



**Bayerische
Akademie für
Suchtfragen**

in Forschung und Praxis BAS e.V.

Landwehrstr. 60-62

80336 München

Tel. 089-530 730-0

Fax 089-530 730-19

Email bas@bas-muenchen.de

<http://www.bas-muenchen.de>

Dokumentation der Netzwerk-Tagung zum Thema

"Differenzieller Einsatz unterschiedlicher Substitutionsmittel und sich daraus ergebende Kon- sequenzen für die Zusammenarbeit in der Patientenbetreuung"

am 11.Oktober 2000

BAS e.V. (VR 15964)

Bankverbindung:

HypoVereinsbank München

Konto-Nr. 3 180 378 226

BLZ 700 200 01

1. Vorsitzender:

Prof. Dr. Jobst Böning

2. Vorsitzender:

Dr. Dr. Dr. Felix Tretter

Schatzmeister:

Dr. Gerhard Bühringer

Vorstandsmitglieder:

Christiane Fahrmbacher-Lutz

Dr. Brigitte Mugele

**Verantwortlich für die Ge-
schäftsstelle:**

Christiane Fahrmbacher-Lutz

Apothekerin

Vorwort

Am 11.10.2000 fand im Caritas-Pirckheimer-Haus in Nürnberg die zweite Informationsveranstaltung für die Ansprechpartner des „Netzwerk Sucht in Bayern“ der BAS e. V. statt.

Einführend berichtete Herr Eckstein, Therapeutischer Leiter von Condrops München, über die spannenden Ergebnisse einer von Condrops durchgeführten Patientenbefragung zum Thema „Bedürfnisse und Erfahrungen substituierter Patienten bei Inanspruchnahme des Drogenhilfesystems“. Untersuchungsrahmen für diese Befragung war ein Versuch der psychosozialen Betreuung Substituierter durch Mitarbeiter einer Beratungsstelle vor Ort in der Substitutionspraxis.

Derartige Versuche werden derzeit auch in Baden-Württemberg durchgeführt, wo in 4 Modellpraxen (Karlsruhe, Mannheim, Ulm, Stuttgart) die psychosoziale Betreuung eng an die Arztpraxis angebunden ist. In der Praxis von Herrn Dr. F. Matschinski stehen seit ca. 2 Jahren 2,5 Sozialarbeiterstellen für diese Betreuung zur Verfügung, so dass ca. die Hälfte der Patienten in der Praxis beraten werden kann. Die anderen Patienten werden in externen Beratungsstellen betreut. Die Erfahrungen zeigen dabei, dass die Betreuung durch in der Praxis angesiedelte Sozialarbeiter zu einer deutlich besseren Kooperation führt als die externe Betreuung. In der von Herrn Dr. Matschinski vorgetragenen praxisorientierten Einführung zum Thema „Unterschiede und differenzieller Einsatz der verschiedenen zur Verfügung stehenden Substitutionsmittel“ ging es v.a. auch um die Wirkweisen und Einsatzbereiche der in der Substitutionspraxis relativ neuen Substanzen Buprenorphin und LAAM.

Die Inhalte dieses Vortrages konnten in der sich anschließenden Patientenvorstellung mit den subjektiven Sichtweisen zweier Patienten verglichen werden. Vom behandelnden Arzt, Herrn Dr. Schneider, wurde ein substituiertes Patientenpaar vorgestellt das 2 Wochen zuvor von Polamidon auf Buprenorphin umgestellt worden war. Herr Dr. Schneider betreibt in Fürth eine Praxis, in der u. a. 35 Substitutionspatienten behandelt werden und ist Ansprechpartner im Netzwerk Sucht für den Knotenpunkt Fürth.

Wesentliches Ziel des Nachmittages war der Austausch zwischen den Ansprechpartnern aus den einzelnen Regionen. In nach Berufsgruppen aufgeteilten Workshops wurden zunächst die zur Zeit vorrangigen Probleme aufgezeigt, um anschließend mögliche Lösungsansätze zu diskutieren. Im abschließenden Forum wurden die in den Workshops erarbeiteten Themen präsentiert und in interdisziplinärer Runde diskutiert.

Die uns wesentlich erscheinenden Inhalte der Tagung haben wir im Folgenden für Sie festgehalten. Für die Richtigkeit der Angaben übernimmt die BAS e. V. keine Haftung.

Vortrag

„Bedürfnisse und Erfahrungen substituierter Patienten bei Inanspruchnahme des Drogenhilfesystems“

Kurzdarstellung der Condrobs-Befragung von 69 Patienten einer Münchener Substitutionspraxis

Herr Dipl.- Psych. G. Eckstein, Condrobs e. V., München

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich möchte Ihnen, in aller Kürze, einige Ergebnisse einer Befragung von 69 substituierten Drogenabhängigen in einer Substitutionspraxis vorstellen. Die Befragung wurde durch MitarbeiterInnen der Beratungsstelle unseres Vereins in der Konradstraße im Zeitraum Dezember 1999 bis Juni 2000 durchgeführt. Die befragten Drogenabhängigen sind ein Teil der substituierten Patientengruppe der Praxis. Die Patienten wurden nicht nach besonderen Kriterien ausgewählt.

