

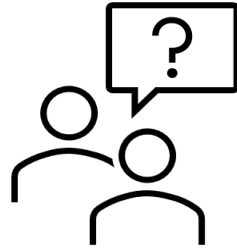
Beikonsum/Beimedikation in der OAT

BZD / Pregabalin / Alkohol

Dr.ⁱⁿ Regina Walter-Philipp
OAT-Leicht gemacht
8.11.2024

Warum OAT* (Opioid-Agonisten-Therapie) und nicht OST (Opioid-Substitutions-Therapie) ?

2019 internationale Einigung darauf, dass es eine klare, neutrale, den betroffenen Patient*innen gegenüber respektvolle Terminologie braucht



Der Begriff der Substitution wurde als problematisch verstanden.

Der Begriff Substitution bringt nicht zum Ausdruck welche Eigenschaften und Wirkungen verschiedene Opioide besitzen.

* zu finden in den Opioid-Agonisten-Therapien, Leitprinzipien für Gesetzgebung und Reglementierung, Hrsg. Pompidou-Gruppe (2019)

„Der Jedmayer“ Suchthilfe Wien

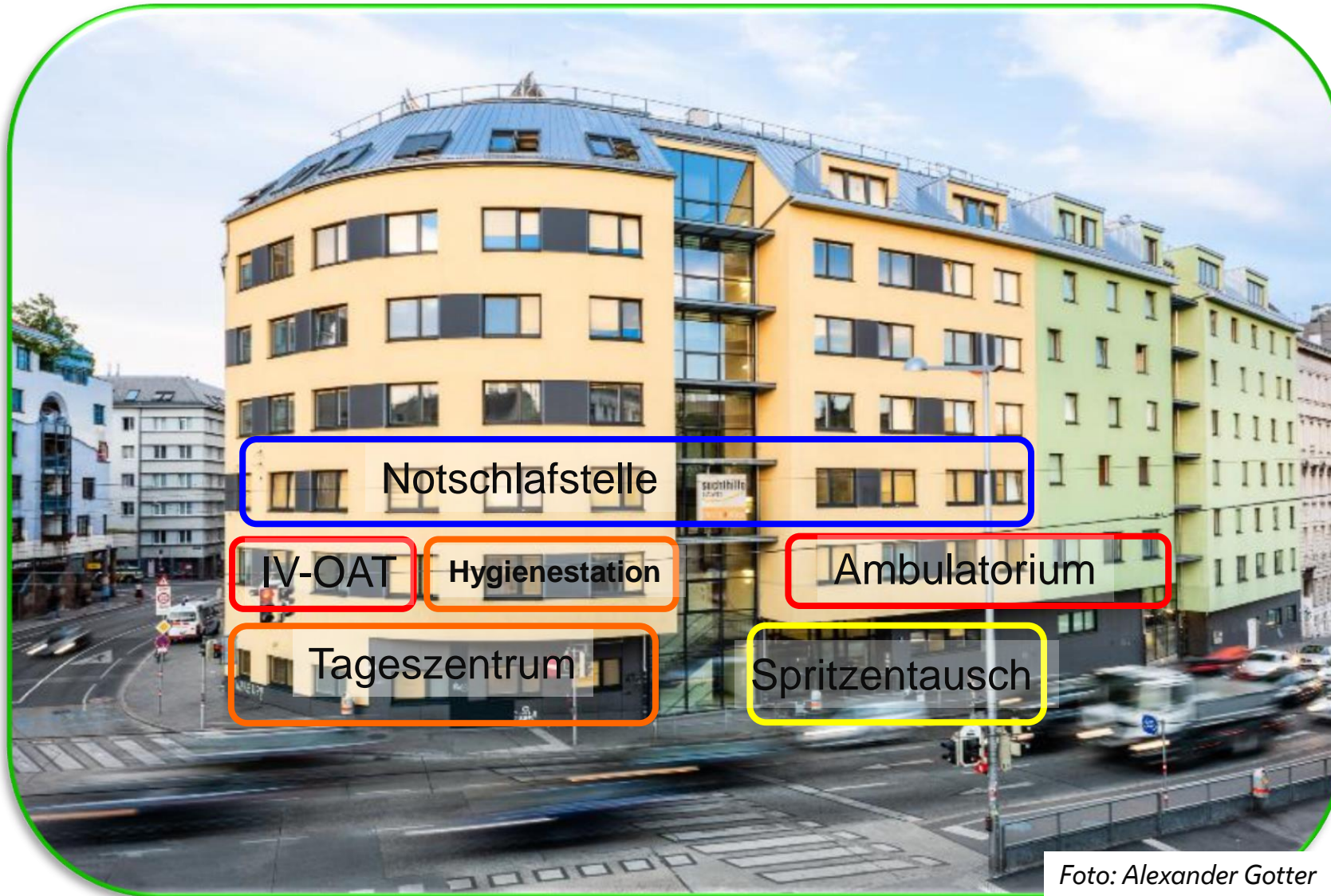


Foto: Alexander Gotter

Ambulatorium Suchthilfe Wien

Versorgungszentrum für Menschen mit substanzgebundenen
Abhängigkeitserkrankungen

Schwerpunkt: orale OAT (Opioid- Agonisten-Therapie)

Seit 3/23: Start der
Machbarkeitsstudie zur
Umsetzung und Sicherheit einer
OAT mit **intravenös** verabreichtem
Hydromorphon



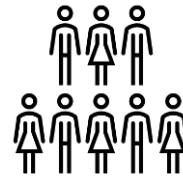
OAT auch für nicht-
versicherte Personen unter
bestimmten Voraussetzungen
möglich

- Spezialambulanzen: Hepatitis, HIV/AIDS, Gynäkologie, Alkohol
- Allgemeinmedizinische akute Interventionen
- Psychiatrische Behandlung
- Schulungen: Naloxon, Safer Use

Ambulatorium – Kennzahlen OAT

1.687 verschiedene Patient*innen im Jahr 2023
(25 939 Kontakte)

