

Regionale Gesprächsgruppe  
Glarus

Kantonsspital Glarus, 26.11.2024

# Diversifizierte Opioid-Agonisten-Therapie bei Opioid-Abhängigkeit

Adrian R. Kormann

FMH Psychiatrie und Psychotherapie  
Schwerpunkt Psychiatrie und Psychotherapie der Abhängigkeitserkrankungen  
FMH Allgemeine Innere Medizin  
Fähigkeitsausweis Abhängigkeitserkrankungen SSAM  
Ärztlicher Leiter, Drogenforum Zug, HeGeBe ZOPA

# Inhalt

- Grundlagen der Opioid-Abhängigkeit und Opioid-Agonisten-Therapie (OAT)
- Vorgehen bei der Wahl des «richtigen» Opioids
- Vorstellung der einzelnen Substanzen, die sich zur OAT eignen
- Schmerzmittel als Einstieg in die Sucht?
- Holt uns Amerikas Opioid-Krise ein?

# Opioid-Abhängigkeit und Therapie

## Grundsätzliches

# Opioide

## Wirkungen, Risiken und negative Folgen

### Wirkungen:

- Schmerzstillend
- Sedierend, vermindert Angst, Anspannung und Depressionen
- Euphorische Stimmung, verbessertes Selbstvertrauen, «Kreativität»

### Risiken und negative Folgen:

- Überdosis mit Atemstillstand bei akuter Intoxikation, ansonsten nur geringe körperliche Folgeschäden durch Substanz selbst
- Folgeschäden durch Verunreinigungen und unsauberes Spritzen: Infektionserkrankungen wie HIV, HCV, Endokarditis, etc.
- Hohes Risiko einer körperlichen und psychischen Abhängigkeit

# Behandlungsziele bei Substanz-Abhängigkeit

Schadensminderung  
(Sauberes Spritzenmaterial,  
Injektionsräume, niederschwellige  
medizinische Versorgung, Wohn-/  
Beschäftigungsprogramme)

Substanz-freie  
Behandlungsstrategien  
(Abstinenz)

Pharmakologische Strategien  
(Opioid-Substitution, Medikamente  
gegen Craving oder Komorbidität)

Subjektiv zufriedene selbstbestimmte Lebenserfahrung

Stärkung adäquater Bewältigungsstrategien

Reduktion / Sistierung der Einnahme nichtverschriebener Substanzen

Stabilisierung der gesamten Lebenssituation

Erfassung und Behandlung komorbider Störungen

Sicherung des Überlebens

Abgewandelt nach Maslow, Körkel, Meili

# Opioide

## Grundlagen der substitutionsgestützten Behandlung

- Der Nutzen der substitutions-gestützten Behandlung (SGB) bei Opioid-Abhängigkeit ist medizinisch evident und international akzeptiert:
  - Weltgesundheitsorganisation WHO
  - World Federation of Societies of Biological Psychiatry WFSBP
  - National Institute for Health and Clinical Excellence NICE
  - Swiss Society of Addiction Medicine SSAM
- Nachgewiesene positive Effekte der SGB sind:
  - Reduktion **Mortalität** / **Morbidität** (bspw. HIV, HCV, Überdosis, Unfälle)
  - Verbesserung der **Lebensqualität** und **sozialen Integration**
  - Senkung der **Kriminalität**, der volkswirtschaftlichen **Kosten** und Reduktion von **illegalem Konsum**
  - Hohe **Retentionsrate**, was Behandlung komorbider Störungen begünstigt

## SSAM Empfehlungen zur Substitutionsgestützten Behandlung (SGB) = Opioid-Agonisten-Therapie (OAT)

- Die OAT stellt eine Behandlung dar, die dazu beitragen soll, eine instabile, dekompensierte Abhängigkeit in eine stabile, kompensierte Abhängigkeit überzuführen.
- Im Zentrum steht die Reduktion der Mortalität, die Verbesserung der Gesundheitssituation, präventiv die Reduktion des Risikos neuer zusätzlicher Erkrankungen, die Erhöhung sozialer Kompetenzen und der sozialen Integration und die Steigerung der Lebensqualität.
- Hinsichtlich des Erreichens der Opioid-Abstinenz ist die OAT nicht primär kurativ ausgerichtet, auch wenn ein Teil der Betroffenen in Richtung Abstinenz begleitet werden kann.