Die Befragung spielte sich in einem Zeitraum ab, in dem einerseits ein sehr klares Profil von psychosozialer Betreuung und der Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten einerseits und psychosozialen Beratungsstellen andererseits vorlag (siehe auch: Standards der Substitutionsbehandlung, Standards der psychosozialen Betreuung), andererseits zeichnete sich gerade im ersten Halbjahr des Jahres ein dramatischer Anstieg der Drogentoten gerade in der Landeshauptstadt München ab. Die nichtmedizinische Suchthilfe stellte fest, dass die psychosoziale Betreuung nur in sehr geringem Umfang wahrgenommen wurde. Es entstanden Diskussionen darüber, ob die Ärzte nicht konsequent auf die psychosoziale Betreuung verweisen, ob die Methoden, die Konzepte und die Angebote der Einrichtung weder lokal noch thematisch richtig plaziert sind.

Die MitarbeiterInnen der Beratungsstelle waren einmal wöchentlich in der Praxis anwesend.

Von den insgesamt neun Fragen möchte ich Ihnen die Ergebnisse von fünf Fragen hier detaillierter vorstellen, die anderen Fragen werde ich nur benennen.

1. Haben Sie derzeit Kontakt zu einer Drogenberatung in München
2. Falls Sie zurzeit keinen Kontakt zur Drogenberatung haben, kennen Sie eine Drogenberatung, an die Sie sich bei Bedarf hinwenden könnten?
3. -
4. Falls Sie zurzeit keinen Kontakt zur Drogenberatung haben, was sind die Gründe?
kein Bedarf / schlechte Erfahrung / kenne die Angebote nicht / weil.....
5. Welche anderen Angebote würden Sie sich von der Drogenhilfe wünschen? (mehrere Antworten sind möglich)
Wohnungsprojekte / Arbeitsprojekte / Kontaktläden / Psychosoziale Begleitung / ... in der Praxis selbst / oder....
6. -
7. -
8. -
9. Welchen Wunsch haben Sie an die Drogenberatung und was brauchen Sie von uns?

- "Hilfe für alle Lebenslagen bzw. Situationen, nicht nur für Abstinenzfälle"
- "Entzugskliniken-Beratung ausserhalb von München"
- "einfache Hilfe"

Frage 9: Welchen Wunsch haben Sie an die Drogenberatung und was brauchen Sie von uns?

64% gaben offene Antworten:

- | | |
|---|---|
| ▪ gute Beratung | ▪ Mitgabe |
| ▪ Information | ▪ Substitutionsbegleitung |
| ▪ Unterstützung bei Wiedereingliederung ins soziale Leben | ▪ Unterstützung bei der Arbeitssuche und beim Aufbau sozialer Kontakte |
| ▪ bessere Mitarbeiter mit Ahnung | ▪ Verständnis |
| ▪ immer ein offenes Ohr | ▪ mehr Vertrauen zu den Klienten |
| ▪ Substitution | ▪ kein Wunsch |
| ▪ Angst vor Gehirnwäsche zum Drogengegner (Konditionierung) | ▪ Rechtsbeistand oder Aufklärung bei Gerichtssachen |
| ▪ Hilfe bei Wohnungssuche | ▪ mehr Elternarbeit |
| ▪ momentan nichts | ▪ weiter wie bisher |
| ▪ die Hilfe die ich brauche um eine korrekte Entgiftung zu bekommen | ▪ einfach, dass man sich mehr mit Drogenabhängigen abgibt |
| ▪ Hilfe bei Herunterdosierung von Methadon, um ein drogenfreies Leben zu führen | ▪ die Ämter aufklären, die immer blockieren, beispielsweise Gesundheitsamt/Sozialamt. |

Zusammenfassung der Fragen 3, 6, 7 und 8:

Frage 3: Ist die offene Sprechstunde von Condrops eine Hilfe um Kontakt zur Drogenhilfe aufzusuchen?

Ja: 55%

Nein: 44%

Frage 6: Um leichter in Kontakt mit der Drogenberatung zu kommen, halten Sie es für wichtig, dass wir weiterhin für Sie in die Praxis kommen?

sehr wichtig: 36%

wichtig: 38%

nicht wichtig: 14%

überhaupt nicht wichtig: 10%

Frage 7: Wie oft sollten Ihrer Meinung nach die Mitarbeiter von Condrops in der Westend-Praxis erscheinen?

einmal pro Woche: 53%

zweimal pro Woche: 24%

dreimal pro Woche: 6%

täglich: 2%

anderer Vorschlag: 1 3%

- mindestens dreimal
- egal
- wer die Hilfe nötig hat, sollte sich selber in erster Linie darum bemühen, trotzdem für einmal die Woche in Ausnahmefällen
- bei Bedarf so oft wie möglich und nötig
- null

Frage 8: Was wünschen Sie sich von den MitarbeiterInnen von Condros?

