

Zombies in der opioidgestützten Behandlung!

Populäre Irrtümer zur Opioidagonistentherapie

PD Dr. med. Marc Vogel, MScPH
Leitender Arzt
Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

<https://www.spiegel.de/geschichte/zum-start-von-world-war-z-fuenf-wahrheiten-ueber-zombies-a-951179.html#fotostrecke-05e5cba2-0001-0002-0000-000000110380>

Was wissen wir über Zombies, Vampire und ähnliches?

- › Man nennt sie auch Untote oder Wiedergänger
- › Sie entstammen der Folklore, der Religion und der Mythologie
- › Sie sind eigentlich schon gestorben, aber immer noch anzutreffen
- › Sie sind schwer aus der Welt zu schaffen
- › Sie richten ziemlichen Schaden an
- › Zombies kommen selten allein
- › Sie vermehren sich, wenn man sich ihnen nicht entgegenstellt

Also: Besser, man ist vorbereitet ☺

ALL-HAZARDS EMERGENCY KIT

Assemble the following items to create a kit for your home, office, school, or vehicle:

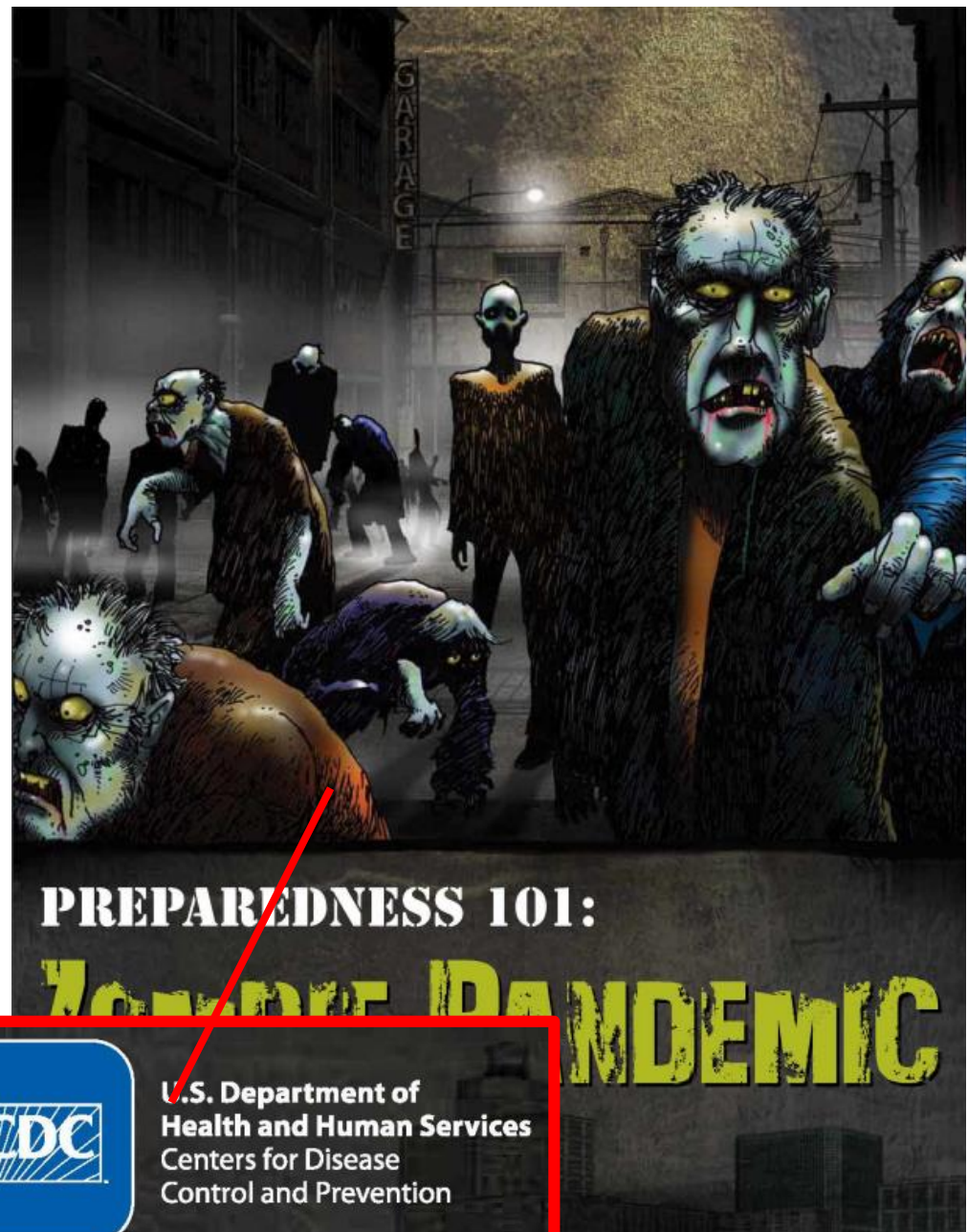
- Water—one gallon per person, per day
- Food—nonperishable, easy-to-prepare items (minimum 3 day supply)
- Flashlight
- Battery-powered or hand-crank radio (NOAA Weather Radio, if possible)
- Extra batteries
- First aid kit (whistle, antibiotic ointment, bandages, face masks, gloves and reference book)
- Medications (7 day supply and medicinal dispensers if necessary)
- Multipurpose supplies (wrench, pliers, plastic sheet, duct tape, scissors, matches)
- Sanitation/personal hygiene items and bleach
- Copies of personal documents (medication list and pertinent medical information, proof of address, deed/lease to home, passports, birth certificates, insurance policies)
- Cell phone with charger
- Family Disaster Plan (family and emergency contact information)
- Extra cash
- Emergency blanket, extra clothes, sleeping bag (1 for each person)
- Map(s) of the area

Consider the needs of all family members and add supplies to your kit.

Suggested items to help meet additional needs are:

- Specific medical supplies (hearing aids/extra batteries, glasses, contact lenses, syringes, cane)
- Baby supplies (bottles, formula, baby food, diapers)
- Games and activities for children
- Pet supplies (collar, leash, ID, food, carrier, bowl)
- Two-way radios
- Extra set of car keys and house keys

For more information visit: www.cdc.gov/phpr



U.S. Department of
Health and Human Services
Centers for Disease
Control and Prevention

Untote Ideen, die man rund um die opioidgestützte Behandlung (OGB) immer wieder antrifft

1. Abhängigkeit ist selbstverschuldet und ein Lifestyleproblem
2. Eine Einnahme von Medikamenten unter Sicht in der OGB ist sicherer als Mitgaben und mit einem besseren Behandlungsverlauf verbunden
3. Rückfälle in der Behandlung sind immer schlecht und ein Zeichen eines ungünstigen Therapieverlaufs
4. Rückfälle sind ein Zeichen mangelnder Motivation
5. Urinproben sind verlässlich, besser als die Eigenangaben der Patienten und notwendig im Verlauf einer Behandlung
6. Eine geringe Substitutions-Dosis ist sicher und anzustreben. PatientInnen wollen die Dosen immer steigern, wenn sie können
7. In der Behandlung der Opioidabhängigkeit hat man kaum Erfolge
8. Abstinenz ist das oberste Behandlungsziel
9. Die Dauer einer OGB sollte begrenzt sein
10. Das Substitut wirkt schmerzlindernd
11. Mit PatientInnen in OGB kann man keine Psychotherapie durchführen
12. PatientInnen in OGB sind unzuverlässiger als alle anderen
13. Methadon sollte mit Sirup versetzt werden, um Injektionen zu verhindern
14. Aufgrund der Gefahr des Medikamentenmissbrauchs sollte ein ADHS bei PatientInnen in OGB nicht mit Stimulanzien behandelt werden
15. Es gibt „Substitutionsärzte“ und andere
16. Wenn man den PatientInnen pharmazeutisches Heroin anbietet, dann wollen alle in diese Behandlungsform“

Die besten Mittel gegen untote Ideen sind...

Evidenz und Guidelines!



