



**Bayerische Akademie  
für Sucht- und  
Gesundheitsfragen**  
BAS Unternehmungsgesellschaft  
(haftungsbeschränkt)

Landwehrstr. 60-62  
80336 München  
Tel.: 089.530 730-0  
Fax: 089.530 730-19  
E-Mail: [bas@bas-muenchen.de](mailto:bas@bas-muenchen.de)  
Web: [www.bas-muenchen.de](http://www.bas-muenchen.de)

**Registergericht München:**  
HRB 181761

**Geschäftsführung:**  
Dipl.-Psych. Melanie Arnold

**Bankverbindung:**  
Bank für Sozialwirtschaft AG  
Kto.-Nr. 88 72 600  
BLZ 700 205 00

**Gesellschafter:**  
Bayerische Akademie für Suchtfragen  
in Forschung und Praxis BAS e.V.

## **Dokumentation der 29. Tagung des Netzwerkes Sucht in Bayern**

**„Besondere Indikationen im Rahmen der  
Substitutionsbehandlung“**

**19. März 2014 in München**

## Ablauf der Tagung

Am 19. März 2014 fand im Hansa-Haus in München die 29. Tagung des Netzwerkes Sucht in Bayern der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen mit rund 60 Teilnehmern statt. Folgende Vorträge und Workshops wurden angeboten:

09:30	Begrüßung und kurze Vorstellung des Programms	Melanie Arnold Geschäftsführung BAS Unternehmergeellschaft
09:45	Was muss man bei der Behandlung opiatabhängiger Schwangerer berücksichtigen?	Dr. Georgine Huber Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Universität Regensburg
10:30	Schlafstörungen bei opiatabhängigen Patienten – was hilft?	Prof. Dr. Oliver Pogarell Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, LMU München
11:00	Interdisziplinärer Austausch mit Kaffeepause	
11:30	Schmerzbehandlung bei Substitutionspatienten	Dr. Benjamin Reichenbach-Klinke Algesiologikum München
12:00	(Kontra-)Indikationen zum Einsatz von Pregabalin bei Suchtpatienten	Dr. Petra Werner Isar-Amper-Klinikum München Ost
12:30	Vorstellung des überarbeiteten Diskussionspapiers „Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger: Zur Problematik der zusätzlichen Einnahme von Benzodiazepinen“	Dr. Wilhelm Unglaub Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Regensburg
12:45	Mittagspause	
14:00	Workshops (alternativ):	
	WS 1: Was ist zu beachten bei der Betreuung von substituierten Schwangeren durch die Beratungsstelle?	Konstantina Papadimitriou extra e.V., München
	WS 2: Kasuistiken zum therapeutischen Einsatz von Psychopharmaka und Schmerzmitteln bei Suchtpatienten	Dr. Wilhelm Unglaub
16:00	Forum: Kurzvorstellung der Ergebnisse aus den Workshops	
16:30	Ende der Veranstaltung	

## Was muss man bei der Behandlung opiatabhängiger Schwangerer berücksichtigen?

### Wissensstand zur Prävalenz von Substanzkonsum in der Schwangerschaft

Frau Dr. Huber erläuterte eingangs die Relevanz des Themas. Für Deutschland gibt es keine verlässlichen Zahlen, wie viele Frauen in der Schwangerschaft Drogen konsumieren. In den USA hatten 4,4% der befragten Schwangeren im Monat vor der Befragung Drogen genommen (National Survey on Drug Use and Health, 2010). Im Mekonium<sup>1</sup> amerikanischer Neugeborener wurden in 10,5 % der Fälle illegale Substanzen nachgewiesen, wobei 38% der positiv getesteten Mütter Drogenkonsum verneint hatten. Generell werden Fragen nach konsumierten Substanzen nicht der Realität entsprechend beantwortet.

Gründe für das geringe Wissen über Substanzkonsum in der Schwangerschaft liegen in Deutschland darin begründet, dass zum einen die Frauenärzte nicht danach fragen, ein kurzer Vermerk im Mutterpass unzureichend ist und die Schwangere rechtliche Folgen und Stigmatisierung befürchtet.

### Medizinische Situation für die Frau nach Feststellung der Schwangerschaft

In den meisten Fällen (85%) ist die Schwangerschaft nicht geplant, da u.a. wegen einer länger bestehenden Amenorrhoe die Verhütung vernachlässigt wurde. Obwohl bei vielen Frauen ein starker Wunsch nach dem Kind entsteht, der häufig mit unrealistischen Zukunftsvorstellungen verbunden ist, stellt eine Schwangerschaft einen zusätzlichen Belastungsfaktor in einer instabilen Lebenssituation dar.

Problematisch ist auch, dass eine Schwangerschaft oft erst weit nach dem ersten Drittel bemerkt wird. Prinzipiell sind drei körperliche Situationen der Frau denkbar:

- stabil substituiert ohne Beikonsum
- substituiert mit Beikonsum
- polyvalent konsumierend ohne Substitution

Der große Vorteil einer Substitutionsbehandlung besteht in den gleichmäßigeren Plasmaspiegeln, so dass es zu keinen intrauterinen Entzügen durch kurze Halbwertszeiten des Heroins kommt.

