

Opioidabhängigkeit

FOSUMOS
State of the art-Fortbildung 2024

Dr. med. Antje Kemter

Dank an die Sponsoren



SANDOZ



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-Iherapie
 - früher: SGB = Substitutionsgestützte Behandlung
 - noch früher: «Methadonprogramm»

Indikation

- Vorliegen einer Opioidabhängigkeit nach ICD-10 (F11.2)
- Wunsch des Patienten/der Patientin nach OAT
- 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

Ziele der OAT

instabile dekompenzierte Abhängigkeit



stabile kompensierte Abhängigkeit

- 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

- Aktuelle Anamnese, Biographische Anamnese, Familienanamnese, 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

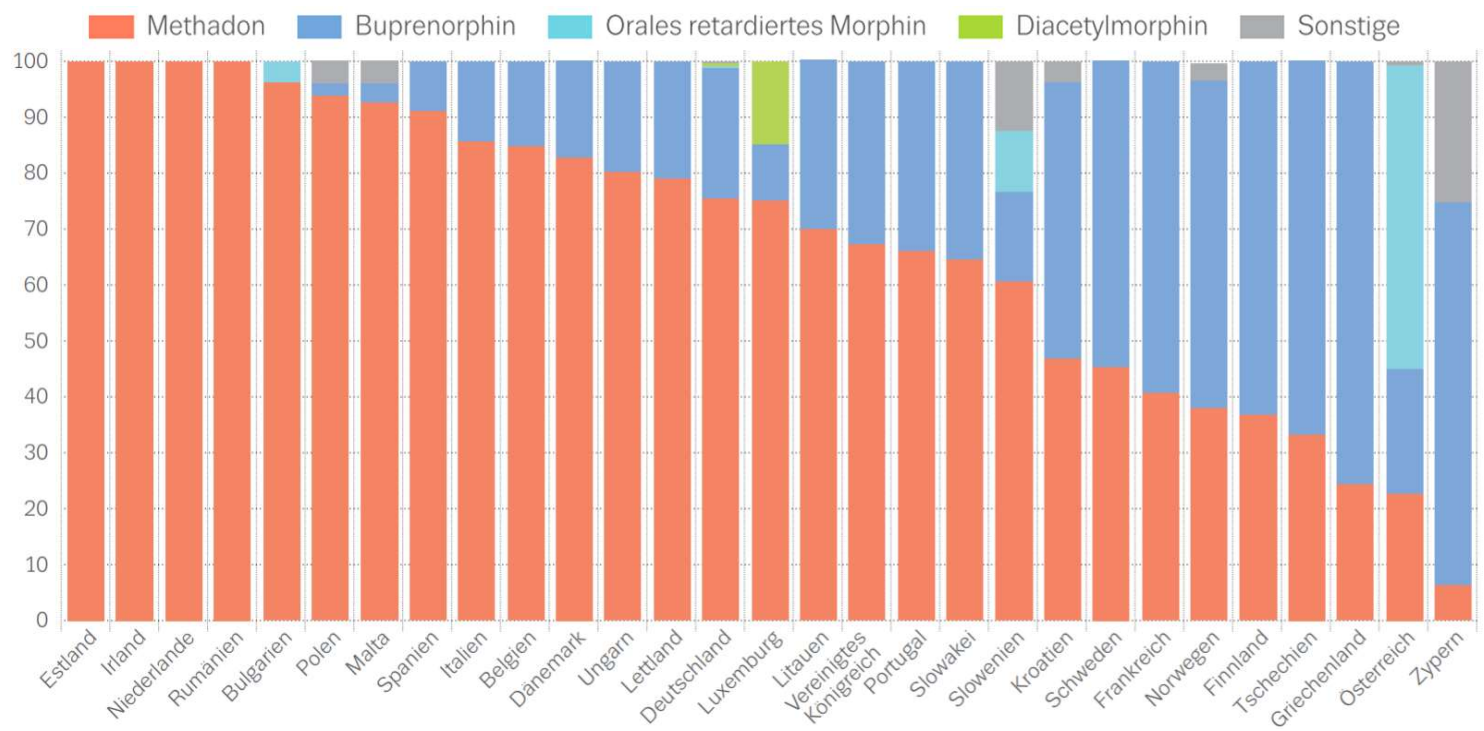
Welche Medikamente können Sie wählen?

