



Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e. V.

Leitlinie zur Therapie der Opiatbehandlung – Teil 1: Substitutionsbehandlung

Vorgehensweise

Die Leitlinie Therapie der Opiatabhängigkeit wurde folgendermaßen erstellt: Der Vorstand der DGS hat bereits 2011 beschlossen, Leitlinien zur Therapie der Opiatabhängigkeit zu entwickeln. Nach zwei Jahren Arbeit und zwei Konsensuskonferenzen im Juli 2013 in München und im November 2013 in Berlin konnten die Leitlinien Ende Januar 2014 auf der Homepage der DGS publiziert werden. Aufgrund der Literaturrecherche wurden die unten aufgeführten Fragen beantwortet und nach folgenden Kriterien bewertet:

Beurteilungskriterien

Anhand des folgenden Schemas (Tab. 1) wurden die Aussagen bewertet:

Verbindlichkeit

Leitlinien sind Orientierungshilfen im Sinne von Handlungs- und Entscheidungskorridoren, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar abgewichen werden muss (Nast et al. 2013, Bloch et al. 1997). Daher werden die Formulierungen „muss“ und „darf nicht“ vermieden.

- ▶ „Soll“ und „soll nicht“ bedeuten eine hohe Verbindlichkeit, Ausnahmen sind möglich.
- ▶ „Kann“ und „kann nicht“ bedeuten eine geringere Verbindlichkeit mit größerem Ermessensspielraum.

Der folgende Konsensustext wurde im Juni 2013 formuliert und auf dem 14. In-

terdisziplinären Kongress für Suchtmedizin erstmals abgestimmt. Nach Überarbeitung wurden die Leitlinien bei der zweiten Konsensuskonferenz auf dem 22. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin nach erneuter Überarbeitung abgestimmt und verabschiedet. Ein Expertengremium hat die letzte, endgültige Fassung im Januar 2014 formuliert.

Auszüge aus dem Konsensustext

Opiatabhängigkeit ist eine behandlungsbedürftige, schwere chronische Krankheit (Richtlinien der Bundesärztekammer 2010).

Konsensus

1. Wann ist eine Substitutionsbehandlung indiziert?

Bei diagnostizierter Opioidabhängigkeit (F11.2) ist die Substitutionsbehandlung indiziert.

1.1 Welche Therapie soll bei diagnostizierter Opioidabhängigkeit eingeleitet werden?

Bei diagnostizierter Opioidabhängigkeit soll eine Substitutionsbehandlung eingeleitet werden (Abb. 1).

Die Substitutionsbehandlung stellt bei diagnostizierter Opioidabhängigkeit die Therapie der ersten Wahl dar.

1.2 Wie soll bei derzeitiger Abstinenz ein opioidabhängiger Patient, der Suchtdruck /Craving verspürt, behandelt werden?

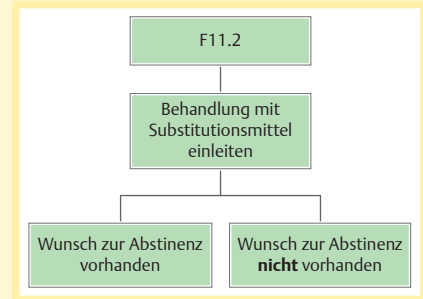


Abb. 1 Algorithmus: Therapieentscheidung bei diagnostizierter Opioidabhängigkeit (F11.2)

Ein opioidabhängiger Patient, der aktuell abstinent ist, kann bei Craving in eine Substitutionsbehandlung aufgenommen werden.

2. Welche Medikamente kommen als Substitutionsmittel in Frage?

- ▶ Dextro-Levomethadon (A I)
- ▶ Levomethadon(A I)
- ▶ Buprenorphin (A I)
- ▶ Buprenorphin/Naloxon (A I)
- ▶ Diacetylmorphin (A I)
- ▶ Codein/Dihydrocodein (A II)
- ▶ Retardierte Morphine (A I)

Für Diacetylmorphin ergänzt eine eigene Arbeitsgruppe die Leitlinien.

