

# SUCHT



# who is who



Johanna Schönwälder

Dr. med.  
Fachärztin Allg. Medizin FMH  
Vorstandsmitglied FOSUMOS  
9230 Flawil



Roger Mäder

Sozialarbeiter FH / Manager NPO NDS  
Geschäftsleiter FOSUMOS  
Koordinator IG Praxis Suchtmedizin Schweiz  
9000 St.Gallen



Hans Gammeter

Dr. med.  
Facharzt Allgemeine Medizin FMH / Facharzt Tropen- und Reisemedizin FMH  
Hausarzt und Stellenarzt Soziale Fachstellen Toggenburg (50%)  
Kantonsarzt Stellvertreter Kanton SG (50%)  
Präsident FOSUMOS  
9630 Wattwil



\*Take  
home message



- ▣ Suchtmedizin ist eine Kernkompetenz der Hausarztmedizin
- ▣ Suchtmedizin ist oft ‚anders‘, aber auch spannend, ‚seriös‘ und lernbar
- ▣ Suchtpatienten sind besser als ihr Ruf und die Resultate gar nicht so schlecht, wie man meint (wenn man es richtig macht)
- ▣ Suchtmedizin gelingt in Teamarbeit oft besser
- ▣ Es gibt diverse Hilfestellungen für den Hausarzt



# Programm

Begrüssung Einführung  
pro - contra Suchtmedizin  
Start Substitutionsbehandlung mit Methadon /  
Subutex lege artis  
Umgang mit schwierigen Patienten  
P A U S E  
Umgang mit Benzodiazepinen (von Repression bis  
Substitution)  
Häufige somatische Probleme  
Schlussrunde  
Ende

# Erwartungen / Wünsche



DANK DER PLÖTZLICH AUFTAUCHENDEN STUBENFLIEGE ÜBERTRAF  
DER TAG OPA HEMPELS KÖHNSTE ERWARTUNGEN.





# FOSUMOS Ziele Flyer

**FOSUMOS**  
Forum Suchtmedizin Ostschweiz

drogen Heroin Methadon  
biturate Nikotin Alkohol

SUCHTBEHANDLUNG  
**Bessere Resultate durch interdisziplinäre Zusammenarbeit**

**SUCHTMEDIZIN**  
**Wer schafft das schon allein?**

- 1 von 3 Erwachsenen raucht.
- 1 von 5 Erwachsenen hat einen problematischen Alkoholkonsum.
- 1 von 10 Adoleszenten raucht regelmässig Cannabis.
- 1 von 100 konsumiert regelmässig Heroin oder Kokain.
- 1 von 3 Patienten in Ihrer Sprechstunde hat (auch) ein Suchtproblem.

**FOSUMOS**  
**Forum Suchtmedizin Ostschweiz**

Das Forum Suchtmedizin Ostschweiz (FOSUMOS) wurde 2009 von Suchtfachleuten aus der Ärzteschaft, Psychiatrie, Psychologie und Sozialarbeit gegründet.

FOSUMOS ist ein Projekt des BAG in Zusammenarbeit mit den Gesundheitsdepartementen der Kantone SG, AR, AI, GL, TG und GR sowie des Fürstentums Liechtenstein.

**Hauptziele:**

- Verbesserung der Interdisziplinären Vernetzung im Suchtbereich (Grundversorger - Suchtberatungsstellen - ambulante und stationäre Psychiatrie - Apotheken - Justiz)
- Angebot von Hilfsmitteln:
  - regionale Interdisziplinäre Qualitätszirkel (SGAM zertifiziert)
  - Internetbasiertes Nachschlagewerk
  - Auskunftsdienst per E-Mail
  - Fortbildungsveranstaltungen
- Motivierung der Grundversorger zur vermehrten Betreuung von Menschen mit Suchtproblemen

Alkohol Cannabis Designerdrogen Heroin Methadon  
Kokain Amphetamine Barbiturate Nikotin Alkohol

**FOSUMOS erleichtert die Zusammenarbeit zwischen Suchtfachleuten**

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







# FOSUMOS Entstehung

Initianten:

Einige ärztliche und Suchtfachleute aus anderen Berufsgruppen der Ostschweiz

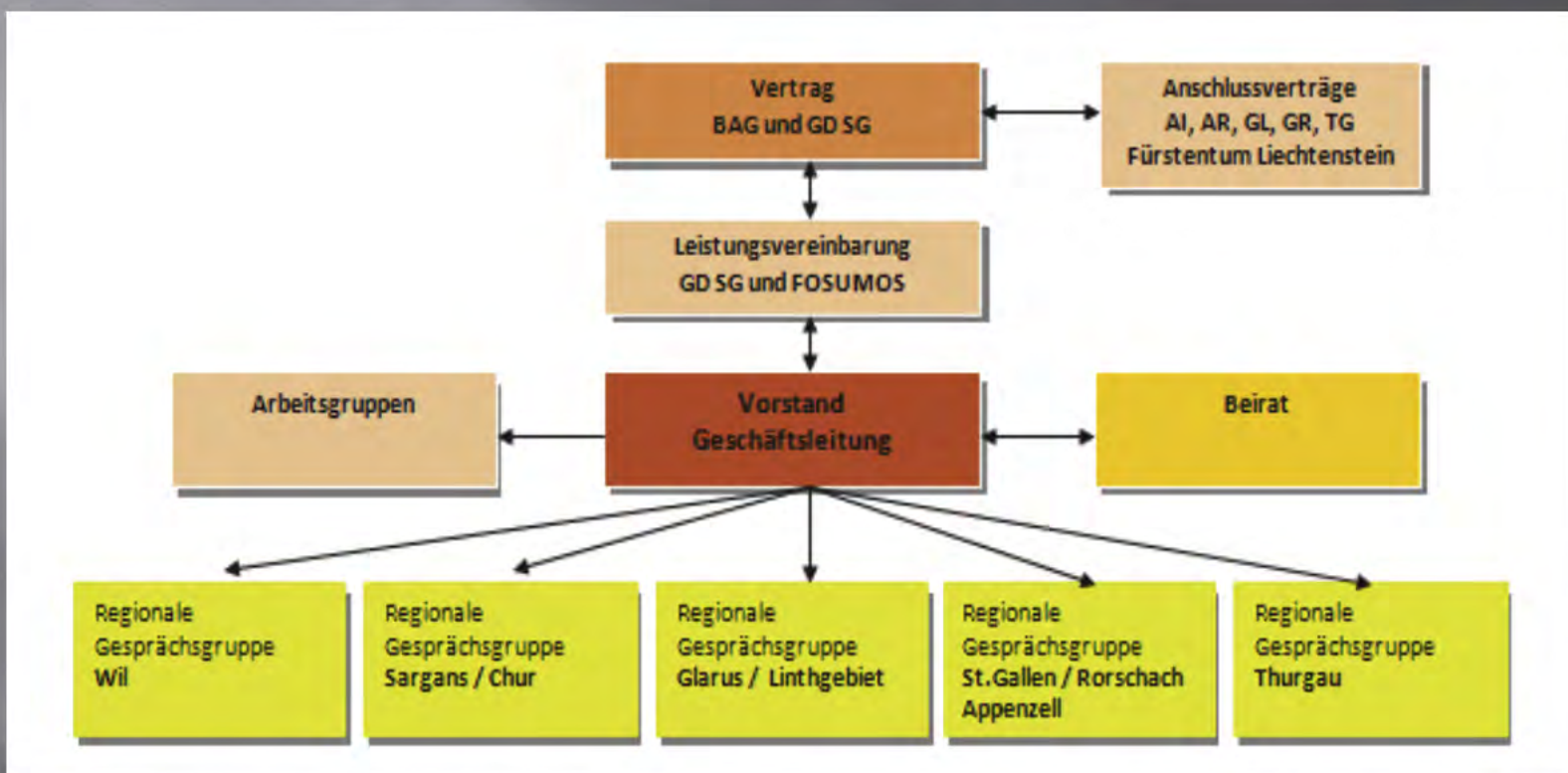
Gründung:

anlässlich der Methadon  
Fortbildungsveranstaltung vom 20.2.03 im KSSG

Zur Rechtsform:

bis 2009 Netzwerk, ab 1.1.2010 Verein

# Organigramm



# Patienten und ihre Ärzte werden älter





# Zielpublikum





# Hausarzt ist auch Suchtmediziner





# Hausarzt: sogar Suchtmittel-experte?

Ja, erstens weil....

- **Häufigkeit** von Suchtproblemen hoch ist
  - 1 von 3 Patienten in der Hausarztpraxis hat (auch) ein Suchtproblem
  - 1 von 3 Erwachsenen raucht
  - 1 von 5 Erwachsenen hat einen problematischen Alkoholkonsum
  - 1 von 10 Adoleszenten konsumiert regelmässig Cannabis

**Aber.....**

**.....nur wer sucht, der findet**





# Hausarzt: sogar Suchtmittel-experte?

Ja, zweitens....

- Langzeitverlauf / Längsschnitt
- Beziehung / Empathie; Ressourcen des Patienten
- Vertrauen des Patienten / der Angehörigen
- Arzt der Familie
- letzte Instanz, wenn sonst niemand mehr den Patienten begleitet
- Palliative Pflege



# Hausarzt: sogar Suchtmittel-experte?

Ja, drittens .....