Medizinische Empfehlungen für Opioidagonistentherapie (OAT) bei Opioidabhängigkeits-Syndrom 2020

Erstellt durch Mitglieder der Schweizerischen Gesellschaft für Suchtmedizin, SSAM

Verfalldatum: Januar 2025

Steuerungsgruppe (alphabetisch):

Thilo Beck, Dr. med., Arud Zentrum für Suchtmedizin, Zürich

Barbara Broers, Prof. Dr. med., Département de Médecine Communautaire (HUG) Genf

Philip Bruggmann, PD Dr. med., Arud Zentrum für Suchtmedizin, Zürich

Robert Hämmig, Dr. med., Dr. Robert GmbH, Bern

Mitautoren:

Carlo Cafilisch, Dr. med., Universitätsklinik Zürich, Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen, Zürich

Luis Falcato, lic. phil., Arud, Zentrum für Suchtmedizin, Zürich

Annabel Fink, lic. phil., Selbständige Medizinethnologin und Pflegefachfrau, Bern

George Riesen, Dr. med., Praxis Therapiemurten, Murten

Johannes Strasser, Dr. med., Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK), Basel

Marc Vogel, PD Dr. med., Psychiatrische Dienste Thurgau, Münsterlingen

Hans Wolff, Prof. Dr. med., Service de médecine pénitentiaire (HUG)

Praxis Suchtmedizin Schweiz
Praticien Addiction Suisse
Medico e Dipendenza Svizzera

help@ Kontakt Links Veranstaltungen Über Praxis Suchtmedizin

Aktuelle Seite: Home DE FR IT

Details
Zuletzt aktualisiert: 30. März 2022

News

30.03.22: Ein Artikel im **Swiss Medical Forum**, 2022;22(1314):214-216 von Markus Heim: **Hepatitis C ist heilbar – eine Erfolgsgeschichte der biomedizinischen Forschung**. Bis vor kurzem war die chronische Hepatitis C die häufigste Ursache für eine Lebertransplantation in der Schweiz. Jetzt ist diese Infektionskrankheit (fast immer) heilbar.

01.02.22: In der Literatur ist der Wissensstand, wie **orales DAM (Diacetylmorphin = medizinisches Heroin)** angewendet wird, bisher beschränkt. Eine **Publikation** (PubMed, englisch), die unter Mitwirkung von Thilo Beck von der **Arud** entstanden ist, fasst nun dieses Wissen unter der Berücksichtigung von klinischen Erfahrungen zusammen. Diskutiert wird darin auch die geeignete Zielgruppe für diese Therapieform. Die Schweiz ist derzeit das einzige Land mit Programmen für perorale DAM-Therapien.

25.01.22: Ab sofort besteht die Möglichkeit, sich für das Seminar **"Einführung in die Motivierende Gesprächsführung für Hausärzt*innen und Apotheker*innen"**, organisiert durch FOSUMOS, anzumelden. Weitere **Infos** oder direkt zur **Anmeldung**.

21.01.22: **Swiss Medical Weekly**, 2022;152:w30122: Eine neu erschienene **Studie** (in englisch) untersucht die **Corona-Risiken für Menschen in einer Opioidagonistentherapie (OAT)** in Zürich. Sie zeigt eine hohe SARS-CoV-2-Seroprävalenz (Häufigkeit des serologischen Nachweises von Antikörper), aber kein schwerer Verlauf der COVID-19-Erkrankung bei Opioid-Agonisten in Zürich. Die dreifach höhere Seroprävalenz deutet auf eine überdurchschnittlich hohe Virusexposition von Personen in einer Opioidagonistentherapie (OAT) hin.

09.12.21: In eigener Sache: das Kapitel **Designerdrogen** ist von verschiedenen Suchtfachexperten komplett überarbeitet worden und steht nun in allen drei Sprachen zur Verfügung.

09.12.21: Ein Artikel im **Swiss Medic Forum** (2021;21(4950):843-847) von Iff Samuel et al. zum Thema **"Image and performance enhancing drugs im Freizeitsport"**. Zur

Suchen ...

Wer ist online?

Aktuell sind 305 Gäste und keine Mitglieder online

Kant. Regelungen
Kantonsärzte
Suchtfachstellen
Strassenverkehrsämter
Motivierende Gesprächsführung
E-Learning
Kurzintervention
Infos für Apotheker

FOSUMOS
Praxis Suchtmedizin Schweiz
Praticien Addiction Suisse
Medico e Dipendenza Svizzera
FOSUMIS

1. „Eine Abhängigkeitserkrankung ist selbstverschuldet und ein Lifestyleproblem“

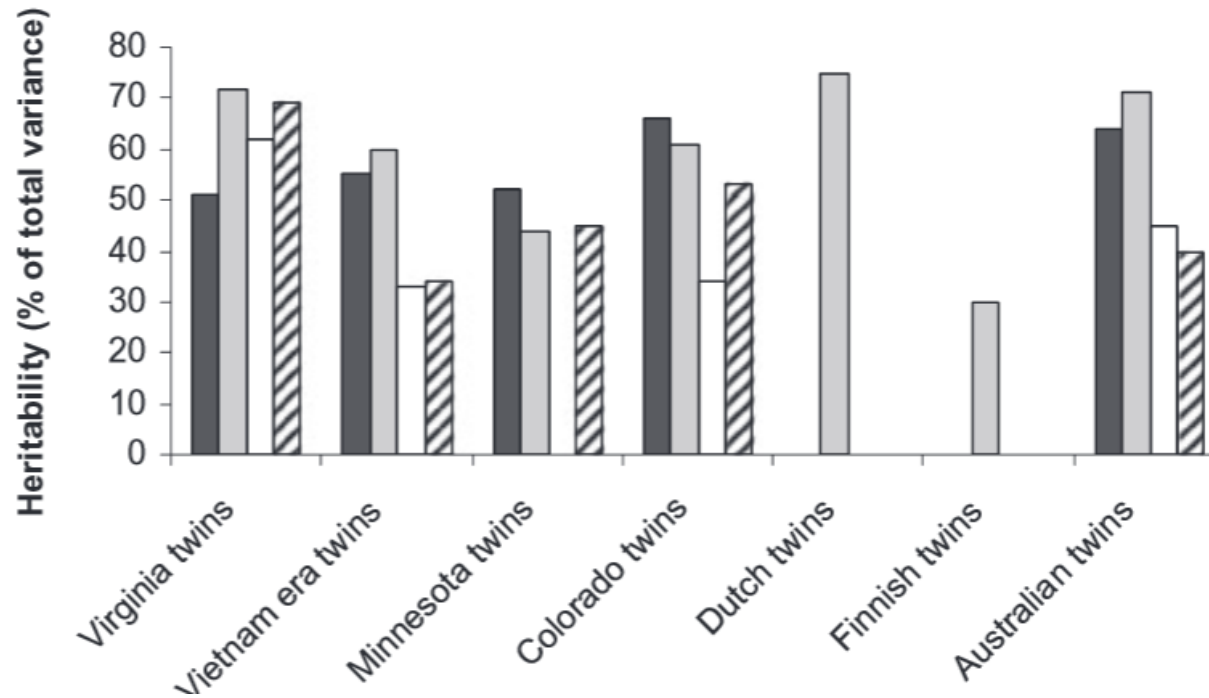
Abhängigkeit Erkrankung oder Charakterproblem?

- › Substanzbezogene Störungen wurden erst 1965 im ICD-8 als psychiatrische Störungen definiert, wurden aber zur Kategorie „neurotische Störungen, Persönlichkeitsstörungen (Psychopathien) und andere nicht-psychotische psychiatrische Störungen“ gezählt
- › Die Sicht auf Abhängigkeit als „life-style“-Entscheidung oder Willensschwäche blieb bestehen
- › Sozialtherapeutisches Paradigma in der Behandlung
- › Medizinische und psychiatrische Behandlungen wurden selten eingesetzt. Dies änderte sich mit dem ICD-10, in welchem Substanzgebrauchsstörungen als eigenständige psychiatrische Erkrankungen anerkannt wurden, als Erkrankungen des Gehirns ähnlich der Schizophrenie
- › ICD-11 (2023?): Verhaltenssuchte (seit 2013 im anderen gängigen Klassifikationssystem DSM-V)

*)ICD: International Classification of Diseases der WHO

Genetik

- Alcoholism
- Nicotine Dependence
- Cannabis use disorders
- ▨ Any illicit drug use disorders



Agrawal, A., & Lynskey, M. T. (2008). Are there genetic influences on addiction: Evidence from family, adoption and twin studies. *Addiction*, 103(7), 1069–1081.