Nach Feststellung einer Schwangerschaft sollte baldmöglichst ein Termin beim Frauenarzt vereinbart werden, um das Schwangerschaftsalter festzustellen. Ferner müssen mögliche therapiebedürftige Infektionen (Lues, HIV, Chlamydien, Hepatitis B und C) abgeklärt und eine Krebsvorsorge vorgenommen werden. Auch muss die Drogenexposition während der vulnerablen Phase der Organogenese in der Frühschwangerschaft erfragt werden.

### Was ist im Kontakt mit opiatabhängigen Schwangeren besonders zu berücksichtigen?

Viele Frauen haben sexuelle Gewalterfahrungen gemacht, so dass gynäkologische Untersuchungen entsprechend behutsam erfolgen sollten. Der Vertrauensaufbau ist ein langwieriger und schwieriger Prozess. Mit erneutem Substanzkonsum durch die Schwangere und einem unregelmäßigen Wahrnehmen vereinbarter Vorsorgetermine muss gerechnet werden.

Eine Kooperation mit anderen relevanten Akteuren (z.B. Beratungsstellen, Jugendamt, Geburtsklinik) sollte frühzeitig hergestellt werden, wobei eine Schweigepflichtsentbindung zur Optimierung der Abstimmungsprozesse sehr hilfreich ist. Dabei sollen die Schwangeren in ihrer Eigenverantwortlichkeit gefördert, aber auch gefordert werden.

### Was ist bei der Substitution zu beachten?

In der Schwangerschaft können Methadon-Razemat, L-Methadon und Buprenorphin verwendet werden. Durch physiologische Veränderungen, wie z.B. Erhöhung des Blutvolumens oder gesteigerte Ausscheidung über Leber und Nieren, kann ein höherer Bedarf an Substitutionsmitteln entstehen. Eine Abdosierung sollte nur auf ausdrücklichen Wunsch der Schwangeren erfolgen, wenn dadurch kein erhöhtes Craving aufkommt und keine Zeichen für eine drohende Frühgeburt bestehen. Auch wenn immer wieder der Wunsch geäußert wird, von Methadon auf Buprenorphin zu wechseln, ist ein Wechsel des Substitutionsmittels nicht erforderlich. Das Neugeborenenentzugs-

<sup>1</sup> Erste Darmentleerung des Neugeborenen

syndrom wird weniger durch das Substitutionsmittel als vielmehr durch folgende Faktoren beeinflusst:

- Dosis, Zeitpunkt letzte Einnahme vor Geburt
- Nikotinabusus (Kaltenbach K. et al., Addiction 2012)
- Gewicht, Reife, individueller Stoffwechsel
- Gen-Polymorphismen am  $\mu$ -Rezeptor des Neugeborenen (Chisolm MS et al., Addict Disord Ther Treat 2011, Wachmann EM et al., JAMA 2013)

Mögliche Auswirkungen des Substitutionsmittels auf den Fetus liegen in Wachstumsverzögerungen, die sich oft nicht eindeutig vom meist gleichzeitig vorhandenen Nikotinabusus abgrenzen lassen, Augenerkrankungen, ungeklärten neurologischen Spätfolgen und dem etwas 48 Stunden nach der Geburt einsetzenden neonatalen Entzugssyndrom. Teratogene Wirkungen finden sich nicht.

### **Gefahren des polyvalenten Konsums und von selbständigen Entzugsversuchen**

Die Auswirkungen eines polyvalenten Konsums auf das ungeborene Kind sind durch die Substanzen selbst und etwaige Streckmittel unkalkulierbar. Alle Substanzen passieren die Plazentarschranke und liegen beim Fetus in der gleichen oder einer höheren Konzentration vor wie bei der Mutter. Neben Wachstumsverzögerungen kann es zu fetalen Fehlbildungen (Alkohol, Amphetamine) oder vorzeitiger Plazentalösung (Kokain, Crystal) kommen.

Vor einem kalten Heroinentzug muss die Schwangere dringend gewarnt werden, da dadurch vorzeitige Wehen ausgelöst werden könnten und es zu Herztonveränderungen bis hin zur Sauerstoffunterversorgung des Ungeborenen kommen könnte. Ebenso ist von einem selbständigen Benzodiazepinentzug abzuraten, da mütterliche Krampfanfälle oder sogar das Absterben des Fetus die Folge sein könnten.

### **Besonderheiten im weiteren Schwangerschaftsverlauf**

Vorsorgeuntersuchungen sollten im zweiwöchigen Abstand erfolgen. Etwa sechs bis acht Wochen vor der Entbindung sollte das Neugeborenenentzugssyndrom (in 75-90% der Fälle) nochmals mit der werdenden Mutter besprochen werden, da diese unter erheblichen Schuldgefühlen leidet. Ab diesem Zeitpunkt empfiehlt sich auch eine enge Kooperation mit der Geburtsklinik und den Kinderärzten.

