



---

**Leitlinien der Dt. Ges. f. Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht)  
und der Dt. Ges. f. Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)**

---

AWMF-Leitlinien-Register	Nr. 076/002	Entwicklungsstufe:	2
--------------------------	-------------	--------------------	---

---

# Akutbehandlung opioidbezogener Störungen

**Key words** Treatment guidelines, AWMF, opiate dependence, opiate abuse, evidence-based medicine

**Schlüsselwörter** Behandlungsleitlinie, AWMF, Opiatabhängigkeit, schädlicher Gebrauch, "Evidenz"basierung

## Abstract

Since the year 2000 these practice guidelines have been under development by a task force consisting of members of 17 associations and organizations and headed by the German Society for Addiction Research and Addiction Therapy (DG-Sucht) and the German Society for Psychiatry, Psychotherapy and Mental Disorders (DGPPN). A framework for diagnosis and treatment of opiate-use disorders according to ICD 10 has been achieved as a so-called Step 2 guideline within the AWMF's (Association of Scientific Medical Societies) development of scientific guidelines that are predominantly, but not entirely evidence-based. Such a guideline is not intended to serve as a Standard of medical care but as a tool for improved clinical judgement of patients with particular clinical conditions.

## Zusammenfassung

Diese Behandlungsleitlinie wurde seit dem Jahre 2000 unter der Federführung der DG-Sucht und der DGPPN von Experten aus insgesamt 17 Fachgesellschaften und Organisationen im Rahmen eines mehrjährigen, interdisziplinären Konsentierungsprozesses erarbeitet. Damit liegt nun gemäß der AWMF-Klassifikation eine S2-Leitlinie für Diagnostik und Behandlung der ICD-10: F.11 "Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide" mit überwiegender "Evidenz"basierung vor; die dem Arzt als Entscheidungshilfe, nicht als Behandlungsvorgabe dienen soll.

---

## Inhaltsübersicht

### 1 Einleitung

- 1.1 Vorgehen bei der Leitlinienerstellung (s. [Verfahren zur Konsensbildung](#))
- 1.2 Zur Erstellung der vorliegenden Kapitelfassung
- 1.3 Definition und Ziele der Akutbehandlung
- 1.4 Methodenkritische Einschränkungen

### 2 Diagnostik

- 2.1 Anamnese
- 2.2 Psychiatrische Untersuchung
- 2.3 Körperliche Untersuchung

- 2.4 Diagnose des Entzugssyndroms
- 2.5 Laboruntersuchungen
- 2.6 Weitere Diagnostik

### **3 Auswahl des geeigneten Settings**

- 3.1 Patientenseitige Ausgangsmotivation
- 3.2 Behandlungsbedarf aus ärztlicher Sicht
- 3.3 Therapieziele
- 3.4 Differentialindikation ambulant versus stationär

## **4 Therapie**

- 4.1 Pharmakotherapie des Opioidentzugssyndroms
  - 4.1.1 Differentialindikation der verwendeten Pharmaka
    - 4.1.1.1 Opiatagonisten
    - 4.1.1.2 zentrale  $\alpha$ 2-Sympathomimetika
    - 4.1.1.3 Doxepin
    - 4.1.1.4 weitere
  - 4.1.2 Kontraindikationen
  - 4.1.3 Dosierungen und Anwendungsdauern
    - 4.1.3.1 Opioidgestützter Entzug
    - 4.1.3.2 Clonidingestützter Entzug
- 4.2 Einleitung einer Naltrexonbehandlung
- 4.3 Psychotherapie
- 4.4 Patientenschulung ("drug-counseling")
- 4.5 Soziotherapie
- 4.6 Bewegungstherapeutische Verfahren
- 4.7 Ergo- und Kunsttherapie
- 4.8 Krankenpflege
- 4.9 Weitere Behandlungsansätze

## **5 Besonderheiten bei polyvalentem Suchtmittelkonsum**

## **6 Hinweis auf das neonatale Opioidentzugssyndrom**

---

# 1. Einleitung

## **1.1 Vorgehen bei der Leitlinienerstellung**

(s. [Verfahren zur Konsensbildung](#))