- Zugang über Somatik (Systemanamnese; Status)
- Suchtkranke häufig schwerkrank, mit Polymorbidität im somatischen, psychischen, wie auch sozialen Bereich
- Hausarzt gewöhnt mit ‚schlechten Verläufen‘ umzugehen (Analogie zu Tumorleiden, Diabetes mellitus)





## Ja, aber...

- Genügend Zeit?
- Kommunikationsfähigkeit ausreichend?
- Know How (Komorbidität; Kokain; Party-Drogen)?
- schlechte Erfahrungen:
  - Termine nicht einhalten
  - Stimmt die Story?
  - Wird meine Arbeit bezahlt?
  - Störungen in der Zusammenarbeit mit Beratungsstellen, Psychiatern, Kliniken, Apotheke
  - ‚teure‘ Patienten
- neue Entwicklungen (z.B. Hep.C Therapie)
- Komplexität der Fälle nimmt zu
- **Einsamkeit!**





## In Zahlen

# Substitutionsbehandlung SG

- Gesamtzahl: **915**
- **davon bei Hausärzten** **773**
  - Methadon / Subutex / andere Opioide: 837 / **53** / 5
  - Nur Benzodiazepin Bewilligung: 20
  - Gemeldete Benzo-Komedikation: 95 (= **11%**)
    - aber **23%** aller Ärzte geben mindestens 1 Pat. Benzo ab.
  - Total verschreiben **160** Ärzte Substitutionsmittel (100%)
  - **10 Ärzte (6%) mit 16 – 40 Patienten (30% der Pat.)**
    - davon **6 mit über 20 Patienten**
    - zusätzlich MSH2, MSH1 und Infektiologie KSSG mit total 142
  - 18 Ärzte mit 3 Programmen
  - 25 Ärzte mit 2 Programmen
  - **58 Ärzte mit 1 Programm**



# Hausarzt und SGB: Wo drückt der Schuh?

Störung	lösbar ?	Lösung
Störung durch Verhalten in Praxis		
Wenig zuverlässig		
Soziale Probleme		
Psych. Auffällig / Co-Medikation / Polytoxikomanie		
Rechnungen nicht bezahlt		
Wenig Fachwissen		
Wenig Erfahrung		
„Händele“		
Zu wenig Zeit		
Grundhaltung		
Kommunikations Methode		

# Start Substitutionsbehandlung





# Referenz 1 EBM

**S.S.A.M.** Swiss Society of Addiction Medicine  
Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin  
Société Suisse de Médecine de l'Addiction  
Società Svizzera di Medicina delle Dipendenze

Diese Website durchsuchen:  Suchen

- News
- Über uns
- Empfehlungen
  - Opioidsubstitution
    - Substitutions-empfehlungen
    - Interaktionen
    - Literatur / Referenzen
    - Versionsgeschichte
  - Hepatitis C
- SARA (Swiss Addiction Research Award)
- Scientific council
- Archiv
- Kontakt
- Links

Literature / members  
contact

Startseite » Empfehlungen

## Opioidsubstitution

### Substitutionsgestützte Behandlungen

Die Empfehlungen für substitutionsgestützte Behandlungen wurden nach den Prinzipien der "evidence based medicine" möglichst praxisrelevant erstellt. Mögen sie ihrem Zweck dienen: dem Wohl der Patienten und ihren Ärzten.

Die Empfehlungen werden regelmässig dem aktuellen Wissensstand angepasst. Hierfür sind die Autoren dankbar für kritische und konstruktive Hinweise der Leserschaft. Kontaktadresse: admin(at)ssam.ch; Betreff SGB

Substitutionsempfehlungen (Volltext und Kurzversion)

Interaktionen

Literatur / Referenzen

Versionsgeschichte

Empfehlungen für HeGeBe

Empfehlungen zur intramuskulären (i.m.) Anwendung von ärztlich verordneter Diazetylmorphin Injektionslösung (50 KB)  
HeGeBe und Herzrhythmusstörungen (36 KB)  
Labor (Version 1.0 vom 24.10.08) (57 KB)

- Deutsch
- Français
- English

### Veranstaltungen

- arbeit macht trocken - 4. Fachtagung atf - 20.11.2009
- Gesprächsführung im Suchtbereich (Motivational Interviewing) - 23.11.2009
- Journée annuelle du Collège Romand de médecine de l'addiction: "La médecine aux frontières de l'addiction". - 26.11.2009
- Fachgruppentag des Fachverband Sucht in Zusammenarbeit mit EWS und SSAM - 18.03.2010
- Online, Sex und Sucht - 16.06.2010
- ISAM Annual Meeting 2010: Bridging the gap between science and clinical practice in the addiction field - 03.10.2010 - 07.10.2010
- 13th Congress of ESBRA - 04.09.2011 - 07.09.2011



# Referenz 2 Kochbuch

Forum  
Suchtmedizin  
Ostschweiz

# FOSUMOS

[Über Fosumos](#) | [Über uns](#) | [Regionale Gesprächsgruppen](#) | [Veranstaltungen](#) | [Referate](#) | [Links](#) | [Kontakt](#) | [help@fosumos.ch](mailto:help@fosumos.ch)

Start DE FR I

Home - News

- Alkohol
- Cannabis
- Designerdrogen
- Heroin
- Kokain
- Medikamente
- Nikotin

Zuletzt aktualisiert am Freitag, den 19. Oktober 2012 um 17:47 Uhr

### News

**19.10.2012:** Die **medizinischen Empfehlungen zu substitutionsgestützter Behandlung von Opioidabhängigkeit** sind überarbeitet und finden Sie [hier](#).

**24.09.2012:** **Beurteilung der Hafterstellungsfähigkeit**, Artikel von Dr. med. Jan Röhmer im Swiss Medical Forum (Schweiz Med Forum 2012;12(36):685-690)

**12.07.2012:** Arud-News Ausgabe 1/2012 aus dem Bereich Forschung (ehemals EVAL-Info) zum Thema **Hepatitis-C-Infektionen bei intravenös Drogenkonsumierenden**: Die Mehrheit testet positiv auf Hepatitis C – die Behandlungsraten sind aber erschreckend tief. Dabei gibt es keinen Grund, weshalb Menschen, die Drogen konsumiert(en), nicht therapiert werden können. Hepatitis C ist mittlerweile Todesursache Nummer eins unter Suchtpatienten mit aktivem oder ehemaligem Spritzengebrauch. [Bericht eines Testings auf Hepatitis-C-Infektionen in den Kontakt- und Anlaufstellen \(K&A\) der Stadt Zürich.](#)

**05.07.2012:** Saferparty.ch warnt vor **XTC Pille mit PMMA und MDMA**. Zum ersten Mal wurde in der Schweiz eine XTC Pille analysiert, welche neben MDMA auch PMMA enthielt. Die wirksame Dosis von PMMA ist geringer als bei MDMA und die Wirkung setzt später ein. Durch das Wegfallen der erwarteten psychischen Wirkung besteht die Gefahr, dass nachgespickt wird. Dies kann erhebliche Folgen haben, da PMMA im Körper zu PMA abgebaut wird und giftiger ist als MDMA: [ausführlichere Infos.](#)

**04.07.2012:** **Kurzfristige Wirtschaftlichkeit als Leitmaxime**, Artikel von Dr. med. Philip Bruggmann zur Verschreibungs-Limitatio der neuen Hepatitis-C-Proteaseinhibitoren durch das BAG in der Schweizerischen Ärztezeitung (2012;93: 27/28)


**16.05.2012:** **Tabakentwöhnung, sind die Nikotinersatzpräparate wirklich in Frage gestellt?** Artikel von Prof. Dr. med. Jacques Cornuz in der Schweizerischen

Suchen  
Suchen...

**Wer ist online**  
Wir haben 45  
Gäste online

- Kant. Verordnungen
- Kantonsärzte
- Suchtfachstellen
- Strassenverkehrsämter
- Motivierende Gesprächsführung
- E-Learning
- Kurzintervention

**FOSUMIS**



ticino{addiction}

hepatitis C

Gesundheitsdepartement  
des Kantons St.Gallen

Forum  
Suchtmedizin  
Ostschweiz

# FOSUMOS



# Fallbeispiel 1: neuer Patient Herr P.

22 jähriger Mann, erstmalig in der Sprechstunde

JL: Rauche erst seit einem Jahr Heroin ab Folie, zuletzt fast täglich. Nie gespritzt. Habe jetzt Probleme mit Freundin und am Arbeitsplatz. Will aufhören. Bis jetzt nie Entzug.

Untersuchung: wirkt etwas fahrig und unruhig. Somatisch oB.

Anamnestisch: sonst keine Vorerkrankungen. Nikotin und THC. Früher Alkohol. Gelegentlich Kokain, er könne dann gut schlafen.

Sozial: lebt mit Freundin. 9000.- Schulden. Kaum Kontakt zur lokalen Drogenszene. Findet Fixer kaputte Typen. Hilfsarbeiter, täglich mit dem Auto unterwegs.

## 1. Beurteilung:

Heroinabhängigkeit; Folienrauchen; Wunsch nach Konsumstop. Substitution?

Nikotinabusus

THC Konsum (Menge)

Anamnestisch Alkohol / Kokain (Menge?)

# Fragen

- Indikation zur Substitution?
  - sofortiger Beginn? Vorabklärungen? Bewilligungsverfahren?
  - Methadon oder Subutex? Warum?
  - Kontraindikationen?
  - Labor nötig? EKG?
  - Dosisfindung?
  - Aufdosierung?
  - Somatik?
  - Autofahren?
- ▣ Auskunft finden Sie im online-Handbuch von [www.fosumos.ch](http://www.fosumos.ch)





# Zusammenfassung

- Indikation: Opioidabhängigkeit
- 12 Std. Nach letztem Heroin, 24 Std. nach letztem Methadon
- Startdosis: 2 - 8 mg; ev. 4 mg nach 2-3 Std. und 4 – 6 Std.
- Dann tgl. weitere Aufdosierung
- Tagesdosis meist ca. 16 – 24 mg, maximal 32 mg.
- Sublingual 5 Minuten
- Patient sagt, wann es genug ist (fast metabolizer?)
- Behandlungsvereinbarung / Anmeldung Kantonsarzt



# Verlauf Fall 1 Herr P.

In den ersten Wochen:

- mit 24 mg hat der Patient keinen Heroinkonsum mehr und ist zufrieden. Will möglichst wenige Termine, ist beruflich viel auswärts
- Beklagt Schlafstörungen und schlechte Konzentration
- Möchte rasch abbauen
- Und jetzt?