Aufgrund eines reduzierten Schmerzempfindens werden vorzeitige Wehen nicht als solche erkannt – es besteht aber auch die Möglichkeit einer Hyperalgesie. Zur Geburtserleichterung ist eine Regionalanästhesie das Mittel der Wahl.

### **Geburt und Stillen**

Eine mütterliche Infektion (HIV, Hepatitis C) stellt keine grundsätzliche Kontraindikation gegen eine vaginale Geburt dar.

Stillen ist bei Vorliegen einer HIV-Infektion kontraindiziert, bei Hepatitis C prinzipiell möglich. Auch unter Substitution ist Stillen möglich. Raucherinnen sollten nur stillen, wenn ausreichende Rauchpausen eingehalten werden können, wobei nicht mehr als 5-8 Zigaretten pro Tag geraucht werden sollen (Nationale Stillkommission, 2006).

### **Bonding fördern und Konfliktsituationen entschärfen**

Nachdem viele Mütter das neonatale Entzugssyndrom als persönliches Versagen erleben und sich Körperkontakt positiv auf dieses Syndrom auswirkt, sollten die Mütter hinsichtlich einer frühzeitigen Bindung zu ihrem Kind gestärkt werden.

Die Eltern sollten in die pädiatrischen Maßnahmen mit einbezogen werden. Schön wäre es auch, wenn die Helfer Unterstützung und Zuspruch aus ihrem beruflichen Umfeld bei der Behandlung dieser nicht immer einfachen Patientinnen erfahren würden.

## Schlafstörungen bei opiatabhängigen Patienten – was hilft?

Professor Pogarell erläuterte, dass Schlaflosigkeit eines der häufigsten medizinischen Probleme sei, welches aber in 70 % der Fälle in Europa unbehandelt bleibe. Die Häufigkeit nimmt mit steigendem Alter zu, so dass man bei über 60-Jährigen von einer Prävalenz von 60 % ausgehen kann. Nur 5 % erhalten die Diagnose einer Schlafstörung; adäquat behandelt wird ein noch geringerer Anteil.

### Definition und Komorbidität

Hierunter versteht man Schwierigkeiten bei Ein- und/oder Durchschlafen bzw. nicht erholsamen Schlaf trotz eines geregelten Nachtschlafs über sechs bis acht Stunden. Von einer akuten Insomnie spricht man bis zu einer Dauer von vier Wochen. Hält die Schlafstörung länger an, wird sie chronisch und kann in dem nachfolgend dargestellten Teufelskreis münden.



Abb. 1 Teufelskreis aus Schlaflosigkeit und Angst

Insomnie findet sich neben somatischen Erkrankungen auch bei psychischen Störungen wie Psychosen, affektiven Störungen, Angststörungen und Substanzabhängigkeit.

### Opiate und Schlafarchitektur

Opioide können bestimmte Schlafstadien erhöhen und Tiefschlafstadien reduzieren. In einer Untersuchung zeigten sich jedoch keine akuten Effekte von Opiaten auf Schlafeffizienz, Aufwachphasen oder Schlafzeit (Dimsdale et al., 2007): Unter Methadonsubstitution wurden bei 84 % der Patienten durch den Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) Schlafstörungen festgestellt (Stein et al., 2004). Als weitere Kovariaten für schlechte Schlafqualität erwiesen sich in dieser Untersuchung Depression, Angst, Nikotinkonsum, Schmerzen und Arbeitslosigkeit.

Eine Untersuchung zu Motiven des Benzodiazepinkonsums bei Substitutionspatienten (n=193) erbrachte, dass v.a. auch Schlafprobleme ein häufig genannter Grund waren (Vogel et al., 2013).

### Eigene Daten der Substitutionsambulanz der Klinik für Psychiatrie

Über 100 Patienten im Alter zwischen 19 und 54 Jahren wurden mit der Regensburger Insomnie Skala (RIS) untersucht. Demnach hatten 71 % einen RIS-Wert, der über dem Cut-off-Wert von 12 lag. Gemessen mit dem PSQI waren – übereinstimmend mit der Literatur – über 80 % schlechte Schläfer. Frauen wiesen, unabhängig vom Substitutionsmittel, tendenziell höhere Skalenwerte auf als die männlichen Patienten ( $p < 0.05$ ). Hinsichtlich des Substituts fanden sich folgende Unterschiede: Unter Diamorphin zeigten die Patienten signifikant niedrigere RIS-Werte als mit Polamidon ( $p < 0.05$ ) und Buprenorphin ( $p < 0.05$ ). Zwischen Polamidon und Buprenorphin gab es keine Unterschiede.

### Therapie

Unter den Patienten ist Selbstmedikation weit verbreitet. So kommen rezeptfreie (z.B. Antihistamine) oder verschreibungspflichtige Medikamente (meist Benzodiazepine, Z-Substanzen oder Antidepressiva) oder auch Alkohol zum Einsatz.