## **1.2 Zur Erstellung der vorliegenden Kapitelfassung**

Für das vorliegende Kapitel wurde aus dem entsprechenden Kapitel der Practice Guidelines for the Treatment of Patients With Substance Use Disorders der American Psychiatric Association {APA 1995} und aus dem in einer Dissertationsschrift {Hähnchen 1999} aufgearbeiteten Datenmaterial eine erste Arbeitsfassung erstellt, die allen Autoren zur kritischen Stellungnahme und Ergänzung vorgelegt wurde. Parallel erfolgte folgende Medline-Literaturrecherche "opioid-related disorders"[MeSH Terms] OR Opioid dependence[Text Word]) AND (("therapy"[Subheading] OR "therapeutics"[MeSH Terms]) OR treatment[Text Word]) AND Clinical Trial[PT]), die 202 Originalarbeiten ergab. Die dort für den Gegenstand dieses Kapitels relevanten Studien wurden konsekutiv bewertet und gegebenenfalls im Arbeitstext berücksichtigt. Es erfolgten vorgeschaltete

Publikationen zur Förderung der breiten Fachdiskussion {Gastpar & Reymann 2002}, {Reymann et al. 2002}.

Für die einzelnen Aussagen der Leitlinie wurde der "Evidenz"grad nach dem Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) bzw. nach den Empfehlungen der Ärztlichen Zentralstelle für Qualitätssicherung (ÄZQ) stets nur dann festgeschrieben, wenn mindestens zwei Autoren in Kenntnis der jeweils berücksichtigten Daten einen Konsens fanden.

Zusätzlich wurden die Aussagen der o. e. APA-Leitlinien zur Information unverändert wiedergegeben. Das Kapitel Akutbehandlung Opioidbedingter Störungen wurde zunächst 2002 in der SUCHT publiziert (Band 48; 245- 264).

### 1.3 Definition und Ziele der Akutbehandlung

Unter Akutbehandlung werden hier alle medizinischen Maßnahmen verstanden, die über kurzfristige Einzelmaßnahmen der Frühintervention (siehe Leitlinienkapitel 3.1 Frühinterventionen bei opioidbedingten Störungen) hinausgehen und die innerhalb eines Zeitrahmens von bis zu 8 Wochen unter anderem stets folgende Ziele anstreben:

1. Detoxifikation im engeren Sinne (= Behandlung der akuten Intoxikation bei Aufnahme; dies kommt auch bei geplanten Entzügen vor; manchmal ist Beatmung erforderlich, also Notfall- und intensivmedizinisches Management)
2. Entzugsbehandlung als Maßnahmen der Behandlung der beim Reduzieren bzw. Absetzen der Substanz auftretenden körperlichen und psychischen Reaktionen. Sie dient zur Beendigung der physischen Abhängigkeit oder zur Einleitung bzw. Stabilisierung einer Opiatsubstitution {APA 1995} [A].
3. Förderung der Motivation zur Abstinenz [B]
4. Information über die verschiedenen Settings der Postakutbehandlung und Förderung der Motivation zu deren Inanspruchnahme (siehe Kapitel 3.3) {APA 1995} [A]
5. Beendigung einer etwaigen gleichzeitigen physischen Abhängigkeit von anderen psychotropen Substanzen [B]
6. Diagnostik und Behandlung von psychiatrischen und von somatischen Begleiterkrankungen und Eingrenzung sozialer Suchtfolgeschäden [B]

### 1.4 Methodenkritische Einschränkungen

Die Orientierung an angloamerikanischen Standards ist nur begrenzt empfehlenswert, denn dort durchgeführte Studien zur Behandlung Opiatabhängiger sind aufgrund regionaler Variationen auf die deutsche Klientel nicht ohne weiteres übertragbar: Für die geographische Variation des Heroinproblems sind v. a. zwei Gesichtspunkte relevant:

1. die epidemiologischen Besonderheiten bestimmter Städte, Regionen und Länder, die auf Konsumtrends und örtlicher Drogenverfügbarkeit beruhen [B] und
2. die regionalen und nationalen Spezifika von Versorgungssystemen, die auch auf divergierende gesellschaftliche Normen und Gesetzeslagen zurückgehen [C].