Kennenlernen der MitarbeiterInnen: 13%

Information: 20%

Beratung: 22%

Kostenklärung für Therapie: 12%

Unterstützung bei Ämtern: 23%

offene Antworten: 7%

- Rechtsbeihilfe
- auf alles was Abhängige für Wünsche und Bedürfnisse haben drauf eingehen
- was zuerst wichtig wäre
- nichts
- Rechtsbeistand
- Beratung z. B. in Sachen Schwangerschaft oder Schuldenberatung
- dass alles was mit ihnen besprochen wird der Schweigepflicht unterliegt

Über einige der Ergebnisse waren wir doch sehr erstaunt. Angefangen von der Tatsache, dass immerhin ein Drittel der Substituierten, die keinen Kontakt mit einer Drogenberatungsstelle haben, nicht wissen, wo sich eine solche befindet, hat uns sehr nachdenklich gemacht.

Deutlich war allerdings auch, dass die Bedürfnisse der Drogenabhängigen auf alltagspraktische Hilfen abzielen (Arbeitsmöglichkeiten, Wohnung, Kontaktladen) und nicht auf andere, z.B. psychotherapeutische, Hilfen.

Die Konsequenzen dieser Befragung mündeten in Bemühungen, Arbeitsprojekte für akut konsumierende Drogenabhängige aufzubauen. Diese Bemühungen sind ausserordentlich schwierig zu realisieren, da sich für diesen Ansatz und für diese Thematik, wie dies so häufig ist, niemand zuständig fühlt, obwohl die Landeshauptstadt München Ende des letzten Jahres sehr deutlich von der Notwendigkeit eines „Bündnisses für Arbeit“ oder „Arbeit statt Drogen“ gesprochen hat.

Eine andere Konsequenz für uns liegt darin, die Präsenz und die konkrete Tätigkeit von MitarbeiterInnen von Beratungsstellen „vor Ort“, d.h. in den Arztpraxen massiv zu verstärken. Hier gibt es neue Wege des Miteinanders von Arztpraxen einerseits und nichtmedizinischer Drogenhilfe andererseits.

Zusammenfassung des Vortrages: „Unterschiede und differenzieller Einsatz der verschiedenen zur Verfügung stehenden Substitutionsmittel“

Praxisorientierte Einführung

Herr Dr. F. Matschinski, Schwerpunktpraxis Stuttgart

Als Substitutionsmittel stehen zur Zeit Methadon und Levomethadon, Buprenorphin und LAAM zur Verfügung. In der Schwerpunktpraxis Stuttgart wird zu einem großen Teil Methadon verordnet, was z. T. dadurch zu erklären ist, dass dort ein Dosierautomat für Methadon vorhanden ist, der die Vergabe deutlich erleichtert. Buprenorphin verabreicht als Subutex® erlebt zur Zeit eine relativ euphorische Aufnahme in Patientenkreisen und auch bei einigen Behandlern. Von dieser Euphorie profitiert nach der Einschätzung von Herrn Dr. Matschinski auch LAAM (Orlaam®), das in der Vergangenheit wegen seines hohen Preises eher verpönt war. Eine Substitution mit Codein wird in der Schwerpunktpraxis nicht mehr durchgeführt, die Anzahl dieser Patienten war allerdings auch schon vor der Gesetzesänderung sehr gering. Die Nachfrage nach Codein ist, so der Referent, in Stuttgart inzwischen allgemein sehr gering, da fast alle Patienten auf andere Mittel umgestellt wurden.

Indikationskriterien

Im folgenden wurde von allen Tagungsteilnehmern zusammengetragen, welche Indikationskriterien auf Seiten des Patienten bei der Auswahl eines Substitutionsmittels relevant sind. Hier eine Zusammenstellung:

- Beikonsum
 - Praktikabilität der Vergabe (vgl. unterschiedliche Halbwertszeiten)
 - Verträglichkeit (vs. Nebenwirkungen)
 - Wohlgefühl des Patienten
 - bisherige Erfahrungen des Patienten
 - Erwartungen des Patienten an Substitutionsmittel
 - Begleiterkrankungen (Hepatitis, HIV, psychische Erkrankungen)
 - soziale Situation
 - Kosten
 - Zielsetzung (Dauersubstitution, kurzzeitige Überbrückung)
 - Wohnung vorhanden? wenn ja: wo? (tägliche Anfahrt möglich?)
 - Berufstätigkeit (tägliches Erscheinen zwischen 9 und 18 Uhr möglich?)
 - Partnerschaft ja/nein? wenn ja: Drogen konsumierender Partner?
 - Dauer der Abhängigkeit
 - Alter des Patienten
- } kann oft erst als Kriterium miteinbezogen, wenn bereits Erfahrung mit einem Substitutionsmittel vorliegt