Risikofaktoren der Abhängigkeitsentwicklung

Kontextuell:

- Verfügbarkeit
- Positive Besetzung des Konsums in der Bevölkerung

Individuell und interpersonell:

- Missbrauch oder Vernachlässigung
- Belastende Lebensereignisse
- Schlechte familiäre Beziehungen
- Internalisierendes Verhalten
- Externalisierendes Verhalten
- Positive Erwartungen bzgl. Substanzgebrauch
- Gebrauch und Normen der Peergruppe
- Frühes Verlassen des Elternhauses
- Arbeit im Jugendalter
- Niedriges Bildungsniveau

Strukturell:

- niedriger sozioökonomischer Status
- soziale Umgebung
- ethnische Minderheit

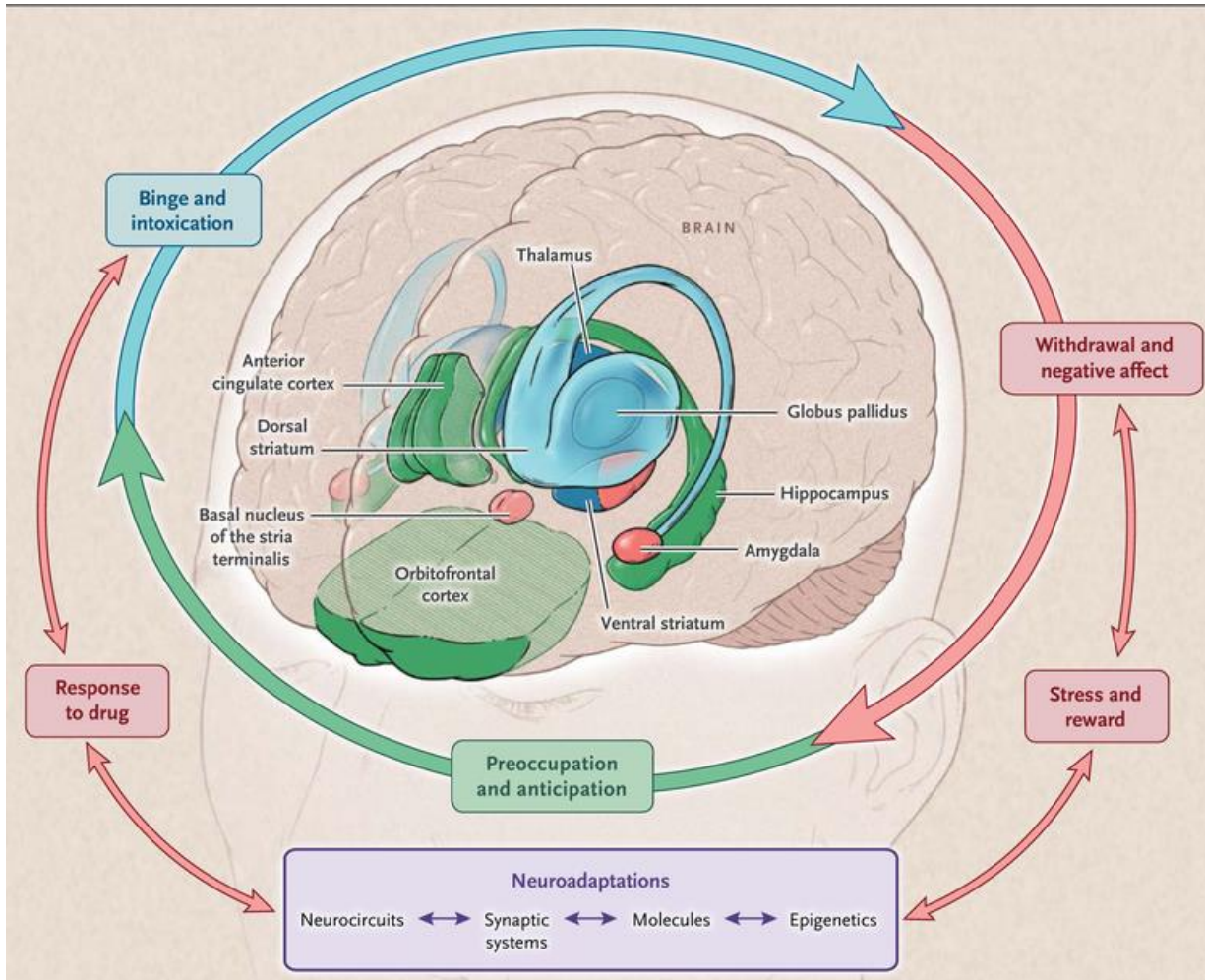
Familiär:

- niedriges elterliches Bildungsniveau
- elterlicher Konflikt/Trennung
- elterliche Psychopathologie
- positive Familienanamnese für Substanzkonsum

Individuell:

- genetische Faktoren
- männliches Geschlecht
- prä- oder postnatale Exposition
- Einkommen

Neuronal-molekularbiologische Veränderungen am Beispiel der Opioidabhängigkeit



- Intoxikation: Opiode aktivieren die Belohnungsregionen (blau), dieser Effekt wird verstärkt durch konditionierte Reize in durch Antizipation aktivierten Regionen (grün)
- Entzug: Aktivierung von emotionsverarbeitenden Hirnarealen (Pink) führt zu negativen Emotionen und erhöhter Stressempfindlichkeit
- Präokkupation: verminderte Funktion des präfrontalen Kortex führt zu Dysbalance zwischen Verlangen und Abstinenzwillen, was zu Rückfall und erneuter Intoxikation führt
- Die Belohnungsverarbeitung verändert sich während der Transition vom beginnenden Konsum zur Abhängigkeit: drogenassoziierte Reize gewinnen, natürliche Verstärker verlieren an Bedeutung; ein Shift vom ventralen zum dorsalen Striatum zeigt die zunehmende Bedeutung der negativen Emotionen

Kreek, M. J., Levran, O., Reed, B., Schlussman, S. D., Zhou, Y., & Butelman, E. R. (2012). Opiate addiction and cocaine addiction: underlying molecular neurobiology and genetics. *The Journal of Clinical Investigation*, 122(10), 3387–93. | Walter, M., Gerber, H., Kuhl, H. C., Schmid, O., Joechle, W., Lanz, C., ... Borgwardt, S. J. (2013). Acute effects of intravenous heroin on the hypothalamic-pituitary-adrenal axis response: a controlled trial. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 33(2), 193–8. | Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction. *The New England Journal of Medicine*, 374(4), 363–71.

Fazit

Die Opioidabhängigkeit ist eine Erkrankung, die mit Veränderungen im Gehirn einhergeht. Bei ihrer Entstehung sind eine Reihe von Risikofaktoren beteiligt, von denen die genetische Vorbelastung den grössten Einfluss hat.

www.reddit.com/r/RedditDayOf/comments/9sck8t/four_theories_about_why_vampires_hate_garlic/

2. „Eine Einnahme von Medikamenten unter Sicht in der OAT ist sicherer als Mitgaben und mit einem besseren Behandlungsverlauf verbunden“

Systematisches Review 2017: **keine** signifikanten Unterschiede zwischen supervidiierter und nicht-supervidiierter Einnahme bzgl.

- Retention nach 3 Monaten (n=716; RR 0.94; 95%CI 0.82-1.05)
- Abstinenz (67 vs. 60%; n=293)
- Weitergabe der Medikation (5% vs. 2%; n=293)
- Mortalität (MR 1.23; 95%CI 0.67-2.27; n=230)
- Allerdings: qualitativ schlechte Studien

Meta-Analyse von 2019:

- Stop der Mitgabe als Sanktion bei vermeintlicher Unzuverlässigkeit ist mit niedrigerer Retention in der Behandlung verbunden (68% vs. 77%, RR 0.86; 95%CI 0.76-0.99)

Saulle, R., Vecchi, S., & Gowing, L. (2017). Supervised dosing with a long-acting opioid medication in the management of opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011983.pub2>

Korownyk, C., Perry, D., Ton, J., Kolber, M. R., Garrison, S., Thomas, B., Allan, G. M., Dugré, N., Finley, C. R., Ting, R., Yang, P. R., Vandermeer, B., & Lindblad, A. J. (2019). Opioid use disorder in primary care: PEER umbrella systematic review of systematic reviews. *Canadian Family Physician Medecin de Famille Canadien*, 65(5), e194–e206. [/pmc/articles/PMC6516704/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/316704/)



Cochrane Database of Systematic Reviews

Supervised dosing with a long-acting opioid medication in the management of opioid dependence (Review)