Ad (1): Im Gegensatz zu Europa fehlte Flunitrazepam bis vor kurzem weitgehend in der amerikanischen Szene.

Amerika hat zur Zeit ein etwa 10-fach größeres Kokainproblem. Die Schnittmengen mit der Heroinszene sind qualitativ und quantitativ mit den europäischen kaum vergleichbar. Die international und überregional vergleichende Epidemiologie bzw. die neuere Subkulturgeschichte des Konsums illegaler Drogen läßt Spezifika erkennen, insofern es Städte gibt, in denen häufig neue Drogen und Konsumarten "erfunden" werden, die wieder zu neuen Problemen führen oder zu Überlagerung von Problembereichen: San Francisco und andere Städte in Kalifornien waren bisher Trendsetter im Drogenkonsum (60er/70er Jahre LSD, Amphetamin-Injektionen, Kokain, Heroin, in den 80er Jahren über Avantgarde-Szenen Ecstasy), New York hat immer wieder eine Distributor-Rolle vor allem in Richtung Europa. Hier zeigten v.a. Amsterdam und London und Kopenhagen innovatives Potential. Somit hat man bei Studien mit Kohorten-Effekten zu tun, d.h. daß bei gleichalten Probanden oft andere Drogenkonsumanamnesen vorliegen {McArdle et al. 2000} III [B].

Ad (2): Die Behandlungssysteme sind von unterschiedlichen Philosophien geprägt - niederschwellige Angebote in der Schweiz und in Holland, kompulsive Therapie in Schweden. Auch der Stellenwert der psychosozialen Programme im Rahmen der Substitution mit Methadon zeigt große internationale Differenzen. Das hat auch zur Folge, daß die Patienten unterschiedliche Vorstellungen von und Erwartungen an Therapieangebote haben [C].

Die genannten Merkmale sind latente Einflußgrößen für die relevanten Therapieeffekt-Indikatoren wie Abbruchrate (welche Alternativen hat ein Patient, was sind die Motive für und gegen die Therapie), Rate der Komplikationen, Dauer und Schwere des Entzugs, Anzahl der Vorbehandlungen usw.

Die Akutbehandlung Opiatabhängiger ist somit ein Verfahren, dessen Erfolg besonders stark von wechselnden regionalen Faktoren beeinflusst wird [C].

## 2. Diagnostik

### 2.1 Anamnese (Standards nach Ladewig u. Stohler {1994} oder angelehnt an den EuropASI {Scheurich et al. 2000})

Sie umfaßt zu Behandlungsbeginn unter anderem

Die Dauer des Opiatkonsumes, die Applikationsweise, die Konsummenge der letzten 30 Tage und den Zeitpunkt des letzten Konsums {McLellan et al. 1980},

Den etwaigen Konsum anderer psychotroper Substanzen,

Etwaige vorausgegangene Komplikationen von Intoxikation und Entzug

Relevante Begleiterkrankungen im somatischen und psychischen Bereich

Die vollständige Anamnese, die auch die soziale Situation, den Ausbildungsstand sowie etwaige juristische Belastungen und Vorbehandlungen umfasst, kann bei akut beeinträchtigten Patienten zeitlich verzögert erhoben werden [C].

### 2.2 Psychiatrische Untersuchung

Bei der Erhebung des psychopathologischen Befundes wird insbesondere auf etwaige Symptome der Intoxikation, des Entzuges und des Delirs geachtet. Diese Symptome werden mit der erhobenen Anamnese in Beziehung gesetzt und eventuelle Veränderung im Verlauf der Untersuchung werden bei der Behandlungsplanung berücksichtigt [C].

