

# Suchtmedizin stationär

Die Substitutionsbehandlung opiatabhängiger Patienten soll, wie im Artikel von Dr. Rabe in der Dezember-Ausgabe, Seite 722, des *Bayerischen Ärzteblattes* ausgeführt, zunächst das Hauptziel erreichen, das Überleben der Suchtkranken zu sichern. Im Weiteren soll die Gesundheit stabilisiert und Beigebrauch, der Konsum anderer Drogen, reduziert werden. Bis dahin ist es manchmal ein längerer Weg.

Dergestalt kann es insbesondere in der ersten Phase, in der die Patienten noch nicht ausreichend in die Behandlung eingebunden sind bzw. die Dosierung womöglich noch nicht genügend stabil eingestellt ist, durch intravenösen Beigebrauch zu stationär behandelungspflichtigen Erkrankungen kommen. Hier sind besonders Spritzabszesse, gegebenenfalls mit systemischer Krankheitsausbreitung, als auch Komplikationen unsachgemäßer Gefäßinjektion im Sinne von Thrombosen, Embolien oder Blutungen zu nennen. Weitere häufige Einweisungsdiagnosen sind Pneumonien, Hepatitis, HIV, akute Pankreatitis, gastrointestinale Blutung respektive Varizenblutung, Leberzirrhose sowie Intoxikationen. Darüber hinaus können unabhängig von der Sucht Unfälle oder sonstige akute Erkrankungen, wie zum Beispiel Appendizitis, zur Krankenhausbehandlung führen.

Viele Patienten verzögern eine stationäre Aufnahme unter anderem aus Angst, dort in ein Entzugssyndrom zu kommen, zum Teil auch aus Angst, dass der Beigebrauch bemerkt wird und zu Sanktionen führt. Zudem verschleiern Opiate wichtige Leitsymptome wie Schmerz, Atemnot und Fieber, sodass bei Aufnahme in die Klinik bereits fortgeschrittene Krankheitsstadien bestehen können.

## Substitution

Ist der Patient bereits in Substitutionstherapie und die aktuelle Dosierung auf dem Krankenseinweisungsschein vermerkt, ist die Behandlung mit dem Opiatersatzstoff fortzusetzen. Im Allgemeinen sind in Deutschland hierzu Levomethadon, DL-Methadon-Racemat sowie Buprenorphin zugelassen. Levomethadon und Methadon werden oral verabreicht. Zu beachten ist, dass es unterschiedliche Konzentrationen gibt und sich die Milligrammangabe auf die Gesamtmethadonmenge bezieht. Wirksam ist nur das linksdrehende Levomethadon, im Racemat ist immer 50 Prozent nichtwirksames

Dextromethadon enthalten. Am besten ist die Fortsetzung mit dem vorbestehenden Präparat. Bei Wechsel oder Zweifel über die Dosishöhe ist eine Rücksprache mit dem Apotheker, Substitutionsarzt oder Suchtmediziner empfohlen. Bei Nichtbeachtung droht eine Unterdosierung mit Entzugssyndrom respektive potenziell lebensbedrohliche Überdosierung bis hin zum Atemstillstand. Zu beachten sind ferner Wechselwirkungen von Methadon mit Wirkabschwächung bei Gabe von einigen Antibiotika (Rifampicin, Flucloxacillin, HIV-Medikamenten), ebenso durch Enzyminduktion zum Beispiel bei Antiepileptika sowie die Provokation eines akuten Entzugssyndroms durch Gabe von antidotenthaltenden Medikamenten, hier als wichtigstes Tilidin/Naloxon (zum Beispiel Valoron N) respektive partiellen Antagonisten wie Temgesic zu nennen. Des Weiteren kann es unter Methadonbehandlung zu einer QT-Zeitverlängerung kommen, welche durch eine Vielzahl weiterer Medikamente verstärkt werden kann, hier sind gehäufte Rhythmusstörungen, insbesondere Torsade de Pointes-Tachykardien, beschrieben.

Bei Buprenorphin als Substitutionsmittel gibt es Mono- als auch Kombinationspräparate mit Naloxon, Letzteres soll eine Injektion verhindern. Hier braucht nur die Menge an Buprenorphin beachtet werden, es wird sublingual verabreicht. Von einer zusätzlichen Gabe von reinen Opiatagonisten, zum Beispiel im Rahmen einer Schmerztherapie, ist abzusehen. Buprenorphin ist analgetisch deutlich schwächer als zum Beispiel Morphin, hat aber eine höhere Rezeptoraffinität. Bei niedrigeren Dosierungen von zum Beispiel Morphin wird keine ausreichende Wirkung erzielt, gegebenenfalls ein Entzugssyndrom ausgelöst, in höheren Dosierungen aber durch kompetitive Verdrängung vom Rezeptor eine Intoxikation riskiert. Hier empfiehlt sich zunächst eine mäßige Dosissteigerung von Buprenorphin, solange der Patient noch nicht mit einer Maximaltagesdosis von 24 mg behandelt wird. Anderenfalls ist eine Umstellung auf Methadon anzuraten, um ausreichend wirksame Analgetika einsetzen zu können.

## Opiatersatz

Sollte der Patient sich noch nicht in einer Substitutionsbehandlung befinden, ist eine Therapie mit Opiatersatzstoffen indiziert, um die



Foto: monropic – Fotolia.com

Grunderkrankungen, wegen der der Patient ins Krankenhaus gekommen ist, effektiv behandeln zu können. Vor Beginn ist eine Urinuntersuchung auf Drogen anzustreben. Optimalerweise kann dann im stationären Verlauf eine Stabilisierung der Suchterkrankung erreicht werden mit Vermittlung in eine Nachbehandlung, zum Beispiel über die Clearingstelle der Stadt München (Telefon 089 233-47210).

Bewährt hat sich die Gabe des Substitutionsmittels zur gleichen Tageszeit und unter Aufsicht. Dann können Vorwürfe einer Nichtabgabe, einer falschen Dosis, Erbrechen nach Einnahme usw., vermieden werden. Hat der Patient die Sicherheit, optimal behandelt zu werden, ist gute Compliance die Folge.

## Autorin



*Kirsten Meyer,  
Internistin, Klinik  
für Endokrinologie,  
Diabetologie und  
Suchtmedizin,  
Leiterin Bereich  
Suchtmedizin,  
Städtisches Kli-  
nikum München-  
Schwabing, Kölner  
Platz 1, 80804*

*München, Telefon 089 3068-3366,  
Fax 089 3068-3934, E-Mail:  
kirsten.meyer@klinikum-muenchen.de*