Ca. 80 Patient*innen in der
täglichen Abgabe zur oralen OAT



Insgesamt ca. 2500
Suchtgiftdauerrezepte pro Jahr

1/3 aller Patient*innen haben keinen
aufrechten Versicherungsstatus

Epidemiologie

Aus dem Bericht zur Drogensituation 2023

Schätzungen zufolge
35.000 – 40.000 Personen
mit risikoreichem
Drogenkonsum unter
Beteiligung von Opioiden in
Österreich
(Epidemiologiebericht Sucht
2023)

2022 insgesamt 20 644
Personen in OAT, 1 088 in
Erstbehandlung

Tabelle 5.3:

Anzahl der dem BMSGPK für das Jahr 2022 gemeldeten Personen in OST nach Erst- und fortgesetzter Behandlung sowie nach Bundesländern

Behandlung	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
fortgesetzte Behandlung	377	1.294	3.122	2.381	558	1.565	1.118	699	8.442	19.556
Erstbehandlung	26	113	209	176	47	118	65	34	300	1.088
Gesamt	403	1.407	3.331	2.557	605	1.683	1.183	733	8.742	20.644

B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, S = Salzburg, St = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, W = Wien, Ö = Österreich

Fortgesetzte Behandlung ist eine Behandlung, die vor dem Berichtsjahr begonnen wurde, oder eine wiederholte Behandlung einer Person, die früher schon einmal in OST war.

Erstbehandlung bedeutet, dass die Person davor noch nie in OST war.

Quelle: BMSGPK – Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Opioidabhängige Personen in OAT werden immer älter und es steigen immer weniger junge Menschen in den problematischen Opioidkonsum ein.

Warum gerade OAT?