SSAM Empfehlungen 2012

# Opioide

## Outcome und Erfolgsraten verschiedener Therapien

Behandlungserfolg = Verbleib in Behandlung / Reduktion oder Sistierung des illegalen Opioid-Gebrauchs nach 52 Wochen:

- **Entzug** allein 5-20%
- **Abstinenzorientierte psychosoziale Ansätze** 5-30%
- **Opioid-Agonisten-Therapie**
  - Methadon 50-80%
  - Buprenorphin 40-60%
  - Slow Release Oral Morphin 88%
  - Diacetylmorphin (in therapierefraktären Patienten) 67-82%
- **Antagonistenbehandlung**
  - Naltrexon oral 10-30%
  - Naltrexon Depot (russische Studie) 45%

[Beck et al. 2014](#); [Hser et al. 2013](#); [Kreek et al. 2006](#); [Krupitsky et al. 2013](#); [Vogel et al. 2016](#)



## Unerwünschte Nebenwirkungen der OAT / Opioide

- Intoxikation
- QTc-Zeit-Verlängerung und Herzrhythmusstörungen (nur Methadon)
- Hormonelle Beeinflussung der Hypothalamus-Hypophyse-Gonaden-Achse -> Mangel an Testosteron, Progesteron und Östrogen, Hyperprolaktinämie -> Abnahme der Libido (m/f), erektile Dysfunktion, Oligo-/Amenorrhoe, Stimmungsschwankungen, Osteoporose
- Obstipation
- Übelkeit und Erbrechen
- Exzessives Schwitzen

Unerwünschte Wirkungen der OAT lassen sich durch Wahl des optimalen Substituts oder durch medikamentöse Behandlung der Nebenwirkungen lindern.

Der Verzicht auf OAT führt i.d.R. zu schwerwiegenderen Folgeschädigungen als die o.e. unerwünschten Nebenwirkungen.

## OAT und Arbeitsfähigkeit

- Bei Wahl des bestmöglichen Substitutionsmittels und stabiler Einstellung auf einer ausreichenden Dosis besteht aufgrund der substitutionsgestützten Behandlung mit einem Opioid i.d.R. keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.
- Zu beachten:
  - Gefährliche Tätigkeiten
  - Teilnahme am Strassenverkehr
  - Komorbide Störungen
- Cave: Da eine Mehrheit der Betroffenen eine Abstinenz nicht oder nicht dauerhaft erreicht, führt Abstinenzforderung bei Opioid-Abhängigkeit häufig zur Destabilisierung und damit zu einer Gefährdung der Arbeitsfähigkeit.
- Beachte: AUF durch Beikonsum oder komorbide Störungen

# Komorbide psychische Störungen

## Die Regel und nicht die Ausnahme !

- |  |              |
|--|--------------|
| • Mindestens eine komorbide psychische Störung | 47-93%       |
| • Persönlichkeitsstörung                       | 26-68%       |
| • Affektive Störungen                          | 7-74%        |
| • Angststörungen                               | 1-46%        |
| • ADHS *                                       | 18%* / 8-33% |
| • Essstörungen                                 | 1-7%         |
| • Schizophrene Störungen                       | 1-14%        |

Frei & Rehm 2002; van de Glind, van den Brink et al. 2014

\* Rohner et al., Prevalence of ADHD among SUD Populations: Meta-Analysis, Jan 2023, Int J Environ Res Public Health

# Wahl des richtigen Medikaments

## Der formale Aspekt: In der Schweiz zugelassene Medikamente zur Opioid-Agonisten-Therapie (OAT)

In der Schweiz sind heute mehrere Opioide zur OAT zugelassen:

<b>Substanz</b>	<b>Zulassung</b>	<b>Medikamentenname</b>
Methadon	Seit 1976	Methadon <sup>®</sup> , Ketalgin <sup>®</sup>
Diacetylmorphin	Seit 1994/2009	Diaphin <sup>®</sup> i.v.; Diaphin Tabl. <sup>®</sup>
Buprenorphin	Seit 2000	Subutex <sup>®</sup> , Buprenorphin Generika
Retardierte Morphine	Seit 2013/2021	Sevre-Long <sup>®</sup> , Kapanol <sup>®</sup>
Levomethadon	Seit 2015	L-Polamidon <sup>®</sup>

