 - die Reduktion des Bei-Konsums;
 - die Reduktion der Risiken des Bei-Konsums (Applikationstechniken, kontrollierter Konsum etc.).
- Für beide Zielsetzungen können intermittierende stationäre Behandlungen (Teilentzug, Stabilisierung) Erfolg versprechend sein.
- Ist der Bei-Konsum als Selbstmedikation bei psychiatrischer Komorbidität zu verstehen (zum Beispiel Benzodiazepine bei Depression oder Angststörung), ist dieses psychiatrische Problem adäquat zu behandeln; dabei sollen generell übliche medizinische Kriterien angewandt werden (das heißt es können auch Benzodiazepine indiziert sein).
- Vor allem bei Benzodiazepin-Beikonsum kann ambulant eine kontrollierte langsame Reduktionsbehandlung erfolgen.
- Gelingt eine vollständige Benzodiazepin-Abstinenz nicht, ist eine Benzodiazepin-Substitution zur Schadensminimierung indiziert (mittellang wirksame Substanzen wie zum Beispiel Oxazepam sind vorzuziehen; in der Szene aktuell besonders beliebte Substanzen wie beispielsweise Flunitrazepam sollten vermieden werden). Bei instabilen Patienten kann es sinnvoll sein, die Abgabe des Benzodiazepins an das Substitutionsmittel zu koppeln und jeweils nur die Tagesdosis auszuhändigen.
- Dabei sollte eine Tages-Höchst dosis von 300 mg Oxazepam, aufgeteilt auf drei Teildosen, nicht überschritten werden.

- Äquivalenzdosierungen zur Umstellung von Flunitrazepam auf Oxazepam:
 - 300 mg Oxazepam = 100 mg Diazepam-Äquivalenzdosis
 - 300 mg Oxazepam entsprechen in etwa 7,5 mg Flunitrazepam (so entsprechen 6 x Praxiten®/50mg etwa 7 Stk. Rohypnol® bzw. Somnubene®).
- Ein Abbruch der Substitutionsbehandlung aufgrund des Bei-Konsums ist nicht indiziert.

2.10 Missbrauch/Verhinderung von Missbrauch

Unter Missbrauch in einer Substitutionsbehandlung versteht man eine Einnahmeform des Substitutionsmittels, die von der ärztlich verordneten abweicht. Das sind in einem oralen Substitutionsprogramm zumeist der nasale und vor allem der gesundheitlich problematische intravenöse Konsum des Substitutionsmittels.

Die Ursachen für den intravenösen Missbrauch sind vielfältig. Patienten können vor allem zu Beginn einer Behandlung oft nicht auf die besondere psychoaktive Wirkung dieser Konsumform verzichten (fehlende Rauschwirkung des Substitutionsmittels bei oralem Konsum im „steady state“) beziehungsweise auch auf das Ritual des i.v.-Konsums („Nadel-Fixiertheit“). Die intravenöse Applikation kann aber auch Ersatz sein für andere selbstdestruktive Handlungen (Schneiden, Ritzen, Brennen etc.), wie sie im Rahmen psychiatrischer Erkrankungen auftreten.

Auch unter kontrollierten Abgabe/Einnahme-Bedingungen des Substitutionsmittels ist die Möglichkeit des intravenösen Missbrauchs des Substitutionsmittels bei intravenösen Drogen-Gebrauchern immer in Erwägung zu ziehen. Als Symptom einer zugrunde liegenden Störung sollte er nicht verboten (und damit tabuisiert und nicht mehr besprech- und behandelbar sein), sondern vom Arzt im Rahmen der Behandlungsgespräche thematisiert werden. Erst dadurch wird eine

Einschätzung der Ursache und - falls sinnvoll - eine Anpassung des Therapieplanes möglich. Allein die Reflexion und Auseinandersetzung in einer Arzt-Patient-Beziehung können die oft ambivalente Einstellung der Patienten zum intravenösen Konsum verändern. Die Risiken des i.v.-Konsums sollten dabei aus ärztlicher Sicht thematisiert und über „Safer Use“-Praktiken sollte aufgeklärt werden.

Ähnlich der Behandlung des Bei-Konsums von anderen psychoaktiven Substanzen sind psychosoziale Begleitmaßnahmen, die Behandlung zugrunde liegender psychiatrischer Störungen oder auch stationäre Aufnahmen zur psychischen Stabilisierung in Erwägung zu ziehen. Ein Teil der Patienten kann aber trotz aller beiderseitigen therapeutischen Bemühungen nicht auf den intravenösen Konsum von Suchtmitteln verzichten. Diese Patienten sind mittels oraler Substitutionsprogramme nicht ausreichend behandelbar. Eine Ausweitung des Therapieangebotes auf intravenöse Substitutionsprogramme wäre für diese Patienten erstrebenswert.

Empfehlungen

Intravenöser Missbrauch von Substitutionsmitteln ist als Symptom einer zugrunde liegenden Störung zu betrachten und zu behandeln.

- Der Missbrauch ist entsprechend zu thematisieren, mögliche dahinter liegende Störungen sollten erfasst und falls möglich behandelt/betreut werden.
- Für Patienten, die trotz aller therapeutischen Bemühungen ihren intravenösen Konsum nicht einstellen können, sollten intravenöse Substitutionsformen implementiert und angeboten werden.