# Zusammenfassung

	Methadon	Buprenorphin
Pharmakokinetik	Reiner Agonist am $\mu$ und $\kappa$ Rezeptor. T $\frac{1}{2}$ 24-72 Std.	Part.Agonist $\mu$ -Rez; Antagonist $\kappa$ -Rezeptor. Lange Rezeptorhalbwertszeit → Abgabe jeden 2.-3. Tag
Wirkung /Nebenwirkung	Sedation „Scheibe“; Schwitzen	Klarer, „Realität“. Weniger Schwitzen
Atemdepression	Ja	Gering; ceiling Effekt
Interaktionen	Ja, relevant bei Co-Medi	Kaum; QTc Zeit weniger beeinflusst
Geeignete Patientengruppe	Co-Morbidität, die Sedation braucht. Die Mehrzahl (CH ca. 95% mit M)	Kurze Suchtphase, geringe Dosis, geringe Sedation, „Funktionieren“ erwünscht; ev. Polypharmazie; Sucht- Geriatric?
Einnahme	Schlucken	Sublingual ; 5 Min
Kosten	50mg / Tag = 1 – 2 Fr.	16mg / Tag = ca. 14 Fr. (OP à 7 Tbl. Z.Z. erhältlich)
Missbrauchsrisiko	Vorhanden	Vorhanden (geringer?)
Wechsel M ↔ B	M → B: Schwierig, unter ca. 30 mg Methadon	Geht gut



# Fallbeispiel 2: neue Patientin Frau M.

41 jährige Frau; wirkt verwahrlost.

JL: Will Methadon, sie habe genug vom Konsum. Sie huste immer; In Ruhe etwas Atemnot, leicht desorientiert.

Anamnestisch Hep. C pos.; HIV-Status ?

Sozial: IV-Rente; eigene Wohnung; regelmässig Heroin-Konsum iv; keine Substitutionsbehandlung zur Zeit; Streit mit altem Hausarzt;  
St.n. multiplen amb. und stat. Entzugsbehandlungen.

## 1. Beurteilung:

Heroinabhängigkeit; iv-Konsum seit Jahren; Wunsch nach Substitution

COPD mit Exazerbation bei Nikotinabusus

Phlegmone am Unterschenkel bei iv-Opioidkonsum

DD: Thrombose US -> LE; Pneumonie? Tbc?

# Fragen

- Indikation zur Substitution?
  - sofortiger Beginn? Vorabklärungen?
  - Methadon oder Subutex? warum?
  - Kontraindikationen?
  - Labor nötig? EKG?
  - Dosisfindung?
  - Aufdosierung?
- ▣ Auskunft finden Sie im online-Handbuch von [www.fosumos.ch](http://www.fosumos.ch)



## Verlauf bei Frau M.

- Nach Methadon aufdosierung rel. stabiler Zustand mit 90 mg Methadon.
- Unter antibiotischer Behandlung bessert Phlegmone. LE ausgeschlossen.
- Hustet weiter -> Thorax verdächtig auf Tbc. Abklärung bestätigt Diagnose: offene Lungentuberkulose

Hospitalisation im Regionalspital und Therapieeinleitung mit Tbc-Medikation

- Telefon der Patientin am nächsten Tag: starke Entzugserscheinungen (Craving) ?? → [www.fosumos.ch](http://www.fosumos.ch)

# Umgang mit „schwierigen“ SuchtpatientInnen





## Verlauf Fall 2 Frau M.

- Mit 230 mg Methadon/Tag besteht auch unter Behandlung mit Tuberkulostatika kein ‚Craving‘ mehr.
- Die Patientin wird aber zunehmend schwierig zu führen
  - beklagt Schlaflosigkeit
  - Motorisch unruhig
  - Sehr launisch, wenig kooperativ
  - Starke Stimmungsschwankungen
- Und jetzt?



# Motivierende Gesprächsführung



»Man sollte dem Anderen die Wahrheit wie einen Mantel hinhalten, dass er hineinschlüpfen kann, und sie ihm nicht wie einen nassen Lappen um die Ohren schlagen.«

Max Frisch

# Definition

- klientenzentriert
- direktiv
- Erhöhung der intrinsischen Motivation für eine Veränderung
- Erkundung und Auflösung von Ambivalenzen

# Ziel von Motivational Interviewing

Phase 1 von MI:

Förderung der  
Änderungsmotivation



Phase 2 von MI:

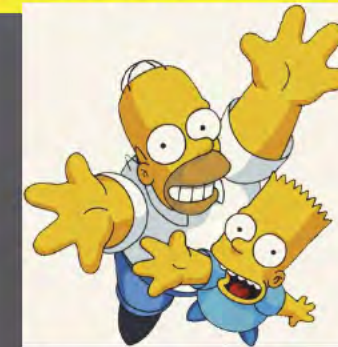
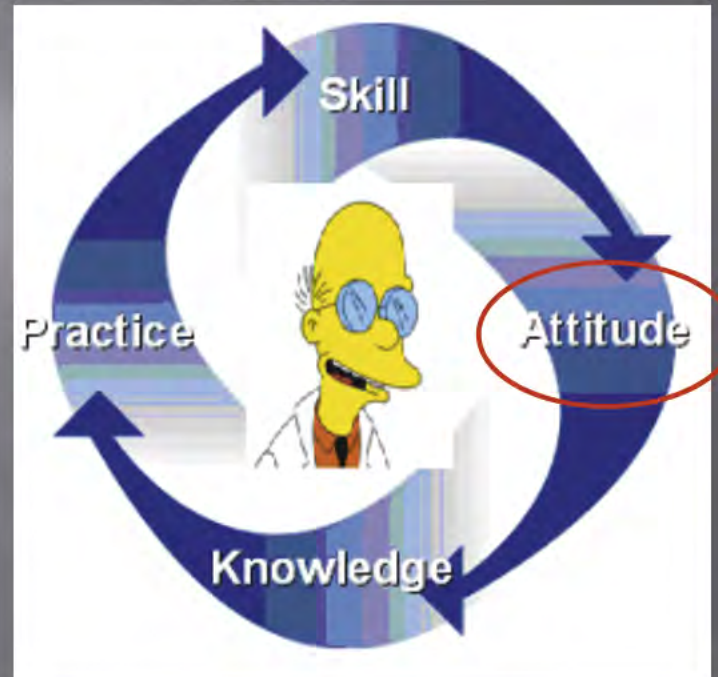
Festlegung von Zielen,  
Weg und konkretem Plan  
der Veränderung



Quelle: GK Quest Akademie

# Grundhaltung

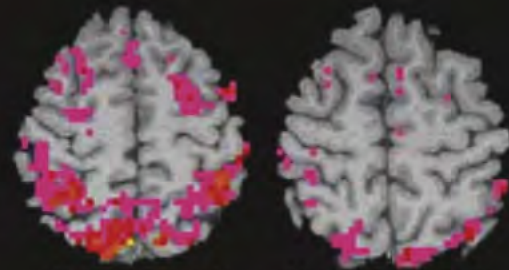
Wichtigkeit der **Grundhaltung** im Bereich der Suchtarbeit.....





# Neuroplastizität

## Is Addiction a Brain Disease?



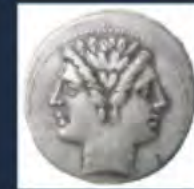
Healthy Control

Alcohol-Dependent

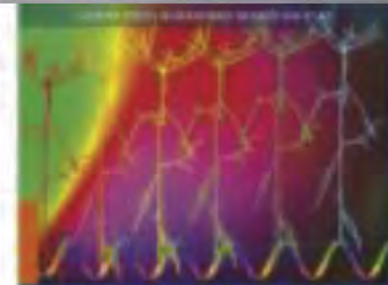
Marianne Leuzinger-Bolleber /  
Klaus Röckerath / Laura Viviana Strauss (Hrsg.)

## Depression und Neuroplastizität

Psychoanalytische Klinik und Forschung



Brandes & Apsel



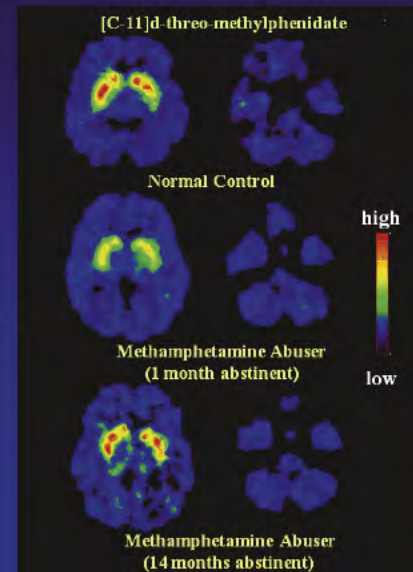
## Behavioral Neuroscience of Drug Addiction

David W. Self  
Julie K. Szabo  
Editors

Springer

## *DAT Recovery with prolonged abstinence from methamphetamine*

Volkow et al., J. Neurosci., 2001.