## Der formale Aspekt: In der Schweiz zugelassene Medikament zur Opioid-Agonisten-Therapie (OAT)

Nicht offiziell zur OAT zugelassen, aber im Off Label Use gelegentlich verwendet:

- **Andere retardierte Morphine** (MST Continus<sup>®</sup>, M Retard Helvepharm<sup>®</sup>)
- **Oxycodon** (Targin<sup>®</sup>, Oxycontin<sup>®</sup>, Oxynorm<sup>®</sup>)
- **Codein** (Codein Knoll<sup>®</sup>, Makatussin<sup>®</sup>)

OAT im Ausland:

- **Hydromorphone** (bspw. Österreich, Niederlande)

## Grosse regionale Unterschiede

Medikamente zur OAT (ohne HeGeBe):

Kanton	Zahl Pat.	Meth	SR0M	Bup	Andere oder unbekannt
GL	49	88%	8%	4%	0%
SG	830	61%	27%	7%	5%
SZ	74	45%	46%	8%	1%
GR	256	72%	18%	3%	7%
TG	406	60%	27%	9%	4%
ZH	2683	53%	20%	11%	16%
BS	931	44%	43%	10%	3%
TI	909	87%	5%	7%	1%
<b>Schweiz</b>	<b>15734</b>	<b>55%</b>	<b>29%</b>	<b>9%</b>	<b>7%</b>

## Grosse regionale Unterschiede

Abgabeort der OAT (ohne HeGeBe):

Kanton	Apo.	Praxis	Inst.	Anderes (Gefängnis, etc.)
GL	44%	56%	0%	0%
SG	43%	27%	27%	3%
AR	11%	78%	9%	2%
ZH	27%	11%	62%	0%
<b>Schweiz</b>	<b>51%</b>	<b>14%</b>	<b>33%</b>	<b>2%</b>

Tendenz der letzten Jahre: Konzentration in Institutionen, wo vorhanden.  
(Fachkräftemangel? Schliessung Hausarztpraxen? Abnahme Interesse für Suchtkranke?)



# Opioid Agonisten Therapie

## Wahl des „richtigen“ Medikaments

### **Diversifizierte, individualisierte Behandlung !**

- Einstellung bzw. Wechsel auf am besten geeignetes Opioid (Wahl der OAT-Medikation ist eine klinische Entscheidung)
- Einstellung auf benötigte, genügend hohe Dosis
- Zieloffene Behandlung

# Medikamente zur Opioid- Agonisten-Therapie im Detail

# Methadon

## Vorteile:

- Methadon stellt in der OAT auch heute noch den Goldstandard dar.
- Methadon ist effektiv und bestens bewährt.
- Methadon ist mit Abstand am besten erforscht.
- Methadon ist kostengünstig.
- Lange HWZ und damit stabile Spiegel.
- Mehrere Galeniken: Tabletten, Suppositorien oder in Flüssigform

## Nachteile:

- Methadon hat im Vergleich mit anderen Substituten ein schlechteres Profil punkto Nebenwirkungen und Interaktionen:
  - Methadon-Interaktionen (CYP P450)
  - QTc-Zeit-Verlängerung
  - Ultra Rapid Metabolizer unter Methadon
- Patienten beklagen Nebenwirkungen wie Müdigkeit, starkes Schwitzen oder Obstipation unter Methadon subjektiv öfter als unter anderen Opioiden

# Slow Release Oral Morphin (SROM)

## Vorteile:

- Zusammenfassung des aktuellen Stands der Forschung: SROM hat gleiche Effektivität wie Goldstandard Methadon.
- Subjektive Patientenzufriedenheit ist besser.
- Keine Verlängerung der QTc-Zeit unter SROM.
- Unter SROM geringere psychische Symptombelastung (Global Severity Index tiefer als bei Methadon)
- SROM unterdrückt Craving nach Heroin besser als Methadon

## Nachteile:

- SROM sollte zwar 24 h Abdeckung garantieren für Einnahme einmal täglich. Wegen leicht schwankenden Spiegeln (insb. bei Sevre-Long<sup>®</sup>, nicht bei Kapanol<sup>®</sup>) bevorzugt ein Teil der Patienten eine Einnahme 2x täglich
- Wiederholte Lieferverzögerungen und Lieferausfälle bei Sevre-Long<sup>®</sup> (nicht bei Kapanol<sup>®</sup>)

