

Opioidabhängigkeit

FOSUMOS
State of the art-Fortbildung 2023

Dr. med. Antje Kemter

Dank an die Sponsoren



Begriffsklärung

- **Opioide** = alle natürlichen und synthetischen Substanzen, die am Opioidrezeptor wirken
- **Opiate** = Stoffe, die im Schlafmohn vorkommen (aber nicht zwingend am Opioidrezeptor wirken)
- **OAT** = Opioid-Agonisten-Therapie
- früher: SGB = Substitutionsgestützte Behandlung
- noch früher: «Methadonprogramm»

Indikation

- Die OAT ist Therapie der ersten Wahl bei Opioidabhängigkeit

Therapieform	Behandlungserfolg Behandlungsverbleib und/oder Reduktion oder Sistierung des illegalen Opioidgebrauchs nach 52 Wochen
Entzug allein	5-20%
Abstinenzorientierte Psychosoziale Ansätze	5-30%
Agonistenbehandlung	
OAT mit Methadon	50-80%
OAT mit Slow-release Morphin	88% ¹
OAT mit Buprenorphin	40-60%
OAT mit Buprenorphin Depot	56-69% ¹
OAT mit Diacetylmorphin	67-82% ²
Antagonistenbehandlung	
Naltrexon oral	10-30%
Naltrexon Depot	45% ³

¹nach 22-24 Wochen
² bei therapierefraktären
Patient*innen
³russische Studie

Beck et al., 2014; Hser et al, 2013;
Kreek et al. 1996, 2001, 2004, 2006;
Krupitsky et al., 2013; Mattick et al.,
2014; SAMHSA 2005;
Vogel et al., 2016

Opioidabhängigkeit

- F11.2 (ICD-10)
- chronische Erkrankung
- ca. 25.000 Betroffene, ca. 16.000 in OAT, ca. 1.600 in HeGeBe (Heroingestützter Behandlung) (Schweiz, Stand 2022)

Ziele der OAT

- instabile dekompensierte Abhängigkeit → stabile kompensierte Abhängigkeit
- Reduktion von Mortalität, Verbesserung der Gesundheitssituation, Reduktion des Risikos neuer Erkrankungen, Steigerung der sozialen Kompetenzen und der sozialen Integration, Steigerung der Lebensqualität
- nicht kurativ, jedoch kann die Behandlung von Begleiterkrankungen kurativ sein

Wirkung der OAT

- Reduktion der Mortalität
- Verbesserung der Lebensqualität
- Längeres Verbleiben in der Behandlung (Retention, Haltequote) verglichen mit anderen (abstinenzorientierten, nicht pharmakologisch gestützten) Therapieverfahren; hierbei zeigen die verfügbaren Substanzen vergleichbare Effekte
- Reduktion von illegalem Opioid- und Kokainkonsum
- Reduktion der Morbidität (z.B. Reduktion der HIV-Inzidenz, Therapie von HCV-Infektionen), vor allem durch die Reduktion des illegalen Opioid- und Kokainkonsums und der damit verbundenen Risiken sowie aufgrund der zusätzlichen Behandlungsoptionen zur OAT
- Senkung der Kriminalitätsrate
- Senkung der volkswirtschaftlichen Kosten um ein Mehrfaches der Behandlungskosten (Strafverfolgung/-vollzug, Gesundheitskosten, Sozialkosten)
- Vorteil auf den Verlauf einer Schwangerschaft und die fetale Entwicklung

Rahmenbedingungen

- kantonale Bewilligungspflichtig
- psychotrope Stoffe (z.B. Benzodiazepine, Stimulanzien) sind den BM gleichgestellt und bedürfen auch einer Bewilligung bei Suchtbehandlung
- Verschreibung über BM-Rezept, resp. über Bewilligung
- www.substitution-online.ch

Untersuchungen zu Beginn

- Familienanamnese, Biographische Anamnese, somatische und psychiatrische Anamnese
- Substanzanamnese (und allenfalls Motivations- und Zielklärung betreffend weiterer psychotroper Substanzen)
- Urinprobe auf Opioide (Objektivierung der Opioidabhängigkeit)
- somatische Grunduntersuchung: Basislabor inkl. Virologie, EKG, körperliche Untersuchung, ggfs. Spirometrie