3. Was ist bei Eindosierung bei bisher nicht mit Substitutionsmitteln behandelten Patienten zu beachten? Wie findet sich die optimale Dosierung?

Der Patient muss über die Risiken einer lebensgefährlichen Überdosierung bei zusätzlichem Konsum psychotroper Substanzen aufgeklärt werden.

Die Vorgehensweise bei der Eindosierung unterscheidet sich zwischen den reinen μ -Agonisten Dextro-Levomethadon, Levomethadon, Codein, Diacetylmorphin, retardiertes Morphin und partiellen Agonisten Buprenorphin, Buprenorphin/Naloxon.

3.1 Eindosierung mit reinen μ -Agonisten bei bisher nicht mit Substitutionsmitteln behandelten Patienten

3.1.1 Eindosierung mit reinen μ -Agonisten, speziell Dextro-Levomethadon/Levomethadon bei aktuell nicht mit Substitutionsmitteln behandelten Patienten.

1. Es soll bei bisher nicht vorbehandelten Patienten mit maximal 30 mg Dextro-Levomethadon/15 mg Levomethadon als Erstdosis am ersten Tag begonnen werden.
2. Sind Entzugssymptome feststellbar, wird empfohlen, eine zweite Dosis von 5 – 10 mg Dextro-Levomethadon/2,5 – 5 mg Levomethadon zu geben.

Tab. 1 Graduierung von Therapieleitlinien

	I Auf der Basis mind. einer randomisierten Studie mit klinischen Endpunkten	II Auf der Basis mind. von Surrogatmarker-Studien	III Nach Expertenmeinung
A Eindeutige Empfehlung	A I	A II	A III
B Im Allgemeinen ratsam	B I	B II	B III
C Vertretbar	C I	C II	C III
D Im Allgemeinen abzulehnen	D I	D II	D III
E Eindeutig abzulehnen	E I	E II	E III

3. Pro Tag soll nicht mehr als um 10 mg Dextro-Levomethadon / 5 mg Levomethadon erhöht werden.

3.1.2 Eindosierung mit partiellem Agonisten bei bisher nicht mit Substitutionsmitteln behandelten Patienten

Zwischen erster Medikation und letzter Heroineinnahme sollen 12 – 24 Stunden vergangen sein.

3.2.1 Durchschnittliche Dosis Dextro-Levomethadon / Levomethadon

Die meisten Patienten können mit einer Dosis von 60 – 120 mg Dextro-Levomethadon / 30 – 60 mg Levomethadon optimal behandelt werden.

Manche Patienten benötigen weniger als 60 mg Dextro-Levomethadon / 30 mg Levomethadon oder aber auch mehr als 120 mg Dextro-Levomethadon / 60 mg Levomethadon.

3.2.2 Durchschnittliche Dosis Buprenorphin

Die Erhaltungsdosis beträgt 8 – 16 mg Buprenorphin.

Wenige Patienten benötigen weniger als 8 mg Buprenorphin, einige auch 24 mg.

3.2.3 Wie lange soll die Substitutionsbehandlung dauern?

Die Substitutionsbehandlung ist eine Langzeitbehandlung.

Ist nach Stabilisierung aus psychischer, medizinischer und sozialer Sicht ein opioidfreies Leben für den Patienten vorstellbar, wird empfohlen, unter Abwägung der Risiken, eine ambulante oder stationäre qualifizierte Entzugsbehandlung zu versuchen.

3.3 Zusätzlicher Konsum

Bei zusätzlichem Konsum psychotroper Substanzen wird empfohlen, die Dosis des Substitutionsmittels zu erhöhen.

Ein Wechsel auf ein anderes Substitutionsmittel kann versucht werden.

Eine stationäre Teilentgiftungsbehandlung unter Fortführung der Substitutionsbehandlung kann versucht werden.

4. Wie wird eine diagnostizierte Alkoholkrankheit behandelt?

Die Substitutionsbehandlung soll weitergeführt werden.

