

# Fact sheet

## Erhaltungstherapie

### A. Definition und Zielsetzungen

#### Was ist Erhaltungstherapie?

- Medikamentöse Behandlung von Substanzabhängigkeit durch das Verabreichen eines Substitutionsmedikaments (Agonist oder Antagonist), für welches eine Kreuz-Abhängigkeit bzw. Kreuz-Toleranz besteht, mit dem Ziel, die Einnahme einer bestimmten Substanz zu reduzieren bzw. ganz einzustellen, insbesondere wenn diese Substanz illegal ist, und um die Gefahren eines bestimmten Konsumverhaltens und die damit verbundenen Gesundheitsrisiken und sozialen Konsequenzen zu minimieren (Aus dem Englischen: Demand Reduction- A Glossary of terms, UNDCP).

#### Aufgaben und Ziele

- Therapie von Opioidabhängigkeit besteht aus pharmakologischer und psychosozialer Behandlung mit der Intention der Einstellung bzw. Reduktion des Opioidkonsums und der damit verbundenen Risiken.
- Die Ziele einer Erhaltungstherapie mit Agonisten sind: Reduktion oder Einstellung des Opioidkonsums; Reduktion oder Einstellung des IV-Konsums und des Risikos für hämatogen-übertragbare Viren; Reduktion des Risikos einer Überdosis; Reduktion der Beschaffungskriminalität und Verbesserung der psychischen und physischen Gesundheit.
- Die Erhaltungstherapie mit Opioiden wird zunehmend als die effektivste Interventionsform Opioidabusus angesehen. Eine Erhaltungstherapie mit Agonisten ist für alle opioid-abhängigen PatientInnen indiziert, für welche keine spezifischen Kontraindikationen bestehen.
- In den vergangenen Jahren wurde auch die Effektivität einer psychosozialen Behandlung bewiesen, insbesondere in Kombination mit medikamentöser Therapie im Rahmen einer Erhaltungstherapie mit Opioiden, eines Opioid-Entzugs bzw. in der Rückfall-Prophylaxe.

## B. Evidenz

- Eine Erhaltungstherapie mit Methadon reduziert das Verlangen („Craving“) nach Heroin und anderen Opioiden sowie die mit regelmäßigem Konsum verbundene Morbidität. Außerdem kann das Behandlungsergebnis der Erhaltungstherapie mit Methadon bei hohen Methadon-Dosierungen mit begleitender psychosozialer Unterstützung stark verbessert werden.
- Cochrane Reviews belegen, dass die Effektivität einer Erhaltungstherapie mit Buprenorphin mit jener mit Methadon vergleichbar ist, wobei es in bestimmten Behandlungssettings, bei variabler Tagesdosis, bezüglich des Sicherheitsprofils und der mildereren Entzugssymptomatik Vorteile gegenüber der Methadonbehandlung gibt.
- Slow-release Morphine können eine Alternative zur Erhaltungstherapie mit Methadon oder Buprenorphin darstellen.
- Eine neuere Entwicklung stellt die heroingestützte Therapie für chronisch therapieresistente heroinabhängige PatientInnen in einigen europäischen Ländern dar. Heroin-unterstützte Therapie kann für chronisch abhängige Personen, bei denen andere Therapieformen versagt haben, eine wertvolle Alternative darstellen. Allerdings werden für die Erhaltungstherapie mit Heroin beträchtliche Ressourcen gebraucht, da PatientInnen ca. 3-mal täglich unter Supervision injizieren müssen und die Behandlungseinrichtungen aus diesem Grund lange Öffnungszeiten sowie hohe Kapazitäten an Personal und Sicherheit haben müssen.
- Codein (Dihydrocodein = DHC) ist eine analgetische Substanz, welche für die Erhaltungstherapie in manchen europäischen Ländern eingesetzt wird; allerdings wird hierfür ein engmaschigeres Monitoring benötigt, da Codein aufgrund seiner kürzeren Bioverfügbarkeit im Vergleich zu Opioid-Agonisten mehrmals täglich verabreicht werden muss.
- Das Buprenorphin/Naloxon-Kombinationspräparat enthält Buprenorphin, einen partiellen Agonisten am  $\mu$ -Rezeptor, sowie Naloxon, einen Antagonisten am  $\mu$ -Rezeptor. Während derzeit nur eine limitierte Anzahl von Vergleichsstudien vorliegt, scheint Buprenorphin/Naloxon ähnlich effektiv zu sein wie Buprenorphin alleine, wobei das Risiko eines intravenösen Missbrauchs von Buprenorphin/Naloxon wesentlich geringer ist.