## Slow Release Oral Morphin (SROM)

Produkt	Substanz	Zulassung OAT	Stückelung	Einnahme
Sevre-Long®	Morphin-Sulfat	Ja	200, 120, 60, 30	1-2x / d
Kapanol®	Morphin-Sulfat	Ja	200, 100, 50, 20	1-2x / d
MST Continus®	Morphin-Sulfat	Nein	200, 100, 60, 30	mind. 2x / d
M Retard®	Morohin-HCl	Nein	200, 100, 60, 30	mind. 2x / d

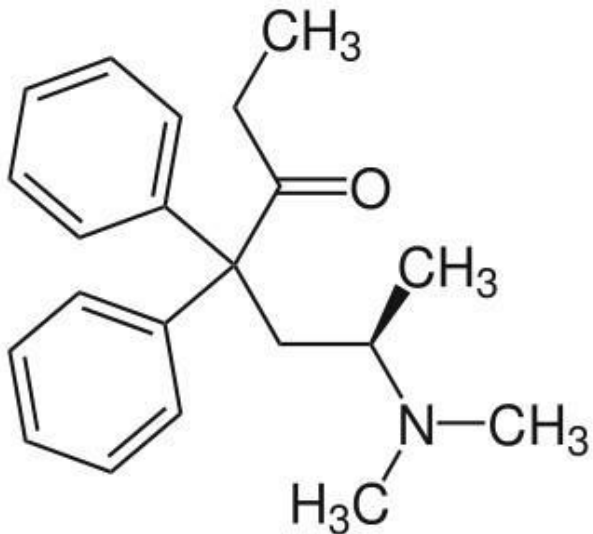
# Levomethadon (L-Polamidon®)

## L-Methadon

Analgesie

Anti-Tussivum

Keine relevante QTc-Verlängerung



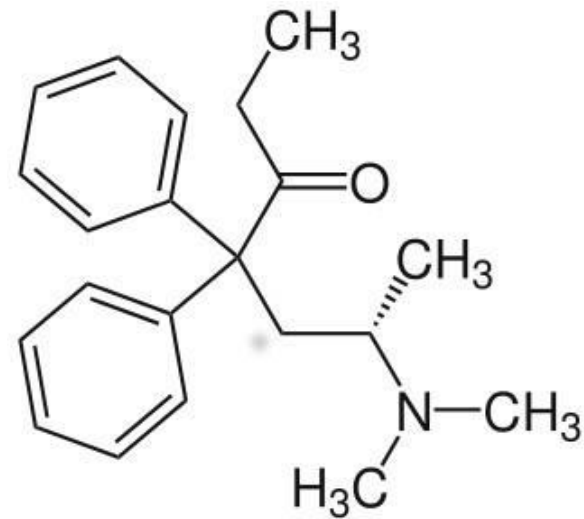
Levomethadon = L-Methadon =  
(R)-Methadon

## D-Methadon

Kaum Analgesie

Anti-Tussivum

**QTc-Zeit-Verlängerung**



Dextromethadon = D-Methadon =  
(S)-Methadon

## Levomethadon (L-Polamidon®)

### Vorteile:

- Levomethadon wirkt klinisch gleich wie das Methadon-Razemat, zeigt aber ein günstigeres Nebenwirkungsprofil.
- Unter Levomethadon wird die Hälfte des bisher verschriebenen Methadons benötigt: Umrechnungsfaktor in Milligramm: 2:1

### Nachteile:

- Limitation der Kostenübernahme durch die Krankenkassen: Zugelassen nur bei:
  - QTc-Zeit-Verlängerung
  - Methadon-Dosis > 100 mg
  - Starken Nebenwirkungen unter Methadon
- Nur als Trinklösung erhältlich, nicht als Tabletten (umständlich bei Mitgaben)

## Buprenorphin (Subutex® und Generika)

### Vorteile:

- Partieller Opioid-Agonist mit Affinität zu Mü-Rezeptor und Antagonismus am Kappa-Rezeptor
  - Breitere Sicherheitsspanne: Buprenorphin ist diesbezüglich anderen OAT überlegen
  - Weniger Gefahr für Herz- und Atemfunktion
  - Weniger dämpfende Effekte
- Hohe Affinität zu Opioid-Rezeptoren
- Lange HWZ und stabile Spiegel

Künftig als **Buvidal**® auch in Form von Subcutan-Injektionen erhältlich mit Wirkungszeit für 7 bis 28 Tage.



