

# Substitutionsgestützte Behandlungen bei Opioidabhängigkeit

Revision Juli 2013



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
**Bundesamt für Gesundheit BAG**



# Substitutionsgestützte Behandlung bei Opioidabhängigkeit

Empfehlungen Revision 2013

des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)

der Schweizerischen Gesellschaft für Suchtmedizin (SSAM)

der Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte Schweiz (VKS)

# Substitutionsgestützte Behandlung bei Opioidabhängigkeit

Eine Zusammenfassung der medizinischen Empfehlungen für substitutionsgestützte Behandlungen (SGB) bei Opiatabhängigkeit der SSAM (Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin) von 2012

## Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b>	<b>3</b>
<b>In Kürze</b>	<b>4</b>
Grundlagen	4
Indikation	4
Behandlungsbeginn	4
Behandlungsverlauf	5
Beendigung einer SGB	5
<b>Einleitung</b>	<b>6</b>
<b>Grundlagen</b>	<b>7</b>
<b>Behandlungsrahmen</b>	<b>8</b>
<b>Indikation zur Durchführung einer SGB</b>	<b>9</b>
<b>Evaluation und Behandlungsbeginn</b>	<b>10</b>
Untersuchungen vor Behandlungsbeginn	10
Wahl der Substitutionssubstanz	10
Untersuchung vor Behandlungsbeginn mit Methadon	10
Behandlungsbeginn mit Methadon	11
Behandlungsbeginn mit Buprenorphin	11
Steady State Dosierung	12
Alternativen zu Methadon und Buprenorphin	12
<b>Behandlungsverlauf</b>	<b>13</b>
Evaluation und Untersuchungen im Verlauf der Behandlung	13
Abgabe und Mitgabe von Substitutionsmedikamenten	13
Behandlung von unerwünschten Wirkungen	13
Beikonsum	14
<b>Zusatzbehandlungen bei SGB</b>	<b>16</b>
Impfungen	16
HIV- und Hepatitis C-Behandlung	16
Schmerzbehandlung	16
Psychische und soziale Störungen	16
<b>Spezielle Aspekte während der Behandlung</b>	<b>18</b>
SGB im Spital und bei Freiheitsentzug	18
SGB in stationären Drogentherapieeinrichtungen	18
Genderspezifische Aspekte	18
Kontrazeption	18
Schwangerschaft	18
Interkulturelle Aspekte	19
Alternde Opioidabhängige	19
Fahreignung und Arbeitsfähigkeit	19
<b>Beendigung der SGB</b>	<b>20</b>
<b>Hilfreiche Web-Adressen</b>	<b>21</b>

# Vorwort

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG), die Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte der Schweiz (VKS) und die Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin (SSAM) freuen sich, Ihnen die revidierte Fassung der 2009 zum ersten Mal publizierten medizinischen Empfehlungen für substitutionsgestützte Behandlung (SGB) vorzustellen. Die SSAM hat die Empfehlungen im Auftrag des BAG aktualisiert, um die neusten publizierten Forschungsergebnisse darin aufzunehmen.

Die Publikation entspricht dem Wunsch der Gesundheitsbehörden - Bund und Kantone - und der medizinischen Fachschaft, sich auf ein gemeinsames Referenzdokument zu stützen, das drei Hauptfunktionen erfüllt:

- Es dient als medizinische Richtlinie für Ärztinnen und Ärzte, die Substitutionsbehandlungen mit Methadon, Slow release Morphin und Buprenorphin anbieten (Substitutionsbehandlung mit Diacetylmorphin ist Gegenstand besonderer Richtlinien).
- Es soll die Kostenübernahme dieser Behandlung durch die Krankenversicherung sicherstellen.
- Es dient als Grundlage für die Anpassung der kantonalen Richtlinien zur Erteilung der Bewilligung für eine SGB.

Diese medizinischen Empfehlungen wurden mit einer nationalen Website ergänzt - [www.praxis.suchtmedizin.ch](http://www.praxis.suchtmedizin.ch) – welche den Hausärztinnen und Hausärzten alle nötigen Informationen zur Durchführung qualitativ hochstehender substitutionsgestützter Behandlungen zur Verfügung stellt.

Seit der Publikation der ersten Empfehlungen der SSAM ([www.ssam.ch](http://www.ssam.ch)) hat die SGB in den internationalen Richtlinien als Behandlung erster Wahl bei Opioidabhängigkeit an Anerkennung gewonnen (z.B. bei der Weltgesundheitsorganisation WHO). Langzeitstudien zeigen, dass diese Form der Abhängigkeit als chronische Krankheit betrachtet werden muss, die eine langfristige interdisziplinäre Betreuung braucht (somatisch, psychiatrisch, sozial und psychologisch). Sie soll die Patientinnen und Patienten zu einer stabilen und kontrollierten Abhängigkeit führen. Eine dauerhafte Abstinenz oder ein begrenzter Konsum bleiben dennoch therapeutische Ziele, auch wenn dies nicht für alle Patienten erreichbar ist. Die SGB reduziert nicht nur die Mortalität und den strafbaren Gebrauch von Opioiden, sondern auch die Risiken negativer Begleiteffekte wie HIV- HCV- Infektionen. Wenn sich Patienten diese Krankheiten dennoch zuziehen, schafft die SGB die nötigen Voraussetzungen, um die damit verbundenen komplexen Behandlungen durchzuführen. Sie verbessert die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten, reduziert die Kriminalität und somit auch die negativen gesellschaftlichen Folgen, so dass die SGB gesundheitsökonomisch als sehr effizient betrachtet werden kann.

Die Empfehlungen sind eine Unterstützung der Gesundheitsbehörden für die Hausärztinnen und Hausärzte, die sich für eine vulnerable Bevölkerungsgruppe engagieren. An dieser Stelle danken wir Ihnen für Ihren Einsatz zugunsten der öffentlichen Gesundheit.



Dr. Andrea Arz de Falco  
Vizedirektorin BAG



Dr. Chung-Yol Lee  
Präsident VKS



Dr. Robert Hämmig  
Präsident SSAM

# In Kürze

## Grundlagen

- Unter substitutionsgestützter Behandlung bei Opioidabhängigkeit (SGB) versteht man den ärztlich verordneten Ersatz eines konsumierten Opioids, welches eine Abhängigkeit erzeugt, durch ein legales Medikament mit gleicher oder ähnlicher Wirkung (Methadon, Buprenorphin, orales retardiertes Morphin, Diazetylmorphin u.a.) mit flankierenden somatischen, psychiatrischen, psychotherapeutischen, sozialarbeiterischen oder sozialpädagogischen Massnahmen.
- Die Bewilligung und Aufsicht über die substitutionsgestützte Behandlung ist Sache der Kantone (Verschreibung von Diazetylmorphin ausgenommen). Der Bundesrat kann darüber hinaus Rahmenbedingungen festlegen.
- Die substitutionsgestützte Behandlung gehört zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Verordnung des Eidgenössischen Departements des Innern über die Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, KLV, Art. 8).
- Die vorliegende Kurzversion fasst die medizinischen Empfehlungen der SSAM für die SGB 2012 zusammen, die als fachmedizinische Grundlage dienen für:
  - eine niederschwellige, hochwertige, flächendeckende medizinische Versorgung Opioidabhängiger, mit besonderer Berücksichtigung der niedergelassenen Ärzte, die das zentrale Standbein der suchtmmedizinischen Grundversorgung sind;
  - die Koordination von medizinischen und nicht medizinischen Unterstützungsmassnahmen;
  - eine adäquate finanzielle Abgeltung der Leistungen;
  - die Anpassung und Weiterentwicklung kantonaler Richtlinien.
- Die Opioidabhängigkeit ist in der Regel ein Langzeitgeschehen und erfordert eine entsprechende längerfristige und interdisziplinäre Behandlung. Im Zentrum stehen dabei die Reduktion der Mortalität, die Verbesserung der Gesundheitssituation, präven-

tiv die Reduktion des Risikos neuer zusätzlicher Erkrankungen (v.a. HIV, Hep. C), die Erhöhung sozialer Kompetenzen und der sozialen Integration und die Steigerung der Lebensqualität.