[C-11]d-threo-methylphenidate

Normal Control

Methamphetamine Abuser  
(1 month abstinent)

Methamphetamine Abuser  
(14 months abstinent)

high  
low

Gesundheitsdepartement  
des Kantons St. Gallen



Forum  
Suchtmedizin  
Ostschweiz

FOSUMOS

# Ambivalenz ist etwas Gutes!!





# Veränderungsprozesse in der Suchtarbeit



Quelle: Miller und Rollnick, Motivierende Gesprächsführung, ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen, Freiburg im Breisgau



# geduldig begleiten

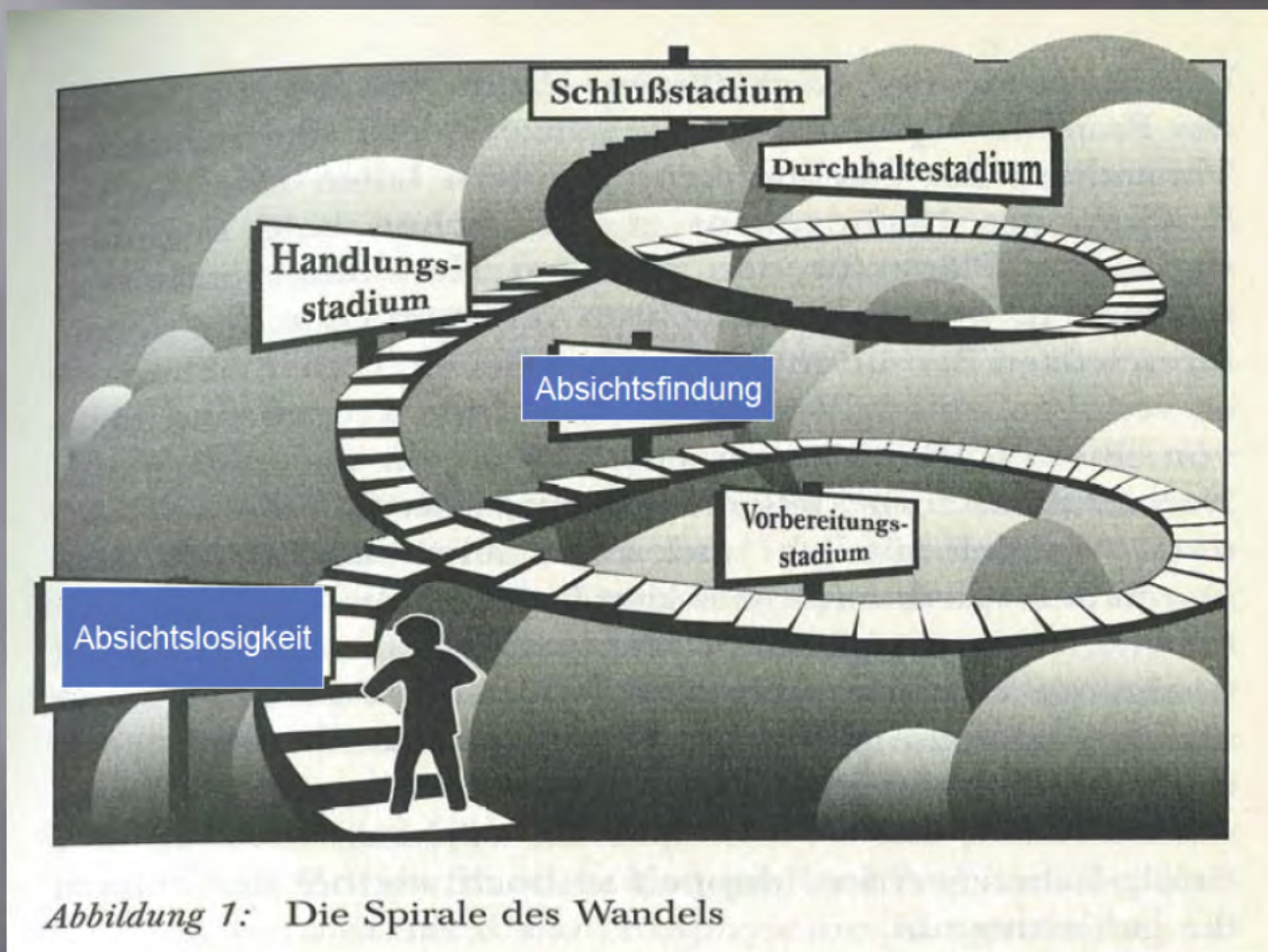


Abbildung 1: Die Spirale des Wandels

Quelle: Prochaska, Norcross & DiClemente, 1997

# Prinzipien der Interventionen

## 1. Empathie



# Prinzipien der Intervention

## 2. Entwicklung von Diskrepanzen



# Prinzipien der Intervention

## 3. Geschmeidiger Umgang mit Widerstand



# Prinzipien der Intervention

## 4. Stärkung der Änderungszuversicht



# Methoden

1.  
Offene  
Fragen

2.  
Aktives  
Zuhören

3.  
Würdigung

4.  
Change  
Talk

5.  
Umgang  
Widerstand

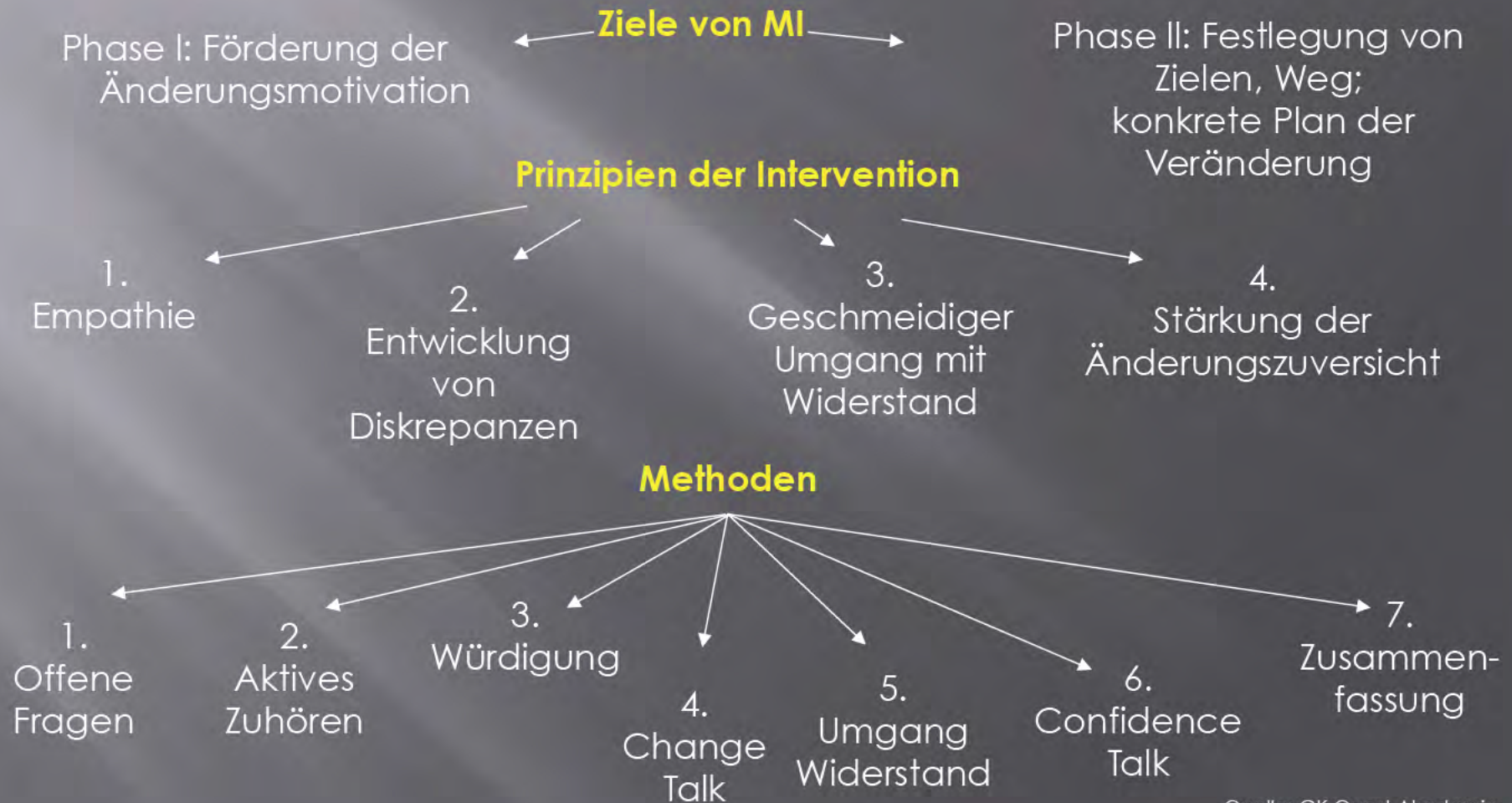
6.  
Confidence  
Talk

7.  
Zusammen-  
fassen

Quelle: GK Quest Akademie



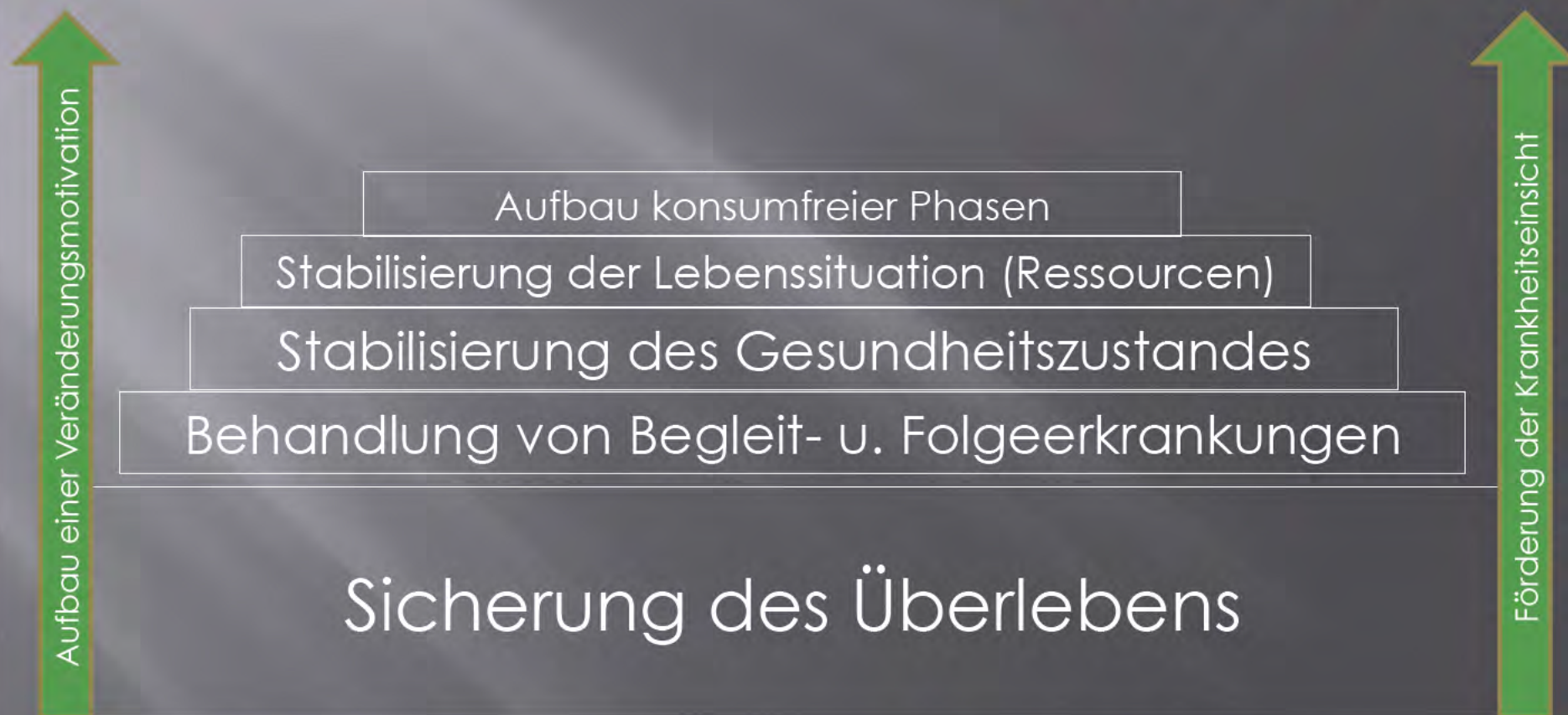
# Zusammenfassung MI



Quelle: GK Quest Akademie



# Lebensqualität, -gestaltung und -bewältigung in Zufriedenheit







# Interesse an mehr MI?

Siehe auch unter [www.fosumos.ch](http://www.fosumos.ch)  
oder nimm mit uns Kontakt auf!



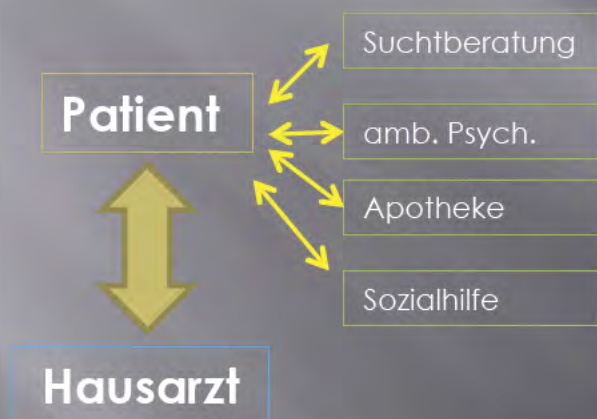


Pause mit

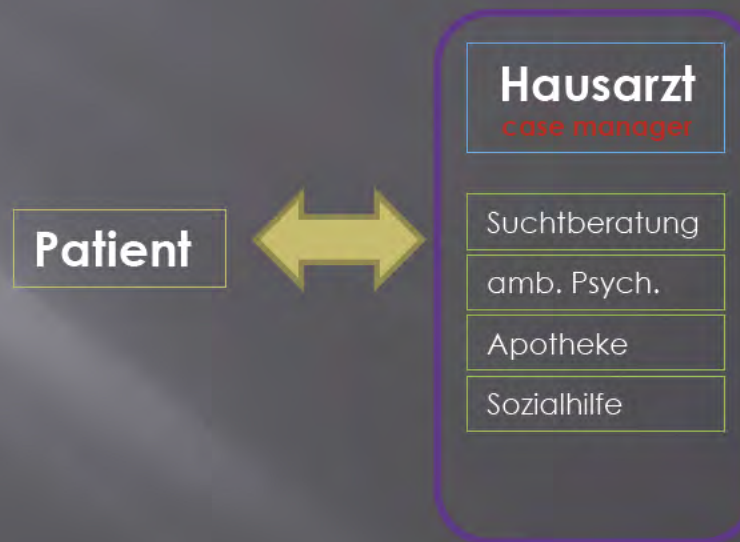


# 'NEUE' STRUKTUREN

Bisher



'Neu'



Ziel: nicht primär Qualität, sondern Arbeitsteilung = Entlastung für den Hausarzt

# Benzodiazepine Repression / Substitution





# Ketzerisches zur Benzo- Kontroverse



Fragen:

- Sind Benzodiazepine ein Problem?
- Falls ja, wie könnte eine Lösung aussehen?
- Rolle des Grundversorgers dabei?



# Das Wichtigste auf einen Blick

1. Es gibt keine Indikation für kurzwirksame Benzodiazepine
2. Es gibt Indikationen für langwirksame Benzodiazepine
3. Missbrauchsrisiko muss minimiert werden
4. Voraussetzungen:
  1. Indikation ev. 2. Meinung
  2. Engmaschige Abgabe (2-3 x/Woche), ev. Einnahme unter Sicht
  3. Behandlungsvereinbarung mit Therapieziel
  4. Evaluation



# Benzodiazepine aus der Sicht des Arztes

- Suchtfachleute mit ärztlichem Hintergrund, die selber auch Benzodiazepine verschreiben können, sehen das nützliche Potential als Heilmittel und die geringe Toxizität (bei **normaler Dosierung**).