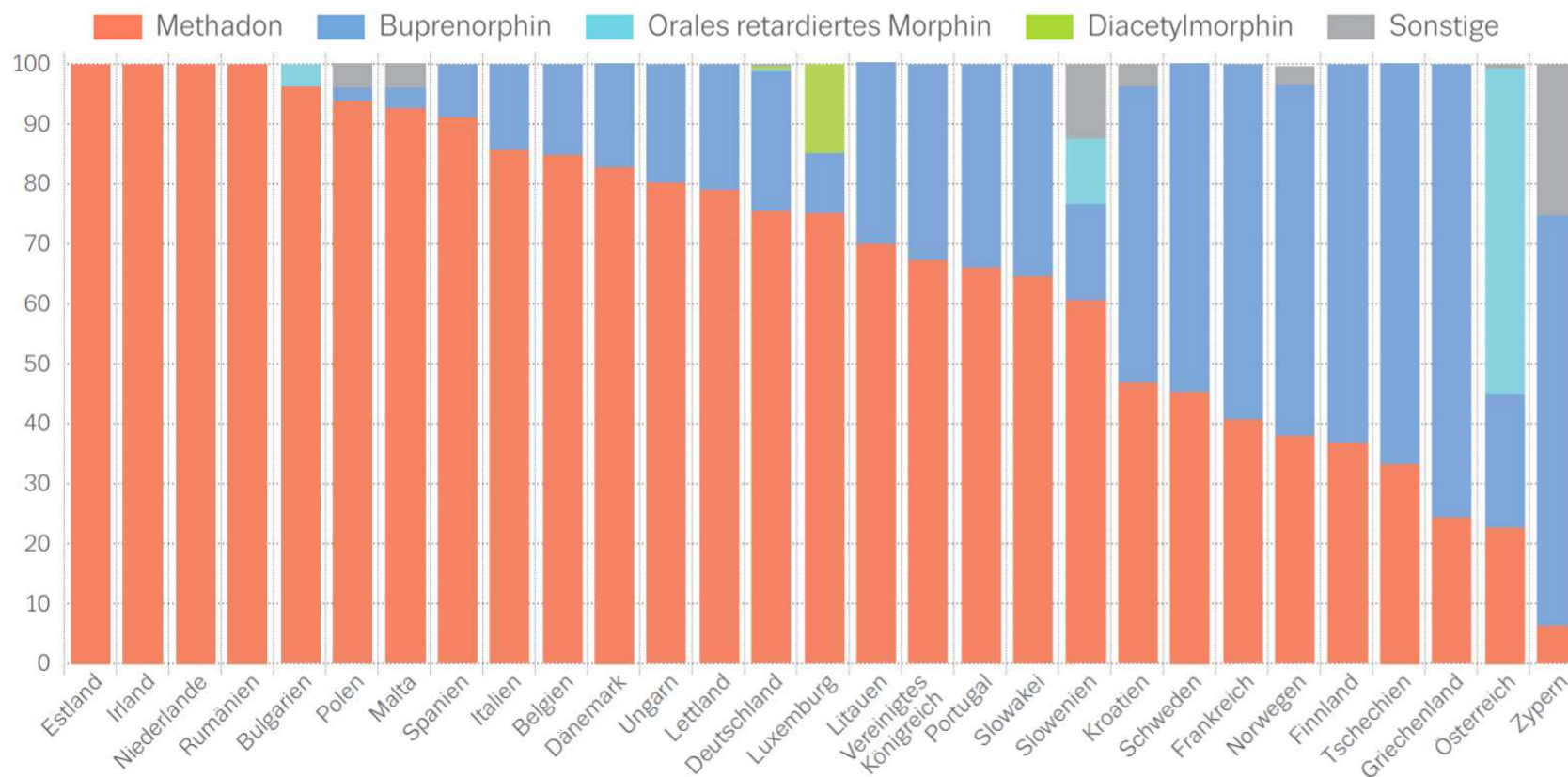
Welche Medikamente können Sie wählen?

Es stehen heute in der Schweiz mehrere Medikamente für die OAT zur Verfügung:

- **Methadon** seit 1976
- **Levomethadon** seit 2015
- **Buprenorphin** seit 2000
- **Buprenorphin/Naloxon** seit 2017
- **Retard. Morphin (SROM)** seit 2013
- **Diacetylmorphin** seit 1994 bzw. 2009

Opioidagonisten in der OAT

Eine rationale und evidenzbasierte Wahl?



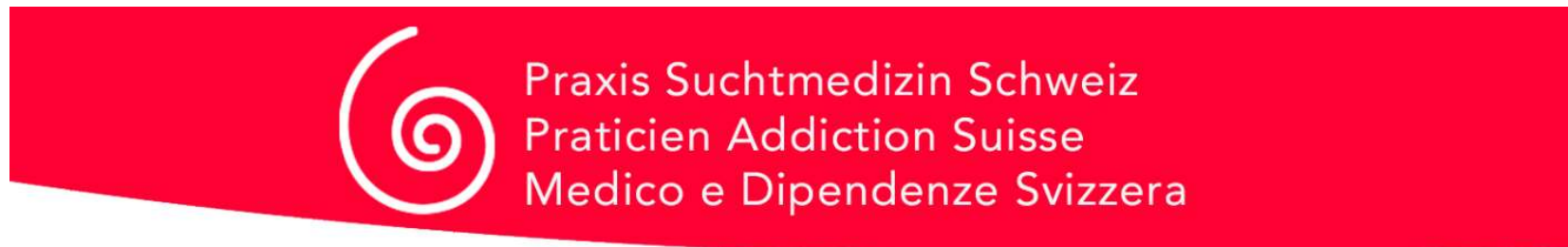
Substanzwahl

- Wunsch nach rationalen Kriterien
- aber: die zugelassenen Substanzen wirken auf Rezeptorebene unterschiedlich mit hoher interindividueller Varianz
- die Wahl der Opioidmedikation ist eine klinische Entscheidung
- **Was müssen wir über die opioidgestützte Behandlung und die einzelnen Opioidagonisten wissen, damit wir angemessen behandeln können?**
- Wirkung
- Behandlungsfaktoren
- Nebenwirkungen

OAT

- Wie Sie starten...