- Die SGB ist mittlerweile als primäre Behandlung Opioidabhängiger in internationalen Guidelines fest verankert (WHO, WFSBP, NICE).

## Indikation

- Belegte Opioidabhängigkeit (Abhängigkeitssyndrom gemäss ICD-10 oder DSM-IV-TR, evtl. DSM-5)
- Alter der PatientInnen oder Dauer der Opioidabhängigkeit sind keine Ausschlusskriterien.
- Schwangeren Opioidabhängigen, die sich nicht in einer SGB befinden, ist eine solche dringend zu empfehlen.

## Behandlungsbeginn

- Mit Methadon und Buprenorphin stehen aus medizinischer Sicht zwei weitgehend gleichwertige Substitutionsmittel zur Verfügung. Sie weisen jedoch ein unterschiedliches pharmakologisches Profil auf und unterscheiden sich daher hinsichtlich Sicherheit, Verträglichkeit und Nebenwirkungsprofil.
- Bei Nebenwirkungen oder Misserfolg mit einer Substanz kann auf die andere gewechselt werden. Als weitere Alternativen kommen die heroingestützte Behandlung (HeGeBe) mit Diazetylmorphin sowie retardiertes Morphin oder Levomethadon (letzteres im „Off-Label-Use“) in Frage.
- Das Hochdosieren des Substitutionsmedikaments erfolgt individuell bis zu einer Dosis, bei der sich die PatientInnen wohl fühlen, keine Entzugssymptome mehr haben und der Beikonsum von Strassenheroin möglichst gering ist oder ganz aufgegeben wird, was in der Regel bei einer adäquaten Dosierung möglich ist.
- Die Behandlungsdauer ist zeitlich nicht limitiert.

## Behandlungsverlauf

- Psychische und soziale Probleme werden häufig erst im Verlauf einer SGB ersichtlich. Diese sollen durch Zusammenarbeit mit entsprechenden Fachkräften angegangen werden.
- Therapieziele und –erwartungen müssen regelmäßig und je nach Verlauf der Behandlung neu evaluiert und evtl. angepasst werden.
- Die PatientInnen sollen auf Beikonsum angesprochen werden. Wenn keine Sanktionen drohen, sind die Aussagen in der Regel glaubwürdig. Systematische Urinkontrollen bringen dann keinen zusätzlichen Nutzen.
- Die Mitgabe des Substitutionsmedikaments für einige Tage kann zu einer Verbesserung des Behandlungserfolgs führen. Erhalten die Patienten Mitgaben, müssen sie in der Lage sein, die Substitutionsmedikamente selber einzuteilen und verantwortungsvoll zu verwalten. Bei instabilen Personen ist deshalb Vorsicht geboten.
- Eine SGB ist bei Aufenthalt im Spital oder im Gefängnis weiterzuführen, respektive bei bisher nicht substituierten PatientInnen zu erwägen und einzuleiten.
- Zusatzbehandlungen: Grundsätzlich werden psychiatrische Zusatzerkrankungen - insbesondere Depression, Angst, Persönlichkeitsstörungen, Folgen von Traumata u.a. – sowie somatische Komorbiditäten (z.B. HIV oder Hep. C) unter Berücksichtigung pharmakologischer Interaktionen mit Substitutionsmitteln gleich oder ähnlich behandelt wie bei nicht Drogenabhängigen. Die Therapie solcher komplexer Erkrankungen soll in enger Zusammenarbeit mit Spezialisten durchgeführt werden. Schmerzen sind grundsätzlich nach dem WHO-Schema zu behandeln. Eine inadäquate Schmerztherapie erhöht die Rückfallgefahr in illegalen Opiatkonsum, während eine effiziente Opioidanalgesie sie verringert.

## Beendigung einer SGB

- Der Abstinenzwunsch der Patienten muss ernst genommen werden. Gemeinsam mit den Patienten muss abgeklärt werden, was die zugrundeliegenden Motive sind. Rückfälle sind sehr häufig und mit erheblichen Risiken verbunden (Toleranzverlust und erhöhte Gefahr einer tödlichen Überdosierung). Darüber müssen die PatientInnen eingehend informiert werden.
- Langsames Ausschleichen der Substitutionssubstanz minimiert die Entzugssymptomatik.
- Bei Rückfällen in den illegalen Opioidkonsum ist eine SGB nach Möglichkeit rasch wieder aufzunehmen.

Hinweis: Der Begriff „Patient“ umfasst Männer und Frauen.

# Einleitung

Unter Substitutionsgestützter Behandlung bei Opioidabhängigkeit versteht man den ärztlich verordneten Ersatz eines konsumierten Opioids, welches die Abhängigkeit erzeugt, durch ein legales Medikament (Methadon, Buprenorphin, orales retardiertes Morphin, Diazetylmorphin u.a.) mit flankierenden somatischen, psychiatrischen, psychotherapeutischen, sozialarbeiterischen oder sozialpädagogischen Massnahmen.

Die Bewilligung und die Aufsicht über die substitutionsgestützte Behandlung liegen in der Kompetenz der kantonalen Behörden (BetmG Art. 3e, Abs. 1, Verschreibung von Diazetylmorphin gemäss Art. 3e, Abs. 3 ausgenommen). Gemäss Art. 3e, Abs. 2 kann der Bundesrat Rahmenbedingungen festlegen.

Die Kosten für die substitutionsgestützte Behandlung gehört zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV, Anhang 1 Kapitel 8).

Die vorliegende Zusammenfassung der „Medizinischen Empfehlungen für substitutionsgestützte Behandlungen (SGB) bei Opioidabhängigkeit 2012“ der Schweizerischen Gesellschaft für Suchtmedizin SSAM richtet sich an MedizinerInnen, insbesondere an die GrundversorgerInnen, die 60% aller Substitutionstherapien durchführen. Sie decken lediglich

den medizinischen Aspekt der interdisziplinären Unterstützungsmassnahmen für Opioidabhängige ab. Sie fokussieren auf die derzeit von der Swissmedic zugelassenen Substitutionsmittel Methadon, Buprenorphin, retardiertes Morphin und Diazetylmorphin (pharmazeutisch reines Heroin). Ebenfalls berücksichtigt wird Levomethadon ((R)-Methadon). Die SGB als primäre Behandlung Opioidabhängiger hat sich mittlerweile in internationalen Guidelines fest verankert (Weltgesundheitsorganisation WHO, World Federation of Societies of Biological Psychiatry WFSBP, National Institute for Health and Clinical Excellence NICE).

Die Empfehlungen dienen folgenden vier Aspekten:

- Voraussetzungen für eine hochwertige, flächendeckende, einfach zugängliche medizinische Versorgung Opioidabhängiger;
- Grundlage für die Koordination von medizinischen und nicht medizinischen Unterstützungsmassnahmen;
- Fachmedizinische Basis für die Anpassung und Weiterentwicklung kantonaler Richtlinien;
- Grundlage für eine adäquate finanzielle Abgeltung der Leistungen.

# Grundlagen

Die Zahl der Opioidabhängigen in der Schweiz wird vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) aktuell auf 22'27'000 geschätzt; die Anzahl neuer Opioidabhängiger ist rückläufig. 2010 nahmen ca. 19'400 Opioidabhängige eine SGB in Anspruch; knapp ca. 85% von ihnen werden mit Methadon substituiert.

Langzeitstudien zeigen, dass eine Opioidabhängigkeit als chronische Erkrankung interpretiert werden muss, was eine entsprechend langfristige therapeutische Begleitung impliziert. Dies schliesst nicht aus, dass eine Minderheit der Betroffenen eine Heilung erfährt. Diese Erkenntnis steht im Widerspruch zu der oft auf wenig Fachwissen basierenden Forderung der Öffentlichkeit nach einer raschen Problemlösung.

Die Abhängigkeit kann als primäre Störung auftreten oder sekundär als Folge einer psychischen Grundkrankheit, wobei sich oft ein zirkulärer Prozess entwickelt. Ein Beikonsum anderer psychoaktiver Substanzen ist häufig, insbesondere von Tabak, Alkohol, Kokain, Cannabis und Benzodiazepinen. Die Morbidität und Mortalität von PatientInnen mit einer Opioidabhängigkeit sind deutlich erhöht.