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

- Methadon (seit 1976)
- Diacetylmorphin (seit 1994 bzw. seit 2010 in Tablettenform)
- Buprenorphin (seit 2000)
- Retardiertes Morphin (SROM = slow release oral morphine, seit 2013)
- Levomethadon (seit 2015)
- Buprenorphin/Naloxon (seit 2017)

Opioidagonisten in der OAT

Eine rationale und evidenzbasierte Wahl?



European Drug Report, EMCDDA, 2020

Substanzwahl

- die Wahl der OAT ist eine **klinische Entscheidung**
- es gilt, die erhoffte **Wirkung** mit den zu erwartenden **Nebenwirkungen** und den individuellen **Behandlungsfaktoren** in Beziehung zu setzen
- **Gemeinsamer Entscheidungsprozess** mit dem Patienten/der Patientin
- Vor dem Hintergrund der hohen interindividueller Varianz ist ein «Ausprobieren» und Anpassen der Medikation legitim (Wechsel des Präparates ist sehr wahrscheinlich).

OAT – Start

Drei Fragen

<p>1. Liegt eine Opioidabhängigkeit nach ICD-10 vor?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnese, Anzeichen von Konsum • auf Opioide/Opiate positive Urinprobe (Schnelltest) 	<p>Ja <input type="checkbox"/></p>
<p>2. Besteht Notwendigkeit, Opioide zu verabreichen?</p>	<p>es bestehen Opioidentzugssymptome:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mydriasis • Augentränen • Naselaufen • leichter Tremor • nicht unterdrückbares Gähnen • Übelkeit, Erbrechen • „Gänsehaut“ • subjektive Angaben: Craving, Gliederschmerzen, Muskelkrämpfe 	<p>Ja <input type="checkbox"/></p>
<p>3. Ist der Patient/die Patientin einverstanden mit einer OAT?</p>		<p>Ja <input type="checkbox"/></p>

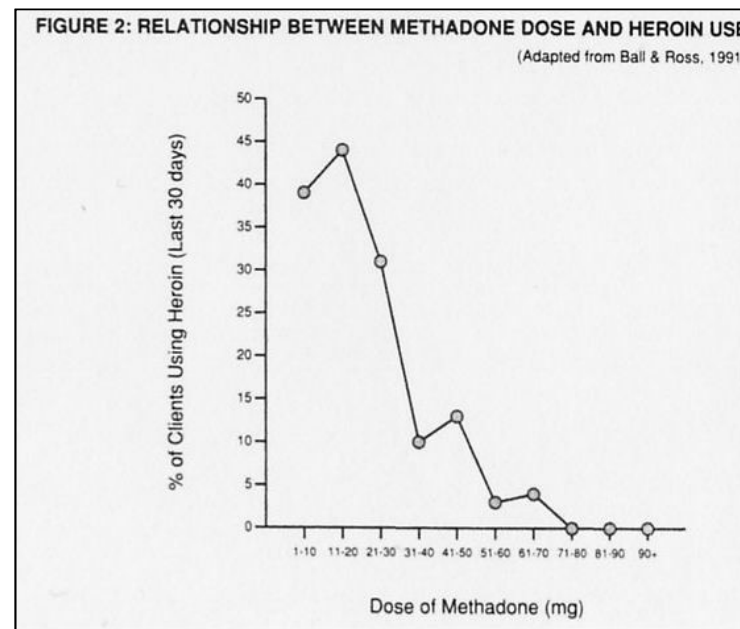
Methadon

- **Vollagonist** an μ -Opioid-Rezeptoren
- 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; kognitive und psycho-motorische Einschränkungen, Hyperalgesie)

Methadoneindosierung

- Dosis^{max} in den ersten 24h: 50 mg
 - 20-30 mg Startdosis
 - plus 10 mg nach 4h
 - plus 10 mg nach 4h
- Ansetzen der kumulativen Gesamtdosis von Tag 1 am Morgen des Folgetages
- 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 sediert** zu sein. Das Fehlen von Entzugssymptomen allein ist **nicht ausreichend!**
- enorme individuelle Dosisunterschiede [Eap et al., 2000]
- viele Patient*innen erhalten weniger 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

- **Vollagonist:** 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)

- **Vollagonist**
- 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, in retardierter Form über 24h stabile Plasmaspiegel
- 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