### 2.3 Körperliche Untersuchung

Bei der Erhebung des internistischen und des neurologischen Status' werden insbesondere etwaige Injektionsstellen, Abszesse und dermatologische Infektionen berücksichtigt. Bei Aufnahme in ein kontrolliert drogenfreies Setting wird sie auch zur Kontrolle auf etwaige mitgebrachte Drogen genutzt, sofern diese nicht vorab durch Pflegepersonal vorgenommen wurde [C].

### 2.4 Diagnose des Entzugssyndroms

Ein Opioidentzugssyndrom wird diagnostiziert, wenn ein Opiatkonsum aktuell eingestellt oder erheblich reduziert wurde und wenn mindestens drei der unten aufgeführten Symptome vorliegen, die nicht durch eine körperliche Erkrankung bedingt und nicht besser durch eine andere psychische oder Verhaltensstörung erklärbar sind {WHO 1994}:

1. Verlangen nach einem Opiat
2. Rhinorrhoe oder Niesen
3. Tränenfluß
4. Muskelschmerzen oder -krämpfe
5. Abdominelle Spasmen
6. Übelkeit oder Erbrechen
7. Diarrhoe
8. Pupillenerweiterung
9. Piloerreaktion oder wiederholte Schauer
10. Tachykardie oder Hypertonie
11. Gähnen
12. Unruhiger Schlaf

Der Beginn dieser Symptomatik liegt bei Heroin zirka 8, bei Methadon zirka 24 Stunden nach dem letzten Konsum. Das Maximum des Entzugssyndroms wird bei Heroin nach 36 bis 48 Stunden und bei Methadon nach mehr als 3 Tagen erreicht {Ladewig & Stohler 1994}, {Tretter et al. 2000} [B]  
Eine quantitative Erhebung der Intensität des Entzugssyndroms kann tageweise durch

Selbstbeurteilungsskalen wie z. B. der SOWS erfolgen. Dabei können 30 oder nur 7 Items abgefragt werden. Gossop {1990} hat gezeigt, daß wenige Items und globale Formulierungen mit dem Summenscore sehr detaillierter Skalen eng korrelieren [B].

## 2.5 Laboruntersuchungen

Ein umfassendes Drogenscreening ist erforderlich, da der nicht erkannte Konsum psychotroper Substanzen den Behandlungsverlauf durch Symptome der Intoxikation oder des Entzuges kompliziert {APA 1995} [A] Zu Behandlungsbeginn sollte die Bestimmung von Opioiden, Methadon, THC, Benzodiazepinen, Barbituraten, Amphetaminen und Kokain im Urin oder in einer anderen Körperflüssigkeit und die Bestimmung der Alkoholkonzentration in der Atemluft oder im Serum erfolgen.

Die positiv bestimmten und die im Einzelfall relevanten der o. g. Parameter sind an für den Patienten nicht vorab bekannten Tagen so oft zu wiederholen, daß ein erneuter Substanzkonsum mit hoher Wahrscheinlichkeit aufgedeckt wird [B].

Bei intravenösem Konsum sind ferner Untersuchungen auf Hepatitis B und C indiziert [B]:

Der positive HBcAk weist nach, daß eine Infektion mit Hepatitis B Virus stattgefunden hat. In diesen Fällen ist zur weiteren Differenzierung die Untersuchung auf HBsAg, HBsAK, HBeAg und HBeAK erforderlich.

Sofern gegen Hepatitis B geimpft wurde, ist lediglich ggf. der HbsAk-Titer zu überprüfen [B].

HCVak-ELISA. Dieser Test wird bei Erstinfektionen in der Regel fünf bis sechs Wochen in Einzelfällen aber auch erst Jahre nach dem ersten Nachweis der viralen RNA positiv {Beld et al. 1999} IIa [B].

Es ist nicht ausreichend und nicht wirtschaftlich, die Durchführung des HCVak-ELISA auf Fälle mit erhöhter SGPT zu beschränken {Lapane et al. 1998} IIa [B].