Die SGB muss als Behandlungsbasis verstanden werden, welche sich durch ihre Kontinuität auszeichnet. Nur so können medizinische, soziale und persönliche Probleme in einem Prozess über längere Zeit angegangen werden. Das Wegfallen des Beschaffungsstress sowie die Unterstützung in der Organisation

der Grundbedürfnisse (Wohnen, Lebensunterhalt, sozialer Rahmen) ermöglicht eine Entwicklung von der instabilen, dekompensierten in eine stabile, kompensierte Abhängigkeit. Diese Strategie entspricht einer palliativmedizinischen Denkweise, wobei die „Heilung“ des Leidens – mit einer dauerhaften Abstinenz oder stark reduziertem, nicht abhängigen Konsum (nach ICD 10) gleichzusetzen – jederzeit als Therapieziel in Frage kommen kann. Abstinente Phasen sind bei Opioidabhängigen häufig, eine dauerhafte Abstinenz wird allerdings nur von einem geringen Teil erreicht.

Die SGB senkt bei PatientInnen mit Opioidabhängigkeit nicht nur den illegalen Opioidkonsum und die Mortalität, sondern reduziert auch die Gefahr von Sekundärschäden wie beispielsweise Infektionen mit HCV oder HIV, verbessert die Lebensqualität und vermindert die Kriminalitätsrate. Die SGB ist eine normale medizinische Langzeitbehandlung, analog der Behandlung anderer psychischer und somatischer chronischer Erkrankungen.

Für die Evaluation der Qualität einzelner Therapieprogramme bzw. Patientenverläufe gelten gemäss aktueller Literatur als wichtigste Kriterien die „Retentionsrate“ (Verbleiben im Behandlungsprogramm), sowie das Ausmass des Beikonsums (illegale Opioiden oder andere psychotrope Substanzen). Gesundheitsökonomisch betrachtet sind SGB sehr kosteneffektive Interventionen.



# Behandlungsrahmen

Der Zugang zu einer SGB sollte allen opioidabhängigen Personen ermöglicht werden. Die Behandlungsangebote sollen niederschwellig sein und die Abgabe soll in unterschiedlichen Umgebungen (Arztpraxen, Apotheken, spezielle Zentren, Kliniken, Gefängnisse) erfolgen können, um möglichst vielen PatientInnen und ihrem Recht auf Behandlung gerecht zu werden. Eine präzise Behandlungsplanung und ein regelmäßiger Austausch zwischen den beteiligten Fachpersonen ermöglicht eine optimale Unterstützung der PatientInnen.

Die Dauer der Behandlung soll nicht befristet sein, entsprechend der Therapie eines anderen chronischen Leidens. Das Verbleiben in der Behandlung ist ein wichtiges Kriterium der Effektivität der Therapie.

Eine SGB erfolgt interdisziplinär. Das „somato-psycho-soziale“ Hilfsangebot beinhaltet die Unterstützung bei den zentralen Bedürfnissen der Patient-

Innen, seien diese medizinischer, psychiatrischer, psychologischer, sozialer (Wohnen, Arbeit, Lebensunterhalt etc.), juristischer oder anderer Natur. Der Mediziner ist der Experte für die somatischen und psychiatrischen Leiden; die weitere Hilfe erfolgt durch psychologische, sozialarbeiterische, sozialpädagogische und pflegerische Fachleute. Dem Einbezug der Angehörigen wird ein wesentlicher Stellenwert bei bemessen.

Die staatliche Hilfe in Notlagen ist ein verfassungsrechtliches Grundrecht, welches zumindest die Abdeckung der Grundbedürfnisse beinhalten soll. Die Menschenrechte statuieren ein Recht auf Behandlung einer jeglichen Krankheit. Jede SGB unterliegt einer Bewilligungspflicht beim Kantonsarzt. Urteilsfähige Minderjährige können einen Behandlungsvertrag auch ohne Zustimmung der Eltern abschliessen. Die SGB ist bei fachgerechter Durchführung eine Pflichtleistung der Grundversicherung.

# Indikation zur Durchführung einer SGB

Grundsätzlich kommt jede Person mit gesicherter Diagnose einer Opioidabhängigkeit (nach ICD-10 oder DSM-IV-TR, evtl. DSM-5) für eine SGB in Frage. Für eine Einschränkung aufgrund des Alters der PatientInnen respektive der Dauer des Opioidkonsums gibt es keine Begründung in der medizinischen Fachliteratur.

Abstinenz soll auch unter SGB ein Thema bleiben. Eine Behandlung dieser chronischen Krankheit erfolgt häufig in substitutionsgestützten, aber auch in abstinenzorientierten Phasen. Die Motivation der PatientInnen ist das Kriterium zur Definition des momentanen Therapieziels (primär Verbesserung der gesundheitlichen und sozialen Situation durch SGB oder Abstinenz). Entsprechende Therapieansätze sollten sich nicht konkurrenzieren, sondern miteinander einhergehen. Abstinenz soll nur angestrebt werden, wenn dieses Ziel Aussicht auf Erfolg hat (Gefahr der tödlichen Überdosierung nach Toleranzverlust).

Schwangerschaft gilt als einzige forcierte Indikation für eine SGB, da sich ein Entzug oder starke Schwankungen des Opioidspiegels auf das Kind ungünstiger auswirken können als die kontrollierte Opioidsubstitution. Eine SGB senkt das Mortalitätsrisiko der Mutter und des Kindes sowie die Früh- und Fehlgeburtenrate.

Alle KandidatInnen für eine SGB müssen eingehend über Vor- und Nachteile der Behandlung sowie über Alternativen aufgeklärt werden. Dabei sind auch die Risiken einer Entzugsbehandlung zu erörtern (Verlust der Toleranz mit tödlicher Intoxikationsgefahr bei Rückfällen). Diese informierte Einwilligung (informed consent) ist Voraussetzung für jede Initiierung einer SGB. Der Einbezug der Angehörigen und die offene Information über Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung sind wünschenswert.

# Evaluation und Behandlungsbeginn

## Untersuchungen vor Behandlungsbeginn

Bei der ausführlichen Anamnese vor einer SGB sollen psychische, somatische sowie soziale Problemstellungen eruiert werden. Informationen über alle früher oder aktuell konsumierten psychotropen Substanzen, inklusive Tabak und Alkohol, sowie aller eingenommenen Medikamente sind wichtig, um das Risiko von Interaktionen abschätzen zu können. Risiken im Konsum und Sexualverhalten sind wichtiger Bestandteil der Anamnese. Die Kriterien einer Opioidabhängigkeit nach ICD-10 oder DSM-IV-TR (event. DSM-5) sollen nach Möglichkeit durch fremdanamnestische Angaben, Ereignisdokumentationen und einer Urinprobe auf Opiate erhärtet werden.

Selbstverständlich ist ein somatischer und ein psychischer Status zu erheben. Als Laboruntersuchungen vor einer SGB wird die Bestimmung von hämatologischen, hepatischen und virologischen Parametern empfohlen. Ein EKG ist nur bei bestehenden Risikofaktoren indiziert. Finden sich in der Anamnese Hinweise auf entsprechende Risiken, sollen auch weitere Tests für sexuell übertragbare Erkrankungen, Tuberkulose und ein freiwilliger Schwangerschaftstest durchgeführt werden. Aus medizinisch-rechtlichen Gründen sollen die PatientInnen vor Behandlungsbeginn korrekt identifiziert werden (z.B. mit Identitätskarte).