Verwendete Opiode und Dosisäquivalenzen

Mit Hilfe der nachfolgenden Tabelle gibt der Referent einen Überblick über verwendete Opiode sowie deren Dosisäquivalenzen.

| Substanz | Dosisäquivalenzen |
|---|-------------------|
| Methadon | 10 mg |
| Levomethadon | 5 mg |
| Subutex® | 2 mg |
| LAAM (nur 3mal pro Woche) | 12 mg |
| DHC-Tartrat 10 ml einer 1,5%igen DHC -Tartratlösung) | 150 mg |

Methadon

Methadon als Substitutionsmittel charakterisiert Herr Dr. Matschinski durch folgende Stichpunkte:

- weltweit (ausser in Frankreich) die Standardsubstanz
- Wirkdauer ca. 24-28/30 Stunden
- Risiken: Atemdepression, Überdosierung wegen Kumulation
- Nebenwirkungen: dämpfende, abschirmende Wirkung (wird v.a. bei der Umstellung auf Subutex sichtbar, Patienten berichten "mehr mit zu kriegen")
- Eignung für Patienten, die (a) Abschirmung brauchen oder (b) noch einen hohen Beikonsum (oft zur „Selbstmedikation“) haben

Die Nebenwirkungen des Methadons sowie Therapiemöglichkeiten sind in der nachfolgenden Tabelle zusammengefasst.

Nebenwirkungen des Methadons und mögliche Therapieansätze

- oft **dosisabhängig**: vorsichtiger Versuch der Dosisreduktion oder Umsetzen auf ein anderes Opioid
- **Verstopfung**: ballaststoffreiche Kost, übliche Laxantien
- **Schwitzen**: 3 x 1-2 Drg. Sweatosan (Salbeiextrakt)
- **Schlafstörungen**: Überprüfen der Methadondosis, evtl. abendliche Einnahme, nie Barbiturate, keine Benzodiazepine, Kava Kava, Johanniskrautpräparate, Akupunktur, Chloralhydrat, Antidepressiva
- Ob **Depressionen** durch den Verzicht auf Heroin manifest werden oder eine Nebenwirkung des Methadons sind, ist umstritten. Therapiemöglichkeiten: Anderes Opioid, Psychotherapeutische Mitbehandlung, Codein in höheren Dosierungen (allerdings vereinzelt Senkung der Krampfschwelle beschrieben)

Levomethadon

Hier stellt sich die Situation in Stuttgart so dar, dass Levomethadon immer wieder als die "reinerere Substanz" diskutiert wird, die auch weniger Nebenwirkungen hervorrufen würde etc. Die Kliniken behandeln fast nur mit Levomethadon. Werden die Patienten im Anschluss an den Klinikaufenthalt dann in der Praxis auf Methadon umgestellt, berichten sie häufig über eine bessere Verträglichkeit des Levomethadon. Dies könnte allerdings auch auf die im Kranken-

haus vorliegende Entlastungssituation zurückgeführt werden. Wahrgenommene Unterschiede könnten also auf einer Fixierung der Patienten auf diese Substanz beruhen. Zusammenfassend stellt Herr Dr. Matschinski fest, dass die Umstellung von Levomethadon auf Methadon beim Patienten oft Widerstände provoziert, die Umstellung also, wenn überhaupt, dann langsam und an geeigneter Stelle im Behandlungsverlauf erfolgen sollte.

An dieser Stelle erfolgt auf Einwurf eines Teilnehmers eine kurze Diskussion zum Thema Allergien auf Beistoffe gemäß NRF. Eine Unverträglichkeit kann dabei gegen die verwendeten Konservierungsmittel, gegen Eindickungsmittel und gegen den Farbstoff vorliegen. Mit Hilfe eines Allergologen kann herausgefunden werden, um welchen Stoff es sich handelt, um diesen in Zukunft wegzulassen. Allergische Reaktionen sind allerdings auch bei Levomethadon beschrieben.

Insgesamt scheint die Frage nach den möglichen Unterschieden in den Wirkweisen von Levomethadon und Methadon nicht eindeutig geklärt zu sein. Bei der Behandlung sollte deshalb stets das Wohlbefinden des Patienten im Vordergrund stehen. Interessante weitere Erkenntnisse könnten sich in der kommenden Zeit ergeben, in der die Stuttgarter Kliniken immer mehr auf Methadon umstellen.