## Buprenorphin (Subutex und Generika®)

### Nachteile:

- Herausfordernde Ein-/Umstellung von Voll-Agonisten auf Buprenorphin. Prinzipiell zwei Möglichkeiten:
  - Reduktion des Vollantagonisten auf 30 mg Methadon (bzw. Äquivalenzdosis) und Umstellung nach 24-36 h Opioid-Karenz und beginnenden Entzugssymptomen
  - «Berner Methode»: Überlappendes Einschleichen von Buprenorphin mit Steigerung um 0.4 mg alle 2 Tage. Dieses Vorgehen entspricht einem Off Label Gebrauch
- Ungeeignet für Patient\*innen mit häufigem Opioid-Beikonsum oder mit Bedürfnis nach Sedierung / emotionaler Distanzierung wie es vor allem Methadon mehr macht

# Diacetylmorphin (Diaphin<sup>®</sup>, „Heroin“)

## Diaphin IR und SR Tabletten

### Vorteile:

- Metabolisierung nicht über Leber
- Keine QTc-Zeit-Verlängerung
- Spürbares Anfluten im Gegensatz zu Methadon oder SROM
- «Nahe verwandt» mit SROM, daher gut austauschbar bspw. bei Ferienmitgaben

### Nachteile:

- Einnahme mindestens 2x täglich. Mitgaben nur an stabile Patienten und maximal 7 Tagesdosen: Anbindung ans Abgabezentrum
- Nur in spezialisierten Zentren; nicht flächendeckend zur Verfügung
- Administrativer Aufwand mit BAG-Bewilligung
- Keine Fahrfähigkeit

# Diacetylmorphin (Diaphin<sup>®</sup>, „Heroin“)

## Diaphin flüssig

### Vorteile:

- Das „Verum“ für injizierende Patient\*innen
- Stärkstes Anfluten bei i.v.-Applikation
- Metabolisierung nicht über Leber

### Nachteile:

- Gefährlichste Applikationsform betreffend akute Intoxikationen
- Kurze Wirkungszeit, Applikationen mind. 2x täglich
- In der Regel keine Mitgaben möglich. Noch höhere Anbindung ans Zentrum als bei peroraler Form
- Nur in spezialisierten Zentren; nicht flächendeckend zur Verfügung
- Administrativer Aufwand mit BAG-Bewilligung
- Keine Fahrfähigkeit

# Äquivalenz-Tabelle für Wechsel von Opioiden bei OAT

Methadon-Äquivalent MTQ:

- 1 MTQ = 0.5 mg Levomethadon p.o.
- **1 MTQ = 1 mg Methadon p.o.**
- 1 MTQ = 3 mg Diacetylmorphin i.v. / i.m.
- 1 MTQ = 4.5 mg Diacetylmorphin nasal
- 1 MTQ = 6 mg Diacetylmorphin p.o.
- 1 MTQ = 8 mg Slow Release Oral Morphin (grosse individuelle Varianz: 5-9 mg)

Umrechnung gilt für mittlere OAT-Dosierungen. Im Tief- und Hochdosisbereich können Umrechnungen leicht abweichen.

Buprenorphin: kein direkter Umrechnungsfaktor, da partieller Antagonist

# Mitgabe von Substitutionsmitteln

## Leitplanken des Betäubungsmittelgesetzes

- Indikation für Mitgaben stellt die zuständige Ärztin/Arzt
- **Methadon / Levomethadon / Buprenorphin / Morphin:**
  - Mitgabe gesetzlich bis zu 30 Tage erlaubt, üblich ist 1 Woche oder ein Vielfaches davon
  - Mitgaben sind auch bei Beikonsum anderer Substanzen möglich
- **Diacetylmorphin:**
  - Mitgabe früher max. 2 Tagesdosen, heute bis 7 Tage, sofern Patient\*innen folgende Auflagen erfüllen:
    - Mindestens 6 Monate ununterbrochen in HeGeBe
    - Gesundheitlich und sozial stabilisiert
    - Kein Beikonsum illegaler Substanzen
    - Keine Missbrauchsgefahr