- Dosis ^{max} in den ersten 24h: 400 mg
 - 200 mg Startdosis
 - plus 200 mg nach 6h
- Ansetzen der kumulativen Gesamtdosis von Tag 1 am Morgen des Folgetages
- Dosissteigerung um max. 120 mg tgl. in den Folgetagen
- durchschnittliche Tagesdosis ca. 600 – 800 mg/Tag, Abweichungen nach unten oder oben sind häufig
- 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, 100 und 200 mg

Buprenorphin (BUP)

- **Partialagonist** am μ -Opioid-Rezeptor, 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 Opiode, verdrängt daher alle anderen Opiode vom MOR (und kann damit Entzugssymptome auslösen), zusätzlich eingenommene Opiode 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

1. auf Entzugssymptome warten

- Umstellung von Strassenheroin: mind. 4h nach letztem Opioidgebrauch
- Umstellung von Methadon (< 30-40 mg): mind. 24h nach letzter Methadondosis

2. Gabe einer Initialdosis 2 mg

- bei guter Verträglichkeit (Nicht-Auslösen eines Entzugssyndroms) 4-8 mg Subutex geben
- plus 4-8 mg alle 2 h (je nach Befinden)
- oft hohe loading dose in den ersten 24h (z.B. 34 mg)

3. am Folgetag auf Erhaltungsdosis reduzieren

- 1x morgens
- meist niedriger, z.B. zw. 8-16 mg

4. feinjustieren: finden der richtigen Dosis

- ⤷ 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: „rauschakzeptierende 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

Substanzwahl

- die Wahl der OAT ist eine **klinische Entscheidung**
- es gilt, die erhoffte **Wirkung** mit den zu erwartenden **Nebenwirkungen** und den individuellen **Behandlungsfaktoren** in Beziehung zu setzen
- **Gemeinsamer Entscheidungsprozess** mit dem Patienten/der Patientin
- Vor dem Hintergrund der hohen interindividueller Varianz ist ein «Ausprobieren» und Anpassen der Medikation legitim (Wechsel des Präparates ist sehr wahrscheinlich).

Diversifikationsmöglichkeiten in OAT

WIRKUNG

- **Wirkung auf Konsum von Strassenheroin**
 - ↳ Alle zugelassenen Opioidagonisten zeigen gleiche gute Wirkung.
- **Behandlungsretention**
 - ↳ Vor allem in der Eindosierungsphase zeigen die Buprenorphin-Präparate bei flexibler Dosierung etwas schlechtere Ergebnisse
- **Sedierende/berauschende Wirkung**
 - ↳ Methadon/L-Polamidon > SROM > 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)**

- **Obstipation***
 - ↳ alle Opioidagonisten können erhebliche Obstipation verursachen
- **Schwitzen***
 - ↳ Vorteile sind bei den retardierten Morphinen und Buprenorphin-Präparaten zu erwarten
- **Übelkeit/Erbrechen***
 - ↳ Mögliche Vorteile bei Buprenorphin
- **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 (SR0M, Diacetylmorphin) oder nachgewiesenermassen (Methadon, Levomethadon, Buprenorphin) überlegen.
- **Hyperalgesie***
 - ↳ Alle Opioide

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

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*

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

- **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

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

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, v.a. hinsichtlich der doch unterschiedlichen Nebenwirkungen
- 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

Methadon oder SROM als Ersteinstellung einer OAT

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

Umstellung auf Buprenorphin (Subutex) empfehlen oder Teil- oder Totalabbau

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

Heroingestützte Behandlung (HeGeBe)

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

L-Polamidon, zweite Alternative SROM (aber wegen geringerer Sedierung ggfs. weniger geeignet)

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 Wirkung der OAT sei er zufrieden, er fühle sich damit sicher und sei froh, keinen Suchtdruck mehr zu haben

Reduzieren, ggfs. Umstellung auf L-Polamidon, um Substanzlast zu reduzieren, ggfs. Umstellung auf SROM aufgrund des Schwitzens

Fazit

- Die Wahl des geeigneten OAT-Präparates ist eine persönliche Entscheidung der Betroffenen.
- Die Betroffenen sollten durch die behandelnde Person durch umfassende und adressatengerechte Aufklärung hinsichtlich **Wirkung**, **Nebenwirkungen** und **Behandlungsfaktoren** befähigt werden eine solche Entscheidung zu treffen.
- «Ausprobieren» und mehrfaches Wechseln des OAT-Präparates erscheint vor dem Hintergrund fehlender eindeutiger Kriterien absolut legitim.