Saulle R, Vecchi S, Gowing L

UPK
Universitäre
Psychiatrische Kliniken
Basel

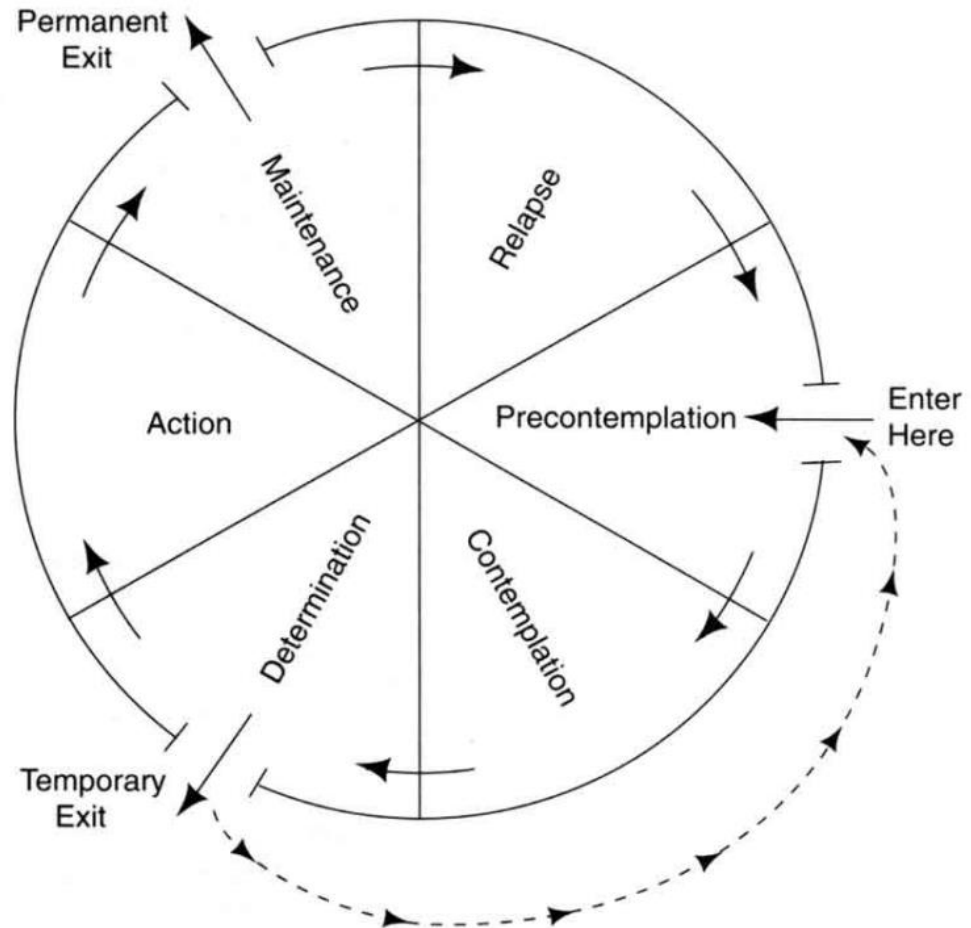
Medizinische Empfehlungen der Schweizer Gesellschaft für Suchtmedizin zu Mitgaben in der OAT

- Tägliche Verabreichung und kontrollierte Einnahme des Opioidagonisten zu Beginn einer OAT erleichtern die Dosisfindung und dienen dem gegenseitigen Kennenlernen. Ab Beginn der Behandlung sind Wochenendmitgaben kaum problematisch.
- Im weiteren Verlauf können Mitgaben der Opioidagonisten den Behandlungserfolg verbessern (Verminderung des Beikonsums psychotroper Substanzen, erhöhte Retention), wenn sie als positive Verhaltensverstärker eingesetzt werden, und sind zum Teil notwendig, um die (Re-)Integrations-bemühungen nicht zu gefährden
- Die gesetzliche Limite für eine Maximaldauer der Mitgabe ist ein Monat
- Erhalten die Patienten Mitgaben, müssen sie in der Lage sein, die Opioidagonisten selber einzuteilen und verantwortungsvoll zu verwalten. Mindestens ein Teil der tödlich verlaufenden Intoxikationen von Kindern lassen sich durch kindersichere Verpackungen vermeiden. Der Konsum von intoxicierenden Substanzen (Beikonsum, Nebekonsum) kann die Fähigkeit, die Opioidagonisten selber zu verwalten und einzuteilen, herabsetzen.

Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin (SSAM). (2020). *Medizinische Empfehlungen für Opioidagonistentherapie (OAT) bei Opioidabhängigkeits-Syndrom 2020* (pp. 1–115). <https://www.ssam.ch/fachleute/empfehlungen/opioidagonistentherapie>

3. „Rückfälle in der Behandlung sind immer schlecht und ein Zeichen eines ungünstigen Therapieverlaufs“

- › Veränderungsmodell süchtigen Verhaltens wird bei Nikotinabhängigen im Schnitt ca. 5 mal durchlaufen, bevor eine dauerhafte Veränderung eingeleitet werden kann
- › Alkoholabhängige Patienten, die nach einem Rückfall aus der Behandlung entlassen wurden, weisen sehr niedrige Abstinenzraten nach Klinikaustritt auf. Dagegen haben rückfällige Patienten, die nicht entlassen wurden, eine ähnlich gute Prognose wie Abhängige ohne Rückfall
- › Diese Phänomene sind übertragbar auf andere Suchterkrankungen
- › Wie sich Rückfälle auf die Gesundheit des Patienten auswirken, wird im Wesentlichen durch den *Umgang* mit Rückfällen durch die Behandler bestimmt
- › Rückfall-Analysen sind inzwischen Bestandteil aller evidenzbasierten Behandlungsprogramme!



Prochaska & DiClemente, 1992

Küfner H, Feuerlein W, Huber M (1988) Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahreskatamnesen, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung. Suchtgefahren 34:157–272

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102–1114.

4. „Rückfälle sind ein Zeichen mangelnder Motivation“

- › Rückfälle stellen ein Kernsymptom einer Abhängigkeitserkrankung dar: „Viewing addiction as a chronic, relapsing disorder means that a good treatment outcome, and the most reasonable expectation, is a significant decrease in drug use and long periods of abstinence, with only occasional relapses. That makes a reasonable standard for treatment success—as is the case for other chronic illnesses—the management of the illness, not a cure.” (Leshner, *Addiction Is a Brain Disease, and It Matters*, Science, 1997)
- › Sie sind somit „typisch“ im Kontext der Sucht
- › Sie sollten weder dramatisiert noch bagatellisiert werden
- › Motivation hat mit Rückfällen nur bedingt etwas zu tun
- › Aber: Sucht ist auch nicht immer eine chronische Erkrankung (Mittelwert von 5, Median von 2 Versuchen abstinent zu werden)

Leshner, A. I. (1997). *Addiction Is a Brain Disease, and It Matters*. Science, 278(5335), 45–47.

Kelly, J. F., Greene, M. C., Bergman, B. G., White, W. L., & Hoepfner, B. B. (2019). How Many Recovery Attempts Does it Take to Successfully Resolve an Alcohol or Drug Problem? Estimates and Correlates From a National Study of Recovering U.S. Adults. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 43(7), 1533–1544. <https://doi.org/10.1111/acer.14067>

5. „Urinproben sind verlässlich, besser als die Eigenangaben der Patienten und notwendig im Verlauf einer Behandlung“

Querschnittstudie an 293 opioidabhängigen Patienten:

- › Eigenangaben zu Substanzkonsum und Urinalysen stimmen in ca. 89% der Fälle überein
- › Übereinstimmung höher mit längerer Behandlungsdauer
- › Eigenangaben negativ, aber UP positiv: 27/436=6%; Eigenangaben positiv, aber UP negativ: 15/436=3%

Eigene Studie zu BZD in der OGB: Übereinstimmung in 88% der Fälle, in 7% kein Konsum angegeben, aber UP positiv; in 5% Konsum angegeben, aber UP negativ!

- › Verlässlichkeit der Eigenangaben ist hoch, solange es keine Sanktionen gibt
- › 100% Verlässlichkeit gibt es bei keiner Methode

Merke: Die Schweizer Gesellschaft für Suchtmedizin empfiehlt, keine systematischen Urinalysen in der OGB durchzuführen, da diese keinen Mehrgewinn an Information bieten (SSAM, 2020). Eine Ausnahme stellt der Therapiebeginn dar zum indirekten Nachweis einer Opioidtoleranz.