ORLAAM®

Bei ORLAAM® handelt es sich um retardiertes Methadon mit einer 3-tägigen Wirkdauer, was eine verringerte Kontaktfrequenz zwischen Arzt und Patient ermöglicht. ORLAAM® scheint v.a. für die Patienten geeignet, bei denen mit Methadon keine konstante Wirkung über 24 Stunden erzielt werden kann. In seiner Praxis wird ORLAAM® dann eingesetzt, wenn mit Methadon keine zufriedenstellende Wirkung über 24 Stunden erreicht wird, hierbei genügen ihm ärztlicherseits feststellbare Entzugserscheinungen. Weitere Merkmale des Arzneimittels sind in der folgenden Tabelle zusammengestellt.

| | |
|---------------|--|
| Substanz | Levacetylmethadol, Levo-alpha-acetylmethadol (LAAM) |
| Konzentration | 1 ml enthält 10 mg LAAM (1%ige Lösung) |
| Stoffwechsel | Orale Resorption, Wirkungseintritt nach 1-3 Stunden, Steady-state nach 14-18 Tagen |
| Abbau | Zu Nor-LAAM und Dinor-LAAM. Alle drei Produkte liegen im Körper nebeneinander vor |

- **Die Vergabe von ORLAAM® erfolgt alle 2-3 Tage, auf keinen Fall täglich**

- ⇒ Stabile und gleichmäßige Einstellung des Patienten
- ⇒ Wochenenden und Feiertage können problemlos überbrückt werden
- ⇒ Optimale Vorbereitung auf die Abstinenz

- **ORLAAM flutet stark verzögert an**

- ⇒ Stabile Besetzung der μ -Rezeptoren, dadurch praktisch kein "Kick"
- ⇒ Reduzierte Wirkungsschwankung
- ⇒ "feel more normal" = besseres Lebensgefühl

Kontraindikationen:

Schwangerschaft und Stillzeit, Nierenfunktionsstörungen, schwere Leberfunktionsstörungen, Veränderungen in EKG, Herzrhythmusstörungen und spezielle Medikamente zu deren Stabilisierung, Veränderungen des Elektrolythaushaltes, Behandlung mit MAO-Hemmern, andere Opiate und deren Antagonisten (Ausnahme: Behandlung einer Überdosierung)

Interaktionen mit anderen Medikamenten:

Substratspezifisch bedingt: Immunsuppressiva, verschiedene Herzpräparate, spezielle Chemotherapeutika, Makrolid-Antibiotika, einige Benzodiazepine, diverse Narkosemittel, der Lipidsenker Lovastatin, Methadon

Durch Enzyminduktoren: einige Tuberkulosemittel, verschiedene HIV-Präparate und Antiepileptika, das Entwässerungsmittel Spironolacton

Durch Enzyminhibitoren: Makrolid-Antibiotika, einige Magenmittel, Proteaseinhibitoren, verschiedene Antidepressiva

Wichtige Voraussetzungen für den Einsatz von ORLAAM® sind laut Dr. Matschinski eine stabile soziale Situation, z. B. mit vorhandenem Wohnsitz und Beruf. Der Behandlungsplan könnte dabei folgendermaßen aussehen: Der Patient wird zunächst 6-8 Wochen mit Methadon substituiert. In dieser Phase des täglichen Erscheinens in der Praxis, ist ein intensiver Kontaktaufbau, Diagnostik etc. möglich. Wurde diese Zeit erfolgreich durchlaufen, kann der Patient auf ORLAAM® umgestellt werden.

Weitere Vorteile sind laut Dr. Matschinski: weniger Nebenwirkungen als bei Methadon, geringeres Schwitzen, geringere "Abschirmung" des Patienten, geringere Fixierung auf die Substanz, größere Ruhe im Lebensrhythmus, erleichterte soziale Integration und ein "Ausschleichen aus der Szene". Manche Patienten vermissen bei der Verwendung von ORLAAM® allerdings sowohl den täglichen Kontakt als auch die tägliche Einnahme eines Medikamentes. Dies kann auch bei der Verwendung von Subutex® auftreten.

ORLAAM® kann wegen seiner langen Halbwertszeit nicht im Take-Home-Verfahren abgegeben werden. Ist das 2tägige Erscheinen in der Praxis für den Patienten schwierig, so kann alternativ nach 6 Monaten wieder auf Methadon mit Take-Home-Verfahren (bis zu 7 Tage) umgestellt werden.

Der wesentliche Nachteil an einer Substitution mit ORLAAM® sind die Vergleich zu Methadon deutlich höheren Arzneikosten. Dies wird nur zum Teil dadurch ausgeglichen, dass der Patient nicht täglich in der Praxis erscheint.

Subutex

Subutex® ist seit Februar 2000 in Deutschland zur Substitution zugelassen. In Frankreich, wo ca. 60.000 Patienten mit Subutex behandelt werden (vs. 12.000 Methadon-Patienten) wird die Substanz meist über Hausärzte verordnet. Eine Take-Home-Verordnung ist dabei über einen Zeitraum von 4 Wochen möglich. Die Anzahl der Drogentoten ist in Frankreich stark rückläufig, was gerne auch mit dem positiven Effekt von Buprenorphin in Verbindung gebracht wird. Bei den erfassten Drogentoten mit Buprenorphinbeteiligung konnte oft ein zusätzlicher Beikonsum von Alkohol und Benzodiazepinen festgestellt werden. Dieser Befund sollte in der Richtung interpretiert werden, dass bei einem derartigen Beikonsummuster besonders vorsichtig vorgegangen werden muss, evtl. sollte dann auf Subutex ganz verzichtet werden.