## Wahl der Substitutionssubstanz

Gemäss den Metaanalysen zum Vergleich zwischen einer SGB mit Methadon und Buprenorphin bestehen bezüglich Effektivität und Erfolgsraten kaum Unterschiede zwischen den beiden Alternativen – vorausgesetzt, es werden adäquate Dosen verabreicht. Für orales retardiertes Morphin wurde eine „non-inferiority“ gegenüber Methadon wissenschaftlich belegt. Die Substanzkosten von Buprenorphin und retardiertem Morphin sind höher als die von Methadon. Dies soll aber nicht das entscheidende Kriterium für den Verzicht auf das besser geeignete Medikament sein. Es liegen keine Daten vor, welche eine Präferenz für die eine oder andere Substanz für bestimmte Patientengruppen belegen; mit einer Ausnahme: Bei PatientInnen mit QTc-Verlängerung ist Buprenorphin oder retardiertes Morphin zu bevorzugen.

Mögliche Vorteile von Methadon:

- Induktionsbeginn kann ohne Wartefrist nach letztem Heroinkonsum erfolgen
- Grosse Erfahrung im Umgang mit der Substanz bei Einstellung und Dosierung

Mögliche Vorteile von Buprenorphin:

- Deutlich geringere Gefahr einer Verlängerung des QTc-Intervall als unter Methadon
- Abgabintervalle von zwei bis drei Tagen sind möglich
- Die Steady State Dosierung kann ohne Gefahr von schwerwiegenden Überdosierungen schneller erreicht werden
- geringe Atemdepression

Bestehen relevante Schwierigkeiten bei der Substitution mit der einen Substanz (z.B. Nebenwirkungen) ist ein Wechsel auf die andere möglich (von Methadon zu Buprenorphin und umgekehrt). Die adäquate Dosierung nach einem Wechsel muss erneut klinisch ermittelt werden. Die Angabe eines Dosis-Umrechnungsfaktors ist nicht möglich. Alternativen zu Methadon und Buprenorphin s. unten.

## Untersuchung vor Behandlungsbeginn mit Methadon

Da Methadon das QTc-Intervall verlängern und zu lebensbedrohlichen Rhythmusstörungen vom Typ Torsade de Pointes führen kann, soll beim Vorliegen folgender Risikofaktoren ein EKG verordnet werden:

- Einnahme von QTc verlängernden Substanzen
- Methadondosen > 120 mg täglich und Rhythmusstörungen oder dazugehörige Symptome in der persönlichen Anamnese
- Methadondosen > 120 mg und zusätzliche Risikofaktoren (plötzlicher Herztod < 50 Jahre bei engen Verwandten; Kokain, Amphetamin oder ausgeprägter Alkoholkonsum; kongenitales Long QTc-Syn-

drom; bekannte Herzerkrankung oder darauf hinweisende Symptome; Essstörung; Leberinsuffizienz; HIV- und/oder HCV-Infektion; unerklärliche Synkope; Palpitationen)

- Vor dem Einsatz QTc verlängernder Medikamente (EKG-Kontrollen im weiteren Verlauf)
- Elektrolytstörungen: Hypokaliämie, Hypomagnesiämie
- Auftreten von Symptomen einer möglichen Herzrhythmusstörung.

### Behandlungsbeginn mit Methadon

Methadon, ein vollständiger Opioidagonist, gilt immer noch als Goldstandard einer SGB von Opioidabhängigen und wird in der Schweiz als Razemat ((R,S)-Methadon) verabreicht. Methadonlösungen werden mehrheitlich geschluckt, dabei ist die flüssige Form die meist verabreichte galenische Form.

Aufgrund der langen Halbwertszeit von Methadon reicht eine einmalige tägliche Gabe zur Substitution aus. Repetitive Verabreichung von Methadon führt zur Kumulation, weshalb bei PatientInnen mit zu hoher Anfangsdosis der Tod in der Regel aufgrund der Kumulation erst nach weiteren verabreichten Dosen am zweiten oder dritten Tag eintritt. Der Metabolismus von Methadon ist interindividuell u.a. durch genetischen Polymorphismus sehr verschieden: bei ca. 3% der Bevölkerung liegt ein sehr langsamer und bei ca. 10% ein sehr schneller Metabolismus vor. Eine Induktion des CYP-450 Enzymsystems durch Medikamente wie Carbamazepin, HIV-Medikamente oder Rifampicin führt zu einem Abfall, eine Hemmung zum Anstieg des Methadonspiegels. In diesen Fällen ist eine Dosisanpassung zu prüfen.

Wichtigste Nebenwirkungen des Methadons sind Atemdepression, Obstipation und chronische Übelkeit aufgrund einer verlangsamten Magen-Darm-Passage, Schwitzen und – selten aber schwerwiegend – eine QTc-Verlängerung mit drohenden Rhythmusstörungen. Im Langzeitgebrauch kann es zu endokrinen Störungen und möglicherweise auch zu funktionellen und morphologischen Anpassungsprozessen im Gehirn kommen. Relativ häufig klagen Opioidabhängige über eine Hyperalgesie.

Absolute Kontraindikationen für die Verabreichung von Methadon sind einzig:

- allergische Reaktionen auf die Wirksubstanz oder die im Präparat enthaltenen Zusatzstoffe.

Zudem ist erhöhte Vorsicht geboten bei erhöhtem Hirndruck, ausgeprägter chronisch respiratorischer Insuffizienz, Störung der Atemmechanik und des Gasaustausches der Lunge, akutem Abdomen, Leber- und Niereninsuffizienz, Hyperthyreose, akuter hepatischer Porphyrie, Gallenwegserkrankungen, Pankreatitis, obstruktiven und entzündlichen Darmerkrankungen (z.B. Colitis ulcerosa), Neuralgien, Migräne, Hypotension bei Hypovolämie, Prostatahypertrophie mit Restharnbildung, sowie gleichzeitige Einnahme von MAO-Hemmern.

Die Methadonsubstitution soll - auch bei hoher Toleranz - mit einer niedrigen Dosis von nicht mehr als 30 mg begonnen werden. Bei eindeutigen Entzugssymptomen nach ca. 3-4 Stunden (Plasma-Peak) können bis zu 20 mg Methadon zusätzlich verabreicht werden. Die tägliche Dosissteigerung soll danach nicht mehr als 5-10 mg betragen. Leitsymptome für eine Dosissteigerung sind objektive und subjektive Entzugssymptome und zusätzlich konsumierte Opiode. Bei Intoxikationszeichen ist die Dosis unverzüglich stark zu reduzieren (z.B. halbieren).

### Behandlungsbeginn mit Buprenorphin

Buprenorphin ist im Gegensatz zum Methadon ein partieller Opioid-Agonist/Antagonist. Aufgrund eines hohen first-pass Effekts in der Leber ist geschlucktes Buprenorphin weitgehend wirkungslos und wird daher sublingual verabreicht.

Aufgrund der langen Halbwertszeit am Rezeptor kann Buprenorphin einmal täglich bis jeden dritten Tag verabreicht werden. Kürzlich eingenommene Opiode können durch Buprenorphin vom Rezeptor verdrängt werden, was zu Entzugerscheinungen führt, welche allerdings meist nur mild bis mässig ausfallen. Da Buprenorphin durch mehrere Enzymsysteme abgebaut wird, ist das Interaktionspotenzial relativ gering. In Kombination mit anderen sedierenden Substanzen (Benzodiazepine, Alkohol) besteht jedoch die Gefahr einer Atemdepression.

## Evaluation und Behandlungsbeginn

Das Spektrum der Nebenwirkungen entspricht dem der Morphinderivate, die Intensität und insbesondere das Risiko einer Atemdepression ist allerdings wegen der pharmakologischen Besonderheiten von Buprenorphin (Ceiling-Effekt) beträchtlich geringer. Die therapeutische Breite ist relativ gross.

Absolute Kontraindikationen für die Einnahme von Buprenorphin sind einzig:

- allergische Reaktionen auf die Wirksubstanz

Vorsicht ist geboten bei ausgeprägter chronisch respiratorischer und schwerer hepatischer Insuffizienz. Von einer Kombination mit reinen Opioidagonisten oder mit MAO-Hemmern wird abgeraten.