Folgende allgemeine Maßnahmen der Schlafhygiene sind empfehlenswert bzw. sollten besser unterlassen werden, z.B.:

- Frühsport, Bewegung am Nachmittag
- Ausreichendes Tageslicht tagsüber
- Optimierung der Schlafumgebung (dunkel, kühl, ruhig, sicher)
- Warme Bäder vor dem Zubettgehen
- Wärmende Socken
- Keine anstrengenden Tätigkeiten 3 h vor der Bettruhe
- Keine Mahlzeiten oder Getränke 3 h vor der Bettruhe
- Keine Stimulantien, kein Alkohol
- Kein Schlaf tagsüber
- Kein helles Licht am Abend
- Keine Uhr oder Wecker im Schlafraum

Nach den Behandlungsleitlinien sollten nach Prüfung von klinischer Relevanz und Ursachen erst Methoden der Schlafhygiene und der Verhaltensmodifikation zum Einsatz kommen, bevor Medikamente für kurze Perioden und in der geringstmöglichen Dosis Anwendung finden. Ergibt sich im Rahmen der regelmäßigen Kontrolltermine keine Besserung, ist eine Überweisung an eine Spezialambulanz oder ein Schlaflabor zu empfehlen. Insgesamt ist die Studienlage gerade für Patienten in Substitutionstherapie sehr dünn, so dass keine eindeutige Empfehlung für eine bestimmte Maßnahme oder ein Medikament ausgesprochen werden kann.

## Schmerzbehandlung bei Substitutionspatienten

Dr. Reichenbach-Klinke gliederte seinen Vortrag in folgende vier Teile:

### 1. Therapie-beeinflussende Faktoren

Probleme in der Interaktion zwischen Patient und behandelndem Arzt können auftreten, wenn ein suchtkranker Patient fürchtet, durch die verordnete Medikation abhängig zu werden. Es kann auch der Fall eintreten, dass der Patient aus Angst, keine Opiate zu erhalten, den Arzt nicht über seine Suchterkrankung informiert. Von Seiten des Arztes können Vorurteile bestehen, zudem die Sorge um potenzierende Effekte bei der Verordnung von zentralwirksamen Analgetika sowie die Angst, durch die Schmerztherapie erneut Suchtverhalten auszulösen. In der Folge droht eine analgetische Unterversorgung. Hierbei ist zu bedenken, dass eine inadäquate Schmerztherapie illegalen Opiatkonsum fördern und eine effiziente Therapie mit Opioiden diesen verhindern kann.

Grundsätzlich gelten folgende Aussagen für Substitutionspatienten

- Regelmäßige Opioidaufnahme schützt nicht vor Schmerzen
- Analgetische Wirkung des Substituts wesentlich kürzer als entzugsverhindernde Wirkung (Methadon 4-6 Std.)
- Vorsicht bei Verschreibung von Medikamenten mit Missbrauchspotenzial
- Hohe Beikonsumrate (bis 30%)
- Hohe Rate an somatischen und psychischen Komorbiditäten
- Chronische Schmerzen sind ein sehr häufiges Problem (>50%)

Langjährig substituierte weisen oft eine erhöhte Schmerzempfindlichkeit (Hyperalgesie) bei gleichzeitiger Opioid-Toleranz auf. Dabei ist die analgetische Wirkung bei verstärkten Nebenwirkungen abgeschwächt.

### 2. Medikamentöse Schmerztherapie

Neben dem WHO-Stufenschema, das ein abgestuftes schmerztherapeutisches Vorgehen in vier Stufen empfiehlt (Abb. 2), gibt es einen neuen, an Pathomechanismen orientierten Ansatz für die medikamentöse Therapie chronischer Schmerzen, den PAIN Router ([www.pain-router.com](http://www.pain-router.com)). Unter Berücksichtigung von Schmerzcharakter, häufigen Indikationen und den Mechanismen der Schmerzentstehung gelangt man zur geeigneten medikamentösen Schmerztherapie (Abb. 3).



# WHO-Stufenschema

+ Begleitmedikamente

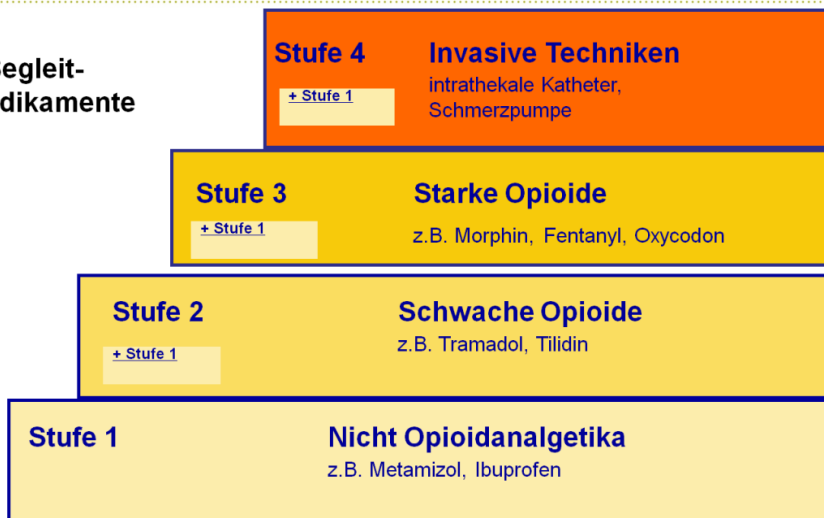


Abb. 2: WHO-Stufenschema



## PAIN Router ([www.pain-router.com](http://www.pain-router.com)) R. Sittl, Erlangen

Pathomechanismen-orientierter Ansatz für die medikamentöse Therapie chronischer Schmerzen