- Bei gegebener **Indikation** (Angst, Panik, akute situative Schlaflosigkeit, starke Anspannung oder Erregung) können sie problemlos bis zu einem Zeitraum von etwa 2 Wochen (gemäss Kompendium bei einigen Substanzen bis maximal 8 Wochen) gegeben werden.



# Abhängigkeitspotential

- Abhängigkeitsentwicklung abhängig von Dosis und Zeitraum der Einnahme
- Vorsichtsmassnahmen:
  - Strenge Indikationsstellung
  - Wahl der niedrigsten Dosis
  - Wahl des Präparates mit dem niedrigsten ‚seeking and likening‘ Eigenschaften
- Bei Behandlungsdauer über 4-6 Wochen Psychiater hinzuziehen; Behandlungsalternativen

## Benzodiazepine - Abhängigkeit

### „low dose dependence“

- Konstante oder titrierende Einnahme
- üblicher therapeutischer Dosen
- Keine Dosissteigerung
- In höherem Lebensalter niedrige Dosis, auch über Jahre, oft indiziert und zu verantworten

### „high dose dependence“

- Steigerung der verschriebenen Menge
- deutlich oberhalb der therapeutischen Dosen
- Dosissteigerung
- Kontakt zu verschiedenen Behandlern
- Kombination mit Alkoholkonsum
- Angst, Depression und ggf. Persönlichkeitsstörungen

# Fazit 1: Wir haben ein Problem

Menschen mit einer  
Abhängigkeit vom  
Polytoxikomanie-Typ  
Entwickeln häufig eine  
High-Dose-Abhängigkeit  
(Aequivalenzosis > 20mg Valium/Tag).

Warum?





# Psychiatrische Komorbidität ist häufig



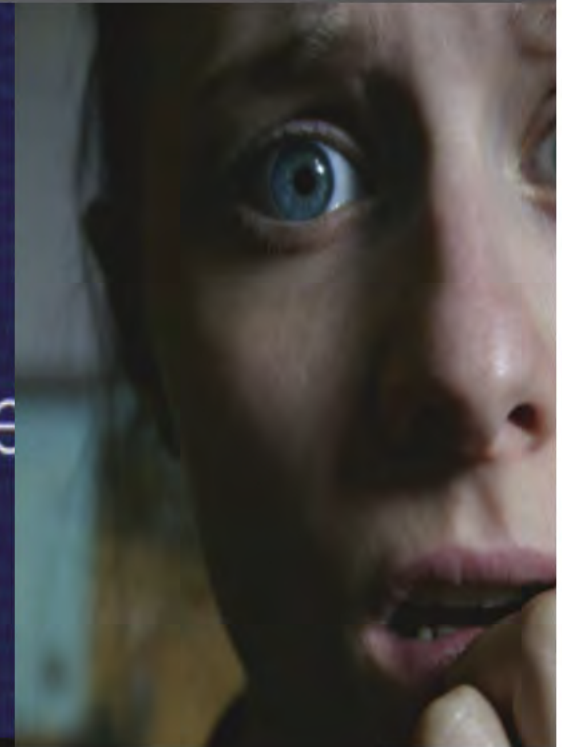


# Gibt es Indikationen bei Polytoxikomanen?

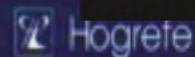


Anke Ehlers

Post-  
traumatische  
Belastungs-  
störung



**PTBS**  
unsichtbar verwundet



Gesundheitsdepartement  
des Kantons St.Gallen



Forum  
Suchtmedizin  
Ostschweiz

**FOSUMOS**

# Gibt es ein Recht auf Schlaf?



# Medizinische Indikationen

Eine rein repressive Haltung Benzodiazepinen gegenüber im Bereich Hoch-Dosis- Abhängigkeit berücksichtigt nicht, dass Menschen mit einem Benzodiazepin-Beikonsum eine ernstzunehmende Zweiterkrankung haben können:

- **Benzodiazepin-Abhängigkeit** (deren Entzug Monate dauern kann und so lange einer regelmässigen Benzodiazepinabgabe bedarf) oder eine
- nicht erkannte **psychiatrische Komorbidität**, die mit einem Benzodiazepin zwar gelindert, aber **nicht korrekt** behandelt ist oder
- mit einem Benzodiazepin **korrekt** behandelt sein kann (weil es keine praktikable bessere Behandlung gibt).