<https://www.praxis-suchtmedizin.ch/>




- Home
- Alkohol ▼
- Cannabis ▼
- Designerdrogen ▼
- Geldspiele ▼
- Kokain ▼
- Medikamente ▼
- Nikotin ▼
- Opioide ▼
- Motivierende
Gesprächsführung
- Kurzintervention

Praxis Suchtmedizin Schweiz ist eine suchtmmedizinische Informationsplattform für Fachpersonen aus der Grundversorgung, insbesondere für Hausärztinnen und Hausärzte.
-> [Weitere Infos](#)

NEWS

 Zuletzt aktualisiert: 01. November 2023

31.10.23: Artikel in der Schweizerischen Ärztezeitung, 2023;(104(43):38-39 von Rainer Krähenmann et al.: **Medizinische Behandlungen mit Psychedelika**. Psychedelika werden häufiger zur Behandlung von therapieresistenten psychischen Erkrankungen eingesetzt. In der Schweiz fehlen aber offizielle Behandlungsempfehlungen. Nun hat die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) in Zusammenarbeit mit verschiedenen Fachgesellschaften ein Positionspapier erstellt.

 Zuletzt aktualisiert: 10. Oktober 2023

10.10.23: FOSUMNW und weitere Partnerorganisationen laden am 07.12.23, 18.30 - 20.15h zur **Online-** Weiterbildungsveranstaltung mit dem

 Zuletzt aktualisiert: 16. August 2023

16.08.23: Artikel in der Schweizerischen Ärztezeitung, 2023;(104(33):32-34 von Olivier Simon et al.: **Schadensminderung in der Suchtmedizin**. Eine neue Bedeutung für das

- Infos für Apotheker/-innen ▼
- Kantonsärztinnen/Kantonsärzte
- Kant. Regelungen
- Suchtfachstellen
- SafeZone
- Suchtmmedizinische Netzwerke ▼
- Veranstaltungen
- E-Learning
- PEPra

OAT – Start

Wichtige Abklärungen zu Beginn

Liegt eine **Opioidabhängigkeit** vor?

- **positive Urinprobe (Schnelltest)**
- Anamnese, Anzeichen von Konsum

Besteht **Notwendigkeit**, Opioide zu verabreichen?

- Patient:in ist in einer ambulanten OAT
- es bestehen Opioidentzugssymptome (Mydriasis, Augentränen, Naselaufen, leichter Tremor, nicht unterdrückbares Gähnen, Übelkeit, Erbrechen, „Gänsehaut“, subjektive Angaben: Craving, Gliederschmerzen, Muskelkrämpfe)

Kann eine **Opioidtoleranz** angenommen werden?

- bei Unterbruch des Konsums über 48-72h gehen wir von einer fehlenden Toleranz aus

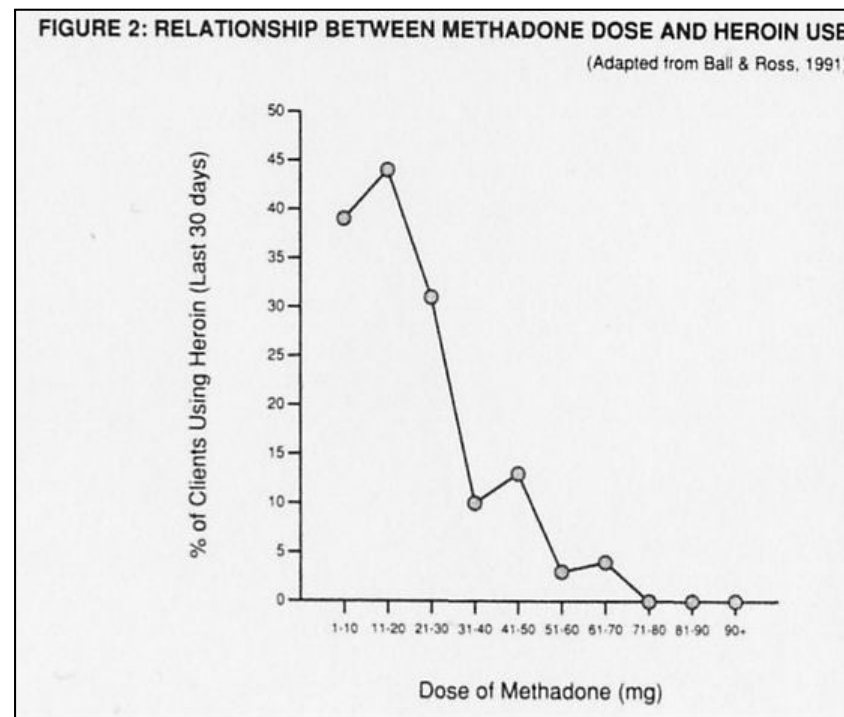
Methadon

- Vollagonist an μ -Opioid-Rezeptoren, Racemat
- Wirkungspeak nach ca. 3h, HWZ ca. 24h (Akkumulation bei täglicher Einnahme mit Steady-state nach ca. 5 Tagen)
- Verstoffwechslung über die Leber (Cave: Rapid metabolizer)
- Methadon ist mit Abstand am besten erforscht und kostengünstig
- Nebenwirkungen: Atemdepression, verlangsamte Magen-Darm-Passage, Obstipation, chronische Übelkeit, Schwitzen, QTc-Zeit-Verlängerung
- Langzeitgebrauch: endokrin bedingte Störungen (z.B. Gynäkomastie, Amenorrhoe, Impotenz, Osteoporose, Anhedonie, Dysphorie; auch kognitive und psychomotorische Einschränkungen werden beschrieben; Hyperalgesie

Methadoneindosierung

- Dosis ^{max} in den ersten 24h: 50 mg
 - 20-30 mg Startdosis
 - plus 10 mg nach 4h
 - plus 10 mg nach 4h
- Dosissteigerung um max 10 mg tgl. in den Folgetagen

Eine adäquate Dosis ist für den Therapieerfolg entscheidend!