1987 Methadonerlass in Österreich

1997 Gleichstellung mit der
Entzugsbehandlung

2009 WHO bezeichnet die OAT als
„effektivste Behandlungsform der
Opioidabhängigkeit“

2017/2018 Leitlinie-OST und
SMG/SV/WBV-Novellen
(Therapiehochheit Ärzt*in, kein
Mittel der ersten Wahl)



Therapie der ersten Wahl bei
Opioidabhängigkeit

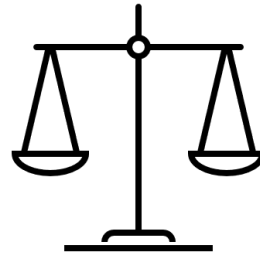
Als chronische Erkrankung braucht
es eine Therapie ohne zeitliche
Befristung (Erhaltungstherapie)

Therapeutische Anbindung, Zugang
zum Gesundheitssystem

Warum gerade OAT?

Reduktion der
Beschaffungskriminalität

Gesundheitliche und psychosoziale
Stabilisierung



Förderung der sozialen
Integration
und Handlungsfähigkeit

Distanzierung vom
illegalen Milieu

Risikoärmerer Konsum:
reduziertes Infektionsrisiko

Förderung der Autonomie der
Patient*innen

Was braucht es für eine OAT?

Diagnose:
→ diagnostische Kriterien einer Abhängigkeit (ICD 10/11)
→ somatische, psychiatrische und substanzbezogene Anamnese,
→ klinisches Bild, Harntest, Fremdbefunde

Medizinische Indikation



Weiterführende Untersuchungen: Labor, Harn, EKG, Infektionsserologie

Begleitende psychosoziale/psychotherapeutische Interventionen

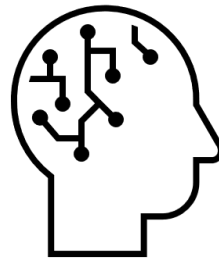
Behandlungsplan (Ziele, Wahl des Präparates)

Wer bekommt was?

Die Wahl des Präparates ist entscheidend für den Verbleib in der Therapie

„Informed Consent“

Patient stimmt dem Vorschlag nicht zu –
Risikoabwägung



Der*die Patient*in möchte:

- keine Entzugssymptome
- reduziertes Craving,
- dämpfende, euphorisierende Wirkung,
- wenig Nebenwirkungen

Hohe Akzeptanz,
hohe Compliance

Intravenöses Angebot bei
Therapieresistenz

Wer bekommt was?

Die Wahl der Opioidmedikation ist eine klinische Entscheidung

Medizinische Kriterien,
Anamnese, Klinischer Eindruck

Somatische/Psychiatrische
Begleiterkrankungen +
Begleitmedikation



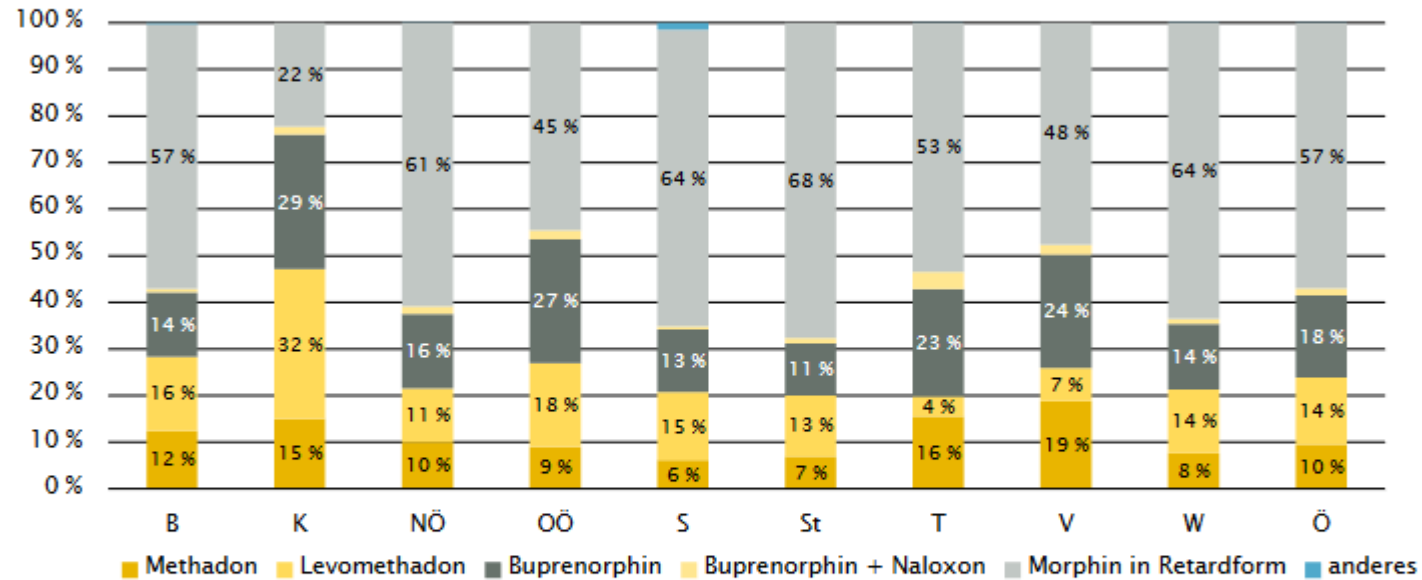
Pharmakokinetik/dynamik
(AM-Interaktionen,
Wirkungsverstärkung)

