

Helfer aus der Heroin-Sucht

Buprenorphin, Methadon oder Naltrexon besser?

Dauerhaft „clean“ zu werden, gelingt nur wenigen Heroinabhängigen; viele landen nach diversen Entzügen wieder in der Drogenszene. Die substitutionsgestützte Behandlung ist eine pragmatische Therapiealternative, die mittlerweile auch von der Bundesärztekammer anerkannt und von den Kassen gezahlt wird.

Von den Drogen loszukommen, ist ein Ziel der Behandlung Heroinsüchtiger, aber nicht mehr das Therapieziel schlechthin. Dem Patienten ist oft mehr geholfen, wenn er unter ärztlicher Kontrolle auf eine Ersatzdroge eingestellt wird. Bei der substitutionsgestützten Behandlung wird von einem kurz wirksamen Opiat wie Heroin auf eine lang wirksame Substanz wie Methadon oder Buprenorphin umgestiegen. In dieser Zeit stabilisiert sich der körperliche Zustand und der Süchtige ist nicht mehr darauf fixiert, an „Stoff“ zu kommen. Wichtiger Zusatzeffekt: Sollte der Patient rückfällig werden, führt die Ersatzdroge über eine Kreuztoleranz dazu, dass das Heroin-High nur noch stark abgeschwächt erlebt wird. So kann das süchtige Verhalten „verlernt“ werden. Mit der kontrollierten Abgabe des Opiats schränkt man zudem Begleitrisiken des Drogenkonsums wie HIV-Infektion, Hepatitis, Sepsis, Endokarditis oder Abszesse ein.

Die Kosten übernimmt die Kasse

In der Richtlinie von 2010 erkennt die Bundesärztekammer die Substitution als eigenständige Therapiestrategie an. Die gesetzlichen Kassen übernehmen seit 2002 die Kosten. Die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtmVV) nennt folgende Indikationen:

- Schrittweise Wiederherstellung der Betäubungsmittelabstinenz einschließlich der Besserung und Stabilisierung des Gesundheitszustands,
- Unterstützung der Behandlung einer neben der Opiatabhängigkeit bestehenden schweren Erkrankung und
- Verringerung der Risiken einer Opiatabhängigkeit während einer Schwangerschaft und nach der Geburt.

Welche Substanz kommt in Frage?

Bei schwerer Heroinabhängigkeit kommt bevorzugt Methadon zum Einsatz. Das vollsynthetische Opioid wirkt sedierend, erzeugt bei oraler Gabe aber keinen „Kick“. Die Tagesdosis liegt zwischen 40 und 120 mg. Beim Auftreten erster Entzugssymptome mit 10–20 mg Methadon-razemat beginnen (5–10 mg Levomethadon); kommt es innerhalb von 24 h wieder zu Beschwerden, kann dieselbe Dosis noch einmal gegeben werden. Wichtig ist die engmaschige Überwachung: Bei Kumulation drohen Atemdepression und potenziell gefährliche Herzrhythmusstörungen.

Buprenorphin hilft bei leichterer Abhängigkeit mit einem Konsum von unter 1,5 g pro Tag. Die Entzugssymptome werden unterdrückt, die Patienten bleiben wegen der fehlenden Sedierung klarer, was jedoch nicht in jedem Fall gewünscht wird. Ziel ist

eine Dosis zwischen 8 und 16 mg, die Höchstdosis liegt bei 24 mg. Buprenorphin ist zum Schutz vor Missbrauch auch als Fixkombination mit Naloxon erhältlich.

Zur Abstinenzstützung wird Naltrexon empfohlen, das die Heroinwirkung für über 72 h blockiert. Die Substanz sollte frühestens sieben bis zehn Tage nach dem letzten „Schuss“ eingenommen werden (nach einem Provokationstest mit Naloxon). Die Einstiegsdosis liegt bei 25 mg, Ziel ist eine Tagesdosis von 50 mg. Die Behandlung mindestens 30 Tage lang fortsetzen.

Wichtig: Eine Substitutionstherapie ohne psychosoziale Betreuung funktioniert nicht. Viele Süchtige leiden gleichzeitig unter Depressionen, Angsterkrankungen oder Schizophrenie. Die Behandlung wird aber oft erst möglich, wenn man die Sucht unter Kontrolle hat. (Elke Oberhofer)

N Scherbaum & M Gastpar: Opiate. Klinische Psychopharmakotherapie; in: G. Gründer, O. Benkert (Hrsg.), Handbuch der Psychopharmakotherapie; © Springer-Verlag 2012; doi: 10.1007/978-3-642-19844-1_68, Biermann D, Substitution. Harte Drogen, harter Weg; Pharmazeutische Zeitung online; www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=4364



Einrichtungen wie die „Werkstatt im Hinterhof“ bieten in Not geratenen Menschen Hilfe.