2.11 Beendigung

Der Wunsch zur Beendigung der Substitutions-Behandlung kommt oft vom Patienten und häufig kommt er viel zu früh: Weder die inneren, persönlichen noch die äußeren, sozialen Entwicklungen des Patienten sind so weit

fortgeschritten, dass eine Überwindung der Abhängigkeit realistisch scheint. Dann sollten die Motive und Zukunftsvorstellungen gemeinsam reflektiert und die ärztliche Einschätzung taktvoll, aber offen, mitgeteilt werden. Bleibt der Patient dabei, ist die Behandlung zu beenden - gegen seinen Wunsch ist keine Behandlung möglich.

Hat sich der Patient über längere Zeit stabilisiert, konsumiert kaum mehr Drogen, abgesehen vom Substitutionsmittel, und hat auch andere Veränderungen in seinem Leben erreicht, kann ein Reduktionsplan erstellt werden. Die Reduktionsschritte sollten klein sein und im Allgemeinen maximal zehn Prozent der Tagesdosis betragen. Die Reduktion sollte langsam, über mehrere Monate erfolgen. Studien dazu zeigen, dass die Erfolge umso besser sind, je langsamer die Reduktion erfolgt. Häufig ist es von Vorteil, gegen Ende der Reduktion auf ein anderes Opioid umzusteigen (zum Beispiel Buprenorphin oder Codein).

Empfehlungen

- Ein Abstinenzwunsch seitens des Patienten ist Ernst zu nehmen; Motive und Zukunftsvorstellungen sind aber gemeinsam mit ihm zu hinterfragen (Druck der Umgebung? Unrealistische Hoffnungen?).
- Die mit einem Rückfall verbundenen Gefahren (vor allem Überdosierung durch Toleranzverlust) sind genau zu erörtern.
- Das Substitutionsmittel sollte in kleinen Schritten, möglichst über Monate, reduziert werden; bei Zeichen einer neuerlichen Destabilisierung sollte die Reduktion gestoppt werden, auch eine neuerliche Erhöhung kann sinnvoll sein.

2.12 Therapieabbruch

Es gibt keine therapeutische Begründung für einen Abbruch der Behandlung gegen den Wunsch des Patienten. Gewalt, Drohungen oder andere schwerwiegende Gründe kön-

nen jedoch einen Behandlungsabbruch notwendig machen. Eine Schwierigkeit dabei ist, dass unfreiwillige Behandlungsabbrüche eine vitale Gefährdung für den Patienten darstellen.

Empfehlungen

Wenn möglich soll daher

- die Behandlung nicht plötzlich abgebrochen werden; die Opioid-Dosis kann vielleicht langsam gegen Null reduziert werden;
- die Behandlung anderswo weitergeführt werden;
- eine andere Sanktionsmaßnahme erwogen werden.

Zusammenfassung

Dieses Konsensus-Statement gibt die Position der „Österreichischen Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit“ (ÖGABS) zur substitions-gestützten Behandlung mit Opioiden wieder und soll als fachliche Grundlage für die interdisziplinäre, qualitativ hochwertige Versorgung von Opioidabhängigen im Kontext einer Opioid-Substitution dienen. Ziel ist es, die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Substitutionsbehandlung im Sinn einer individualisierten Therapie, die auf die komplexe Realität der Patienten fokussiert ist, in möglichst praxisrelevanter Form darzustellen. Die Methodologie ist einer umfassenden Evidenzbasierung verpflichtet, wobei neben klinisch experimentellen Forschungsergebnissen der klinischen Expertise der mit der Behandlung von Opioid-Abhängigen befassten Disziplinen eine vergleichbar hohe Bedeutung beigemessen wird. In der Generierung der vorliegenden Richtlinien wurde ein Design gewählt, das sich an die Delphi-Methode anlehnt. Substitutionstherapie ist die Therapie der Wahl der Opioid-Abhängigkeit, die vor dem Hintergrund der Schadensminimierung nicht als Konkurrenz, sondern als Erweiterung zu abstinenzorientierten Behandlungsformen zu sehen ist. Ein niedrigschwelliger Zugang, die Koor-



dination vielfältiger Therapie- und Betreuungsangebote, multiprofessionelle Kooperation, sowie gut verträgliche, vom Patienten akzeptierte Arzneimittel sind grundlegende Faktoren für eine bedarfsorientierte Behandlung und eine gute Patienten-Compliance. ❧

Literatur bei den Verfassern

**) Auszug aus dem Konsensus-Statement „Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger“; erstellt von der Österreichischen Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit (ÖGABS): Dr. Hans Haltmayer, Ambulatorium Ganslwirt, Verein Wiener Sozialprojekte; Gerhard Rechberger, Verein Dialog; Peter Skriboth, Verein Dialog; Univ. Prof. Dr. Alfred Springer, Ludwig Boltzmann-Institut für Suchtforschung; Wolfgang Werner, Psychosoziale Zentren GmbH/ Fachbereich Sucht; unter Mitarbeit von Martin Tauss*

Korrespondenzadresse: Dr. Hans Haltmayer; E-Mail: hans.haltmayer@wvs.or.at