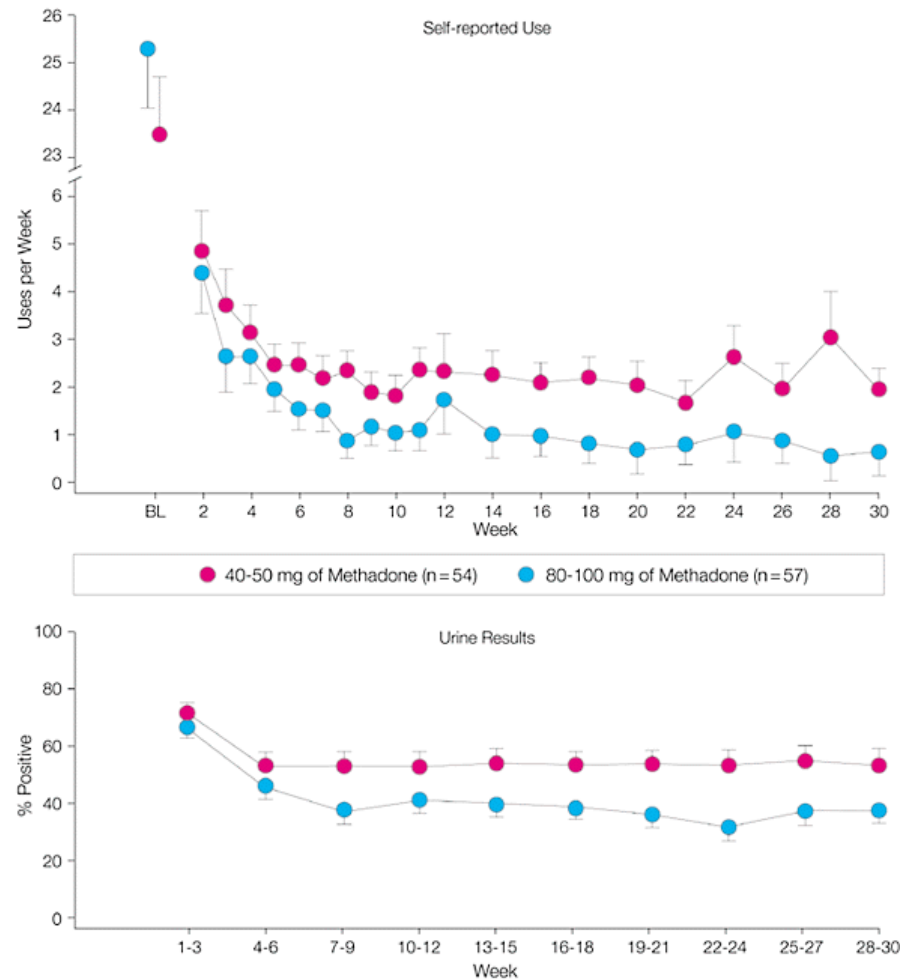
Shadloo, B., Baheshmat, S., Rostam-Abadi, Y., Shakeri, A., Gholami, J., & Rahimi-Movaghar, A. (2022). Comparison of self-reported substance use with biological testing among treatment-seeking patients with opioid use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 134, 108555.

Vogel, M., Dürsteler-MacFarland, K. M., Walter, M., Strasser, J., Fehr, S., Prieto, L., & Wiesbeck, G. a. (2011). Prolonged use of benzodiazepines is associated with childhood trauma in opioid-maintained patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 119(1–2), 93–98.

Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin (SSAM). (2020). Medizinische Empfehlungen für Opioidagonistentherapie (OAT) bei Opioidabhängigkeits-Syndrom 2020 (pp. 1–115). <https://www.ssam.ch/fachleute/empfehlungen/opioidagonistentherapie>

6. „Eine geringe Substitutions-Dosis ist sicher und anzustreben. Patienten wollen die Dosis immer steigern, wenn sie können“

- › Im Gegenteil, höhere Dosen (z.B. 80-120 mg Methadon/d, 600-1200 mg slow release Morphin/d) sind effektiver als tiefere in Bezug auf die primären Therapieziele (Gebrauch nicht-verschreibender Opiode und assoziiertes Risikoverhalten). Tgl. Dosen von 200 mg Methadon/d oder 2000 mg SRM sind nicht ungewöhnlich
- › Die effektive Dosis muss klinisch gefunden und angepasst werden. Eine optimale Dosis ist dann erreicht, wenn Patienten während 24 Stunden am Tag nicht unter Entzugssymptomen, Craving nach Opioiden oder ungewollter Sedierung leiden
- › Dosis-Limiten sind weder nötig noch evidenzbasiert!
- › Patienten eskalieren die Dosis auch bei fehlenden Dosis-Obergrenzen nicht
- › Verschiedene Leitlinien empfehlen Dosen *oberhalb* 60-80 mg Methadon pro Tag



Faggiano F, et al. Methadone maintenance at different dosages for opioid dependence. Cochrane Database Syst Rev. 2003 | Leavitt SB, Shinderman M, et al. When “Enough” is not enough: new perspectives on optimal methadone maintenance dose. Mt Sinai J Med. 2000
 Strain, E. C., Bigelow, G. E., Liebson, I. A., & Stitzer, M. L. (1999). Moderate- vs high-dose methadone in the treatment of opioid dependence: a randomized trial. JAMA, 281(11), 1000–1005. <https://doi.org/10.1001/jama.281.11.1000>

7. „In der Behandlung der Opioidabhängigkeit hat man kaum Erfolge“

Number needed to treat im Vergleich (www.thennt.com)

- Antibiotika bei exazerbierter COPD: 3
- Aripiprazol vs. Placebo bei Schizophrenie: 5
- Antibiotika bei akuter Bronchitis: 6
- Thrombosestrümpfe nach OP: 7
- SSRI bei Depression: 7
- Antibiotika bei bakterieller Konjunktivitis: 9
- Trizyklika bei Depression: 9 (number needed to harm 4-30!)
- Statine zur Sekundärprophylaxe kardialer Erkrankungen: 39
- Antihypertensiva für Stroke 67, MI 100
- OGB mit Buprenorphin: **NNT=2**

<https://plantsvszombies.fandom.com/f/p/4400000000000129328>

Therapieerfolg in der opioidgestützten Behandlung

Wissenschaftliche Evaluation:

- › Main outcomes Behandlungsverbleib, Substanzkonsum
- › Sekundäre outcomes Mortalität, Delinquenz, QoL etc.

Therapieerfolg aus Sicht der Patienten/ Patientenzufriedenheit:

- › Soziale Integration
- › Teilhabe bei therapeutischen Entscheidungen (insb. Dosis; höhere Dosen sonst mit schlechterer QoL und Zufriedenheit assoziiert)
- › Abnehmender Beikonsum von Nicht-Opioiden
- › Geringe Nebenwirkungen, gute Verträglichkeit

Therapieerfolg aus Sicht der Behandler:

- › verbesserte soziale Integration
- › psychische und medizinische Symptomverbesserung
- › Wunsch nach Totalabstinenz (geringer in spezialisierten Institutionen)

Alcaraz, S. et al. (2018). Heroin-dependent patient satisfaction with methadone as a medication influences satisfaction with basic interventions delivered by staff to implement methadone maintenance treatment. *Patient Preference and Adherence, Volume 12*, 1203–1211

Pedrero-Pérez, E. J., & MethaQoL, G. (2016). Methadone dosage and its relationship to quality of life, satisfaction, psychopathology, cognitive performance and additional consumption of non-prescribed drugs. *Adicciones, 29*(1), 37–54

Muller, A. E., Bjørnstad, R., & Clausen, T. (2018). Dissatisfaction with opioid maintenance treatment partly explains reported side effects of medications. *Drug and Alcohol Dependence, 187*(February), 22–28

Trujols, J. et al. (2011). Patient and clinician's ratings of improvement in methadone-maintained patients: Differing perspectives? *Harm Red Journal, 8*(1), 23

Trujols, J. et al. (2012). Patient satisfaction with methadone maintenance treatment: The relevance of participation in treatment and social functioning. *Drug and Alcohol Dependence, 123*(1–3), 41–47

Vogel, M. et al. (2016). Evaluation of medication-assisted treatment of opioid dependence—The physicians' perspective. *Drug and Alc Depend, 164*, 106–112

Therapieerfolg und -ziele

- › Die Einschätzung von Therapieerfolg differiert zwischen PatientInnen und Behandlern
- › Gleiches gilt für die Therapieziele