Die Substitution mit Buprenorphin kann mit grosszügigen Dosen eingeleitet werden: Erste Dosis 2 mg, dann bis zu drei bis vier Mal 8 mg, auftitriert bis entsprechend 34 mg am ersten Tag. Der letzte Heroinkonsum sollte mindestens zwölf Stunden zurückliegen, um keine Entzugssymptome zu induzieren. Die Dosis am zweiten Tag liegt in der Regel nicht über 12 mg, auch wenn am ersten Tag wesentlich mehr verabreicht wurde. Allfällig auftretende Entzugsserscheinungen können mit einem Alpha2-Adrenozeptor-Agonist behandelt werden (Clonidin).

### Steady State Dosierung

Das gewählte Medikament zur Substitution muss individuell angepasst und genügend hoch aufdosiert werden, denn nur das Fehlen von Entzugsserscheinungen erlaubt es den PatientInnen, auf zusätzlichen Opioidkonsum zu verzichten. Es ist erwiesen, dass der Beikonsum von Heroin und weiteren psychoaktiven Substanzen sinkt, wenn das Substitutionsmedikament adäquat dosiert wird. Bei der Dosisfindung sind Patientenwohlbefinden, objektive und subjektive Entzugsserscheinungen sowie zusätzlicher Opioidkonsum richtungsweisend.

Objektive Entzugsserscheinungen sind:

- Niesen, Nasenlaufen, Tränen, extensives Gähnen, Gänsehaut, weite Pupillen, erhöhte Darmtätigkeit

(Durchfall), evtl. Schwitzen (Letzteres kann aber auch eine Nebenwirkung sein).

Subjektive Entzugsserscheinungen sind:

- Entzugsgefühl. Schlafstörungen (frühes Aufwachen), Nebenkonsum von Strassenheroin (evtl. Urinkontrollen).

Die tägliche Methadondosis soll je nach Literatur bei mindestens 60 mg/d oder 80 mg/d liegen, muss aber in jedem Fall individuell und klinisch ermittelt werden. Bei höheren Methadondosen (>120mg) können hohe Plasma-Peak-Konzentrationen durch ein Dosissplitting verhindert werden. Mit der Messung des Methadonspiegels vor und 4 Stunden nach Einnahme können PatientInnen mit einem sehr schnellen Metabolismus erfasst werden. Bei Buprenorphin liegt die tägliche Dosierung in den meisten Fällen zwischen 8 und 12 mg, es können jedoch auch höhere Dosen notwendig sein (bis 32 mg/Tag).

### Alternativen zu Methadon und Buprenorphin

Läuft die SGB unter beiden Substanzen unbefriedigend, kommt als eine Alternativen die heroingestützte Behandlung (HeGeBe) mit Diazetylmorphin (pharmazeutisches Heroin).

Allerdings ist die heroingestützte Behandlung mit Diazetylmorphin erst nach zwei gescheiterten SGB oder abstinentenorientierten Behandlungen, oder aus gewichtigen medizinischen Gründen eine Option. Die Verschreibung von Diazetylmorphin ist strikt reglementiert und nur in dafür spezialisierten Institutionen möglich.

Die diazetylmorphingestützte Behandlung vermag die Mortalität und Morbidität auch in schweren Fällen zu senken und den Konsum illegaler Substanzen und das kriminelle Verhalten zu reduzieren. Die Retentionsrate ist hoch.

Als weitere Alternativen kommen die Verschreibung von retardiertem Morphin oder die „Off-Label“-Verschreibung von Levomethadon in Betracht.

Vergleichsstudien mit Methadon zeigen für Morphin eine vergleichbare Effektivität und Sicherheit. Beim Levomethadon ((R)-Methadon) und beim retardiertem Morphin entfällt die ungünstige Wirkung des Methadon-Razemats auf die QTc-Zeit.

# Behandlungsverlauf

Die SGB ist in der Regel eine Langzeitbehandlung und sollte zeitlich nicht limitiert werden. Die Instruktion der PatientInnen, was die regelmässige Einnahme des Substitutionsmedikaments und dessen Wirkungen und Nebenwirkungen betrifft, ist von grosser Bedeutung.

## Evaluation und Untersuchungen im Verlauf der Behandlung

Empfohlen wird eine regelmässige Beurteilung der somatischen, psychischen und sozialen Umstände sowie der vereinbarten Behandlungsziele, die sich im Verlauf der Therapie ändern können (z.B. Behandlung weiterer Erkrankungen; Weg Richtung abstinenzorientiert). Zusätzliche psychische Störungen (Doppeldiagnosen) und soziale Probleme sind häufig erst bei Erreichen einer gewissen Stabilität im Verlauf einer SGB erkennbar. Der sozialarbeiterischen und sozialpädagogischen Betreuung durch entsprechende Fachleute mit neuen Zielsetzungen wird grosse Bedeutung beigemessen. Spezifische psychiatrische/psychotherapeutische Interventionen können, müssen aber nicht, Teil der Gesamtbehandlung sein.

Im Verlauf einer SGB soll der Beikonsum anderer Substanzen und das Risiko von Konsum- und Sexualverhalten wiederholt thematisiert werden. Selbstangaben der PatientInnen zum Konsum sind meist genügend zuverlässig, dies aber nur, wenn aufgrund eines allfälligen Beikonsums keine Sanktionen drohen. Das systematische Einfordern von Urinproben bringt in diesem Zusammenhang nur geringe zusätzliche Erkenntnisse und ist daher nicht empfohlen.

## Abgabe und Mitgabe von Substitutionsmedikamenten

Die kontrollierte, tägliche Einnahme des Substitutionsmedikaments erleichtert zu Beginn der Behandlung die Dosisfindung und dient der therapeutischen Beziehungsarbeit. Die Abgabe erfolgt entweder in einer Arztpraxis mit Selbstdispensation, einer Apotheke, einem Substitutionstherapiezentrum oder in deren Delegation (z.B. Wohnheim). Mitgaben für das Wochenende sind auch zu Beginn der SGB selten

problematisch. Bei stabilen PatientInnen können Mitgaben zur Stärkung des Vertrauensverhältnisses und zur Verbesserung des Behandlungserfolgs (weniger Beikonsum, höhere Retention) gezielt eingesetzt werden. Zu beachten ist, dass die mitgegebenen Methadonfläschchen beschriftet und möglichst mit einem kindersicheren Verschluss versehen sind. Bei der Mitgabe des Medikaments für Reisen bis zu einem Monat müssen bei Überschreitung der Landesgrenzen die Bestimmungen des Ziellandes beachtet werden (siehe Internetseite der Swissmedic). Ausserdem soll bei Reisen Methadon in nicht-flüssiger Form, sondern bevorzugt Tabletten oder Kapseln abgegeben werden (Auslaufen, Kontrolle von Flüssigkeiten an Flughäfen). Bei instabilen PatientInnen ist es ratsam bei Ferien in der Schweiz, die Abgabe über eine Hausarzt oder Apotheke im geplanten Aufenthaltsort zu organisieren.

## Behandlung von unerwünschten Wirkungen

Für gewisse Nebenwirkungen der Opioidsubstitution wie zum Beispiel Euphorie, Sedation, Atemdepression, Übelkeit oder Erbrechen entwickelt sich sehr schnell eine Toleranz. Andere zum Teil sehr unangenehme unerwünschte Wirkungen wie exzessives Schwitzen, Abnahme der Libido oder Obstipation können persistieren.

- **Intoxikation:** Überdosierungen bei SGB treten meist im Zusammenhang mit Mischintoxikationen (Alkohol, Benzodiazepine) auf. Weitere Gründe können Toleranzverlust oder suizidale Absicht sein. Das sorgfältige Aufdosieren von Methadon verhindert Intoxikationen zu Behandlungsbeginn. Bei schwerer Intoxikation tritt in der Regel ein Lungenödem auf, bei dem aufgrund der atemdepressorischen Wirkung des Opioids die Bedarfshyperventilation ausbleiben kann. Therapeutisch müssen primär lebensrettende Sofortmassnahmen (v.a. O<sub>2</sub>-Zufuhr) erfolgen. Eine akute lebensbedrohliche Opiatintoxikation kann durch den reinen Opiatantagonisten Naloxon (i.v. oder i.m.) aufgehoben werden, da er die meisten Opioide vom Rezeptor verdrängt, was aber mit Entzugsserscheinungen einhergeht. Zu beachten ist, dass die PatientInnen aufgrund der kürzeren Halbwertszeit des Naloxons gegenüber der meisten Opioide (insbesondere Methadon!) auch



ohne erneute Zufuhr von Opioiden erneut eintrüben können. Da Buprenorphin eine stärkere Rezeptoraffinität aufweist als Naloxon, sind bei Intoxikationen mit Buprenorphin für eine kompetitive Hemmung sehr hohe Naloxondosen notwendig. Bei schleichen-der Intoxikation muss die Opioiddosis zügig reduziert werden.