Adäquate Dosis i.d.R. $\geq 70\text{mg}$!

- die adäquate Dosis ist dann erreicht, wenn der/die Patient*in **kein Craving** nach Heroin mehr verspürt, **ohne aber sediert** zu sein. Das Fehlen von Entzugssymptomen allein ist **nicht ausreichend!**
- enorme individuelle Dosisunterschiede [*Eap et al., 2000*]
- viele Behandl*innen dosieren bei einem gewichtigen Anteil der Patient*innen niedriger als 60 mg/d [*Metaanalyse Methadon CH, Rehm & Uchtenhagen, 2001*]
- aber: je höher die Dosis, desto höher die Haltequoten, desto bessere Behandlungsergebnisse [*Christen et al., 1996, Liechti et al., 2000; Quammou Lewis et al., 1996*]
- Dosisenkungen zur „Motivationsprüfung“ sind kompletter Unfug und unethisch!

Levomethadon

- Levomethadon wirkt klinisch gleich wie Methadon, zeigt aber ein günstigeres Nebenwirkungsprofil
- Unter Levomethadon wird die Hälfte des bisher verschriebenen Methadons benötigt; Umrechnungsfaktor 2:1
- Eindosierung wie Methadon mit halb so hoher Dosierung
- Nach erfolgter Umstellung kann eine Fein-Justierung der Dosis notwendig werden.
- **KK-Limitatio in der Schweiz:** Zugelassen beim Vorliegen eines erhöhten Risikos für durch QTc-Verlängerung induzierte Herzrhythmusstörungen oder aufgrund der Substanzbelastung bei Hochdosierung von Methadon-Razemat (> 100 mg pro Tag) oder starken Nebenwirkungen unter Methadon-Razemat.
- Leider steht in der Schweiz bis dato nur eine Trinklösung zur Verfügung, keine Tbl.; in D sind Tabletten in 5 mg, 20 mg und 30 mg erhältlich

Slow-release oral morphine (SROM)

- vollständiger MOR-Agonist
- Metabolisierung in der Leber in inaktives Morphin-3-Glukuronid und das aktive Morphin-6-Glukuronid (Ausscheidung innert 24h über Urin)
- kurze HWZ von ca. 2-4h
- kaum Arzneimittelinteraktionen, da Abbau über hepatische Glukuronidierung
- Akkumulationsgefahr wegen kurzer HWZ gering
- gute und mindestens gleichwertige Alternative zum Methadon
- Ein- und Umstellung auf SROM ist unkompliziert (eine Ausnahme können Rapid Metabolizer mit extrem hohen Methadondosen darstellen)

Ersteinstellung auf SROM

- Tagesdosis ^{max} in den ersten 24h: **400 mg**
 - Startdosis von 200 mg, nach 6h erneut 200 mg möglich
- tgl. Steigerung um 100 - 120 mg
- durchschnittliche Tagesdosis ca. 600 – 800 mg/Tag, Abweichungen nach unten oder oben sind möglich
- Umrechnung von Methadon auf SROM im **Verhältnis 1:6 - 1:8**
- Nach erfolgter Umstellung ist oftmals eine **Feinjustierung der Dosis** notwendig
- Sevre-Long: 30, 60, 120 und 200 mg
- Kapanol (10/21: Zulassung für Indikation OAT): 20, 50 und 100 mg

Buprenorphin (BUP)

- ↪ partieller Agonist am μ -Opioid-Rezeptor (MOR), Antagonist am κ -Opioid-Rezeptor
- ↪ hoher first-pass-Metabolismus: nur sublingual wirksam
- ↪ lange Rezeptorbindungs-HWZ, prinzipiell ist auch ein Gabe alle 2 oder 3 Tage möglich
- ↪ höchste Rezeptorbindungsaffinität aller Opioide, verdrängt daher alle anderen Opioide vom MOR (und kann damit Entzugssymptome auslösen), zusätzlich eingenommene Opioide sind wirkungslos
- ↪ ceiling-effect: keine Atemdepression bei hohen Dosen, schnelle Induktion ist vertretbar
- ↪ günstiges NW-Profil bezügl. Psychomotorik, Kognition, Affekt und sex. Funktion
- ↪ günstiges Profil in Bezug auf Arzneimittelinteraktionen
- ↪ natürlicher Tagesgang, geringe Sedation
- ↪ Patient:innen müssen prinzipiell gut und wenn immer möglich mehrfach über die Eigenheiten des Buprenorphins informiert werden

Ein-/Umstellung auf Buprenorphin

- Eindosierung (Cave: nur sublingual wirksam!):
 - **Umstellung von Strassenheroin**: mind. 4h nach letztem Opioidgebrauch
 - **Umstellung von Methadon (< 30-40 mg)**: mind. 24h nach letzter Methadondosis
 - **Umstellung von Methadon (> 30-40 mg)**: mind. 36 h nach letzter Methadondosis