Schweregrad der Abhängigkeit

Wer bekommt was?

Verteilung der verschiedenen Substitutionsmittel nach Bundesländern (Bericht zur Drogensituation 2023, Gesundheit Österreich GmbH)

Abbildung 5.7:
Personen in OST nach Opioidsubstitutionsmittel und Bundesland 2022



B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, S = Salzburg, St = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, W = Wien, Ö = Österreich

Die Angaben beziehen sich auf 20.550 der insgesamt 20.644 Personen, da bei 94 Personen keine Angabe zum Opioidsubstitutionsmittel vorlag. Wurde das Opioidsubstitutionsmittel im Lauf des Jahres gewechselt, ging in die Berechnung immer das letzte verwendete Opioidsubstitutionsmittel ein.

Welche Substanz?

In Österreich sind 5 Substanzen zur OAT zugelassen.

Seit 1.1.2018 Novelle in der Suchtgiftverordnung:

Bei der Wahl des Substitutionsmittels gelten Medizinische Kriterien - kein Substitutionsmittel der 1.Wahl

Methadon – Racemat

→ Als magistrale Rezeptur oder Methasan

Buprenorphin

→ Bupensan[®], Buprenorphin Hexal[®],
Subutex^{®*}, Buvidal[®]

Morphin retard

→ Compensan ret.[®], Substitol ret.[®]

Levomethadon

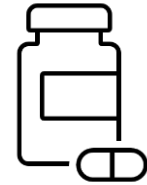
→ L-Polamidon[®], Levomethasan[®]

Buprenorphin + Naloxon

→ Suboxone[®], Bupensan[®] Duo

Wer bekommt was?

Methadon – Racemat
→ Als magistrale Rezeptur oder
Methasan



Geeignet für Patient*innen mit

einem hohen Bedürfnis nach starker
Abschirmung von Gefühlen

Polytoxikomanie

Wunsch nach dämpfender/sedierender
Wirkung (bei höherer Dosierung)

Pharmakodynamik/kinetik

Geringe euphorisierende Wirkung

Hohes Kumulationspotential

Risiko der QTc-Verlängerung

Häufige Nebenwirkungen

Verzögertes Entzugssyndrom

AM-Interaktionen

Welche Substanz?

In Österreich sind 5 Substanzen zur OAT zugelassen.

Seit 1.1.2018 Novelle in der Suchtgiftverordnung:

Bei der Wahl des Substitutionsmittels gelten Medizinische Kriterien - kein Substitutionsmittel der 1.Wahl

Methadon – Racemat

→ Als magistrale Rezeptur oder Methasan

Buprenorphin

→ Bupensan[®], Buprenorphin Hexal[®],
Subutex^{®*}, Buvidal[®]

Morphin retard

→ Compensan ret.[®], Substitol ret.[®]

Levomethadon

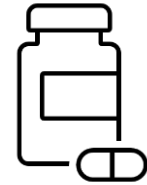
→ L-Polamidon[®], Levomethasan[®]

Buprenorphin + Naloxon

→ Suboxone[®], Bupensan[®] Duo

Wer bekommt was?