- **QTc-Verlängerung:** Auf die Wichtigkeit der Anamnese bezüglich kardialer Risikofaktoren wurde bereits eingegangen. Eine besondere Gefährdung für Rhythmusstörungen besteht bei Einnahme kardiotoxischer Substanzen, kardiovaskulären Erkrankungen, Elektrolytstörungen und Co-Medikationen mit QTc verlängernden Substanzen. Zusätzlich scheint auch die bei Drogenkonsumenten häufige chronische Hepatitis C einen Einfluss auf das QTc-Intervall zu haben. Allenfalls ist eine Kardiologin oder ein Kardiologe beizuziehen.  
Beim Vorliegen kardialer Risikofaktoren bzw. bei einer gefährlichen QTc-Verlängerung ( $> 500$  msec) unter Methadon ist eine Umstellung auf Buprenorphin, allenfalls retardiertes Morphin oder Levomethadon (letzteres im Off-Label-Use) dringend zu erwägen.
- **Obstipation:** Opiode lähmen die Darmperistaltik und führen daher oft zu Obstipation, die mit chronischer Übelkeit einhergehen kann. Primär sind Ernährungsberatung und vermehrte Bewegung angezeigt; evtl. auch die Gabe eines milden Laxativums. Bei schwerer Leberinsuffizienz ist Lactulose das Mittel der Wahl.
- **Übelkeit und Erbrechen:** Einschränkung des Konsums von Alkohol, Kaffee und Tabak sowie die Behandlung einer Obstipation wirken sich meist günstig aus. Symptomatisch wird die Verabreichung von Meclozin, Metoclopramid oder eines Protonenpumpenhemmers empfohlen. Wird nach der Methadon-Einnahme innerhalb von 15 Minuten erbrochen,

kann die ganze Dosis ersetzt werden, bei Erbrechen bis zu einer halben Stunde die halbe Dosis. Bei Buprenorphin besteht dieses Problem aufgrund der sublingualen Einnahme nicht.

- **Exzessives Schwitzen:** Als ein bekanntes Phänomen der Methadoneinnahme tritt extremes Schwitzen auf. Etwa 45% der PatientInnen sind davon betroffen. Primäre Massnahme ist der Verzicht auf Alkohol, Kaffee und andere schweisstreibende Substanzen. Medikamentös kommen zentral wirkende Anticholinergika (Biperiden, Atropin) oder das Antihistaminikum Desloratin zur Linderung der Symptomatik in Frage.
- **Sexuelle Dysfunktion:** Eine langjährige Opioid-Einnahme - insbesondere höherdosiert - kann die Produktion der Sexualhormone vermindern (zentraler Hypogonadismus) und damit zu sexueller Dysfunktion (Libidoverlust, Impotenz) und zu weiteren körperlichen Störungen führen: Osteoporose (v.a. auch bei Männern!), Infertilität, unregelmässige Menstruation, verminderte Körperbehaarung, Gynäkomastie, Hyperprolaktinämie, Anhedonie (Freud- und Lustlosigkeit). Solche Störungen bestehen jedoch oft bereits schon während des illegalen Drogenkonsums. Bei Libidoverlust sind kausale Therapien (Schmerzbehandlungen, antidepressive Therapie, evtl. Dosisreduktion oder Substanzwechsel) am erfolgversprechendsten. Bei Hinweisen auf eine Osteoporose und symptomatischer Hyperprolaktinämie ist es ratsam, einen Spezialisten zurate zu ziehen.

### Beikonsum

Ein zusätzlicher Konsum von illegalen Opioiden und weiterer psychotroper Substanzen ist besonders zu Beginn einer SGB häufig und soll aufgrund der Risiken (Interaktionen mit Substitutionsmittel) mit den PatientInnen eingehend thematisiert werden. Auch nach erfolgreicher Reduktion des Beikonsums kann

dieser wieder zunehmen. Er kann auch ein Hinweis auf eine psychische Störung sein (Selbstmedikation). Während der illegale Opioid- und Kokainkonsum unter genügend hoch dosierter SGB meist abnehmen, bleibt die Einnahme von Benzodiazepinen sowie der Alkohol- und Cannabiskonsum häufig unbeeinflusst. Todesfälle (unbeabsichtigt oder in suizidaler Absicht) treten besonders im Zusammenhang von Mischintoxikationen durch Opiode, Alkohol und Benzodiazepinen auf. Stehen Alkoholprobleme im Vordergrund, können Anti-Craving Medikamente (z.B. Acamprosat) verschrieben werden oder ein Versuch mit höher dosiertem Buprenorphin erfolgen; bei Kokainproblemen scheint Methadon effektiver zu sein.

**Benzodiazepine:** Im Allgemeinen sind Benzodiazepine bei Abhängigen kontraindiziert, können aber bei PatientInnen unter SGB bei psychischen Störungen dennoch angezeigt sein. Häufig werden sie zur kurzzeitigen Krisenintervention von depressiven Zuständen, Angst- oder Schlafstörungen verschrieben. Werden Benzodiazepine zur Selbstmedikation bei Depression oder Angststörungen konsumiert, kann versucht werden, auf ein Antidepressivum umzustellen. Besteht eine Benzodiazepinabhängigkeit, muss eine Reduktion langsam und kontrolliert erfolgen, am besten kombiniert mit psychotherapeutischer Unterstützung. Wird keine Benzodiazepin-Abstinenz erreicht, ist eine Benzodiazepin-Substitution zur Schadenminderung mit langwirksamen Präparaten sinnvoll. Dabei sollte ein missbräuchlicher Gebrauch (z.B. Verkauf) durch engmaschige Abgabe möglichst vermieden werden. Die verstärkte sedative und atemdepressive Wirkung einer Kombination von Benzodiazepinen mit Opioiden und Alkohol ist zu berücksichtigen.

Ein zusätzlicher Heroinkonsum kann mit einer SGB effektiv reduziert werden, wobei Diazetylmorphin effektiver ist als Methadon. Methadon und Buprenorphin sind in adäquaten Dosen etwa gleichwertig. Ein zusätzlicher Nutzen durch diverse psychotherapeutische Standardverfahren hinsichtlich der Abstinenz von illegalen Opioiden wurde bisher nicht belegt.



# Zusatzbehandlungen bei SGB

Die Behandlung von psychischen Störungen sowie von akuten und chronischen somatischen Erkrankungen nimmt einen wichtigen Stellenwert im Gesamtkonzept der SGB ein, zumal v.a. chronische Komorbiditäten die Lebenserwartung der Betroffenen limitieren. Unter Berücksichtigung der pharmakologischen Interaktionen mit den Substanzen der SGB, können die meisten dieser Komorbiditäten gleich oder ähnlich behandelt werden wie bei PatientInnen ohne Opioidabhängigkeit.

## **Impfungen**

Eine Impfung gegen Hepatitis A und B ist bei fehlender Immunogenität gegen diese Viren empfohlen; eine Impfung gegen Pneumokokken und gegen Grippe soll bei allen PatientInnen mit chronischen somatischen Erkrankungen erfolgen.

## **HIV- und Hepatitis C-Behandlung**

Infektionen mit HIV und Hepatitis C (HCV) treten bei Opioidabhängigen bekanntlich häufig auf. Alle SubstitutionspatientInnen sollen auf HIV, Hepatitis A, B und C getestet werden, bei negativem Befund und fortgesetztem Ansteckungsrisiko halbjährlich. Indikationsstellung und Durchführung einer antiviralen Therapie sind unter SGB gleich wie bei jeder anderen Person mit HIV oder Hepatitis C, ebenso sind die Behandlungserfolge vergleichbar. Die Behandlung ist von infektiologisch erfahrenen Ärzten bzw. in Zusammenarbeit mit InfektiologInnen respektive HepatologInnen durchzuführen.