## Fazit: Auswahl des «besten» Opioid-Agonisten

### Was ist zu berücksichtigen?

- Präferenz und Vorerfahrung der Patient\*innen
- Anamnese (Wunsch und Drang nach psychotropem Effekt, Beikonsum)
- Nebenwirkungen bekannter Opiode
- Kardiales Risiko und weitere Risikofaktoren
- Komorbide Störungen
- Psychosoziales Umfeld

-> **Persönliche Entscheidung der betroffenen Patient\*innen aufgrund der ihnen vorgelegten Informationen**

-> **«Ausprobieren» und mehrfaches Wechseln scheint vor dem Hintergrund nicht vorhandener, eindeutiger Kriterien absolut legitim**

## Fazit: Auswahl des «besten» Opioid-Agonisten

- Die geeignete Substanz zur OAT wird **klinisch** ermittelt
- Die OAT-Medikamente unterscheiden sich insb. im **Nebenwirkungsprofil** und in der **individuellen Präferenz**
- Zwischen den Substanzen kann in der Regel problemlos gewechselt werden (Ausnahme: Einstellung auf Buprenorphin setzt entsprechende Kenntnisse voraus)
- Unabhängig von der eingesetzten OAT-Substanz sind Grundkenntnisse von der Substitution und **adäquate individuelle Dosierung** für den Behandlungserfolg entscheidend

## Opioid-Abhängigkeit und diversifizierte Opioid-Agonisten-Therapie Take Home

- **Opioid-Agonisten-Therapie** ist die erfolgreichste Therapieform und somit der «Goldstandard» bei Opioid-Abhängigkeit
- **Detaillierte Anamnese**: Substanzkonsum genau erfragen
- **Komorbidität** unbedingt beachten und mitbehandeln
- **Interdisziplinarität** in der Behandlung (Suchtmedizin, Psychiatrie, Infektiologie, internistische und chirurgische Behandlungen, Sozialarbeit)
- Bei Opioid-Abhängigkeit ist **Opioid-Agonisten-Therapie stabilisierend**, egal mit welchem Opioid und in welcher Dosierung
- Die Wahl des «richtigen» Opioids wird vor allem bestimmt durch das Nebenwirkungsprofil und die individuelle Präferenz der Patient\*innen
- **Abstinenz** ist bei Opioid-Abhängigkeit sekundäres und **optionales Ziel**
- **Wachsamkeit** punkto längerfristiger Verschreibung von Opioiden in der **Schmerzbehandlung**