# Soziale Indikationen

- Benzodiazepine können in adäquater Dosierung zu einer **Beruhigung im psychosozialen Bereich** führen können, die soziotherapeutisch genutzt werden kann (in Analogie zu anderen Substitutionsbehandlungen).
- Benzodiazepine bei ausgewählten Patienten auch im Sinne der **Schadensminderung oder Palliation** indiziert sein können.







# Lösungsansätze aus Kantonsärztlicher Sicht

1. Nicht die Substanzgruppe ist das Problem, sondern die Anwendung
2. Reine Repression ist nicht umsetzbar und medizinisch falsch
3. Wichtige Elemente eines Lösungsansatzes:
  1. Indikationsstellung
  2. Langwirksames Benzodiazepin / korrekte Dosis
  3. Abgabe
  4. Fortbildung aller involvierter Personen

# Richtig: ÄHNLICHKEIT zu anderen Substitutionsprogrammen

z.B. Heroin:

1. Nicht die Substanz ist das Problem, sondern die Anwendung
2. Reine Repression ist nicht umsetzbar und medizinisch falsch
3. Wichtige Elemente eines Lösungsansatzes:
  1. Indikationsstellung
  2. Dosis
  3. Abgabe
  4. Fortbildung aller involvierter Personen





# Der rechtliche Rahmen: Benzo = Psychotrope Substanzen

- **Benzodiazepine gehören zu den psychotropen Substanzen** (Art. 2 BetmG)
- **Die Bestimmungen des BetmG gelten für Betäubungsmittel und psychotrope Substanzen** (Art. 2b BetmG)
- Für die Verschreibung, die Abgabe und die Verabreichung von Betäubungsmitteln zur Behandlung von betäubungsmittel-abhängigen Personen braucht es eine **Bewilligung**. Die Bewilligung wird von den Kantonen erteilt (Art. 3e BetmG)
- Ärzte ..., die als Arzneimittel zugelassene **Betäubungsmittel für eine andere als die zugelassene Indikation** abgeben oder verordnen, müssen dies innerhalb von 30 Tagen den zuständigen kantonalen Behörden melden. Sie haben auf Verlangen ... alle notwendigen Angaben über Art und Zweck der Behandlung zu machen (Art. 11 Abs. 1 bis und 2 BetmG)



# Der rechtliche Rahmen: Bewilligungspflicht

1. Ärzte sind verpflichtet sind, Benzodiazepine nur in dem Umfang zu verwenden, abzugeben und zu verordnen, wie dies nach den **anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaften** notwendig ist (Art. 11 BetmG)
2. Benzodiazepine unterstehen, wie die klassischen Betäubungsmittel, bezüglich der Behandlung von Betäubungsmittel-abhängigen der **Bewilligungspflicht durch den Kantonsarzt** unterstehen (Art. 15a Abs. 5 BetmG)



# nur eigene Patienten zeitlich befristet

- Benzodiazepine dürfen nur an **eigene** oder an solche Patienten verschrieben werden, die man selber untersucht hat.
- Diese Massnahmen sollten **Mehrfachbezug** bei verschiedenen Ärzten verhindern.
- Benzodiazepine sind **rezeptpflichtig**. Gefälligkeitsrezepte sind nicht erlaubt. Ein Rezept hat eine Gültigkeitsdauer von höchstens **einem Monat**.
- Eine legale Abgabe gibt es nur über den Arzt/ in der Apotheke.



# Rahmenbedingungen für gezielten Langzeiteinsatz von Benzos bei Polytoxikomanen

- Gescheiterter ambulanter (und stationärer?) Entzug
- **Indikationsstellung durch einen Fachmann** (z.B. ambulant-psychiatrischer Dienst, sozialmedizinisch interessierter Psychiater). Fragestellung: Psych. Komorbidität, Indikation für andere Psychopharmaka?
- **Behandlungsvereinbarung** (in Analogie zu Substitutionsbehandlung) mit Formulierung eines Behandlungsziels; Bewilligung durch Kantonsarzt
- **Umstellung** des meist kurzwirksamen Benzodiazepins auf ein **langwirksames Benzodiazepins** z.B. Diazepam (Valium®), Oxazepam (Anxiolit®, Seresta®) oder Clonazepam (Rivotril®) nach Umstellung gemäss Äquivalenztabelle.
- Tägliche Einnahme unter **Sichtkontrolle** der Tagesdosis (ausser Sonntag) in Praxis oder Apotheke.
- **Regelmässige Gespräche über Behandlungsverlauf bei Hausarzt und/oder Suchtfachstelle.**
- Überwachung bezüglich Ausmass Alkohol-/Opioid-**Beikonsum** wegen der Gefahr von Interaktionen; Evtl. Unterbruch der Benzo-Medikation bei Intoxikation durch andere Substanzklasse.
- **Periodische Evaluation**, ob eine andere Behandlung geeigneter ist.

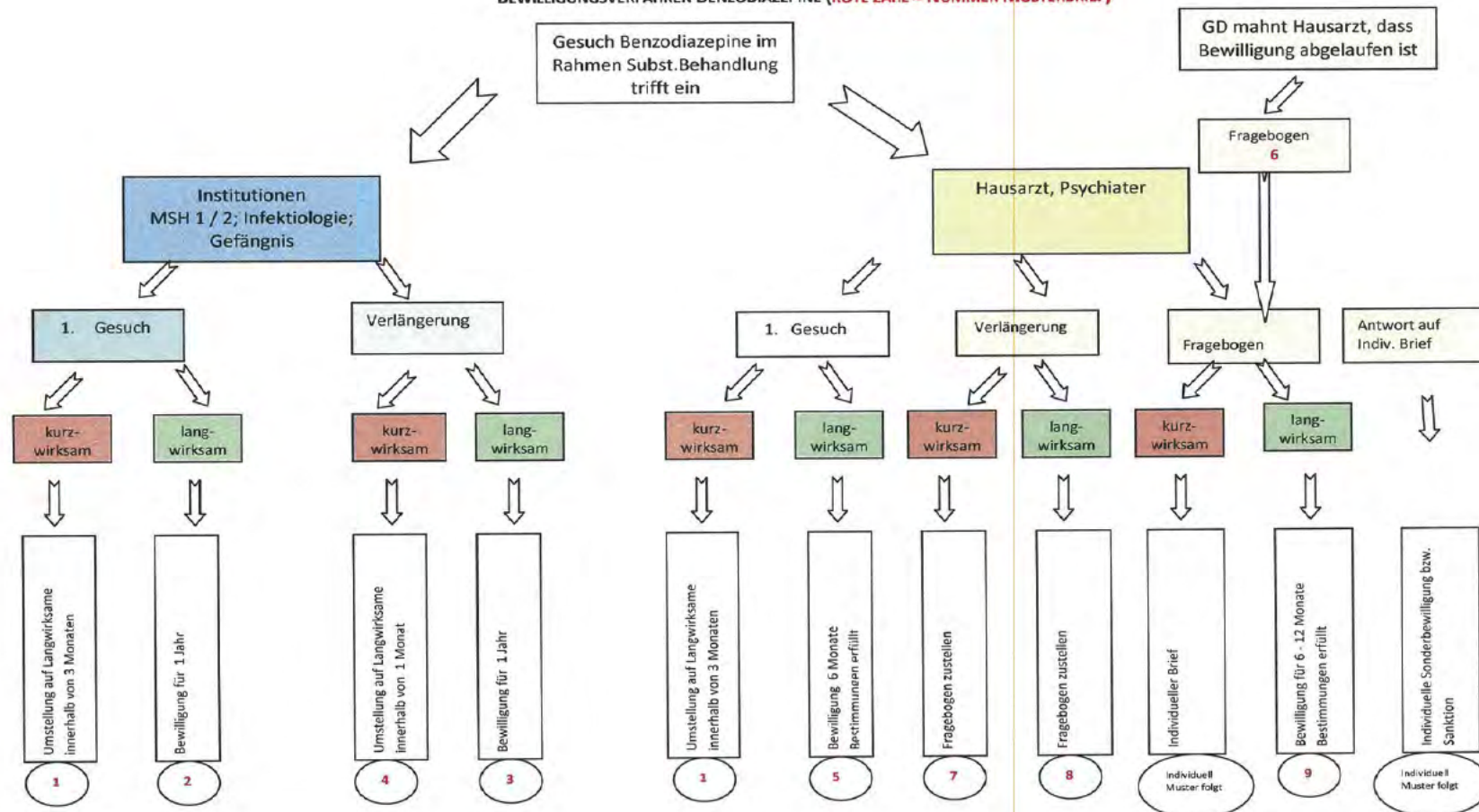


# Kurz/Langwirksame Benzodiazepine

Handelsname (CH)	Wirkstoff	Dosierung	Max. Tagesdosis Kompendium	T max	Halbwertszeit	Aequivalenzdosen zu Valium 10mg	Kompendiumpreis pro Tablette (1 OP)	Gassenpreis
DORMICUM	Midazolam	7,5-15mg	15mg	1h	1,5-2,5h	7,5mg	15mg Tbl. (0.99.-)	5.-
STILNOX	Zolpidem	10mg	10mg	0,5-3h	3h	20mg	10mg Tbl. (0.74.-)	
ROHYPNOL	Flunitrazepam	0,5-1mg	2mg	0,75-2h	10-16h	1mg	1mg Tbl. (0.43.-)	5.-
XANAX	Alprazolam	0,5-4mg	6mg	1-2h	12-15h	1mg	2mg Tbl. (1.25.-)	
IMOVANE	Zopiclon	7,5mg	7,5mg	1,5-2h	5-6h	15mg	7,5mg Tbl. (0.73.-)	
TEMESTA	Lorazepam	1-6mg	7,5mg	1-2,5h	12-16h	2mg	2,5mg Tbl. (0.46.-)	
LEXOTANIL	Bromazepam	1,5-9mg	36mg	1-2h	15-28h	6mg	6mg Tbl. (0.43.-)	
SERESTA	Oxazepam	15-100mg	150mg	2-3h	7-11h	25mg	50mg Tbl. (0.85.-)	5.-
VALIUM	Diazepam	5-20mg	200mg	0,5-1,5h	24-80h	10mg	10mg Tbl. (0.47.-)	5.-
TRANXILIUM	Clorazepat	5-60mg	200mg	1-1,5h	25-60h	15mg	50mg Tbl. (1.91.-)	
URBANYL	Clobazam	15-60mg	120mg	1,5-2h	20-50h	20mg	10mg Tbl. (1.36.-)	
DEMETRIN	Prazepam	10-30mg	30mg	1-2h	50-80h	20mg	20mg Tbl. (0.88.-)	
SOLATRAN	Ketazolam	15-60mg	60mg	3h	2(52)h	30mg	45mg Tbl. (1.32.-)	
RIVOTRIL	Clonazepam	1-4mg	20mg	2-4h	20-60h	1mg	2mg Tbl. (0.35.-)	
XANAX ret	Alprazolam	0,5-4mg	6mg	5-11h	12-15h	1mg	3mg Ret Tbl. (1.51.-)	