- Nach Auftreten erster Entzugssymptome Initialdosis 2 mg, bei guter Verträglichkeit 3-4x 8 mg Subutex (bis 34 mg am ersten Tag), am 2ten Tag auf Erhaltungsdosis reduzieren (1x morgens), meist niedriger, z.B. zw. 8-12 mg

- Umstellung von Buprenorphin auf Methadon: 24 h nach letzter Buprenorphingabe kann Methadon verabreicht werden (nicht mehr als 30 mg/d initial)

- Alternative Umstellung: «Berner Methode» (überlappende Umstellung)

Diacetylmorphin

- Diacetylmorphin (DAM) = pharmazeutisch hergestelltes Heroin
- intravenös oder oral, off label i.m. und im Rahmen von Studien auch nasal
- Diacetylmorphin stellt zur Zeit die einzige Behandlungsmöglichkeit dar, die eine rasche Anflutung mit Wahrnehmung eines „Highs“ zulässt (Stichwort: „rauschazeptierende Behandlung“)
- Die stark reglementierte und kontrollierte Verabreichung von Diacetylmorphin ist **nur in dafür spezialisierten Zentren zugelassen** («HeGeBes») und steht somit nicht flächendeckend zur Verfügung.
- Indikationskriterien:
 - Mindestalter 18 Jahre
 - seit mindestens 2 Jahren bestehende Opioidabhängigkeit
 - mindestens zwei nicht erfolgreiche Behandlungsversuche mit einer anderen anerkannten ambulanten oder stationären Therapie
 - Defizite im psychischen, körperlichen oder sozialen Bereich, die auf den Drogenkonsum zurückzuführen sind
 - Medizinisch begründete Ausnahmen sind möglich

Diversifikationsmöglichkeiten in OAT

WIRKUNG

- **Wirkung auf Konsum von Strassenheroin**
 - ↳ Alle zugelassenen Opioidagonisten zeigen ausreichende Wirkung
- **Behandlungsretention**
 - ↳ Vor allem in der Eindosierungsphase zeigen die Buprenorphin-Präparate bei flexibler Dosierung etwas schlechtere Ergebnisse
- **Sedierende/berauschende Wirkung**
 - ↳ Methadon/L-Polamidon > SR0M > Buprenorphin
- **Therapieresistente Patient*innen**
 - ↳ Die Heroingestützte Behandlung ist bei Patient*innen mit anhaltendem Beikonsum unter Behandlung mit anderen Substanzen oder abgebrochenen Therapien besonders effektiv
- **Antidepressive/Anxiolytische Wirkung**
 - ↳ Methadon weist möglicherweise Nachteile auf gg. Morphin, Diacetylmorphin und Buprenorphin, möglicherweise Vorteile gg. Levomethadon, Mechanismus unklar

Diversifikationsmöglichkeiten in OAT

NEBENWIRKUNGEN (I)

- **Gefahr der Überdosierung (therapeutische Breite)**
 - ↳ Buprenorphin ist den anderen Substituten überlegen. Aber bei erreichter Toleranz ist die Gefahr auch bei den anderen Substituten gering.
- **QTc-Zeit Verlängerung**
 - ↳ Ist bei Methadon möglich, weshalb EKG-Kontrollen vor und während der Behandlung notwendig sind
- **Sedation***
 - ↳ Keine Sedation unter Buprenorphin (per os). Bei den anderen Substituten sollte bei entwickelter Toleranz und unter steady state-Bedingungen ebenfalls keine oder nur sehr geringe Sedation auftreten.
- **Tagesgang***
 - ↳ Methadon/L-Polamidon > SROM > Buprenorphin

*nur wenig qualitativ hochwertige Evidenz

Diversifikationsmöglichkeiten in OAT

NEBENWIRKUNGEN (II)

- **Schwitzen***
 - ↳ Vorteile sind bei den retardierten Morphinen und Buprenorphin-Präparaten zu erwarten
- **Übelkeit/Erbrechen***
 - ↳ Mögliche Vorteile bei Buprenorphin
- **Obstipation***
 - ↳ alle Opioidagonisten können erhebliche Obstipation verursachen
- **Schlafstörungen***
 - ↳ Mögliche Vorteile bei Buprenorphin
- **Libido/Sexualfunktion***
 - ↳ Mögliche Vorteile bei Buprenorphin

*nur wenig qualitativ hochwertige Evidenz

Diversifikationsmöglichkeiten in OAT

NEBENWIRKUNGEN (III)

- **Gewichtszunahme***
 - ↳ Mögliche Vorteile bei Buprenorphin
- **Gangunsicherheit bei Vorschädigung*^x**
 - ↳ Mögliche Vorteile bei Buprenorphin
- **Neurokognition**
 - ↳ Mögliche Vorteile bei Buprenorphin
 - ↳ Alle Opioidagonisten sind Nichtbehandlung vermutlich (SRM, Diacetylmorphin) oder nachgewiesenermassen (Methadon, Levomethadon, Buprenorphin) überlegen.
- **Hyperalgesie***
 - ↳ Alle Opiode

*nur wenig qualitativ hochwertige Evidenz
^xkeine Daten aus der opioidgestützten Behandlung

Fazit

Diversifikation anhand Nebenwirkungsspektrum

- Vom Nebenwirkungsprofil her zeigt **Buprenorphin** Vorteile gegenüber den anderen Substituten.
- Diese Feststellung beruht eher auf klinischer Erfahrung. Hochwertige Evidenz hierfür ist grossteils nicht erbracht.
- Insbesondere bei der Verschreibung von Methadon und etwas weniger bei Levomethadon muss vorhandenen oder neu auftretenden Nebenwirkungen Rechnung getragen werden.
- Prinzipiell müssen Nebenwirkungen erfasst und auch aktiv erfragt werden.
- Entscheidend ist stets die Klinik des/der Betroffenen.