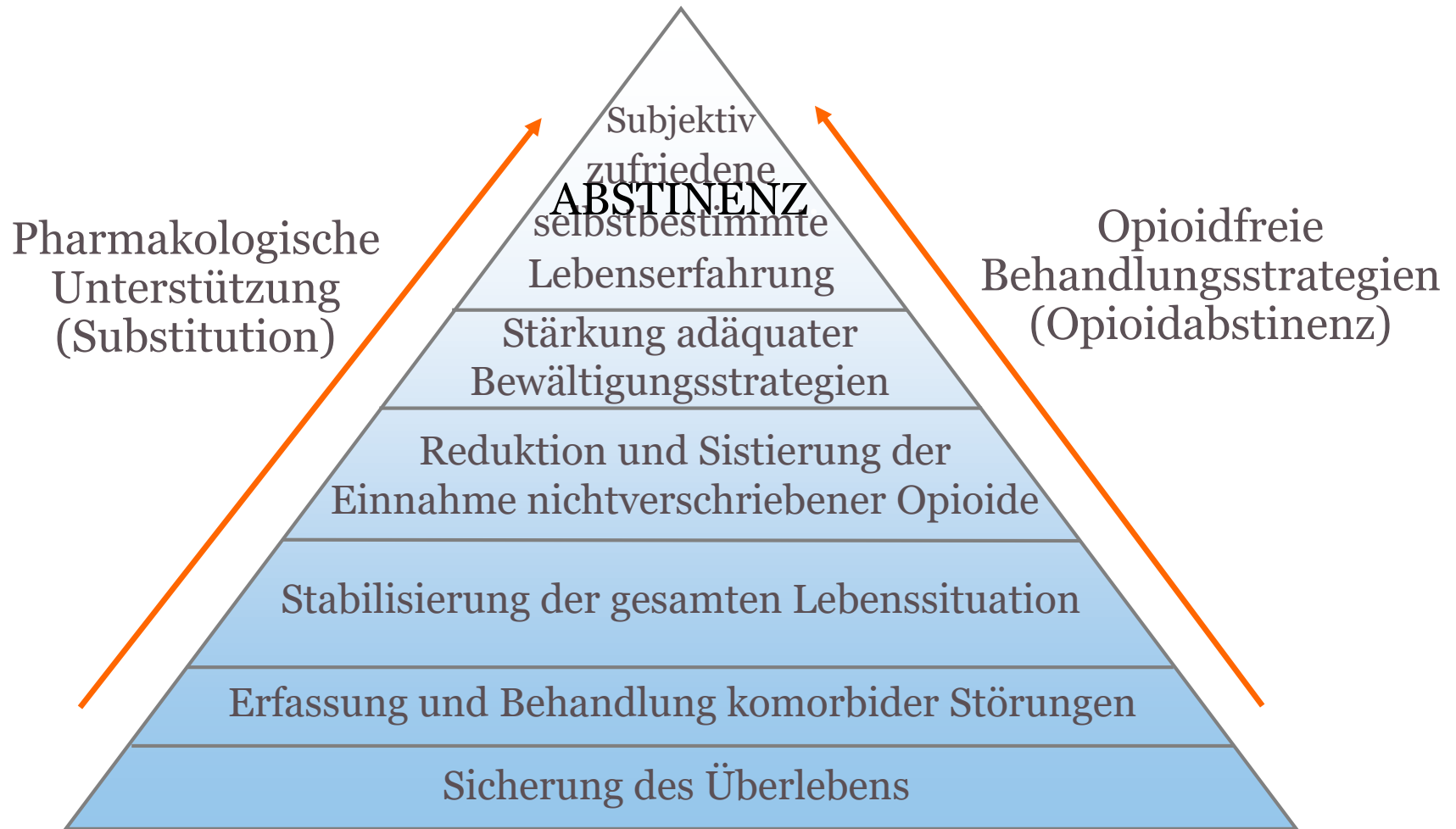
Trujols, J., Siñol, N., Iraurgi, I., Batlle, F., Guàrdia, J., & Pérez de los Cobos, J. (2011). Patient and clinician's ratings of improvement in methadone-maintained patients: Differing perspectives? *Harm Reduction Journal*, 8(1), 23.

Koester, S., Anderson, K., & Hoffer, L. (1999). Active heroin injectors' perceptions and use of methadone maintenance treatment: cynical performance or self-prescribed risk reduction? *Substance Use & Misuse*, 34(14), 2135–2153.

Behandlungsziele in der Suchtbehandlung



8. „Abstinenz ist das oberste Behandlungsziel“



(Strasser, in Anlehnung an Körkel und Meili)

Differenzierung und Individualisierung der Behandlungsziele bei Substanzstörungen



(Strasser)

9. Die Dauer einer OGB sollte begrenzt sein

- Es handelt sich bei der Opioidabhängigkeit in der Regel um eine chronische Erkrankung – die Dauer sollte daher offen und wenn nötig lebenslang sein
- Lediglich etwa 5% der PatientInnen erreichen eine anhaltende Abstinenz
- Rückfälle mit Konsum von illegalen Opioiden nach Beendigung einer OGB sind sehr häufig und die Mortalität ist dabei erheblich (6fach erhöhtes Risiko)
- Im Falle einer erzwungenen Abstinenz sind diese Effekte noch ausgeprägter
- SSAM:
 1. Der Abstinenzwunsch der PatientInnen muss ernst genommen werden. Gemeinsam muss geklärt werden, was die zugrundeliegenden Motive sind (Eigenmotivation, realistische oder unrealistische Hoffnungen, Druck der Umgebung). Die Vor- und Nachteile einer OAT sollen im Verlauf der Behandlung immer thematisiert werden.
 2. Die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls und die damit einhergehenden erheblichen Risiken müssen genau erörtert werden (Toleranzverlust und damit erhöhte Gefahr einer tödlichen Überdosierung). Bei Beendigung einer OAT ist deshalb grosse Vorsicht geboten.
 3. Das Ausschleichen soll langsam erfolgen (über Wochen bis Monate) und soll gestoppt oder abgebrochen werden, wenn sich Zeichen einer erneuten Destabilisierung einstellen (erneuter zusätzlicher Substanzkonsum). Eine Erhöhung der Dosis des Opioidagonisten kann wieder notwendig werden.

Advisory Council on the Misuse of Drugs (ACMD). (2014). *Time limiting opioid substitution therapy*.

https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/371521/ACMD_RC_Time_limiting_OST_061114.pdf

Santo, T., Clark, B., Hickman, M., Grebely, J., Campbell, G., Sordo, L., Chen, A., Tran, L. T., Bharat, C., Padmanathan, P., Cousins, G., Dupouy, J., Kelty, E., Muga, R., Nosyk, B., Min, J., Pavarin, R., Farrell, M., & Degenhardt, L. (2021). Association of Opioid Agonist Treatment With All-Cause Mortality and Specific Causes of Death Among People With Opioid Dependence. *JAMA Psychiatry*, 78(9), 979.

Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin (SSAM). (2020). *Medizinische Empfehlungen für Opioidagonistentherapie (OAT) bei Opioidabhängigkeits-Syndrom 2020* (pp. 1–115). <https://www.ssam.ch/fachleute/empfehlungen/opioidagonistentherapie-oat/index.php>

10. „Das Substitut wirkt schmerzlindernd“

- Opioide entfalten bei Langzeitgabe in der in OGB verwendeten Dosis keine analgetische Wirkung mehr (Toleranz)
- Opioidtoleranz: OGB-Patienten benötigen daher höhere und häufigere Dosen von Opioidanalgetika
- Die Wirkdauer von OGB-Medikamenten (Methadon, Buprenorphin) auf die Schmerzunterdrückung ist kürzer (4-8 Stunden) als auf die Unterdrückung von Opioidentzugssymptomen (24-48 Stunden)
- Eine opioidinduzierte Hyperalgesie kann den analgetischen Effekten von Opioiden entgegenwirken
- OGB-Patienten zeigen eine erhöhte Schmerzempfindlichkeit für natürlichen und experimentellen Schmerz. Schmerzscores sind üblicherweise höher und sinken langsamer ab
- Eine inadäquate Schmerztherapie erhöht die Rückfallgefahr in illegalen Opiatkonsum, während eine effiziente Opioidanalgesie sie verringert
- Akuter Schmerz hat einen antagonisierenden Opioideneffekt, weshalb die Gefahr einer Atemdepression bei zusätzlich verabreichten Opioiden nicht gesteigert ist, solange Schmerzen bestehen
- Nicht-opioidhaltige Schmerzmittel sind wirksam!

Chapman CR et al. 2009. Postoperative pain patterns in chronic pain patients: a pilot study. Pain Med.

Eyler ECH. 2013. Chronic and acute pain and pain management for patients in methadone maintenance treatment. Am J Addiction

Mao J. 2002. Opioid-induced abnormal pain sensitivity: implications in clinical opioid therapy. Pain.