siehe auch [www.fosumos.ch](http://www.fosumos.ch)

**BEWILLIGUNGSVERFAHREN BENZODIAZEPINE (ROTE ZAHL = NUMMER MUSTERBRIEF)**



Version 20.7.2010





# Bewilligung für Hausarzt: 3 – 6 Monate

Förderverein  
Sozialpsychiatrie



- Probleme: Hohe Dunkelziffer
- Qualität der Indikationsstellung
- Botschaft an Hausarzt: Beachte psychiatrische Komorbidität -> aber kaum jemand, der ihm helfen kann.
- **Mangel an ambulant tätigen Sozial-Psychiatern**
- Realität: Hausarzt macht weiter, so gut er kann und gibt weiter auch Benzo's ab (z.T. auch case holding)



- kantonale Gesetzgebung und kant. Richtlinien noch nicht an rev. BetmG angepasst
- auch ein strukturelles Problem
- Versorgungsproblem ambulante Sozialpsychiatrie -> Lösungsansätze?
- Kontrolle durch Kantonsärzte
- Forschungsbedarf
- Fortbildungsbedarf für Hausärzte
- Online Handbuch [www.fosumos.ch](http://www.fosumos.ch)



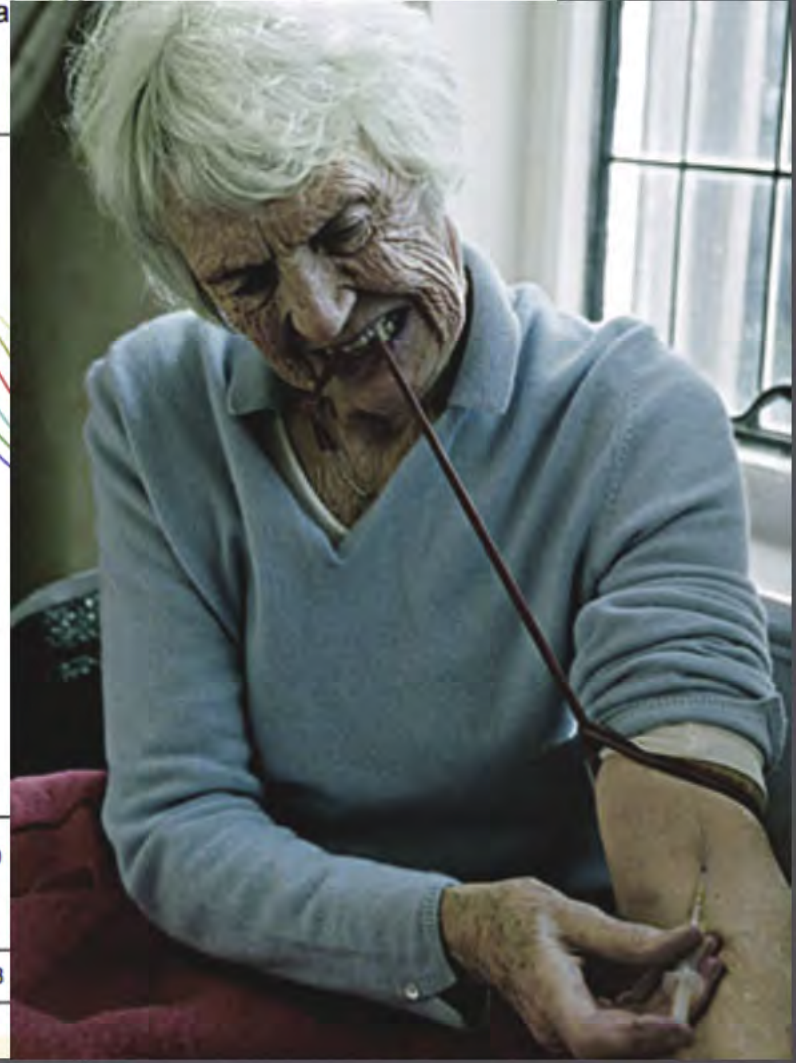
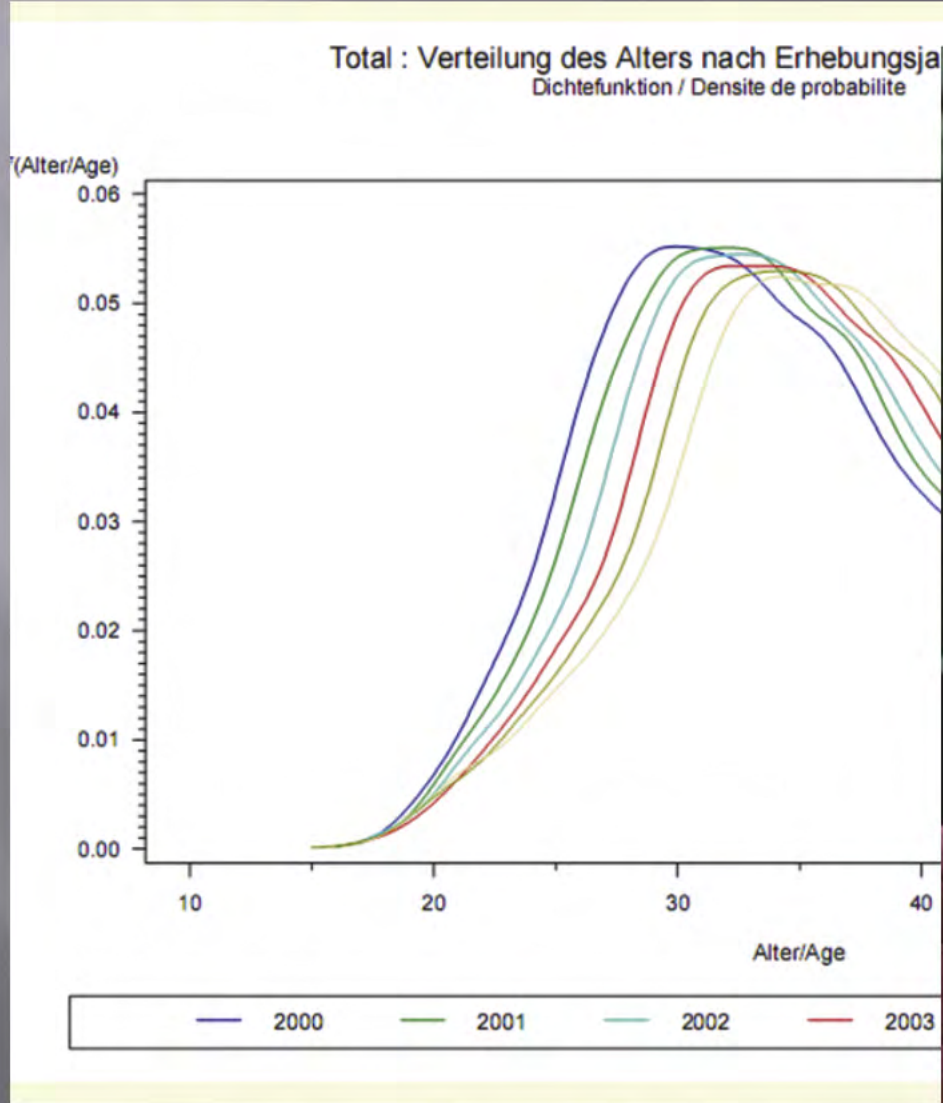
# Das Wichtigste auf einen Blick

1. Es gibt keine Indikation für kurzwirksame Benzodiazepine
2. Es gibt Indikationen für langwirksame Benzodiazepine
3. Missbrauchsrisiko muss minimiert werden
4. Voraussetzungen:
  1. Indikation ev. 2. Meinung
  2. Engmaschige Abgabe (2-3 x/Woche), ev. Einnahme unter Sicht
  3. Behandlungsvereinbarung mit Therapieziel
  4. Evaluation



# Somatische Aspekte







«Jetzt fällt mir wieder ein: Woodstock, Wys, Stich – Ernie, 1969.»

## Bald Fixerstübli in Altersheimen

VON RETO KOHLER

**BERN.** Auch Fixer werden alt. Die ersten kommen bald ins Altersheim. Aber wie soll das gehen, fragen sich Bundes-Experten.

# Stöck, Wys, Nadel



Fixer Parpan (57): Kandidat fürs Altersheim.