Diversifikationsmöglichkeiten in OAT BEHANDLUNG (I)

- **Galenik**
 - ↳ Nachteile bei Levomethadon (nur in der CH)
- **Einnahmefrequenz**
 - ↳ Die Einnahmefrequenz stellt keine Schwierigkeit dar, ausser beim Diacetylmorphin: bei Monotherapie mind. zwei- bis dreimal täglich
- **Preis**
 - ↳ Methadon und Levomethadon preislich unschlagbar günstig. Bei Tagesmedikationskosten von ca. CHF 2.- stehen diese Präparate konkurrenzlos zu den restlichen Substituten mit Tagesmedikationskosten zwischen CHF 12.- bis 14.-
- **Eindosierung**
 - ↳ Die Eindosierung mit Buprenorphin ist komplex und stellt einen gewichtigen Nachteil gegenüber den anderen Substituten in der Medikamentenwahl dar.

Diversifikationsmöglichkeiten in OAT BEHANDLUNG (II)

- **Medikamenten-Interaktionen**
 - ↳ Stellen praktisch nur bei Methadon und reduziert bei Levomethadon ein Problem dar: Methadon ist anfällig für CYP3A4-, CYP2B6- und CYP 2D6-Induktoren und -Inhibitoren sowie QTc-verlängernde Medikamente*
- **Niereninsuffizienz**
 - ↳ Erhöhte Aufmerksamkeit bei Morphin-Präparaten notwendig
- **Leberzirrhose**
 - ↳ Bei den Buprenorphinpräparaten sind erhöhte Plasmakonzentrationen möglich; Buprenorphin/Naloxon möglicherweise nachteilig, da auch höhere Plasmakonzentrationen v.a. von Naloxon erreicht werden, kontraindiziert bei Patient:innen mit schwerer Leberfunktionsstörung

* Die sedierende Wirkung aller OAT-Präparate wird durch die gleichzeitige Einnahme von Benzodiazepinen u/o Muskelrelaxanzien (Tizanidin, Baclofen) verstärkt.

Diversifikationsmöglichkeiten in OAT

BEHANDLUNG (III)

- **Dosisreduktionen/Opioidentzug**
 - ↳ Keine markanten Unterschiede zwischen den Präparaten bekannt, ggfs. etwas einfacher mit Buprenorphin (klinische Erfahrung).
- **Selbstbestimmungsmöglichkeiten/Autonomie**
 - ↳ Die stärksten Einschränkungen in der Heroingestützten Behandlung
- **Mitgabe für Reisen/Weiterbehandlung im Ausland**
 - ↳ Für Methadon und Buprenorphinpräparate in der Regel kein Problem
 - ↳ SR0M und Levomethadon möglicherweise problematisch, da in vielen Ländern für die SGB nicht zugelassen
- **Attraktivität auf dem Schwarzmarkt**
 - ↳ gegenwärtig ist in der Schweiz die Attraktivität vor allem für retardierte Morphine und Diacetylmorphin hoch

Fazit

Diversifikation in der Behandlung

- In der Eindosierung zeigt sich **Buprenorphin** gegenüber den anderen Präparaten im Nachteil, das klinische Handling ist aber einfach.
- **Methadon** ist für die Behandlung nach wie vor attraktiv, insbesondere auch wegen des sehr günstigen Preises. Klinisch müssen aber Medikamenteninteraktionen und die hohe interindividuelle Variabilität beachtet werden. **Levomethadon** stellt eine gute Alternative dar, falls die Substanz nicht prinzipiell gewechselt werden soll.
- Die **retardierten Morphine** zeigen sich bezüglich der Behandlungsanforderungen gegenwärtig als vorteilhaft und attraktiv, weil einfach zu handhaben, insbesondere auch in der Eindosierung oder Umstellung von einem anderen Opioid.

zusätzlicher Substanzkonsum

- Unter Berücksichtigung der pharmakologischen Sicherheit bildet zusätzlicher Konsum psychotroper Substanzen zu Opioiden keine Kontraindikation zur Aufnahme oder Weiterführung einer OAT.
- Zusätzlicher Substanzkonsum soll vor und während der OAT erfragt und thematisiert werden. Er kann im Sinne eines möglichen Selbstmedikationsversuchs Hinweis auf weitere psychische Störungen sein die adäquat behandelt werden sollten.
- Der Patient soll über die medizinischen Aspekte und Risiken seines Substanzgebrauchs (einschliesslich Tabak und Alkohol) und der Behandlungsmöglichkeiten umfassend aufgeklärt werden.
- Insbesondere bei zusätzlichem Opioid- und Kokainkonsum ist zu prüfen, ob die Dosierung der OAT-Medikation adäquat hoch ist.
- Als Behandlungsoptionen stehen, unter Berücksichtigung pharmakologischer Interaktionen, dieselben Methoden zur Verfügung, wie sie für die Therapie des Monokonsums der jeweiligen Substanz entwickelt wurden.
- Bei regelmässiger Einnahme von Stimulantien und Alkohol sind klinische Kontrollen von Herz- und Leberfunktion ratsam.