Schmerzcharakter / Symptome	Häufige Indikation	Mechanismen	Medikamentöse Schmerztherapie
Muskel- und Skelettsystem betroffen / belastungsabhängig / lokal / druckschmerzhaft / keine Entzündungszeichen	Arthrose / myofasziales Schmerzsyndrom	nozizeptiv	Nicht-Opioide (Paracetamol, NSAR) Muskelrelaxantien Opioid
Muskel- und Skelettsystem betroffen / belastungsabhängig / Entzündungszeichen / lokal / drückend-stechend-bohrend	aktivierte Arthrose / Arthritis	nozizeptiv / entzündlich	NSAR / Glukokortikoide / Opioid
nervale Struktur betreffend / brennend / einschießend / neurologische Begleitsymptome	diabetische Polyneuropathie / Post-Zoster-Neuralgie	neuropathisch	Bildung neuer Kanäle und Rezeptoren / ektopische Reizbildung (Spontanaktivität) zentrale Sensibilisierung reduzierte endogene Schmerzhemmung Antikonvulsiva (Na- und Ca-Kanalblocker) / Antidepressiva (hier v.a. TCA) noradrenerge u. serotonerge Wiederaufnahmehemmung (Antidepressiva) / Opioid
multilokulär / keine pathologische Befunde / schmerzüberempfindlich / vegetative und/oder psychische Symptome	Fibromyalgie	dysfunktional	reduzierte endogene Schmerzhemmung und veränderte Schmerzverarbeitung noradrenerge u. serotonerge Wiederaufnahmehemmung (Antidepressiva)

Abb. 3: PAIN Router

Nach Ausschöpfen der Wirkung von Nicht-Opioiden empfehlen sich bei der Verordnung von potenziell abhängigkeits erzeugenden Substanzen folgende Regeln (5 K's):

- Klare Indikation
- Korrekte Dosierung
- Kurze Anwendung
- Kein abruptes Absetzen
- Kleinstmögliche Packungsgröße verschreiben

Grundsätzlich sollen Substanzen mit schneller Wirkanflutung vermieden und retardierte Präparate bevorzugt werden. Aufgrund von Toleranz und Hyperalgesie sind oft höhere Dosen und häufigere Gaben erforderlich. Dabei soll ein anderes Opioid als das Substitut verordnet werden.

### 3. Praktische Beispiele

Als Beispiele wurden die perioperative Schmerztherapie und der chronische neuropathische Schmerz vorgestellt. Herr Reichenbach-Klinke wies darauf hin, dass Schmerz einen stark antagonisierenden Opioideneffekt hat und bei Vorliegen von Schmerzen keine erhöhte Gefahr einer Atemdepression bestehe. Bei Operationen sollten nach Möglichkeit Regionalanästhesieverfahren zum Einsatz kommen.

### 4. Multimodale Schmerztherapie

Folgende Therapieziele liegen einer multimodalen Therapie chronischer Schmerzen zugrunde:

- Schmerzlinderung
- Anleitung zu aktiver Schmerzbewältigung
- Edukation
- Körperliche Aktivierung
- Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit
- Verbesserung der Lebensqualität

## (Kontra-) Indikationen zum Einsatz von Pregabalin bei Suchtpatienten

Frau Dr. Werner erläuterte zunächst die pharmakologischen Eigenschaften von Pregabalin. Demnach handelt es sich um ein Analogon der Gamma-Aminobuttersäure, welches vom nüchternen Patienten schnell resorbiert wird. Die maximale Plasmakonzentration wird innerhalb einer Stunde erreicht; die Eliminationshalbwertszeit beträgt 6,3 Stunden. Die Substanz moduliert die Freisetzung verschiedener exzitatorischer Neurotransmitter.

### Indikationen

Zugelassen ist die Substanz in Europa seit 2004 zur Zusatzbehandlung bei fokalen Anfällen, zur Schmerzbehandlung bei neuropathischen Schmerzen und bei generalisierter Angststörung.

Nach Einschätzung von Suchtmedizinern wird von Suchtpatienten die Substanz eher aus diversen anderen Gründen wie bei depressiven Verstimmungen, bei Entzugssymptomen (z.B. Benzodiazepine), bei diffusen Ängsten und zur allgemeinen Beruhigung eingenommen. Bei höheren Dosierungen treten Euphorie und Rausch auf, die für Suchtpatienten eine große Rolle spielen.

Aus Sicht der Suchtpatienten (Befragung auf der Drogenentzugsstation) können mit Pregabalin die Heroin- oder Methadonwirkung gesteigert sowie Entzugssymptome, Druck- und Angstzustände gelindert werden.