Levomethadon
→ L-Polamidon[®], Levomethasan[®]



Geeignet für Patient*innen mit

langjähriger Abhängigkeit

ohne abstinenten Phasen

hohem Dosisbedarf

mit Nebenwirkungen unter Methadon

Polytoxikomanie und psychiatrischen
Komorbiditäten

Pharmakodynamik/kinetik

Geringer nichtverschreibungskonformer
Gebrauch (iv-Konsum)

Geringeres Risiko einer QTc-Zeit-
Verlängerung

verzögertes Entzugssyndrom

Hohes Kumulationspotential
(Überdosierungs-Risiko in der Eindosierung)

Welche Substanz?

In Österreich sind 5 Substanzen zur OAT zugelassen.

Seit 1.1.2018 Novelle in der Suchtgiftverordnung:

Bei der Wahl des Substitutionsmittels gelten Medizinische Kriterien - kein Substitutionsmittel der 1.Wahl

Methadon – Racemat

→ Als magistrale Rezeptur oder Methasan

Buprenorphin

→ Bupensan[®], Buprenorphin Hexal[®],
Subutex^{®*}, Buvidal[®]

Morphin retard

→ Compensan ret.[®], Substitol ret.[®]

Levomethadon

→ L-Polamidon[®], Levomethasan[®]

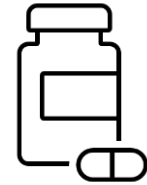
Buprenorphin + Naloxon

→ Suboxone[®], Bupensan[®] Duo

Wer bekommt was?

Buprenorphin

→Bupensan[®], Buprenorphin Hexal[®],
Subutex^{®*}, Buvidal[®]



Geeignet für Patient*innen mit

kurzer Abhängigkeit

längeren und/oder häufigeren
abstinenten Phasen

realistischem Abstinenzwunsch

guter sozialer Integration (Berufstätigkeit,
„klarer Kopf“, geringe Sedierung)

Pharmakodynamik/kinetik

Milde Entzugserscheinungen

Hohe Anwendungssicherheit

Ceiling-Effekt

Starke und lange Rezeptorbindung
(verdrängt andere Opiate,
Entzugssymptomatik bei
Ein/Umstellung)

Welche Substanz?

In Österreich sind 5 Substanzen zur OAT zugelassen.

Seit 1.1.2018 Novelle in der Suchtgiftverordnung:

Bei der Wahl des Substitutionsmittels gelten Medizinische Kriterien - kein Substitutionsmittel der 1.Wahl

Methadon – Racemat

→ Als magistrale Rezeptur oder Methasan

Buprenorphin

→ Bupensan[®], Buprenorphin Hexal[®],
Subutex^{®*}, Buvidal[®]

Morphin retard

→ Compensan ret.[®], Substitol ret.[®]

Levomethadon

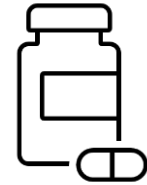
→ L-Polamidon[®], Levomethasan[®]

Buprenorphin + Naloxon

→ Suboxone[®], Bupensan[®] Duo

Wer bekommt was?

Morphin retard
→ Compensan ret.[®], Substitol ret.[®]



Geeignet für Patient*innen mit

langandauernder Abhängigkeit

hohen Bedürfnis nach emotionaler Abschirmung

erhöhtem kardialem Risiko

Substanzfixierung

Pharmakodynamik/kinetik

Sedierende Wirkung

Euphorisierende Wirkung

Geringe AM-Interaktionen

Hohe Akzeptanz (Verträglichkeit, rascher Wirkungseintritt, stabile kontinuierliche Wirkung über 24 Stunden)

Hohe Haltequote

Erhöhter nicht verschreibungskonformer selbstschädigender Gebrauch (iv Konsum)

Moderate Kumulationsgefahr durch kurze HWZ

Welche Substanz?

In Österreich sind 5 Substanzen zur OAT zugelassen.