Armin Parpan hängt seit über 30 Jahren an der Nadel. Er war schon mal 7 Jahre lang clean. Doch das ist lange her. Nach einer Scheidung hat er wieder angefangen. Und ist voll abgestürzt: Platzspitz, Letten. Das volle Programm. «Ich glaube nicht, dass ich je von den Drogen wegkomme», sagt er. Parpan gibt es immer mehr. Dank moderner Medizin haben sie den jahrzehntelangen Drogenmissbrauch überlebt. Und kommen bald ins Rentenalter.

«Wir schätzen, dass es in der Schweiz einige hundert Süchtige gibt, die über 50 Jahre alt sind», sagt Markus Jann, Leiter der Sektion Drogen beim Bundesamt für Gesundheit (BAG). BUCK weiss: Das BAG hat sich in einer neuen Untersuchung eigens mit dem Problem alternder Fixer aus-

einander gesetzt. Fazit: Bald sind die ersten Junkies sogar schon so alt, dass sie ins Altersheim müssen! Aber wie soll das gehen? Zwei Möglichkeiten gibt es: Entweder die Süchtigen geben in ein ganz normales Altersheim», erklärt BAG-Mann Jann. Dort würden die Drögeler dann manch betagte Jassrunde aufmischen. Zweite Möglichkeit: Man errichtet spezielle Altersheime für die Junkies. Die Altersorganisation Pro Senectute weiss keinen Rat. «Wir haben uns mit diesem Problem noch nicht be-

schäftigt», sagt Sprecherin Gährtella Wiss. Dafür ist man bei den Zürcher Altersheimen weiter. «Bei uns ist das ein Thema», besätigt Direktor Ueli Schwarzmann. «Wir wurden bereits mit solchen Fällen konfrontiert.» Und er findet: Junkie-Rentner gehören eher nicht in normale Altersheime. «Diese Institutionen wären wahrscheinlich überfordert.» In einer ersten Phase gehe es darum, die Bedürfnisse der Junkie-Rentner zu studieren. «Wir müssen herausfinden, was das für Leute

sind», sagt Schwarzmann. Dann müsse man ein Betreuungsangebot entwickeln, das speziell auf diese Menschen zugeschnitten sei. «Ich kann mir vorstellen, dass ältere Drogenabhängige in kleinen Wohnheimen gut aufgehoben wären», sagt Schwarzmann. Wie viele Heime es braucht und was das kostet, weiss niemand. Fixer Parpan ist jetzt 52. Wie denkt er über sein Leben als Rentner? «Wenn ich mein Methadon bekomme, könnte ich mir gut vorstellen, in ein normales Altersheim zu gehen.»



## Suchtmedizin = Geriatrie mit 50 Somatische Herausforderungen

- ▣ Hepatitiden
- ▣ COPD
- ▣ KHK
- ▣ Osteoporose (auch Männer < 50j)
- ▣ Schmerzbehandlung
- ▣ Alkoholfolgekrankheiten: Pankreas, DM
- ▣ Karies
- ▣ Impfungen



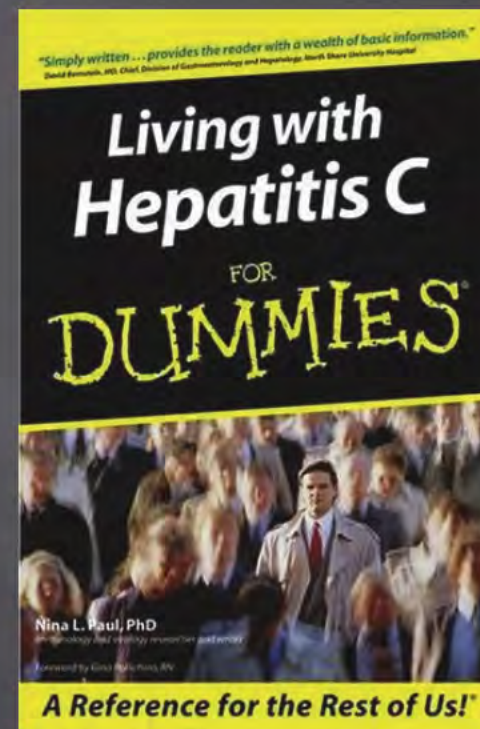
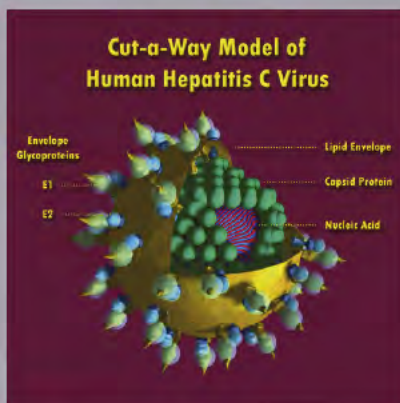


# Interaktionen / Compliance

- ▣ häufige Mehrfachverschreibung in der Suchtmedizin
- ▣ in der Suchtmedizin verwendete Medikamente können eine Verlängerung der **QT-Zeit** bewirken (vor allem psychiatrische, antivirale Behandlungen, Substitutionsbehandlungen etc.)
- ▣ Medikamenteninteraktionen möglich ab Verschreibung von zwei Medikamenten (plus Substanzen in Selbstverwaltung....)
- ▣ hohe Prävalenz der HCV-Infektion, kleiner Anteil behandelt, Folgen nach 15-20 Jahren



# Hepatitis C ist heilbar – warum tun wir es nicht?





# Hepatitis-C Therapie bei Patienten unter Opioidsubstitution

- Zusammenfassung
  - Hep.C (und A, B) bei jedem Patienten mit Drogenkonsum ‚screenen‘ und bei neg. Serologie Hep. A/B impfen (KK).
  - Therapie bei jedem Patienten evaluieren (aus individueller, epidemiologischer und ‚public health‘ Sicht).
  - Substitution (Methadon, Subutex) bietet eine ideale Grundlage für eine Hepatitis C Therapie.
  - **Unter Substitution sind Hep. C Therapien vergleichbar erfolgreich wie bei Nicht-Drogenabhängigen, dies unabhängig von allfälligem Beikonsum.**
  - Voraussetzungen sind physisch und psychisch kompensierter Zustand und die Bereitschaft und Fähigkeit für regelmässige Kontrollen.



# Hepatitis-C Therapie bei Patienten unter Opioidsubstitution

- Nebenwirkungen
  - Wegen häufiger psych. Komorbidität Abklärung bez. Depression bzw. Therapieeinleitung vor Hep. C Therapie
  - Ev. Initial Dosiserhöhung der Substitution nötig (Ursache unbekannt)
  - Nach Opioidentzug 6 Monate zuwarten mit Hep. C Therapie



# Prevalence of mental and physical health disorders among older methadone patients

- ▣ Rosen et al, Am J Geriatr Psychiatry; Juni 2008
- ▣ 140 Methadonpatienten >50-jährig (Pittsburg)
- ▣ bei 57%: Probleme mit der psychischen Gesundheit, vor allem Episoden einer major depression
- ▣ körperliche Gesundheit:
  - 54% Arthritis, 45% Hypertonie, 22% COPD
  - 14% Zirrhose, 11% Diabetes
- ▣ Tabakmissbrauch: 87%; Gebrauch verbotener Substanzen bei 62% mind. 1 Mal/Jahr; bei 21% exzessiver Alkoholkonsum

# Zusammenfassung

- ▣ die alternde Kohorte «Geriatric vor dem Alter von 50 Jahren»:
  - hohe Prävalenz medizinischer, psychiatrischer und sozialer Probleme
  - Folgen des Lebensstils
  - Folgen der nicht behandelten Hepatitis C
  - Mehrfachkonsum und Mehrfachverschreibung: pharmakologische Interaktionen, kardiale Wirkungen

# Wie weiter?





# Wie weiter? Kontakt / Fortbildung

- ▣ Regionale Suchtberatung
- ▣ Suchtfachleute des ambulanten und stationären psychiatrischen Angebotes
- ▣ Kantonsarzt
- ▣ Regionale Gesprächsgruppen  
FOSUMOS
- ▣ Motivierende Gesprächsführung MI





# Hausarzt: Wo drückt der Schuh?

Störung	lösbar ?	Lösung
Störung durch Verhalten in Praxis	Ja	Abgabe in Apotheke
Wenig zuverlässig	Ja	Behandlungsvereinbarung; Randstunde, 'doppelt einschreiben'
Soziale Probleme	Ja	Sozialarbeit / Vereinbarung
Psych. Auffällig / Co-Medikation / Polytoxikomanie	Ja	Amb. Psychiatrie / Vereinbarung
Rechnungen nicht bezahlt	Ja	Tiers payant; Sozialamt; Kanton?
Wenig Fachwissen	Ja	FOSUMOS
Wenig Erfahrung	Ja	Kantonsarzt, Intervention
'Händele'	Ja	Klare Haltung bez. Medi-Abgabe; MPA in FOSUMOS Kurs schicken
Zu wenig Zeit	?	Nur 1-2 SGB Patienten nehmen, viel delegieren
Grundhaltung	Ja	Chron. Krankheit; Kein Abstinenz-Dogma
Kommunikations Methode	Ja	FOSUMOS Kurs Mot. Gesprächsführung (MI)



\*Take  
home message



- ▣ Suchtmedizin ist eine Kernkompetenz der Hausarztmedizin
- ▣ Suchtmedizin ist oft ‚anders‘, aber auch spannend, ‚seriös‘ und lernbar
- ▣ Suchtpatienten sind besser als ihr Ruf und die Resultate gar nicht so schlecht, wie man meint (wenn man es richtig macht)
- ▣ Suchtmedizin gelingt in Teamarbeit oft besser
- ▣ Es gibt diverse Hilfestellungen für den Hausarzt



Wer aufhört, besser zu werden,  
hat aufgehört gut zu sein.



# Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



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

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

Gesundheitsdepartement  
des Kantons St.Gallen



Forum  
Suchtmedizin  
Ostschweiz

**FOSUMOS**