### Dosierung, Wirkung und Verordnungszahlen

Empfohlen wird eine Tagesdosis von 150 bis 600 mg, die auf zwei bis drei Einzeldosen verteilt eingenommen werden soll. Die Einnahme soll auf keinen Fall gleichzeitig mit Alkohol, Oxycodon oder Lorazepam erfolgen.

Der psychotrope Effekt von Pregabalin ist mit dem von Diazepam vergleichbar; die Substanz wirkt stimulierend und erzeugt ein Gefühl „Exzessiven Glückchseins“. Ein Gefühl der Euphorie tritt bei 5-12 % der Patienten auf.



Von 2008 bis 2009 stieg die definierte Tagesdosis um 22 % auf 45,7 Mio. Der Umsatz betrug 2009 220 Mio. Euro. Die Verordnungshäufigkeit hat in den letzten Jahren weiter zugenommen, so dass sich in Regionen, in denen viele Ärzte schmerztherapeutisch tätig sind, bei rund 20 % der opiatabhängigen Patienten Pregabalin als Begleitmedikation findet.

### **Untersuchung der Arztbriefe im IAK KMO**

Seit 2000 wurden im Isar-Amper-Klinikum München Ost Arztbriefe auf das Stichwort „Pregabalin“ hin untersucht. Aus den Briefen, die Daten zu Einnahme und Verordnung der Substanz enthielten, wurde eine Stichprobe (n=152) gezogen und genauer betrachtet. Zusammenfassend lässt sich sagen:

- Obwohl Pregabalin schon seit Jahren zugelassen ist, wurden erst ab November 2011 zunehmend OpiatpatientInnen aufgenommen, die das Präparat in hohen Dosen konsumierten.
- Während bei den Alkoholabhängigen keine Einnahme über 600 mg auffiel, gaben 30 % der Opiatkonsumenten (25 von 83 Patienten) Mengen über 600 mg (bis 3000 mg) und ohne klare Indikation an.

### **Besondere Probleme und Entzugserscheinungen**

Hier stehen die schwierige Nachweisbarkeit, die Gefahr von akuten Intoxikationen insbesondere in Kombination mit anderen Substanzen, die steigenden Einnahmezahlen sowie die wohl abhängigkeitsfördernde Wirkung im Vordergrund.

Entzugserscheinungen äußern sich in starken Schmerzen, Depressionen, Albträumen und Schlafstörungen, Schweißausbrüchen und Erstickungsangst in geschlossenen Räumen. Die Entzugssymptomatik beginnt ca. 6 Stunden nach Einnahme der letzten Dosis und dauert in Abhängigkeit des vorangegangenen Konsums bis zu zwei Wochen.

### **„Entzugsbehandlung“**

Bislang gibt es keine klare Position zum Thema „Abhängigkeit von Pregabalin“. Dies bedarf ebenso wie die Entzugsbehandlung einer genaueren Diskussion. Es liegen keine eindeutigen Empfehlungen vor. Das Absetzen der Substanz sollte auf jeden Fall ausschleichend – entweder mit Pregabalin selbst oder mit Benzodiazepinen – über einen Zeitraum von mindestens einer Woche im stationären Setting erfolgen. Aus der klinischen Erfahrung lassen sich folgende Hinweise/Vorschläge zur Behandlung geben:

- Entzug mit Pregabalin ausschleichend meist erfolgreicher als Ersatz mit Benzodiazepinen
- Dosis von maximal 600 mg meist ausreichend
- Dosierung in 3 Einzeldosen und Reduktion der Dosis um 50 bis maximal 100 mg anfangs, zuletzt z.T. auch 25 mg/Tag
- Anfallsschutz muss diskutiert werden

Die Gabe von Pregabalin mit klarer Indikation und Dosierung kann für viele Patienten von großem therapeutischem Nutzen sein. Insbesondere bei Drogenabhängigen sollte jedoch die Gabe individuell abgewogen und wegen eines wohl deutlich erhöhten Missbrauchspotenzials genau überwacht werden.

### **Vorstellung des überarbeiteten Diskussionspapiers „Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger: Zur Problematik der zusätzlichen Einnahme von Benzodiazepinen“**

Dr. Unglaub informierte über den aktuellen Stand des BAS-Diskussionspapiers, welches kurz vor der Fertigstellung steht und anschließend auf der BAS-Website abrufbar sein wird.

Ausgangspunkt der Überarbeitung waren die Anregungen aus einem Workshop auf der 24. Netzwerktagung in Nürnberg.

## Workshop 1: Was ist zu beachten bei der Betreuung von substituierten Schwangeren durch die Beratungsstelle?

Im ersten Teil des Workshops stellte Frau Konstantina Papadimitriou die Clearingeinrichtung von extra e.V. vor, die im Rahmen eines stationären Clearings ein vollbetreutes Wohnen für suchtmittelabhängige bzw. substituierte Mütter und ihre Kinder sowie für Schwangere bietet. Schwangeren Drogenabhängigen, für die es ein großer Schritt ist, eine Beratungsstelle aufzusuchen, sollten die entsprechende Wertschätzung entgegengebracht, Ängste genommen und Raum gegeben werden.