Seit 1.1.2018 Novelle in der Suchtgiftverordnung:

Bei der Wahl des Substitutionsmittels gelten Medizinische Kriterien - kein Substitutionsmittel der 1.Wahl

Methadon – Racemat

→ Als magistrale Rezeptur oder Methasan

Buprenorphin

→ Bupensan[®], Buprenorphin Hexal[®],
Subutex^{®*}, Buvidal[®]

Morphin retard

→ Compensan ret.[®], Substitol ret.[®]

Levomethadon

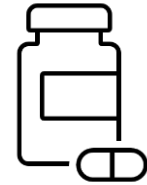
→ L-Polamidon[®], Levomethasan[®]

Buprenorphin + Naloxon

→ Suboxone[®], Bupensan[®] Duo

Wer bekommt was?

Buprenorphin + Naloxon
→ Suboxone[®], Bupensan[®] Duo



Geeignet für Patient*innen

die den intravenösen Gebrauch von Buprenorphin vermeiden wollen

Pharmakodynamik/kinetik

Naloxon (Opioidantagonist) wird nicht über die Mundschleimhaut resorbiert

Wer bekommt wieviel?

Sichere Einstiegsdosis,
tägliche Wiederbestellung

Stufenweise
Dosissteigerung unter
klinischer Kontrolle

Angaben der
Patient*innen
berücksichtigen

Ziel Erhaltungsdosis:
Minimale Dosis bei
maximalem
Therapieeffekt

Keine objektive
Messmethode für
Opioidtoleranz



Im Einzelfall Überschreitung
der gängigen
Dosisempfehlungen unter
besonderer Sorgfalt
erforderlich

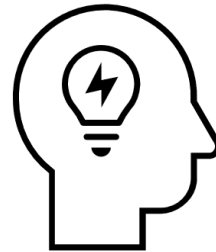
Zu zaghafte Dosissteigerung:
Gefahr Behandlungsabbruch,
Beikonsum

Dosisfindungen
wenn möglich in
suchtmedizinischen
Spezialambulanzen
oder in enger
Abstimmung

Zu rasche Dosissteigerung:
Kumulation, Überdosis

Opiate und Benzodiazepine

60 Prozent aller Patient*innen, die sich in OAT befinden, weisen einen Beikonsum von Benzodiazepinen auf



20 Prozent aller Patient*innen, die sich in OAT befinden, bekommen als Beimedikation Benzodiazepine ärztlich verordnet

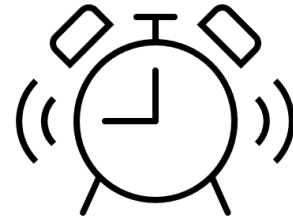
Quelle: Opiatabhängige in Substitutionsbehandlung in Österreich: Ergebnisse einer Querschnittstudie, Springer; Uhl et al. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung (2008) Nr.2

Opiate und Benzodiazepine

Problematik

High-dose-Dependence (häufige Komorbidität bei Patient*innen in OAT)

Verschreibender Arzt ist nicht der Arzt, der die OAT durchführt



Dosen liegen häufig ein Vielfaches über der in der Fachinformation definierten Maximaldosis

Patient*innen fühlen sich unterdosiert und versorgen sich daher am SM oder über Rezepte durch verschiedene Ärzt*innen (Doctor Hopping)

Opiate und Benzodiazepine

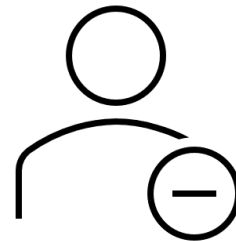
Folgen

Zunehmender Kontrollverlust,
verminderte Affektkontrolle,
emotionale Abstumpfung
(Wesensveränderung)

Sturzneigung

Kognitiver Abbau
(Demenzen)

Verschreibungen
gelangen auf den
Schwarzmarkt



Schwierige
Entwöhnung

Mischintoxikation erhöht das
Risiko von Überdosierungen

Rein abstinenzorienteerte
Therapiekonzepte nicht ausreichend

Hoher Anteil von
Rezeptfälschungen

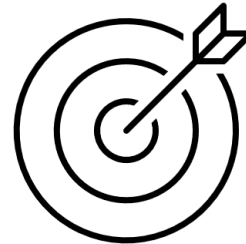
Opiate und Benzodiazepine

Ziele

Langsam anflutende
Substanzen bevorzugen
(Oxazepam, Diazepam,
Clonazepam)