Es soll geprüft werden, ob eine Risikominimierung durch Trinkmengenreduktion oder ein Abstinenzversuch mit stationärer Alkoholtzugsbehandlung jeweils unter Fortführung der Substitutionsbehandlung möglich ist.

Es wird empfohlen, die Patienten zur Teilnahme an Selbsthilfegruppen zu motivieren.

Bei Motivation soll ein stationärer Entzug von Alkohol, sogenannter Teilentzug, versucht werden.

4.1 Wie wird bei untersuchter positiver Alkoholatemkonzentration verfahren?

Es soll untersucht werden,

- ▶ ob die Dosis beibehalten werden soll,
- ▶ reduziert werden soll
- ▶ oder gegebenenfalls gar nicht gegeben werden soll.

5. Wie soll eine gleichzeitige Benzodiazepinabhängigkeit behandelt werden?

Die Substitutionsbehandlung soll weitergeführt werden.

Es soll geprüft werden, ob ein Abstinenzversuch mit stationärer Benzodiazepin-entzugsbehandlung unter Fortführung der Substitutionsbehandlung möglich ist. Es soll überprüft werden, ob eine möglicherweise bestehende Angsterkrankung, Depression, Psychose ausreichend behandelt ist bzw. die Therapie optimiert werden kann.

6. Welche Auswirkungen hat die Substitutionsbehandlung hinsichtlich psychiatrischer Komorbiditäten?

6.1 Wie soll eine Depression behandelt werden?

- ▶ Die Substitutionsbehandlung soll weitergeführt werden.
- ▶ Es soll unter Kontrolle der QT-Zeit und Berücksichtigung möglicher Wechselwirkung entsprechend den Leitlinien für Depression behandelt werden.
- ▶ Es soll eine Psychotherapie angeboten werden.
- ▶ Es wird empfohlen, einen Psychiater zu konsultieren

6.2 Wie soll eine Angsterkrankung behandelt werden?

- ▶ Die Substitutionsbehandlung soll weitergeführt werden.
- ▶ Es soll unter Kontrolle der QT-Zeit und Berücksichtigung möglicher Wechselwirkung entsprechend den Leitlinien für Angsterkrankung behandelt werden.

- ▶ Es soll eine Psychotherapie angeboten werden.

6.3 Wie soll eine Psychose behandelt werden?

- ▶ Die Substitutionsbehandlung soll weitergeführt werden.
- ▶ Es sollen unter Berücksichtigung der Nebenwirkungen und der QT-Zeit Neuroleptika und Atypika verschrieben werden.
- ▶ Es wird empfohlen, einen Psychiater zu konsultieren.

6.4 Wie soll ein ADHS behandelt werden?

- ▶ Die Substitutionsbehandlung soll weitergeführt werden.

7. Welche Auswirkungen hat die Substitutionsbehandlung hinsichtlich somatischer Komorbiditäten?

Wie sollen diese behandelt werden?

- ▶ Die Substitutionsbehandlung ermöglicht die Diagnose und Therapie somatischer Erkrankungen.
- ▶ Während der Substitutionsbehandlung sollen somatische Krankheiten diagnostiziert und therapiert werden.

8. Wie sollen opioidpflichtige Schmerzen behandelt werden?

- ▶ Bei Schmerzen, die entsprechend dem WHO-Schema mit Opioiden behandelt werden sollen, wird empfohlen zusätzlich zu dem Substitutionsmittel – wenn es sich um einen μ -Agonisten handelt – ein weiteres langwirksames und / oder kurzwirksames Opioid zu verschreiben.
- ▶ Bei Substitution mit einem partiellen Agonisten wird empfohlen, auf einen μ -Agonisten umzustellen und gegen die Schmerzen zusätzlich ein lang- und / oder kurzwirksames Opioid zu verschreiben.

Der gesamte Text, insbesondere mit den Kommentaren, der Literatur und den Abstimmungsergebnissen können auf der Homepage der DGS eingesehen werden: www.dgsuchtmedizin.de

Markus Backmund, Christel Lüdecke, Konrad Isernhagen, Stephan Walcher, Tobias Rüter und die Leitliniengruppe der DGS (Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Konsensuskonferenzen)