Zentrales Ziel ist es, Müttern und Kindern das Zusammenbleiben zu ermöglichen und ihnen gleichermaßen gerecht zu werden. Das Wohl sowohl des Kindes und als auch der Mutter steht im Fokus, wobei der Schutz des Kindes an oberster Stelle steht. Von besonderer Relevanz ist die Netzwerkarbeit mit allen an der Beratung und Behandlung beteiligten Fachkräften wie Gynäkologen, Schwangerenberatungsstellen und insbesondere den substituierenden Ärzten.

### Empfehlungen zur Vertiefung des Themas:

- Praxisratgeber des Referats für Umwelt und Gesundheit: Kooperationsvereinbarungen zur Koordination interdisziplinärer Hilfen
  - Münchner Hilfenetzwerke für Kinder und ihre drogenabhängigen Eltern
  - Münchner Hilfenetzwerke für Kinder und ihre Eltern mit Alkoholproblematik

[http://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Referat-fuer-Gesundheit-und-Umwelt/Sucht\\_und\\_seelische\\_Gesundheit/Hilfenetzwerke.html](http://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Referat-fuer-Gesundheit-und-Umwelt/Sucht_und_seelische_Gesundheit/Hilfenetzwerke.html)
- Leitfaden zum Casemanagement  
Nagel, M & Siedentopf, J-P. (2006) Schwangerschaft – Sucht – Hilfe: Ein Leitfaden zum Casemanagement, Charité Campus Virchow-Klinikum, Berlin.

Zu den Besonderheiten des Konzeptes von „extra-ambulant“ zur Beratung von substituierten Schwangeren zählt die Vereinigung von Sucht- und Jugendhilfe in der Beratungsstelle, das genderspezifisches Arbeiten wie auch lange Betreuungsverläufe ermöglicht und bei Schweigepflichtsentbindung eine enge Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern sowie Urinkontrollen vorsieht.

Im Rahmen einer ausführlichen **Anamnese** werden mit den schwangeren Frauen zu Beginn des Beratungsprozesses folgende Themen erörtert:

- Substitution und Beikonsum
- Suchtverlauf
- Soziale Situation

Zu den zentralen **Beratungsbestandteilen** zählen folgende Aspekte:

- **Aufklärung über Auswirkungen von Konsum auf das ungeborene Kind**

Es wird zunächst geklärt, inwiefern die Klientin bereits durch ihren substituierenden Arzt aufgeklärt wurde. Aber auch für diesen positiven Fall ist es empfehlenswert, die relevanten Informationen noch einmal zu wiederholen.

Empfehlung von Broschüren:

DHS Informationen und Hilfen für drogenabhängige Schwangere „Du bist schwanger und nimmst Drogen?“  
[http://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/Broschueren/Du\\_bist\\_schwanger.pdf](http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Du_bist_schwanger.pdf)

- **Erörterung der Situation „Rund um die Geburt“**

Besonders wichtig ist die Erfahrung, dass viele drogenabhängige Schwangere große Ängste plagten, dass ihnen (ggf. schon in der Klinik) nach der Geburt das Kind entzogen wird.

### - Informationen zum Zeitpunkt „Nach der Geburt“

Die Situation nach der Geburt, die insbesondere für substituierte Mütter sehr belastend sein kann, muss sehr gut vorbereitet und begleitet werden. So ist es empfehlenswert, frühzeitig die Kontaktaufnahme der Klientin zu Schwangerenberatungsstellen oder zum BSA (Bezirkssozialarbeiter vom Jugendamt) zu fördern. An dieser Stelle ist die Zusammenarbeit in Netzwerken (z.B. lokalen Runden Tischen) und die Wahrnehmung der Klientin als Teil dieses Netzwerke von großer Bedeutung.

### - Suchtberatung

### - Paar- oder Eltern- und Familienberatung

Auch das soziale Umfeld der Klientin ist in die Beratung zu integrieren.

In einem zweiten Teil bearbeiteten die Workshopteilnehmer zwei Kasuistiken.

In diesem Kontext wurden auch die Schweigepflichtsentbindung und die Frage, welche Informationen aus dem Beratungsalltag (z.B. zum Beikonsum) an den substituierenden Arzt weitergegeben werden sollten, kontrovers diskutiert.

### Fazit aus den Workshop-Ergebnissen

- Je höher der Beikonsum und je geringer die Kooperation zwischen Jugendhilfe, Suchthilfe und Arzt, desto schlechter die Prognosen für den Embryo.
- Je besser die Zusammenarbeit mit der werdenden Mutter schon zur Schwangerschaft, desto besser die Zusammenarbeit, wenn das Kind geboren ist.
- Nach der Geburt wird der Stress noch höher (Hormonumstellung, veränderte Anforderungen etc.). Daher: Je früher man die Frauen erreicht, desto besser kann der Beratungsprozess verlaufen.