Implikationen für die Behandlung

- Fundierte **Aufklärung** über Vor- und Nachteile der verschiedenen OAT-Präparate
- Ausarbeitung individueller **Präferenzen**

Welches OAT-Präparat würden Sie empfehlen?

Fall 1

- 23-jähriger Pat.
- konsumiert Heroin intravenös, tgl. mehrere Applikationen, teilweise gemischt mit Benzodiazepinen u/o Kokain
- seit dem 16. LJ. opioidabhängig, seit 5 Jahren i.v.-Konsum, bisher keine Therapie gemacht, keine OAT
- obdachlos, lebt von Sozialhilfe
- Komorbiditäten: Trauma, Persönlichkeitsveränderung/-störung, massive interaktionelle Schwierigkeiten

Welches OAT-Präparat würden Sie empfehlen?

Fall 2

- 40-jähriger Pat.
- seit dem 19. LJ. opioidabhängig, zunächst i.v.-Konsum, seit dem 25. LJ. In OAT, anfangs mit Methadon, aufgrund von Nebenwirkungen (Schwitzen, starke Sedation) umgestellt auf Sevre-Long, seit über 5 Jahren stabil ohne Beikonsum
- arbeitet in einem Callcenter in leitender Position
- lebt mit seiner langjährigen Freundin zusammen, kinderlos
- Komorbiditäten: immer wieder depressive Verstimmungen ohne Diagnose einer Depression, leicht übergewichtig, sonst keine Komorbiditäten
- Stellt sich bei Ihnen vor mit dem Wunsch, die OAT abzubauen
- Grund: möchte sich mehr spüren, es sei alles so gleichförmig, schon lange keinen Suchtdruck mehr gehabt, sexuelle Funktionsstörungen

Welches OAT-Präparat würden Sie empfehlen?

Fall 3

- 36-jähriger Pat.
- seit dem 17. LJ. opioidabhängig, seit dem 30. LJ. In OAT mit Methadon (aktuell 80 mg)
- immer wieder kommt es zu Konsumereignissen (i.v.), da der Pat. «den Rausch» suche, zudem habe er auch schon mehrfach das Methadon intravenös appliziert, damit es «besser einfahre»
- habe schon 2 stationäre Entzugsbehandlungen gemacht, sei direkt nach Austritt wieder rückfällig geworden mit Heroin i.v., eine Langzeittherapie wurde aufgrund von Konsum abgebrochen
- lebt alleine, nicht berufstätig, erhält IV und EL
- Komorbiditäten: Trauma in der Vorgeschichte (unbehandelt), Persönlichkeitsveränderung/-störung, Depression

Welches OAT-Präparat würden Sie empfehlen?

Fall 4

- 25-jährige Pat.
- seit dem 20. LJ. opioidabhängig, sie habe Heroin geraucht, nie i.v. Konsum
- seit 2 Jahren nehme sie Methadon ein (bis zu 100 mg tgl.), teilweise Beikonsum von Benzodiazepinen (von der Gasse), zudem habe ihr der HA Sirdalud verschrieben wegen Muskelschmerzen, darunter kein Konsum von Strassenheroin mehr
- lebt bei ihrem Freund, keine Kinder, erhält Sozialhilfe (keine Ausbildung)
- Komorbiditäten: Trauma
- aufgefallen ist nun in einer Routineuntersuchung beim HA eine verlängerte Qtc-Zeit

Welches OAT-Präparat würden Sie empfehlen?

Fall 5

- 36-jähriger Pat.
- seit dem 18. LJ. opioidabhängig
- seit dem 22. LJ. in OAT mit Methadon (bis zu 120 mg tgl.), darunter kein Konsum von Strassenheroin mehr
- lebt alleine, hat seit kurzem eine Freundin, unregelmässiger Kontakt zu einem Sohn, arbeitet als Koch in einer Schulkantine
- keine relevanten Komorbiditäten oder somatischen Erkrankungen
- stellt sich vor, weil er ständig schwitze, dies beschäme ihn, ausserdem fühle er sich immer müde, schlapp und wenig vital, er mache sich auch Sorgen wegen der sexuellen Funktion, dies sei ihm besonders da er jetzt eine neue Freundin habe, sehr peinlich
- mit der OAT komme er gut zurecht, er fühle sich damit sicher und sei froh, keinen Suchtdruck mehr zu haben

Fazit

- Die Wahl des geeigneten OAT-Präparat ist eine persönliche Entscheidung der Betroffenen aufgrund der ihnen vorgelegten Informationen in gemeinsamer Entscheidungsfindung mit dem Arzt/der Ärztin (informed consent).
- „Ausprobieren“ und mehrfaches Wechseln scheint vor dem Hintergrund nicht vorhandener eindeutiger Kriterien absolut legitim.