Verschreibung
aus einer Hand

Begleitende
psychiatrische
Abklärung



Behandlungsplan
erstellen

Verschreibung
auf Kassenrezept

Auseinzelung

Auseinzelung von Medikamenten

Täglicher Abgabemodus von Medikamenten in Teilmengen durch die Apotheken

Voraussetzungen für die Auseinzelung:



Patient*in ist in aufrechter OAT

Das ausgeeinzelte Medikament muss in der Psychotropenverordnung gelistet sein

- Auszueinzelnde Präparate sind auf einem Kassenrezept zu verordnen.
- Für die Auseinzelung und die eventuelle Überschreitung der frei verschreibbaren Menge an Benzodiazepinen gemäß Erstattungskodex braucht es vorab eine chefärztliche Bewilligung (via ABS).
- In der Österreichischen Arzneytaxe ist für die Auseinzelung eine Zusatzvergütung der Apotheken geregelt.

Beigebrauch von Benzodiazepinen

Benzodiazepine unterliegen als psychotrope Stoffe dem Suchtmittelgesetz, jedoch nicht den strengen und kontrollierten Verschreibungsvorschriften der Suchtgiftverordnung

Leitlinie des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz zum Umgang mit dem schädlichen Gebrauch und der Abhängigkeit von Benzodiazepinen bei Patient*innen in Erhaltungstherapie mit Opioiden
Gemäß §23a Abs. 3 Suchtgiftverordnung

(Fachlichen Expertise §23k Ausschuss für Qualität in Sicherheit in der Substitutionsbehandlung)

Empfehlungen zur ärztlichen Verordnung von Benzodiazepinen wurden im April 2024 aktualisiert und neu aufgelegt.

 Bundesministerium
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz

**Empfehlung
zur ärztlichen
Verordnung von
Benzodiazepinen**

358. Novelle der Psychotropenverordnung 2012



Mit dieser Novelle wurden begleitende legislative Maßnahmen getroffen:

§10. (3) Der BM für Gesundheit kann für einzelne psychotrope Stoffe mittels Vermerk in der Anlage 1 anordnen, dass sie nur auf Suchtgiftrezept (SG-Einzelschreibung) verschrieben werden dürfen. (....)

Seit 2012 muss das rasch anflutende Flunitrazepam wie ein Suchtmittel verschrieben werden.

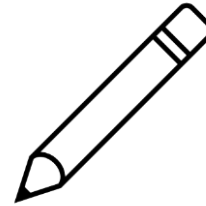
§10. (4) Bei Verschreibung von Arzneimitteln, die psychotrope Stoffe aus der Gruppe der BZD enthalten, darf keine wiederholte Abgabe („ne repetatur“) angeordnet werden

Opiate und Pregabalin

Fakten

Medikamente aus der Gruppe
der Gabapentinoide
(Gabapentin, Pregabalin)

Außerhalb der Zulassung
manchmal Einsatz zur
Linderung der
Entzugssymptomatik bei
Opiatabhängigkeit



Behandlung neuropathischer
Schmerzen, generalisierte
Angststörung, Zusatztherapie
epileptische Anfälle

Entspannende, sedierende
Wirkung durch Herabsetzung
der neuronalen Erregbarkeit

Keine AM-Interaktionen (unveränderte
Ausscheidung über die Niere)

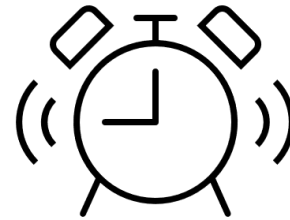
Opiate und Pregabalin

Problematik

Hohes Abhängigkeitspotential,
ausgeprägtes Craving

Mischkonsum (psychotrope
Medikamente, Alkohol, Opiate)

Parallelverordnungen
(Benzodiazepine)