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

	Methadon-Racemat	Levomethadon	Morphin 24h retardiert	Buprenorphin	Suboxone	Diacetylmorphin
Wirkung						
Wirkung auf Konsum von Strassenheroïn	- Bei adäquater Dosierung ausreichend ^{1,3}	- Bei adäquater Dosierung ausreichend ¹	- Bei adäquater Dosierung ausreichend ^{1,4}	- Bei adäquater Dosierung (>16mg) ausreichend ¹ - falls volle agonistische µ-Rezeptor Wirkung benötigt wird, möglicherweise ungenügend ¹	- Bei adäquater Dosierung ausreichend ¹ - falls volle agonistische µ-Rezeptor Wirkung benötigt wird, möglicherweise ungenügend ¹	- Bei adäquater Dosierung ausreichend ¹ - 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 ¹ - möglicherweise etwas geringer in der Eindosierungsphase ¹	- Bei adäquater Dosierung (>16mg) ausreichend ¹ - möglicherweise etwas geringer in der Eindosierungsphase ¹	- Bei adäquater Dosierung ausreichend ¹ - 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 ^{8,9,12}	- 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) ¹	- p.o. (in der CH nur Trinklösung) ^{1,4}	- Kapseln ⁴	- Sublingualtabletten ⁵	- Sublingualtabletten ⁷	- Ampullen, Tabletten IR/SR ¹
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 ^{1,4} - CAVE: Kumulationsgefahr => "start low – go slow": interindividuelle Pharmakokinetik und -dynamik ^{1,5}	- Problemlos: dauert ca. 1 Woche ^{1,4} - CAVE: Kumulationsgefahr => "start low – go slow": interindividuelle Pharmakokinetik und -dynamik ^{1,5}	- Problemlos: dauert ca. 1 Woche ¹	- Komplex, nach 3-4 Tagen abgeschlossen - Umstellung von anderem Vollagonisten dauert länger und beinhaltet dessen Abdosierung - Berner Methode evtl. mit Vorteilen ^{14,15}	- Komplex, nach 3-4 Tagen abgeschlossen - Umstellung von anderem Vollagonisten dauert länger und beinhaltet dessen Abdosierung - Berner Methode evtl. mit Vorteilen ^{14,15}	- Komplex - spezialisierten Zentren vorbehalten ¹

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

Absetzen im ambulanten Setting

- Grundsätzliches Aufklärung über Toleranzverlust mit Gefahr der tödlichen Überdosierung (Atemdepression)
- **Methadon**
 - wöchentlich -5mg
 - ab 20-30 mg TD kleinere Schritte (ggfs. Umstellung auf Buprenorphin)
- **SROM**
 - wöchentlich -30 mg
- **Buprenorphin**
 - exponentiell: wöchentlich -50%
 - linear: wöchentlich -2mg

Fahrtauglichkeit

- Unter konstanter Opioiddosierung und bei fehlendem Nebenkonsum ist Fahreignung nicht per se aufgehoben.
- Während Induktion der OAT sollte nicht aktiv am Strassenverkehr teilgenommen werden.
- Bei zusätzlicher Einnahme von Benzodiazepinen oder Alkohol besteht auch bei stabiler OAT keine Fahreignung.
- Behandelnde Person hat Aufklärungspflicht, Verantwortung liegt jedoch beim Pat.

Buprenorphin-Implantat

- Subkutane Buprenorphinimplantate sind heute in verschiedenen Ländern auf dem Markt.
- Die Implantate bestehen aus einem Träger-Polymer, das in der Regel einen Monat kontinuierlich Buprenorphin abgibt.
- Eine adäquate DosisEinstellung stellt bei dieser Verabreichungsform eine noch nicht gelöste Herausforderung dar.
- In den bisher durchgeführten Untersuchungen musste zusätzlich sublinguales Buprenorphin nach Bedarf abgegeben werden, da die Implantate eher niedrig dosiert sind.
- Bisher konnte eine Überlegenheit gegenüber Placebo gezeigt werden, eine Vergleichsstudie mit sublingualem Buprenorphin steht noch aus.