Subutex ist ein partieller Agonist am μ -Opioid-Rezeptor und kann deshalb zu Euphorie und Analgesie sowie zu Atemdepression führen. Gleichzeitig ist es ein Antagonist am κ -Opioid-Rezeptor und verursacht auf diese Weise Sedierung und Dysphorie. Letztgenannte Effekte heben die oben beschriebene Euphorie auf.

Für Subutex® gibt es keine direkte Dosis-Wirkungs-Beziehung. Ab einer bestimmten Dosis tritt ein so genannter „ceiling“-Effekt ein, d. h. eine Dosiserhöhung von Buprenorphin hat keinen linearen Effekt. Dies ermöglicht unter anderem, dass zwei Dosen, z. B. Montag 8 mg und Dienstag 8 mg zu einer am Montag verabreichten Dosis von 16 mg zusammengezogen werden können. Der Patient muss auf diese Weise nur am Dienstag nicht erscheinen. Insgesamt ist momentan eine Höchstdosis von 26 mg durch den Hersteller erlaubt. Dies steht jedoch zur Diskussion und soll ggf. erhöht werden. Die Möglichkeit, dass der Patient nicht an allen Tagen

in der Praxis erscheinen muss ermöglicht wie bei ORLAAM® eine Distanzierung von der Arztpraxis und führt zu weniger praktischen Einschränkungen. Die Nebenwirkungen von Buprenorphin sind gering. Hingewiesen muss auf Wechselwirkungen mit HIV-Therapeutika, was eine Dosisveränderung nötig machen kann.

Subutex® ist vor allem bei einer Vorgeschichte mit Depressionen indiziert. Ebenfalls erfolgreich eingesetzt werden kann es bei Schwangeren, da das neonatale Entzugssyndrom bei Behandlung der Mutter mit Buprenorphin wesentlich geringer ausgeprägt ist als bei Behandlung mit Methadon. Vorteilhaft ist auch die geringere körperliche Abhängigkeit, v.a. dann, wenn eine ambulante Entgiftung erwünscht ist. Die Patienten fühlen sich klarer im Kopf, eine Wirkung, die bei Buprenorphin noch ausgeprägter zu sein scheint als bei ORLAAM®.

Eine Umstellung von Methadon auf Subutex® ist dann möglich, wenn Methadon auf 3-4 ml herunterdosiert wurde. Bei Vorliegen einer Schwangerschaft sollte die Umstellung im mittleren Trimenon erfolgen.

Die wesentlichen Merkmale von Subutex® sind in der nachfolgenden Tabelle noch einmal zusammengefasst.

Subutex®

- **Pharmakologische Kenndaten:**

Als Schmerzmittel (Temgesic®) seit 1972 im Handel / seit 1995 in Frankreich zur Substitution zugelassen / in Deutschland seit 2000 als Substitutionsmittel unter dem Namen Subutex® zugelassen / Take-home-Vergabe seit Sept. 2000 für 7 Tage möglich

μ- Rezeptor: Euphorie, Analgesie, Partieller Agonist (positive Wirkung) mit hoher Rezeptoraffinität, Erhöhung der Dosis, bringt keine stärkere Wirkung= "ceiling effekt"

k- Rezeptor: Sedierung, Dysphorie! Hier Antagonist, positive antidepressive Wirkung / weniger Intoxikationen / keine Wirkung von Opiaten mehr / wohl weniger Kokain u. Benzodiazepine

- **Für welche Patientengruppe?**

Kurzzeitabhängige / Rückfallpatienten / zur ambulanten Entgiftung / zum Abdosieren nach Umsteigen v. Methadon / Schwangere / Pat. mit affektiven Störungen / Depressionen

Allgemein merkt Herr Dr. Matschinski an dieser Stelle an, dass sich der Beikonsum bei Verwendung unterschiedlicher Substitutionsmittel nicht wesentlich unterscheidet, sondern dass der Beikonsum im Laufe der Behandlungsdauer sinkt. In Stuttgart werden primär Benzodiazepine, vor allem Diazepam, missbraucht der Konsum von Flunitrazepam hat hingegen deutlich abgenommen. Der Beikonsum anderer Opiate ist gering, da in diesen Fällen stets vom Arzt versucht wird, die Dosis des Substitutionsmittels zu erhöhen. Auch der Beikonsum von Kokain ist gering, ein deutliches Problem stellt hingegen Alkohol dar.