## **C. Empfehlungen**

### **Therapieumgebung**

- Pharmakologische Therapie sollten mit anderen medizinischen und psychosozialen Angeboten in ein umfassendes Behandlungsprogramm integriert werden, um PatientInnen den Zugang zu anderen wichtigen Interventionen zu erleichtern.
- Männer und Frauen können in derselben Einrichtung behandelt werden, wenn spezielle kulturelle und geschlechtsspezifische Bedürfnisse berücksichtigt werden.

### **Therapiewahl und Dosierung**

- Eine Methadon-Therapie ist heutzutage state-of-the-art, wobei Buprenorphin für PatientInnen, die kein Methadon einnehmen möchten, Methadon nicht indiziert oder ineffektiv ist, oder bei denen Buprenorphin die Lebensqualität verbessern könnte, eine attraktive Alternative darstellt. Buprenorphin könnte die sicherere Option im Vergleich zu Methadon sein, wobei jedoch dies noch nicht klar durch Studien belegt ist.
- Buprenorphin ist effektiv für die Behandlung von Opioidabhängigkeit und sollte, wenn möglich, als Alternative zu Methadon angeboten werden. Mögliche Indikationen für die Wahl von Buprenorphin sind: Ansprechen auf Buprenorphin oder schlechtes Ansprechen auf Methadon in der Vergangenheit; langsame Dauer der Methadonwirkung in der Vergangenheit; Interaktionen zwischen Methadon und anderen Medikamenten; unerwünschte Wirkungen von Methadon; Verfügbarkeit von Buprenorphin; Präferenz des/r Patienten/in.
- Bei PatientInnen, die mit einer Agonisten-Erhaltungstherapie behandelt werden, sollten Methadon-Dosen von 60-120mg verschrieben werden.
- Bei PatientInnen, die mit einer Agonisten-Erhaltungstherapie behandelt werden, sollten Buprenorphin-Dosen von 8-24mg verschrieben werden.
- Um die Rekrutierung und die Retention im erhaltungstherapeutischen Programm zu maximieren, sollten Regelungen eine flexible Dosisstrukturierung und offene Therapiedauer erlauben.
- Methadon und Buprenorphin sind nicht für PatientInnen mit dekompensierten Lebererkrankungen (z.B. Leberzirrhose, Ikterus oder Aszites) indiziert, da hepatische Enzephalopathien begünstigt werden können. Außerdem können akutes Asthma und andere Ursachen einer respiratorischen Insuffizienz verschlechtert werden.

- Andere von Herstellern angeführte Kontraindikationen sind: schwere Atemdepression, akuter Alkoholismus, Schädeltraumata, erhöhter intrakranieller Druck, Colitis ulcerosa, Gallenkolik, Nierenkolik.

## **Diagnose**

- Die Diagnose einer Opioidabhängigkeit und anderen psychiatrischen Erkrankungen sollte nur erfahrenen ExpertInnen gestellt werden. Falls die Diagnose eine Erhaltungstherapie indizieren sollte, muss diese von einem erfahrenen Arzt gestellt werden. Soziale Umstände sollen außerdem sozialarbeiterisch evaluiert werden.
- Medizinische Anamnese und Substanzanamnese sind generell verlässliche Methoden, jedoch sollten diese durch andere diagnostische Instrumente ergänzt werden, wie z.B. einer Fremdanamnese von Familie und Freunden, einer klinischen Untersuchung und weiteren relevanten Verfahren, bevor die Diagnose der Substanzabhängigkeit gestellt wird.
- Eine detaillierte individuelle Erfassung der Behandlungsgeschichte muss folgende Punkte enthalten: frühere Behandlungserfahrungen; medizinische und psychiatrische Vorgeschichte; Lebensumstände; rechtliche Aspekte; Arbeitssituation; soziale und kulturelle Aspekte, die einen Substanzkonsum beeinflussen können.
- PatientInnen sollten vor Therapiebeginn einen Lichtbildausweis vorweisen; außerdem müssen die PatientInnen vor der Therapie aufgeklärt werden und der Behandlung muss zugestimmt werden.
- Freiwilliges Testen sollte als Teil der individuellen Intervention angeboten werden, begleitet von Beratungsgesprächen vor und nach dem Test.
- Alle PatientInnen, die nicht mit Hepatitis B infiziert sind, sollten rasch geimpft werden.
- Ein freiwilliger Schwangerschaftstest sollte ebenfalls im Rahmen der individuellen Abklärung durchgeführt werden.

## **Management**

- In manchen Fällen kann eine einfache und kurzzeitige Intervention wie eine akute Behandlung von Entzugssymptomen, zu einer raschen und anhaltenden Besserung führen.
- Oft wird eine langfristige oder sogar eine lebenslange Behandlung, mit gelegentlichen Rückfällen, realistisch sein. Das Behandlungsziel sind in solchen Fällen nicht nur die Reduktion bzw. Einstellung des Opioidkonsums, sondern auch eine Verbesserung der gesundheitlichen und sozialen Komponenten und Reduktion von Risiken des Substanzkonsums.