Codein, Dihydrocodein, Hydrocodon und Metaboliten

- Historisch erfreute sich Dihydrocodein in der OAT in Deutschland einer gewissen Beliebtheit, da die Methadon-Therapie dort lange verboten war. Mit der Zulassung von Methadon haben die Dihydrocodeinverschreibungen deutlich abgenommen.
- Codein, Dihydrocodein und Hydrocodon sind in der Schweiz als Antitussiva und schwache Opioidschmerzmittel registriert.
- Ihre Affinität zu den μ -Opioidrezeptoren ist gering, entsprechend sind sie für die Schmerzbehandlung und OAT per se nicht besonders geeignet. Ihre in vivo hauptsächlich durch CYP2D6 O-demethylierten Metaboliten Morphin, Dihydromorphin und Hydromorphon weisen jedoch eine hohe Affinität zu den μ -Opioidrezeptoren auf.
- Die Effizienz dieser metabolischen Umwandlungen zeigt aber eine sehr hohe Streubreite auf, die zum einen auf eine Störanfälligkeit des CYP2D6 Enzyms, zum anderen vor allem auf einen genetischen Polymorphismus zurückzuführen ist. Ca. 10% der kaukasischen Bevölkerung sind «poor metabolizer», d.h. sie wandeln die eingenommenen Substanzen nicht zu den hochwirksamen Metaboliten um. Die übrige Bevölkerung teilt man zusätzlich in «intermediate metabolizer», «extensive metabolizer» und «ultra-rapid metabolizer» ein, entsprechend bilden sie unterschiedliche Mengen der hochwirksamen Metaboliten.
- Mit einer grossen Streubreite werden ca. 10% der Ausgangssubstanz in die aktiven Metaboliten demethyliert.
- Als Nebenwirkungen werden die üblichen Opioidnebenwirkungen beobachtet, wobei besonders die Histaminreaktionen ins Gewicht fallen (Jucken, Kopfschmerzen etc.). Auch wenn nur Hydrocodon mit Betäubungsmittelrezept verschrieben werden muss, werden auch Codein und Dihydrocodein im Verzeichnis a (kontrollierte Substanzen, die allen Kontrollmassnahmen unterstellt sind) der BetmVV-EDI (Anhang 1 & 2) geführt. Für deren Einsatz in einer OAT braucht es daher eine kantonale Bewilligung.
- Zu beachten ist auch, dass keine der Substanzen und ihre aktiven Metaboliten zum heutigen Zeitpunkt eine Zulassung als Medikament in der Behandlung eines Opioidabhängigkeitssyndroms hat, sie müssten also in der OAT «Off-Label» verschrieben werden.

Hydromorphon

- Im kanadischen Heroinversuch wirkte Hydromorphon gleich stark wie Diacetylmorphin und die Patient:innen waren unter verblindeten Bedingungen nicht in der Lage zu unterscheiden, welche Substanz sie erhielten.
- Das Äquivalenzverhältnis von Diacetylmorphin zu Hydromorphon war dabei etwa 2:1.
- Entsprechend ist Hydromorphon eine valable Alternative zu Diacetylmorphin in der OAT.
- Hydromorphon wird im Verzeichnis a (kontrollierte Substanzen, die allen Kontrollmassnahmen unterstellt sind) und Diacetylmorphin im Verzeichnis d (verbotene kontrollierte Substanzen) der BetmVV-EDI (Anhang 2 & 5) geführt, was einer wissenschaftlichen Rationalität entbehrt.
- Entsprechend ist aber juristisch für den Einsatz von Diacetylmorphin in der OAT eine Bundesbewilligung notwendig, bei Hydromorphon wäre eine kantonale Bewilligung ausreichend (BetmG Art. 3e Abs.1 und Art. 11 Abs. 1 & 1bis).
- Allerdings wird es in der SL nicht als Medikament zur Behandlung eines Abhängigkeitssyndroms geführt und wird entsprechen von den Krankenkassen nicht vergütet.

Reisen

- Mitgaben der Opioidagonisten (gesetzlich: «international kontrollierte Substanz») für Reisen bis zu einem Monat sind grundsätzlich möglich und gesetzlich erlaubt.
- Beim Überschreiten von Landesgrenzen ist darauf zu achten, dass die Aus- und Einfuhrbestimmungen für kontrollierte Substanzen eingehalten werden.
- Reisende benötigen für die während 30 Tagen benötigte Menge ihrer Opioidmedikamente und für andere als psychotrope Substanzen klassifizierte Medikamente eine Schengen-Bescheinigung (auf der Webseite von swissmedic.ch).
- Bei Reisen in Länder ohne Schengen-Assoziierung ist die Lage unübersichtlich und es können keine allgemein gültigen Regeln angegeben werden.