Erfahrung bei der substitutionsgestützten Behandlung mit verschiedenen Substitutionsmitteln - Fallvorstellung zweier Patienten durch den behandelnden Arzt

Dr. L. Schneider, Internist; Fürth

Aktueller Hintergrund: Die beiden Patienten hatten eine stationäre Entgiftung begonnen, die sie abbrachen, um ambulant mit Buprenorphin entgiftet zu werden. Die Umstellung auf Subutex® erfolgte 14 Tage vor der Fallvorstellung. Die aktuelle Dosis beträgt 4 mg pro Tag. Als nächster Schritt ist eine 2-tägige Abgabe geplant. Die Patienten werden aufgrund fehlender AUB-Plätze zunächst auf Selbstzahlerbasis substituiert, sie können in die AUB-Finanzierung übernommen werden, sobald zwei der so finanzierten Patienten die Substitution beenden.

Die Patienten berichten, seit ca. 16-20 Jahren harte Drogen zu konsumieren. Die Frau wurde dabei auch längere Zeit mit Levomethadon substituiert, das dann auch langsam abdosiert wurde. An die Substitution schloß sich eine längere Clean-Phase an.

Die Patienten berichten, dass die durch die Abdosierung des Polamidon entstandenen Schmerzen unter Subutex®-Gabe nach 2-3 Stunden verschwunden seien und 4-5 Tage nach dem Behandlungsbeginn mit Subutex® komplett weg waren.

Die Wahl der Substanz mache nach Aussagen der Patienten einen großen Unterschied. Während unter Levomethadon die Müdigkeit vorherrsche, man vielleicht noch fern sehe, ansonsten aber nichts bräuchte, sei man unter Subutex® aktiver, die Stimmung sei deutlich besser. Zwar sei der Zustand unter Subutex® nicht ganz genauso wie der Clean-Zustand, dennoch würden Gefühle wesentlich intensiver empfunden, und man habe auch Spass am Leben. Eine geregelte Arbeit sei mit Subutex® möglich, die Konzentrationsfähigkeit sei weit weniger eingeschränkt als bei Levomethadon, das sehr müde mache. Der Schlaf unter Subutex® sei im wesentlichen normal. Größere Tagesschwankungen kämen nicht vor. Die geringe Sedierung bewirke aber auch Langeweile, die zu stärkerem Suchtdruck beitragen könne.

Die Patienten berichten ca. 2x/Woche eine Beratungsstelle aufzusuchen, wo auch ein Austausch mit anderen Substituierten möglich sei. Dieser sei sehr wichtig, da durch die Substitution ja auch der Kontakt zur Szene deutlich abnehme.

Zur Frage nach der weiteren Lebensplanung berichtet die Patientin, dass sie bereits wieder in einem Arbeitsverhältnis stünde, auch der Patient kann sich vorstellen wieder berufstätig zu sein. Er sieht die Phase jetzt primär als Orientierungsphase. Ein Entzug stünde momentan nicht mehr zur Debatte, da die Substitution unter Subutex® deutlich angenehmer sei als unter Polamidon und noch die schlechte Erfahrungen mit dem letzten Entzug dominieren. Der Wunsch nach Unabhängigkeit von einer Substanz sei generell da, vorrangiges Zeile sei aber erst mal das Leben in Ordnung zu bringen.

Über die Bekanntheit von Subutex® in der Szene berichten die Patienten, dass diese in den letzten 3 Wochen deutlich zugenommen habe. Dazu trügen nicht zuletzt die zufälligen Treffen mit Szenemitgliedern bei, bei denen sie über ihre neue Behandlung berichteten.

Auf dem Wunschkatalog der Patienten stehen, neben der Legalisierung von Heroin, vor allem mehr Akzeptanz von Drogenabhängigen, vor allem aber auch von Substituierten, z. B. auf dem Arbeitsmarkt. Der Druck des Geheimhaltenmüssens einer vorbestehenden Drogenabhängigkeit und Substitution sei sehr groß. Die durch die Abhängigkeit entstandenen Lücken im Lebenslauf müssten immer durch Lügenkonstruktionen gefüllt werden.

Nach Berufsgruppen aufgeteilte Workshops

Basierend auf den Erfahrungen der einzelnen Gruppen wurden in den Workshops die aktuellen Probleme bei der Betreuung substituierter Patienten sowie mögliche Lösungen erarbeitet.

Workshop für Ärzte

Leiter: Herr Dr. Raab, Murnau

Von Seiten der Ärzte wurden im Wesentlichen folgende Problembereiche genannt:

- Finanzierung der Substitution über die AUB-Richtlinien
Problematisch ist hier, dass nur 20 Patienten pro Arzt möglich sind, dass immer wieder Anträge abgewiesen werden. Hier sehen die Ärzte eine große Notwendigkeit politisch Druck auszuüben, um eine Erleichterung der Bestimmungen zu erreichen.
- neue Substitutionsmittel
Hier liegen leider noch keine großen Erfahrungen z. B. mit Subutex® vor. Kritisch gesehen wird auch die unterschiedliche Beurteilung und Akzeptanz der Substanzen auf Seiten der Ärzte, Apotheker und Patienten.
- Rechtliche Fragen
Probleme ergeben sich hier in den Bereichen Dispensierrecht (Mitgabe eines Substitutionsmittels aus der Praxis), Zweitpraxis (z. B. Präsenz des Arztes in einer Beratungsstelle) und Take-Home-Verordnung, deren korrekte Handhabung vor allem in den ländlichen Gebieten problematisch ist.