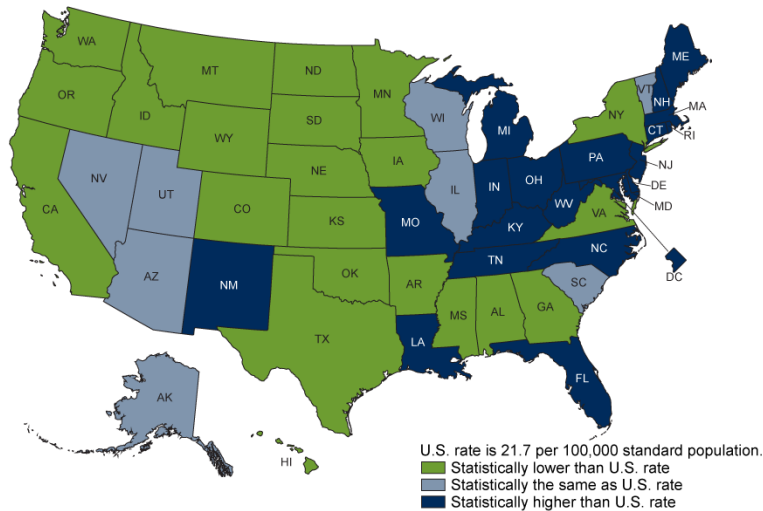


# Schmerzmittel als „Einstiegsdroge“

## Schwappet die amerikanische Opioid-Krise auch zu uns über?

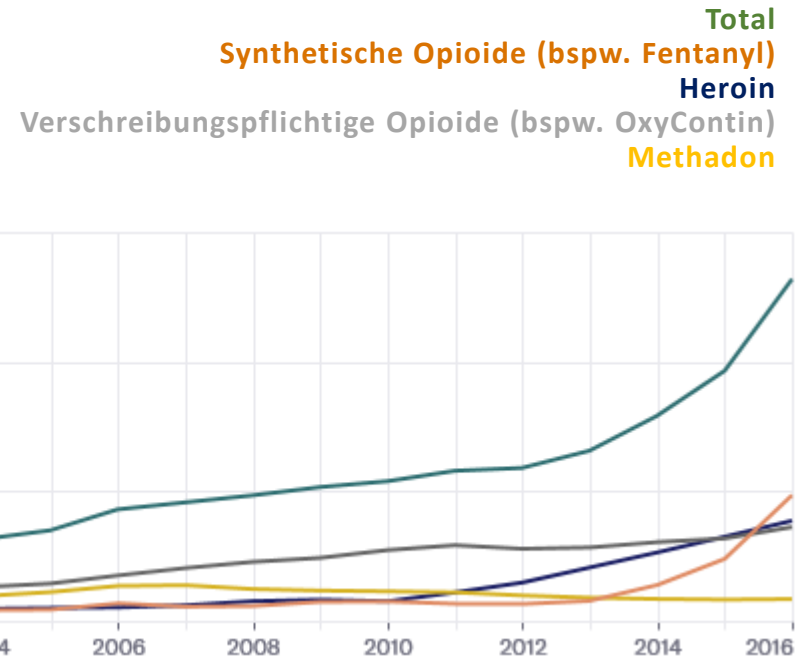
USA 2016: ca. 3 Mio. Opioid-Abhängige (= 1% der Bevölkerung)  
 Vgl.: Schweiz 1992 (Platzspitz): 35'000 Opioid-Abhängige (=0.5% der Bevölkerung)

Durch Opioid-Überdosis ausgelöste  
 Todesfälle in den USA 2017 pro  
 100'000 Einwohner:



Center of Disease Control, CDC

Anzahl der Opioid-Überdosis-Opfer  
 nach Substanz:



National Vital Statistics System

# Drogenassoziierte Todesfälle weltweit

Geschätzte Zahl drogenassoziiierter Todesfälle 2015 pro Million Einwohner und Jahr:

• <b>USA *</b>	<b>246</b>
• Nordamerika total *	172
• Ozeanien	102
• Asien	62
• Lateinamerika und Karibik	56
• Welt Durchschnitt	40
• <b>West- und Zentral-Europa</b>	<b>26</b>
• Ost- und Südost-Europa	23
• Afrika	15

\* 2020: USA 277, British Columbia 440 !

UNODC 2015

# Opioid-Problematik in den USA

## Die Rolle hochpotenter Opioide

- Die Entwicklung einer Risiko-Konstellation hat über Jahre stattgefunden, ohne Reaktion: **Schlechtes Versorgungssystem für Suchtkranke**, hohe **politisch-ideologische Hürden**.
- Seit 2013 **Fentanyl** und Derivate in Strassendrogen **beigemischt**.
- Die Dosierung ist für Laien sehr schwierig und führt zu toxischen / tödlichen Kontaminationen. Dies ist besonders für Benutzer mit geringer Opioid-Toleranz sehr gefährlich.
- Zwischen 2015 und 2020 wird **Fentanyl** immer mehr zur **drug of choice** und beginnt Heroin zu verdrängen.
- Steiler Anstieg der Drogentodesfälle als Folge, obwohl 2/3 Fentanyl nicht spritzen, sondern rauchen oder schlucken.
- Die Abhängigkeit von der Fentanyl-Produktion in China und Mexico wird seit 2019 zunehmend abgelöst durch **dezentrale Labors in den USA und Canada** selbst.
- Der Verlust der Kontrolle durch den Staat führt zu fragwürdigen politischen «Verzweiflungstaten» wie bspw. «**Safe Supply**» in British Columbia.