QTc-Zeit-Verlängerung

- Vor Beginn einer Methadonbehandlung sollen alle Betroffenen nach kardialen Risikofaktoren befragt werden und die Begleitmedikation respektive der Beikonsum soll auf QTc verlängernde Substanzen geprüft werden.
- Ein EKG ist indiziert bei:
 - Einnahme von QTc verlängernden Substanzen, unabhängig von der Methadondosis.
 - Methadondosen über 120 mg und positiver Eigenanamnese bezüglich Herzrhythmusstörungen und/oder deren Symptome.
 - Methadondosen über 120 mg und Vorhandensein zusätzlicher Risikofaktoren.
 - Elektrolytstörung, z.B. bei Diuretika-Einnahme und/oder anhaltendem Durchfall/Erbrechen seit 4 Tagen oder länger (Natrium, Kalium Bestimmung) und/oder Essstörungen.
 - Auftreten von Symptomen, die von einer Herzrhythmusstörung herrühren können.
 - Vor Einsetzen von QTc verlängernden Medikamenten, unabhängig von der Methadondosis. Im Verlauf ist ein Kontroll-EKG durchzuführen, um Veränderungen zum Ausgangsbefund zu erfassen.
- Engeres Monitoring und allenfalls Beizug eines Kardiologen ist indiziert bei neu entdeckter oder bekannter Herzerkrankung mit arrhythmogenem Risiko, unerklärter Synkope, QTc >450 msec und Zunahme der QTc um 60 msec vom Ausgangswert.
- Bei QTc >500 msec ist eine Reduktion der Risikofaktoren und gegebenenfalls eine Umstellung der Methadontherapie auf einen anderen Opioidagonisten dringend angezeigt. Eine jährliche Neubeurteilung der Risikosituation bezüglich QTc-Verlängerung wird empfohlen

zusätzlicher Konsum: Alkohol

- Problematischer oder abhängiger Alkoholkonsum (AUD) sind weit verbreitet, mit hohen Morbiditäts- und Mortalitätsraten verbunden und auch speziell wegen der Interaktion mit Opioiden und der Lebertoxizität von grosser Bedeutung in OAT.
- Der Alkoholkonsum hat bei Menschen in OAT in der Schweiz im Verlauf der letzten 15 Jahre tendenziell zugenommen, die OAT selbst scheint keinen direkten Effekt auf die Ausprägung eines allfälligen Alkoholkonsums zu haben.
- Alkoholentzug ist potenziell tödlich und mit entsprechender Vorsicht zu handhaben, das Risiko kann mittels standardisierten Skalen abgeschätzt werden, die pharmakologische Standardbehandlung erfolgt mit Benzodiazepinen.
- Zur pharmakologischen Behandlung von AUD sind Disulfiram, Acamprosat, Naltrexon und Nalmefen zugelassen, letztere beide bei Patienten, die Opioid-Agonisten einnehmen, jedoch kontraindiziert.
- Disulfiram zur Behandlung von Personen mit Alkoholgebrauchsstörungen wird in der Literatur kontrovers diskutiert, gibt es doch nur einen begrenzten Nachweis für die Wirksamkeit in nicht überwachten Settings. Es gibt Hinweise, dass Disulfiram einen allfälligen gleichzeitigen Kokaingebrauch verringert. Die Anwendung von Disulfiram ist umstritten wegen des Sicherheitsprofils, aus Adhärenzgründen und vor allem der aversiven Art des Behandlungsansatzes selbst.
- Acamprosat ist wirksam zur Reduktion des Alkoholcravings, des Alkoholkonsums und zur Rückfallprophylaxe, es gibt jedoch keine diesbezüglichen Studien mit Personen in OAT.
- Baclofen, bisher nur in Frankreich zugelassen, zeigte gemischte Ergebnisse, wobei Einflüsse psychischer Komorbiditäten vermutet werden.
- Cannabidiol (CBD) wurde jüngst in einer Review als alternative Medikation zur wirksamen Reduktion von Alkoholkonsum beschrieben.
- Angesichts des häufigen gemeinsamen Auftretens und vielfältiger Interaktionen erscheint die Integration auf die Reduktion des Alkoholkonsums zielender psychosozialer und pharmakologischer Interventionen in der OAT folgerichtig und notwendig, ist jedoch bisher nicht evidenzbasiert.