Vadivelu N et al. 2014. Perioperative analgesia and challenges in the drug-addicted and drug-dependent patient. Best Pract Res Clin Anaesthesiol.

11. „Mit PatientInnen in OGB kann man keine Psychotherapie durchführen“

- › Kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren sowie Motivierende Gesprächsführung bringen einen deutlichen Benefit in Bezug auf die Reduktion des Substanzkonsums
- › KVT-Verfahren zur Kokainabhängigkeit sind durchführbar und effektiv in Bezug auf die Reduktion des Substanzkonsums und Verbesserung der Coping-Fähigkeiten, auch computerbasiert
- › Auch achtsamkeitsbasierte Verfahren sind wirksam in Bezug auf Substanzkonsum, aber z.B. auch bei Opioidabhängigen mit chronischen Schmerzen
- › Ein Benefit ist insb. für Patienten mit Doppeldiagnosen zu erwarten

SSAM: Zusätzlich zur OAT soll den Patienten bei Bedarf ein breites Angebot an psychiatrisch/ psychotherapeutischer und sozialer Unterstützung offeriert oder der Zugang dazu vermittelt werden

Carroll, K. M., Kiluk, B. D., Nich, C., Gordon, M. A., Portnoy, G. A., Marino, D. R., & Ball, S. A. (2014). Computer-assisted delivery of cognitive-behavioral therapy: efficacy and durability of CBT4CBT among cocaine-dependent individuals maintained on methadone. *The American Journal of Psychiatry*, 171(4), 436–444

Cooperman, N. A., Hanley, A. W., Kline, A., & Garland, E. L. (2021). A pilot randomized clinical trial of mindfulness-oriented recovery enhancement as an adjunct to methadone treatment for people with opioid use disorder and chronic pain: Impact on illicit drug use, health, and well-being. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 127, 108468

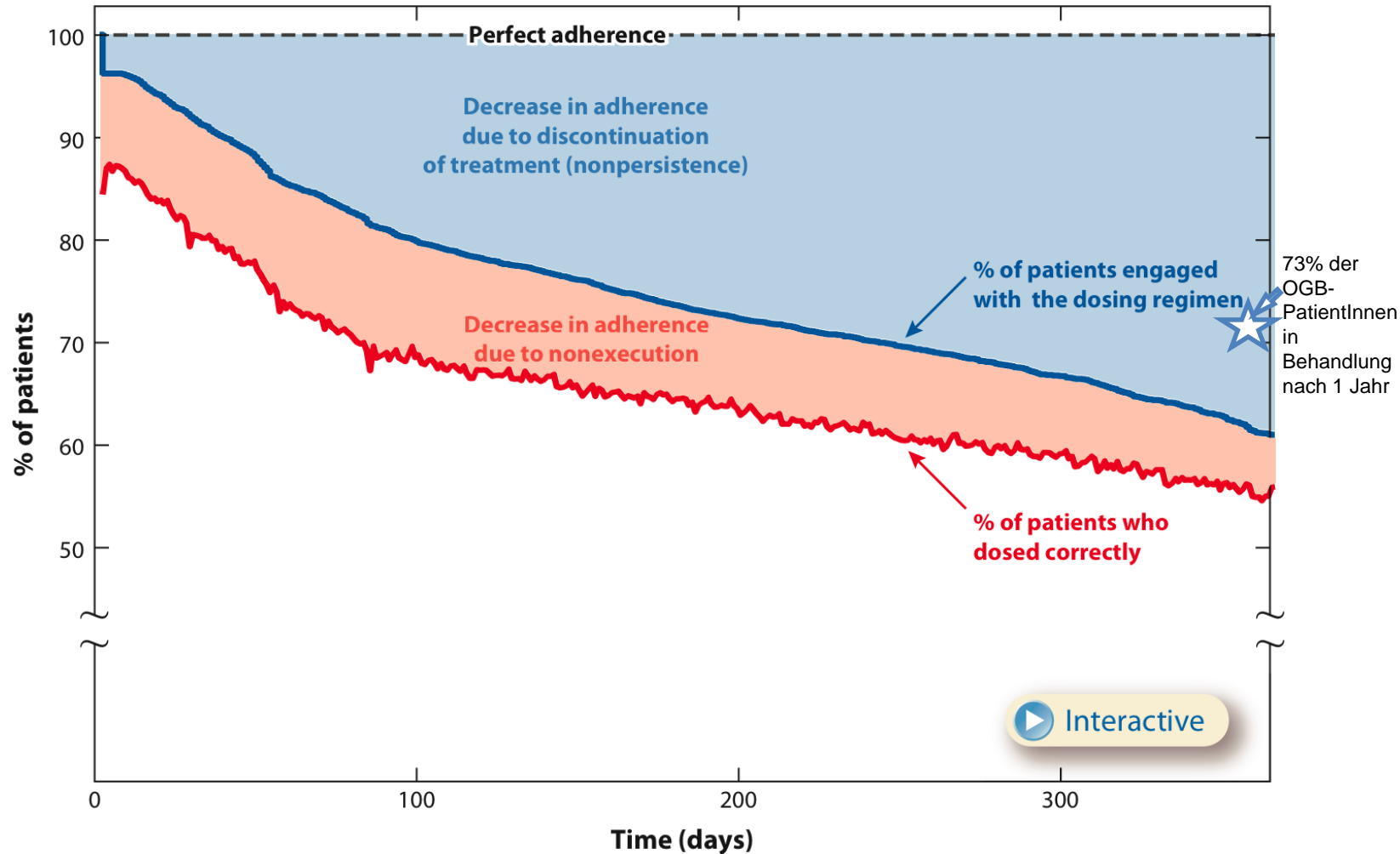
Dürsteler-MacFarland, K. M., Farronato, N. S., Strasser, J., Boss, J., Kuntze, M. F., Petitjean, S. A., Bürki, C., & Wiesbeck, G. A. (2013). A randomized, controlled, pilot trial of methylphenidate and cognitive-behavioral group therapy for cocaine dependence in heroin prescription. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 33(1), 104–108.

Kiluk, B. D., DeVito, E. E., Buck, M. B., Hunkele, K., Nich, C., & Carroll, K. M. (2017). Effect of computerized cognitive behavioral therapy on acquisition of coping skills among cocaine-dependent individuals enrolled in methadone maintenance. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 82, 87–92

Ray, L. A., Meredith, L. R., Kiluk, B. D., Walthers, J., Carroll, K. M., & Magill, M. (2020). Combined Pharmacotherapy and Cognitive Behavioral Therapy for Adults With Alcohol or Substance Use Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Network Open*, 3(6), e208279

12. „PatientInnen in OGB sind unzuverlässiger als alle anderen“

Zeitlicher Verlauf der Adhärenz von 16'907 allgemeinmedizinischen Patienten mit oraler Medikation



Blaschke TF, Osterberg L, Vrijens B, Urquhart J. Adherence to medications: insights arising from studies on the unreliable link between prescribed and actual drug dosing histories. *Annu Rev Pharmacol Toxicol.* 2012;52:275-301.

Vogel, M., Dürsteler, K. M., Walter, M., Herdener, M., & Nordt, C. (2017). Rethinking retention in treatment of opioid dependence—The eye of the beholder. *International Journal of Drug Policy*, 39, 109–113.

Was „normale“ Patienten *nicht* sagen

- ...sind mit den Empfehlungen nicht einverstanden (45.7%).
- ...schweigen, wenn sie die Anweisungen des Arztes nicht verstehen (31.8%).
- ...ernähren sich ungesund (24.5%).
- **...nehmen ihre Medikamente nicht wie verordnet ein (22.5%).**
- ...waren nicht sportlich aktiv (22.2%).
- ...nehmen bestimmte Präparate ein und erwähnen dies bewusst nicht (15.5%)
- ...nehmen verschreibungspflichtige Medikamente von anderen Personen ein (13.9%).

Weil: «Ich wollte nicht verurteilt oder belehrt werden» oder
«Ich wollte nicht hören, wie schlecht mein Verhalten für mich ist.»



13. “Methadon sollte mit Sirup versetzt werden, um Injektionen zu verhindern”

- › Je nach Studie haben über 50% der Heroinabhängigen schon einmal mit Sirup versetztes Methadon injiziert
- › Sirup hält also viele Menschen nicht davon ab zu injizieren
- › SSAM:
 - Es wird empfohlen, die Methadonlösung nicht mit für die Injektion schädlichen Beimengungen wie Sirup zu versetzen. Falls Patienten ihre Methadontrinklösung unsachgemäss spritzen, sollen sie nicht noch zusätzlich iatrogen geschädigt werden.
 - Grundsätzlich spricht ausser den höheren Kosten nichts gegen eine Verabreichung von Methadon in Festform.
 - Werden die zur oralen Einnahme verschriebenen Opioidagonisten ständig intravenös appliziert, ist zu überlegen, ob ein Injektionsprogramm besser geeignet ist.