# Opioid-Problematik in den USA

## Vergleich der Kontinente

### Europa

- Wenige Fentanyl Hotspots (München, Baltische Staaten, aber neu auch UK, Hamburg)
- Entwickelte OAT und hohe Abdeckung (50-80%)
- Gute und finanzierte Behandlung von Abhängigkeitserkrankten
- Hohe Retentionsraten
- Psychosoziale Betreuung integriert

### Nord-Amerika

- Hohe Zahl an Fentanyl-Konsumenten
- Unterentwickelte OAT
- Coverage von OATs unter 20%
- Geringe Retention (bspw. nur 13% in OAT in British Columbia)
- Psychosoziale Betreuung ist die Ausnahme und meist nicht bezahlt

Aber cave! Einstieg über Opioid-haltige Schmerzmittel nimmt auch ausserhalb Nordamerikas zu, insb. in Australien, UK, Deutschland, Schweiz, Österreich

# Opioid-Missbrauch in der Schmerzbehandlung .....und in der Schweiz ?

Drogenforum Zug / HeGeBe ZOPA: Behandlungseintritte innerhalb der Jahres 2020 und 2021:

- Einstiegs-Opioid war ein verschriebenes Opioid-Schmerzmittel: 25%
- Einstiegs-Opioid war ein illegal beschafftes Opioid-Schmerzmittel: 30%
- Einstiegs-Opioid war „klassisches“ Strassenheroin: 45%

Angaben bei kleiner Fallzahl nicht repräsentativ, aber dennoch zeigt sich die Tendenz hin zu Opioid-haltigen Schmerzmitteln als Einstiegssubstanz.

## Vorboten in Europa?

- Bestehende Fentanyl Hotspots in den Baltischen Staaten und einzelnen Städten wie München.
- Zunahme der Feststellung von Fentanyl-Beimischung in Strassen-Heroin bei **Drug-Checkings** in vielen europäischen Ländern.
- Als mögliche Folge der **Heroinknappheit** stellen Streetworker und Drug-Checkings in Deutschland aktuell fest ([Maria Kuban, Deutsche AIDS-Hilfe, 2024](#))
  - Schlechtere Qualität
  - Schlechtere Verfügbarkeit
  - Höhere Preise
  - Mehr Beimischung
- Aktuell **Nitazin-Welle in England und Wales** (Nitazin ist 25x stärker als Fentanyl)
- In **Hamburg** sind schon 11% des beschlagnahmten Heroins mit Fentanyl versetzt (Hafenstadt, Import aus Mexico und China, noch keine lokalen Labors)

## Gründe, sich auch in Europa Sorgen zu machen:

- Weitgehende **Zerstörung der Opiumfelder** in Afghanistan 2023
- **Ökonomische Vorteile** regionaler Produktion synthetischer Opiode
- **Frei verfügbare Chemikalien** für regionale Produktion von Opioiden
- Signifikante Vorteile für den **Drogenhandel**
- **Hohe Potenz** synthetischer Opiode
- **Unterentwickelte Suchtforschung**
- **Mortalitätsrisiko**
- **Mangelnde öffentliche Aufmerksamkeit** und kaum Prävention



[www.ssam.ch](http://www.ssam.ch)

Medizinische Empfehlungen für Opioid-Agonisten-Therapie bei Opioid-Abhängigkeitssyndrom

•S•S•A•M• - •S•A•P•P•

Swiss Society of Addiction Medicine - Section of Addiction Psychiatry & Psychotherapy  
Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin - Sektion Suchtpsychiatrie und -psychotherapie  
Société Suisse de Médecine de l'Addiction - Section de Psychiatrie et de Psychothérapie des Addictions  
Società Svizzera di Medicina delle Dipendenze - Sezione di psichiatria e psicoterapia delle dipendenze

[www.praxis-suchtmedizin.ch](http://www.praxis-suchtmedizin.ch)

Informationen auf Homepage und elektronische Helpline für Fachpersonen



**Praxis Suchtmedizin Schweiz**  
**Praticien Addiction Suisse**  
**Medico e Dipendenze Svizzera**

[www.fosumis.ch](http://www.fosumis.ch)

Publikationen, Referate, Safe Zone Helpline

Forum  
Suchtmedizin  
Innerschweiz

**FOSUMIS**

# Besten Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

Adrian R. Kormann, Ärztlicher Leiter, HeGeBe ZOPA, Drogenforum Zug  
041 511 37 40 / [a.kormann@drogenforumzug.ch](mailto:a.kormann@drogenforumzug.ch)