zusätzlicher Konsum: Tabak

- Über 80% der Personen in OAT sind aktive Raucher.
- Opioidabhängigkeit ist bei Raucher:innen mit einer erhöhten Prävalenz und Schwere der Nikotinabhängigkeit verbunden. Es bestehen Interaktionseffekte in der Wirkung von Opioiden und Nikotin und eine Assoziation zwischen Tabak-, Kokain- und weiterem Substanzkonsum.
- Trotz gegenüber der Normalbevölkerung mehr als 3-fach höherer Prävalenz ist Nikotinabhängigkeit in der OAT unterbehandelt.
- Rauchen ist einer der wichtigsten Risikofaktoren für verschiedene kardiovaskuläre, Krebs- und respiratorische Erkrankungen und wesentlicher Prädiktor der körperlichen Gesundheit von Personen in OAT. In der Schweiz fand sich chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) bei über einem Viertel der Menschen mit OAT.
- Interventionen zur Rauchentwöhnung im OAT-Setting sind durchführbar und effektiv v. a. hinsichtlich Reduktion des Tabakkonsums, jedoch mit tiefen längerfristigen Abstinenzraten.
- Kurzintervention ist effektiv, der Nutzen von Motivational Interviewing nicht belegt. E-Zigaretten sind effektiver als Nikotin-Ersatz-Behandlungen.

zusätzlicher Konsum: Kokain

- Kokaingebrauch in OAT ist häufig und steht mit dem Beigebrauch von Heroin in positiver Assoziation.
- Regelmässiger Kokainkonsum kann zu geringerer Plasmakonzentration von Methadon führen.
- Gleichzeitiger Konsum von Kokain und Alkohol führt zu höheren Plasmakonzentrationen von Kokain und zur Entstehung des psychoaktiven Metaboliten Cocaethylen, mit einer im Vergleich zu Kokain 3-bis 5-fach verlängerten Halbwertszeit.
- Übermässiger Kokaingebrauch kann zu einem weiten Spektrum systemischer, insbesondere kardiovaskulärer Nebenwirkungen führen und neuropsychiatrische Komplikationen auslösen.
- Psychosoziale Verfahren stellen die First-Line-Behandlung von Störungen durch Kokain dar, wobei sich in der amerikanischen Literatur kombiniertes Contingency Management plus Community Reinforcement als vergleichsweise effektiver zeigte als kognitiv-behaviorale Therapie (CBT), nicht bedingte Belohnung und 12-Schritte-Programme. Pharmakologische Interventionen waren bisher generell nicht effektiv.

zusätzlicher Konsum: Cannabis

- Der Gebrauch bei Menschen mit OAT ist häufig und erfolgt aus unterschiedlichen Motiven wie Coping mit Stress, Selbstmedikation psychischer Probleme, Verminderung von Opioid-Entzugssymptomen, oder der Suche nach einem Rauscherlebnis.
- Cannabiskonsum wurde in einer Studie bei Personen in OAT häufiger zusammen mit Angststörungen assoziiert.
- Das Cannabinoid-System interagiert eng mit dem Opioid-System. Cannabisgebrauch verringert die Plasmakonzentration von Methadon.
- Cannabisgebrauch ist kein Prädiktor für einen schlechteren Verlauf einer OAT. Hingegen wurde in jüngerer Zeit vermehrt über positive Effekte berichtet und therapeutisches Potential für Cannabinoide in OAT vermutet.