### Workshop 2: Kasuistiken zum therapeutischen Einsatz von Psychopharmaka und Schmerzmitteln bei Suchtpatienten

Herr Unglaub moderierte diesen Workshop, in den die Teilnehmer eigene Kasuistiken und Fragestellungen einbringen konnten.

Anhand des Beispiels einer Patientin mit einem Karzinom im Mund-Rachen-Bereich bei gleichzeitigem Vorliegen von Hüftkopfnekrosen und einer anamnestisch bekannten Polytoxikomanie wurden die unterschiedlichen Herangehensweisen von Palliativ- und Suchtmedizin durch Frau Anette Christian, niedergelassene Ärztin in Erlangen, dargestellt. Hier ergeben sich die folgenden Unterschiede:

Palliativtherapie	Suchttherapie
dem Patienten viel Platz lassen	vom Patienten Struktur einfordern
Therapie symptomorientiert	Therapie nach Regeln
„Patient hat immer recht“	„Realitätsprüfung“ wichtig

Weiterhin wurden folgende Fragestellungen diskutiert:

### • Wie kann ein substituierter Schmerzpatient zweimal täglich mit Methadon versorgt werden?

⇒ Am sichersten wäre eine zweimalige Vergabe in der Praxis oder Ambulanz. Da Schmerzpatienten aber häufig nicht ausreichend mobil sind, kommt auch eine Vergabe über den ambulanten Pflegedienst in Frage. Dazu ist eine mündliche und schriftliche Einweisung durch den substituierenden Arzt notwendig. Folgende Fragen traten im weiteren Verlauf auf:

Unter der Annahme, dass der Pflegedienst das Substitut dem Patienten zu Hause vergibt ...

### ... Wer erhält das Rezept für das Substitutionsmittel und löst es in der Apotheke ein?

Diese Frage lässt die BAS derzeit juristisch klären und wird so bald wie möglich über das richtige Vorgehen informieren.

### ... Wo und durch wen wird das Substitutionsmittel aufbewahrt?

Das Substitutionsmittel wird durch den Pflegedienst in einem absperrbaren Schrank oder Safe – wie alle anderen Betäubungsmittel auch – aufbewahrt.

Muster für Informationsblätter zur Vergabe unter Sicht durch den Pflegedienst, die Sozialstation oder die Apotheke sowie bei Aufnahme des Substitutionspatienten in eine somatische Klinik werden als Anlage zu diesem Protokoll versandt.

- **Kann eine langjährig stabile Substitution als Schmerzbehandlung weitergeführt werden?**
  - ⇒ Dr. Werner Tauber vom Bezirkskrankenhaus Ansbach schilderte den Fall einer an einem gynäkologischen Karzinom erkrankten Substitutionspatientin, die im Laufe der Zeit immer gebrechlicher wurde. Wegen der beschwerlichen Anreise zur Substitutionsambulanz und der gleichzeitig vorhandenen Schmerzen wurde mit dem behandelnden Hausarzt dahingehend eine Lösung gefunden, dass die Substitutionsbehandlung beendet und eine Schmerzbehandlung mit L-Polamidon durch den Hausarzt vor Ort aufgenommen wurde.
- **Ab wann beginnt schädlicher Beikonsum von Psychopharmaka bzw. Benzodiazepinen? Wie lange kann dieser toleriert werden?**
  - ⇒ An dieser Stelle kann auf die Aussagen des Diskussionspapiers der BAS „Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger: Zur Problematik der zusätzlichen Einnahme von Benzodiazepinen“ verwiesen werden. Demnach muss unmittelbar gehandelt werden ...
    - bei Vorliegen einer starken Intoxikation bzw. damit verbundenen Klinikaufenthalten, von denen der behandelnde Arzt möglicherweise auch erst im Nachhinein erfährt oder auch
    - wenn der Patient intoxikiert in der Praxis oder der Ambulanz erscheint, da er durch seinen Zustand negativen Einfluss auf die anderen Patienten nehmen könnte,
    - bei kontrollierter Benzodiazepinverordnung durch den Substitutionsarzt und gleichzeitiger Benzodiazepinverordnung durch andere Ärzte,
    - wenn der Patient zusätzlich Alkohol missbräuchlich konsumiert,
    - wenn therapeutische Prozesse durch den Benzodiazepinkonsum negativ beeinflusst werden oder
    - wenn relevante somatische Erkrankungen – wie z.B. eine obstruktive Lungenerkrankung – vorliegen.
- **Umgang mit einem unterarmamputierten Substitutionspatienten, der vom Neurologen Pregabalin erhält**
  - ⇒ Hier empfehlen sich regelmäßige Spiegelkontrollen von Pregabalin. Außerdem sollte der Patient über das Suchtpotenzial dieser Substanz aufgeklärt werden. Evtl. wäre auch eine Umstellung von Pregabalin auf ein Antidepressivum sinnvoll.

#### Ausblick

Die **30. Tagung des Netzwerkes Sucht** in Bayern der BAS findet  
am **8. Oktober 2014** in Nürnberg statt.

Wir freuen uns, wenn Sie uns über regionale Aktivitäten, Besonderheiten oder auch  
Schwierigkeiten informieren!