Differentielle Indikation der zugelassenen Substanzen in der Opioid-Agonisten-Therapie

	Methodon-Racemat	Levomethadon	Morphin 24h retardiert	Buprenorphin	Suboxone	Diacetylmorphin
Wirkung						
Wirkung auf Konsum von Strassenheroin	– Bei adäquater Dosierung ausreichend ¹⁻³	– Bei adäquater Dosierung ausreichend ¹	– Bei adäquater Dosierung ausreichend ^{1,4}	– Bei adäquater Dosierung (>16mg) ausreichend ⁵ – falls volle agonistische μ -Rezeptor Wirkung benötigt wird, möglicherweise ungenügend ⁵	– Bei adäquater Dosierung ausreichend ¹ – falls volle agonistische μ -Rezeptor Wirkung benötigt wird, möglicherweise ungenügend ⁵	– Bei adäquater Dosierung ausreichend ⁶ – möglicherweise den anderen Substanzen überlegen
Retention	– Bei adäquater Dosierung ausreichend ¹⁻³	– Bei adäquater Dosierung ausreichend ¹	– Bei adäquater Dosierung ausreichend ^{1,4}	– Bei adäquater Dosierung (>16mg) ausreichend ⁵ – möglicherweise etwas geringer in der Eindosierungsphase ⁵	– Bei adäquater Dosierung (>16mg) ausreichend ⁵ – möglicherweise etwas geringer in der Eindosierungsphase ⁵	– Bei adäquater Dosierung ausreichend ⁶ – möglicherweise den anderen Substanzen überlegen
Therapieresistente Patienten	– Keine Vorteile beschrieben	– Keine Vorteile beschrieben	– Keine Vorteile beschrieben	– Keine Vorteile beschrieben	– Keine Vorteile beschrieben	– Effektiv bei Patienten mit anhaltendem Beikonsum unter Behandlung mit anderen Substanzen oder abgebrochenen Therapien ⁶
Antidepressive / Anxiolytische Wirkung	– Möglicherweise Nachteile gegenüber Morphin, Diacetylmorphin und Buprenorphin – möglicherweise Vorteile gegen Levomethadon, Mechanismus unklar ⁷⁻¹⁰	– Möglicherweise nachteilig, assoziiert mit geringeren BDNF-Spiegeln ¹¹	– evtl. Vorteile gegenüber Methadon, Mechanismus unklar ^{9,12}	– evtl. Vorteile gegenüber Methadon ¹⁰ , Mechanismus unklar, Kappa-Rezeptor-Antagonismus diskutiert ¹³	– evtl. Vorteile gegenüber Methadon ¹⁰ , Mechanismus unklar, Kappa-Rezeptor-Antagonismus diskutiert ¹³	– Vermutlich Vorteile gegenüber Methadon und Levomethadon ¹¹
Behandlung						
Galenik	– p.o. (Trinklösung / Tabletten) ³	– p.o. (in der CH nur Trinklösung) ^{3,d}	– Kapseln ^a	– Sublingualtabletten ^b	– Sublingualtabletten ^f	– Ampullen, Tabletten IR/SR ^e
Einnahmefrequenz	– Mind. einmal täglich	– Mind. einmal täglich	– Mind. einmal täglich	– Einmal täglich bis alle drei Tage	– Einmal täglich bis alle drei Tage	– Bei Monotherapie mind. zwei bis dreimal täglich
Preis	– Sehr günstig (Tagestherapiekosten bei 100 mg/d Tbl. 6 CHF, bei flüssiger Form ca. 2 CHF)	– Sehr günstig (Tagestherapiekosten bei 50 mg/d ca. 2 CHF)	– Teuer (Tagestherapiekosten bei 1000 mg/d ca. 14 CHF)	– Teuer (Tagestherapiekosten bei 24 mg/d ca. 13 CHF)	– Teuer (Tagestherapiekosten bei 24/6 mg/d ca. 13 CHF)	– Teuer (Tagestherapiekosten bei IR Tbl. 800 mg/d ca. 12 CHF), insb. auch Setting
Eindosierung	– Problemlos: dauert ca. 1 Woche ^{1,d} – CAVE: Kumulationsgefahr => "start low – go slow": interindividuelle Pharmakokinetik und –dynamik ^{1,d}	– Problemlos: dauert ca. 1 Woche ^{1,d} – CAVE: Kumulationsgefahr => "start low – go slow": interindividuelle Pharmakokinetik und –dynamik ^{1,d}	– Problemlos: dauert ca. 1 Woche ^e	– Komplex: nach 3-4 Tagen abgeschlossen – Umstellung von anderem Vollagonisten dauert länger und beinhaltet dessen Abdosierung – Berner Methode evtl. mit Vorteilen ^{14,5}	– Komplex: nach 3-4 Tagen abgeschlossen – Umstellung von anderem Vollagonisten dauert länger und beinhaltet dessen Abdosierung – Berner Methode evtl. mit Vorteilen ^{14,5}	– Komplex – spezialisierten Zentren vorbehalten ⁶

Günstig

Neutral, evtl. erhöhte Aufmerksamkeit notwendig

CAVE: Nachteilig, evtl. Umstellung auf anderen Opioidagonisten indiziert

[Strasser, Hämmig, Beck und Vogel 2018]

<https://www.ssam-sapp.ch/fachleute/empfehlungen/opioidagonistentherapie-oat>



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

Erstellt durch Mitglieder der Schweizerischen Gesellschaft für Suchtmedizin, SSAM

Verfalldatum: Januar 2025