Auseinzelung nicht möglich
(nicht in der Psychotropenverordnung
gelistet)

Dosissteigerung, um euphorisierende
Wirkung bei Therapiebeginn
aufrechtzuerhalten

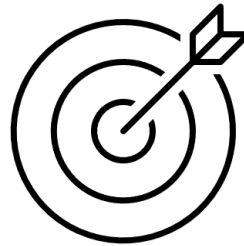
Opiate und Pregabalin

Ziele

Strenge Indikationsstellung
Suchtanamnese

Aktuell keine Ausezelung möglich,
auch nicht im Rahmen der OAT

Keine Parallelverordnungen
Benzodiazepine/Pregabalin



Aufklärung

Kein Abruptes Absetzen

Keine Mehrfachverschreibungen,
Verschreibung über den therapieführenden
Arzt/Ärztin

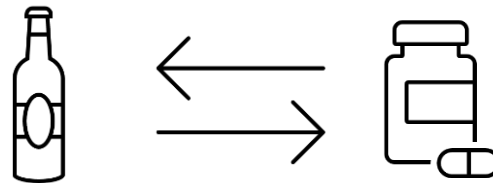
Niedrigste erforderliche Dosis

Opioide und Alkohol

Chronischer
Alkoholkonsum –
therapeutische
Herausforderung in
der OAT

50 Prozent aller
Patient*innen in
OAT konsumieren
regelmäßig Alkohol

1/3 aller
opiatabhängigen
Patient*innen
erkranken im Laufe
ihres Lebens an
einer
Alkoholabhängigkeit



Quelle: Alkohol als komorbide Störung bei Drogenabhängigkeit, Soyka M.
<https://www.hivandmore.de/archiv/2015-4/index.shtml>

Opioide und Alkohol

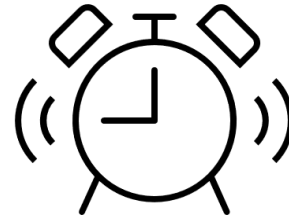
Problematik

Wissensdefizit

Alkohol ein
Tabuthema

Mischkonsum erhöht Risiko
der Atemdepression

Ausschließlicher
Entzugswunsch



Verschlechterung der
Compliance und
Prognose

Verharmlosung

Opiate und Alkohol

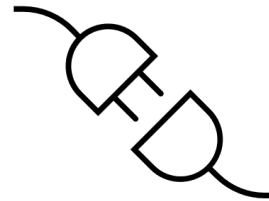
Was fehlt?

Anpassung OAT (Indikator für eine Dosiserhöhung der OAT ist das Konsummuster beim Alkohol)

Aufklärung
(Psychoedukation)

Motivationsaufbau
zur Veränderung

Behandlung
alkoholassoziierter
somatischer Erkrankungen



Anbindung an KT-Gruppen
(Neunerhaus)

Anbindung an
Alkoholambulanz
ASHW, rKomz

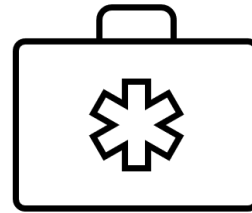
Opioide und Alkohol

Spezialambulanz im ASHW

Alkoholspezialambulanz im Ambulatorium Suchthilfe Wien

Medizinische diagnostische
Abklärung alkoholinduzierter
somatischer Folgeerkrankungen

KT (Kontrolliertes Trinken) /
begleitete Trinkmengenreduktion
(ohne dem Ziel einer Abstinenz)



Anbindung an KT / KISS
Gruppe in der Suchthilfe Wien

Medikamentöse Begleitung

Anpassung der Opioid-Agonisten-
Therapie (wenn vorhanden)

Die Alkohol Spezialambulanz findet jeden Dienstag und Freitag jeweils von 12:00-14:00 statt.

Suchthilfe Wien gGmbH
Gumpendorfer Gürtel 8
1060 Wien

Telefon +43 1/4000-53600
Fax +43 1/4000-53699
E-Mail office@suchthilfe.at

www.suchthilfe.wien



Danke.

www.suchthilfe.wien