Workshop für Apotheker

Leiter: Herr Bayer, Röntgen-Apotheke, Würzburg

Von Seiten der Apotheker wurden im Wesentlichen folgende Problembereiche genannt:

- Vertrag mit den substituierenden Ärzten
Als Grundlage für die Abgabe von Substitutionsmitteln sollte stets ein für beide Seiten akzeptabler Vertrag abgeschlossen werden, in dem neben den Modalitäten auch die Bezahlung der Vergabe in der Apotheke geregelt ist.
- Verbesserter Informationsfluss zwischen Ärzten und Apothekern
Vor allem zum Thema Beikonsum wünschen sich die Apotheker bessere Austauschmöglichkeiten mit dem behandelnden Arzt.
- Gemeinsame Qualitätszirkel etc.
Um einen nicht-patientenbezogenen Austausch zu ermöglichen wünschen sich die Apotheker gemeinsame Gesprächsrunden, z. B. in Form von Qualitätszirkeln.

Workshop für Mitarbeiter der psychosozialen Betreuung

Leiter: Herr Ausobsky, Mudra e. V., Nürnberg

Folgende Kooperationsmodelle von Arzt und psychosozialer Betreuung im Bereich Substitution wurden diskutiert:

- Substitution in Arztpraxis, psychosoziale Betreuung in Beratungsstelle
- Substitution und psychosoziale Betreuung in Arztpraxis
- Substitution und psychosoziale Betreuung in Substitutionsambulanz
- Sonderfall: Arzt führt Substitutionsprechstunde in der Beratungsstelle durch.

Die Beurteilung der Zusammenarbeit ist für die letzten drei Modelle deutlich besser als für das erste.

Als Probleme wurden unter anderem diskutiert:

- In der Arztpraxis vergebendes Personal müsste in den Austausch mit einbezogen werden.
- Zur Eindämmung von Doppelsubstitution müsste eine entsprechende Kontrollstelle geschaffen werden.
- Probleme gibt es immer wieder mit der Finanzierung der Substitution durch die KV.

Abschlussdiskussion

Moderation: Frau Fahrmbacher-Lutz

In der Abschlussdiskussion wurden zwei Themen verstärkt erörtert:

1. Rückmeldung der psychosozialen Betreuungsstellen an den Arzt
2. Bezahlung von Apotheken für ihre Leistungen bei der Substitution

zu 1.

Ein Mangel an Kooperation(sbereitschaft) kann grundsätzlich auf beiden Seiten vorliegen: Die Ärzte "verstecken" sich häufig hinter Aussagen wie "zu wenig Zeit", "andere Dinge wichtiger", "viel Ärger schon mit KV", etc. Dem kann entgegengestellt werden, dass Kooperation auch Zeit sparen kann. Desweiteren sollte berücksichtigt werden, dass eine isolierte Substitutionsmittelvergabe nie zu einem dauerhaften Erfolg führen wird, sondern dass die psychosoziale Betreuung und damit verbunden auch die Kooperation einen fast immer zwingenden Bestandteil einer erfolgreichen Behandlung darstellt. Die psychosozialen Betreuer hingegen "verstecken" sich häufig hinter einer wie auch immer gearteten Schweigepflicht. Dies erscheint unverständlich, ein Austausch aus eben genannten Gründen dagegen sinnvoll. Auf praktischer Seite kann diesbezüglich auf den Behandlungsvertrag verwiesen werden, in dem eine Schweigepflichtsentbindung für Arzt, psychosozialen Betreuer und ggf. Apotheker bzgl. substitutionsrelevanter Punkte festgeschrieben sein sollte.

zu 2.

Die Möglichkeit der Bezahlung des Apothekers für seine Leistungen bei der Vergabe von Substitutionsmitteln durch den behandelnden Arzt wird kritisch diskutiert. Ebenfalls schwierig erscheint die Bezahlung durch den Patienten, denn dieser stellt das schwächste Glied in der Kette dar. Ausserdem sollten Patienten, die das Substitutionsmittel in der Apotheke erhalten nicht denen gegenüber benachteiligt werden, die dieses in der Arztpraxis einnehmen. Als Lösung könnte eine Bezahlung der Apotheken durch die KV über das Rezept angestrebt werden.

Die Tagung wird beendet mit einer Aufforderung, die hier vorgetragenen Erkenntnisse, Lösungsvorschläge etc. mitzunehmen in die einzelnen Regionen, und auch dort interdisziplinäre Informationsveranstaltungen für die Kollegen vor Ort durchzuführen.

Als Termin für das nächste Treffen der Netzwerk-Ansprechpartner in München wurde Mittwoch, der 28. März 2001 festgelegt.