Aus epidemiologischen Gründen muss eine HCV-Therapie bei allen Drogenabhängigen mit Hepatitis C in Betracht gezogen werden. Zu beachten ist, dass die Substitutionsdosis evtl. vorübergehend angepasst werden muss und bei Frauen eine sichere Kontrazeption notwendig ist. Vor der Therapie sind die PatientInnen auf die Reinfektionsgefahr auch nach erfolgreicher HCV-Behandlung hinzuweisen.

Der Metabolismus von Methadon wird durch zahlreiche HIV-Medikamente beeinflusst. Die Methadondosis ist bei Beginn, Ende oder Wechsel der

HIV-Medikation zu überprüfen um Überdosierung zu vermeiden. Buprenorphin wird einzig durch Atazanavir beeinflusst. Methadon und Buprenorphin haben ihrerseits keinen relevanten Einfluss auf die Verstoffwechselung der HIV-Medikamente.

Auf eine konsequente regelmässige Einnahme der antiviralen Medikation ist zu achten (Vermeidung der Resistenzentwicklung).

## **Schmerzbehandlung**

Viele Opioidabhängige leiden unter chronischen Schmerzen. Grundsätzlich sollen Schmerzen bei Substituierten so wie bei allen anderen PatientInnen nach dem WHO-Stufenschema angegangen werden. Aufgrund der Kreuztoleranz für die analgetische Wirkung von Opioiden müssen solche zur Erreichung der Schmerzfreiheit oft in einer höheren Dosierung verabreicht werden. Unter Methadonsubstitution ist eine Schmerzbekämpfung mit Morphin möglich. Bei Buprenorphin sind gemischt agonistisch-antagonistisch wirkende Präparate wegen der Gefahr einen Entzug auszulösen nicht ratsam. Die Substitutionsdosierung soll beibehalten und nicht reduziert werden, da Entzugssymptome die Schmerzempfindlichkeit erhöhen würden.

## **Psychische und soziale Störungen**

Komorbid psychische Störungen wie Angst, Depression, Persönlichkeitsstörungen, Folgen von Traumata, soziale Defizite und Fehlverhalten sind bei Opioidabhängigen häufig. Insbesondere ist auch auf eine rezidivierende Suizidalität zu achten. Solche Leiden treten evtl. erst im Laufe der SGB in Erscheinung oder verändern sich während der Behandlung. Eine SGB und eine begleitende soziale Unterstützung bezüglich Arbeit, Wohnen, Tagesstruktur und Problemen mit der Justiz etc. durch Fachleute aus dem sozialarbeiterischen Bereich machen es oft erst möglich, dass psychische Leiden überhaupt erfolgreich angegangen werden können. Auch wenn derartige Massnahmen bei sehr vielen SubstitutionspatientInnen indiziert sind, bedarf nicht jede und jeder Opioidabhängige

einer zusätzlichen somatischen, psychiatrischen, psychotherapeutischen Behandlung oder sozialen Unterstützung.

Eine ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung) ist bei Suchtkranken häufig, die Mechanismen für das komorbide Auftreten sind aber nicht hinlänglich geklärt. ADHS erhöht das Risiko für eine Suchterkrankung und umgekehrt kann der Substanzgebrauch ein Versuch der Selbstmedikation sein, um ADHS-Symptome zu lindern. Substanzabhängige mit ADHS haben eine schlechtere Prognose als jene ohne ADHS. Die Diagnose erfolgt klinisch und orientiert sich an der retrospektiven Erfassung der Symptome in der Kindheit und der aktuellen Symptomatik unter Zuhilfenahme von Fragebögen und umfassender Eigen- und Fremdanamnese. Insgesamt gestaltet sich die Diagnose aber schwierig, da sich Symptome der Sucht und weitere Störungen (Persönlichkeitsstörungen) oft überlappen. Stimulantien (Methylphenidat, Amphetamine) können bei gesicherter ADHS bei erwachsenen Drogenabhängigen verschrieben werden. Dabei sollte ein missbräuchlicher Gebrauch (z.B. Verkauf) durch engmaschige Abgabe möglichst vermieden werden. Generell wird ein multimodaler Behandlungsansatz empfohlen.

# Spezielle Aspekte während der Behandlung

## SGB im Spital und bei Freiheitsentzug

Eine bestehende SGB ist bei Hospitalisation und bei Strafvollzug im Gefängnis grundsätzlich weiterzuführen. Eine erzwungene Abstinenz muss vermieden werden. Bei Opioidabhängigen ohne bisherige SGB kann eine solche bei Spitaleintritt durchaus eingefädelt oder begonnen werden. Vor der Entlassung ist die weitere Abgabe des Substitutionsmedikamentes von den entsprechenden Institutionen zu organisieren. Im Gefängnis ist die Fortsetzung oder die Einleitung einer SGB empfehlenswert, um die Betroffenen vor Risikoverhalten in der Haft und Überdosierungen (Toleranzverlust) in Urlauben und nach Entlassung zu schützen. Indikationskriterien und Behandlung sind identisch wie in Freiheit.

## SGB in stationären Drogentherapieeinrichtungen

Für Substituierte besteht mittlerweile die Möglichkeit, unter bestimmten Voraussetzungen (geregelter Abgabe, medizinisches und soziales Versorgungsnetzwerk) eine soziale Rehabilitation im stationären Rahmen auch unter einer SGB zu beginnen und erst während des Aufenthalts die Substitutionsbehandlung zu beenden, bzw. um eine Stabilisierung der SGB in Hinblick auf die Zeit nach dem Austritt zu erreichen.

## Genderspezifische Aspekte

Neuere Untersuchungen weisen auf geschlechtsspezifische Charakteristika in der Pharmakodynamik und Pharmakokinetik von Opioiden hin. Wichtiger sind aber vom Geschlecht unabhängige genetische Unterschiede beim Metabolismus, die bei der Dosisfindung zu berücksichtigen sind. Unterschiede im Körpergewicht und Verteilungsvolumen spielen dabei nur eine untergeordnete Rolle. Die optimale Dosierung des Substitutionsmedikaments ist daher bei Männern wie auch Frauen individuell und klinisch zu ermitteln.

Geschlechtsunterschiede bestehen auch in psychologischer und sozialer Hinsicht. So leiden abhängige Frauen häufiger als Männer an Depressionen, Angst-

störungen, Essstörungen und posttraumatischen Belastungsstörungen u.a. infolge von Gewalt- oder Missbrauchserfahrungen. Bei Frauen liegen auch die HIV- und HCV-Infektionsraten höher.

## Kontrazeption

Auch drogenabhängige Menschen sind sexuell aktiv. Wegen fehlender Kontrazeption und fälschlich angenommener Unfruchtbarkeit bei Amenorrhoe ist das Risiko für ungewollte Schwangerschaft und sexuell übertragbare Infektionskrankheiten hoch. Angesichts der wenig stabilen Lebenssituation vieler Opioidabhängiger ist eine Kontrazeption mit geringer Anforderung an die Compliance empfehlenswert. Bei entsprechenden Risikogruppen (häufiger Partnerwechsel, Prostitution) ist zum Schutz die zusätzliche Anwendung von Kondomen für beide Geschlechter (Femidom, Kondom) angezeigt. Wichtig: Opioidabhängige Personen müssen informiert sein, dass trotz Amenorrhoe ein Schwangerschaftsrisiko besteht! Orale Kontrazeptiva interagieren nicht mit den Substitutionssubstanzen.