zusätzlicher Konsum: NPS

- NPS-Gebrauch in OAT ist wenig untersucht, scheint jedoch eher aus praktischen Gründen (Ersetzen anderer Substanzen, einfache Verfügbarkeit) als aus psychopharmakologischen Vorlieben zu erfolgen.
- Vorerfahrung mit Amphetamin-Gebrauch und Schwere der psychischen Symptombelastung wurden als Prädiktoren identifiziert.
- Personen die Opiode injizieren, verwenden auch NPS eher in dieser Form, als Personen ohne vorbestehenden i.v.-Konsum.
- In der Schweiz ist die Prävalenz im Vergleich zu den traditionellen illegalen Substanzen gering und erfahrungsgemäss insbesondere regelmässiger oder problematischer NPS-Gebrauch auch unter Menschen mit OAT selten.
- Aktuell ist bei Menschen mit OAT eher der Gebrauch nicht verordneter Psychopharmaka zu beobachten. Es ist jedoch nicht auszuschliessen, dass in näherer Zukunft auch hierzulande NPS in den Konsummustern von Personen in OAT vermehrt eine Rolle spielen könnten. Aufgrund ihrer pharmakologischen Eigenschaften, ist das Augenmerk dabei wohl insbesondere auf synthetische Opioidagonisten (z.B. Fentanyl-Analoga) und Designer-Benzodiazepine (DBZD) zu richten.

zusätzlicher Konsum: Benzodiazepine inkl. Z-Substanzen

- Viele Patient:innen unter OAT erhalten BZD verschrieben, in der Regel zur Behandlung von Ängsten, Schlafstörungen oder (off-label) zur Substitution einer BZD-Abhängigkeit, im Sinne eines «agonist-assisted treatment».
- Die Verordnungen erfolgen dabei in Abwägung der bekannten Risiken von kognitiven Beeinträchtigungen, insbesondere mnestischen Störungen, Unfällen, Überdosierungen und Abhängigkeit.
- Nicht verschriebener BZD-Gebrauch ist ebenfalls häufig. Er kann teils als Selbstmedikation verstanden werden und kann mit inadäquater Dosierung des Opioidagonisten im Zusammenhang stehen.
- Eine relativ kleine Gruppe der Personen in OAT entwickelt eine schwere BZD-Abhängigkeit mit Einnahme von zum Teil extrem hohen Dosen und entsprechend schweren kognitiven Beeinträchtigungen. Die Behandlung dieser Patient:innen stellt eine besondere Herausforderung dar.
- Untersuchungen belegen, dass der BZD-Konsum mit einem ungünstigeren Verlauf der OAT assoziiert ist. Der kausale Zusammenhang ist umstritten, da diese Patient:innen im Allgemeinen schwerer krank sind (tieferes soziales Niveau, Misch-Konsummuster, mehr und schwerere somatische und psychische komorbide Störungen).
- Die Behandlung einer BZD-Abhängigkeit erfolgt am besten mittels Stabilisierung auf einer ausreichenden Dosis und anschliessender gradueller Dosisreduktion kombiniert mit psychotherapeutischer Unterstützung. Für alternative pharmakologische Möglichkeiten gibt es kaum Evidenz.
- Die Behandlung erfolgt in der Regel ambulant über einen Zeitraum von mehreren Wochen bis Monaten. Über den Langzeiteffekt stationärer BZD-Entzüge existiert nur eine kleine Studie, die keinen nachhaltigen Effekt auf den längerfristigen BZD-Beigebrauch zeigt.
- Die gleichzeitige konsequente störungsspezifische Behandlung komorbider psychiatrischer Erkrankungen ist dabei von hervorgehobener Bedeutung.
- Für BZD-gebrauchende Patient:innen unter OAT, die über ausreichend lange Zeit keinen Erfolg mit der Reduktion ihres Konsums haben, wird der Ansatz einer BZD-Agonistenbehandlung vorgeschlagen. Diese Empfehlung basiert auf theoretischen Überlegungen und einer sehr breiten klinischen Erfahrung von Zentren und niedergelassenen Arzt:innen, es fehlen jedoch qualitativ hochwertige Studien. Eine kleine offene prospektive Untersuchung fand Hinweise darauf, dass dieser Behandlungsansatz gegenüber einem Abbau mit geringerem BZD-Beikonsum verbunden ist. Eine retrospektive Studie fand eine höhere Behandlungsretention und geringere Mortalität als bei Patient:innen ohne BZD-Agonistenbehandlung, solange sie sich in OAT befanden.
- Diese Behandlungen unterliegen einer kantonalen Bewilligungspflicht. Hierfür sollten Benzodiazepine mit einer langsamen Anflutungsgeschwindigkeit und langen Wirkdauer eingesetzt werden, z.B. Clonazepam, retardiertes Alprazolam oder, trotz der rascheren Anflutung, Diazepam. Bei Patienten mit eingeschränkter hepatischer Funktion empfiehlt sich die Verwendung von Oxazepam.