Darke, S., Ross, J., & Hall, W. (1996). Prevalence and correlates of the injection of methadone syrup in Sydney, Australia. *Drug and Alcohol Dependence*, 43(3), 191–198. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(96\)01309-9](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(96)01309-9)

Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin (SSAM). (2020). *Medizinische Empfehlungen für Opioidagonistentherapie (OAT) bei Opioidabhängigkeits-Syndrom 2020* (pp. 1–115). <https://www.ssam.ch/fachleute/empfehlungen/opioidagonistentherapie-oat/index.php>

14. Aufgrund der Gefahr des Medikamentenmissbrauchs sollte ein ADHS bei PatientInnen in OGB nicht mit Stimulanzen behandelt werden

- MPH bewirkte in randomisierten kontrollierten Studie häufig, aber nicht immer, eine Verbesserung der ADHS-Symptomatik
- dieser Effekt ist besonders bei hohen Dosen der Stimulanzen zu beobachten
- es zeigten sich konsistent keine Steigerung des Kokaingebrauchs und
- keine Anzeichen für Medikamentenmissbrauch
- Kinder mit ADHS haben unbehandelt und wenn die Behandlung mit Stimulanzen erst spät erfolgt ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer späteren Substanzabhängigkeit
- SSAM: Die Verschreibung von Methylphenidat und Lisdexamphetamin ist bei abgesicherter ADHS- Diagnose auch bei erwachsenen Substanzabhängigen angezeigt.

Carpentier, P.-J., & Levin, F. R. (2017). Pharmacological Treatment of ADHD in Addicted Patients. *Harvard Review of Psychiatry*, 25(2), 50–64.

Chamakalayil, S., Strasser, J., Vogel, M., Brand, S., Walter, M., & Dürsteler, K. M. (2021). Methylphenidate for Attention-Deficit and Hyperactivity Disorder in Adult Patients With Substance Use Disorders: Good Clinical Practice. *Frontiers in Psychiatry*, 11(January), 1–9.

Levin, F. R., Evans, S. M., Brooks, D. J., Kalbag, A. S., Garawi, F., & Nunes, E. V. (2006). Treatment of methadone-maintained patients with adult ADHD: double-blind comparison of methylphenidate, bupropion and placebo. *Drug Alcohol Depend*, 81(2), 137–148.

Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin (SSAM). (2020). Medizinische Empfehlungen für Opioidagonistherapie (OAT) bei Opioidabhängigkeits-Syndrom 2020. Bern. Retrieved from <https://www.ssam.ch/fachleute/empfehlungen/opioidagonistherapie-oat/index>

15. „Es gibt Substitutionsärzte und andere“

- etwa 60% der Schweizer OGBs werden von Hausärzten durchgeführt
- etwa 45% aller Schweizer Hausärzte führen OGBs durch (BAG)
- die hausärztliche Versorgung stellt einen entscheidenden Pfeiler des Schweizer Behandlungssystems der Opioidabhängigkeit dar
- 77% der Schweizer OGB-PatientInnen beziehen ihr Medikament in der Apotheke oder der Arztpraxis, nur 21% in Institutionen

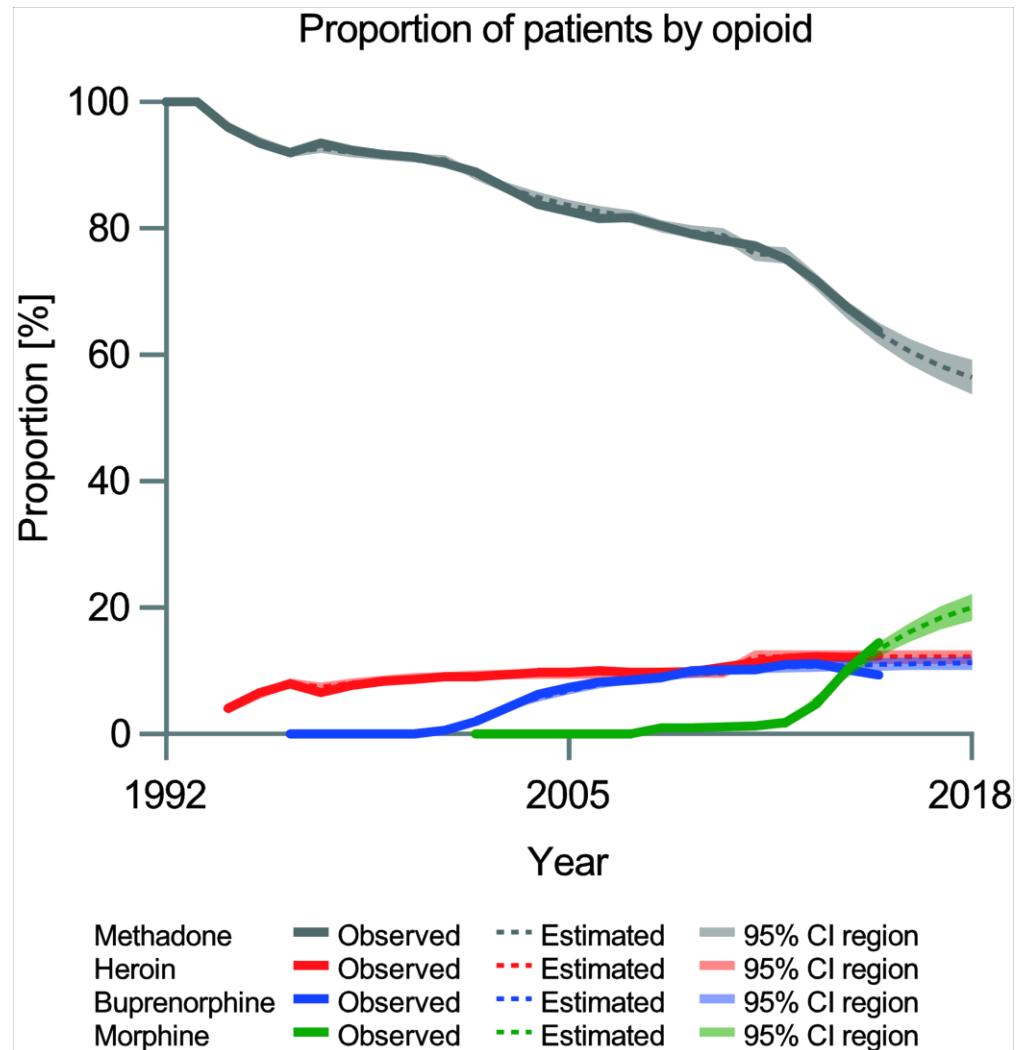
Labhart, F. (2021). *act- info - Nationale Statistik der Substitutionsbehandlungen mit Opioid-Agonisten*

https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/sucht-und-gesundheit/suchtberatung-therapie/substitutionsgestuetzte-behandlung.html#links__content_bag_de_home_gesund-leben_sucht-und-gesundheit_suchtberatung-therapie_substitutionsgestuetzte-behandlung_jcr_content_par_tabs

16. „Wenn man den PatientInnen pharmazeutisches Heroin anbietet, dann wollen alle in diese Behandlungsform“

- Sogenannter „Honey-Pot-Effect“
- Nicht eingetreten nach Einführung der Schweizer heroingestützten Behandlung 1994
- Es befinden sich ungefähr 12% aller Schweizer OGB-PatientInnen in heroingestützter Behandlung

Nordt, C., Vogel, M., Dey, M., Moldovanyi, A., Beck, T., Berthel, T., Walter, M., Seifritz, E., Dürsteler, K. M., & Herdener, M. (2019). One size does not fit all—evolution of opioid agonist treatments in a naturalistic setting over 23 years. *Addiction*, 114(1), 103–111.



**Herzlichen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**

PD Dr. med. Marc Vogel, MScPH

Marc.Vogel@upk.ch

**[https://www.researchgate.net/profile/
Marc_Vogel](https://www.researchgate.net/profile/Marc_Vogel)**



UPK Basel

Wilhelm Klein-Strasse 27, 4002 Basel
Telefon +41 61 325 51 11, Fax +41 61 325 55 12
info@upk.ch, www.upk.ch