## Schwangerschaft

Suchtbelastete Schwangerschaften gelten als Risikoschwangerschaften und ist die werdende Mutter opioidabhängig, stellt dies eine Indikation zur SGB dar. Mittel der Wahl sind Methadon, Buprenorphin, alternativ evtl. auch retardiertes Morphin. Die Dosis muss während der Schwangerschaft regelmässig überprüft und evtl. angepasst werden (Entzugssymptome). Opioidentzug „stresst“ das ungeborene Kind und wird generell nicht empfohlen. Die Entbindung soll in einem spezialisierten Spital erfolgen, da bei Neugeborenen, deren Mütter während der Schwangerschaft mit Opioiden substituiert wurden, mit Entzugsserscheinungen zu rechnen ist, die jedoch gut behandelt werden können. Die Dosis des Substitutionsmittels vor der Geburt steht dabei in keinem Zusammenhang mit der Schwere des kindlichen Entzugssyndroms. Stillen wird Müttern unter SGB generell empfohlen, ausser bei HIV- und evtl. auch HCV-infizierten Müttern. Der individuelle Bedarf an sozialer Unterstützung ist gemeinsam mit der werdenden Mutter zu prüfen, ebenso wie die Notwen-

digkeit das Jugendamt einzuschalten. Frühkindliche Entwicklungsstörungen sind häufig, darum muss die postnatale Lebensentwicklung professionell begleitet werden.

### **Interkulturelle Aspekte**

In der Schweiz sind mit steigender Tendenz etwa 20% der substituierten PatientInnen Migranten oder haben einen Migrationshintergrund. Neben sprachlichen und soziokulturellen Hindernissen bestehen oftmals auch soziale Isolation und mangelndes Selbstvertrauen. Hinzu kommen nicht selten auch ausländerrechtliche Schwierigkeiten (drohende Ausweisung).

Eine gemeinsame Sprache zwischen PatientIn und TherapeutIn ist von zentraler Bedeutung für einen Erfolg der SGB. Die Benützung der Muttersprache sowie ein interkulturelles Vorgehen mit Einbezug einer definierten Schlüsselperson mit Kenntnis des sozio-kulturellen Kontexts sind anzustreben. In der Schweiz existieren zudem viele spezialisierte interkulturelle Übersetzungsdienste.

### **Alternde Opioidabhängige**

Das durchschnittliche Alter der PatientInnen und Patienten in einer SGB nimmt zu. Typische Alterserkrankungen wie Osteoporose, Mangel- oder Fehlernährung, chronische Infektionskrankheiten, Leberversagen, Atem- und Herzkreislaufbeschwerden sowie kognitive Einschränkungen treten bei Opioidabhängigen früher und häufiger auf als in der gleichaltrigen Normalpopulation. Verfügbare medizinische und soziale Ressourcen sollen genutzt werden, um zunehmend pflegebedürftige Opioidabhängige so lange wie möglich in gewohnter Umgebung zu versorgen. Ist dies nicht mehr möglich, so stellen Alten- und Pflegeheime oder betreute Wohnformen eine Alternative

dar, in denen mithilfe eines koordinierten Versorgungsnetzwerkes die SGB weitergeführt werden kann.

### **Fahreignung und Arbeitsfähigkeit**

Die Fahreignung/Fahrfähigkeit sowie die Arbeitsfähigkeit sind unter stabiler Opioiddosierung, unabhängig von der Dosis, im Rahmen einer SGB grundsätzlich nicht in Frage gestellt. Andere Faktoren (Persönlichkeitsstruktur, Konsum weiterer psychotrope Substanzen) spielen bei der Beurteilung eine wichtige Rolle. Im Zweifelsfall müssen individuelle Abklärungen erfolgen.

# Beendigung der SGB

Der Abstinenzwunsch von PatientInnen muss stets ernst genommen werden. Die oder der Opioidabhängige ist nach seinen Hoffnungen und Motiven zu befragen. Auf jeden Fall muss bei Abstinenzabsicht über den Toleranzverlust und die erhöhte Gefahr einer Überdosierung bei erneutem Opioidkonsum informiert werden. Rückfälle in den illegalen Opioidkonsum nach Beendigung einer SGB sind sehr häufig und mit einer erheblichen Mortalität assoziiert. Ein hochprofessionelles Vorgehen mit intensiver Betreuung kann die Erfolgschancen eines Entzugs erhöhen. Bei Rückfällen ist eine SGB nach Möglichkeit rasch wieder aufzunehmen. Das Angebot einer Betreuung während der Zeit der Abstinenz soll gewährleistet werden.

Um Entzugssymptome möglichst gering zu halten, ist bei Beendigung einer SGB ein langsames Ausschleichen der Substitutionssubstanz über Wochen oder sogar Monate angezeigt.

- **Empfehlungen für Methadon:** Die Dosis kann wöchentlich um 5 mg reduziert werden. Sobald eine Dosis von 20 oder 30 mg erreicht ist, werden kleinere Dosisschritte empfohlen, am Ende evtl. sogar in 1 mg-Schritten. Erweisen sich die letzten Milligramme Methadon dennoch als schwierig, kann eine Umstellung auf Buprenorphin erfolgen, das leichter abzusetzen ist. Ein ähnliches Vorgehen kann für retardiertes Morphin empfohlen werden.

- **Empfehlungen für Buprenorphin:** Bei Buprenorphin kann das Ausschleichen exponentiell (wöchentliche Halbierung der Dosis) oder linear erfolgen (Dosisreduktion um zum Beispiel 2 mg pro Woche). Art und Dauer des Entzugs müssen mit den PatientInnen ausgehandelt werden.

# Hilfreiche Web-Adressen

<http://www.ssam.ch>: Empfehlungen für SGB, Lang-/Kurzversion; weiteres zu Suchtmedizin

<http://www.praxis-suchtmedizin.ch>: Praxisorientiertes Handbuch für Grundversorger

<http://medicine.iupui.edu/clinpharm/ddis/>: CYP450-Interaktionstabelle

<http://www.swissmedic.ch>: Zugelassene Wirkstoffe, Information zu Betäubungsmitteln, Auslandsreisen

<http://www.indro-online.de/laender.htm>: Weltweite Reisebestimmungen für Substitutionspatienten

<http://www.torsades.org/>: QTc-Verlängerung, Arrhythmien

<http://www.europeanaidscinicalsociety.org> HIV

<http://www.hiv-druginteractions.org/>: Medikamenteninteraktionen in der HIV-Therapie

<http://www.hiv.ch>: Forum für Information und Diskussion über HIV/AIDS

<http://www.sevhep.ch>: Hepatitis

<http://www.hepch.ch>: Hepatitis

<http://www.hepconnect.ch>: Hepatitis Behandlungszentren

<http://www.romandieaddiction.ch>: Collège Romand de Médecine de l'Addiction

<http://www.fosumos.ch>: Forum Suchtmedizin Ostschweiz

<http://www.fosumis.ch> Forum Suchtmedizin Innerschweiz

<http://www.ticinoaddiction.ch/> ticino[addiction]

<http://www.infoset.ch>: Die Schweizer Web-Adresse im Suchtbereich: Drogen - Sucht - Therapie – Hilfe

<http://www.inter-pret.ch/interkulturelles-uebersetzen/die-regionalen-vermittlungsstellen.html>:  
Link zu Vermittlungsstellen interkultureller Übersetzer

<http://miges.admin.ch/>: Website zu Migration und Gesundheit des BAG

<http://www.weiterbildungsucht.ch>: Expertengruppe Weiterbildung Sucht

<http://www.bildungsucht.ch>: Website zur Suche nach Weiterbildungsangebot im Suchtbereich



## **Impressum**

© Bundesamt für Gesundheit (BAG)  
Herausgeber: Bundesamt für Gesundheit  
Publikationszeitpunkt: Juli 2013

Korrespondenz:  
René Stamm  
Bundesamt für Gesundheit BAG  
Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit  
Sektion Drogen  
CH - 3003 Bern  
Tel. +41 31 323 87 83  
Fax +41 31 323 87 89  
[rene.stamm@bag.admin.ch](mailto:rene.stamm@bag.admin.ch)  
[www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)

Redaktion  
SSAM und Mediscope AG, im Auftrag des BAG

Diese Publikation erscheint in deutscher, französischer, englischer und italienischer Sprache  
als PDF

Layout: Silversign, visuelle Kommunikation, Bern  
Fotos: Fotolia