Der HCV-RNA-PCR weist die Infektiosität und die Aktivität einer Hepatitis C nach {Reuter et al. 1992} IIa [B]. Er wird zirka zwei Wochen nach der Infektion positiv {Reuter et al. 1992} IIa [B].

Der Test wird bei Drogenabhängigen meist nur bei positivem HCVak-Befund durchgeführt. Die routinemäßige Durchführung bei allen intravenös applizierenden Drogenkonsumenten ohne vorherigen positiven HCV-Ak-Befund erspart oft zusätzliche Blutentnahmen und ist möglicherweise langfristig betrachtet kostengünstiger {Leal et al. 1999} IIb [B]. Bei intravenösem Konsum und erhöhter ALAT (SGPT) ist der HCV-RNA-PCR Test zur Untersuchung auf eine frühe Hepatitis C Infektion erforderlich [B].

Die quantitative HCV-RNA-PCR-Analyse und die Bestimmung des Genotyps sind nur vor einer Interferontherapie oder im Rahmen wissenschaftlicher Untersuchungen erforderlich {Marcellin et al. 1999} Ib [A].

Bei stattgehabtem intravenösem Konsum wird die Untersuchung auf HIV-Ak empfohlen [B].

Das Labor ist nach dem §7 Infektionsschutzgesetz verpflichtet, bei jedem der hier aufgeführten HCV-spezifischen Untersuchungsverfahren positive Befunde mit Nennung des Patientennamens zu melden, sofern nicht bekannt ist, daß eine chronische Infektion vorliegt {Bundesregierung 2000}.

Das Blutbild, Serumkreatinin, Serumharnstoff, Serumnatrium, Serumkalium, SGOT (ASAT), SGPT (ALAT), Gamma GT, ein Luessuchtest {Scherbaum et al. 2002} Desstd III und im Einzelfall relevante weitere Laborparameter sind zu bestimmen [B].

## 2.6 weitere medizinische Untersuchungen

Eine abdominelle Sonographie wird bei gezielter Indikation, z. B. bei Verdacht auf eine Leberzirrhose, durchgeführt.

Die routinemäßige Gewinnung einer Leberhistologie ist bei Hepatitis C nicht erforderlich [C].

## 3. Auswahl des geeigneten Settings

Die Auswahl eines für den Einzelfall geeigneten Settings erfolgt vor dem Hintergrund der aktuellen Motivation des Betroffenen, der im Einzelfall zu behandelnden Erkrankungen und der konkret zur

Verfügung stehenden Ressourcen. Sofern mehrere Behandlungsformen ärztlich vertretbar sind, sind diese als Alternativen dem Patienten so darzustellen, daß er die für ihn subjektiv am besten geeignete Behandlungsform wählen kann {APA 1995} [B].

### 3.1 Patientenseitige Ausgangsmotivation

Für die Behandlungsplanung ist es wichtig zu klären, ob sich die Abstinenzabsicht auf alle illegalen Drogen und auf Alkohol, Tranquillantien sowie Nikotin bezieht und ob sie von vorne herein selektiv oder zeitlich befristet ist.

Die Gründe für die etwaige Ablehnung einzelner medizinisch indizierter Behandlungsformen sind zu erfragen und ggf. in die Behandlungsplanung mit einzubeziehen.

### 3.2 Behandlungsbedarf aus ärztlicher Sicht

Illegaler Opiatkonsum führt zu psychiatrischen und somatischen Erkrankungen, die mit unterschiedlicher Dringlichkeit der Diagnostik und der gezielten Behandlung bedürfen. Ferner können prinzipiell alle Erkrankungen unabhängig vom Opiatkonsum bestehen und der Behandlung bedürfen. Die gesamte individuelle Komorbidität ist in die Behandlungsplanung mit einzubeziehen. Das gleiche gilt für eine Schwangerschaft, da gynäkologische Komplikationen bei Opiatkonsum wesentlich häufiger auftreten {APA 1995} [A].

Eine Opiatintoxikation geringen oder mäßigen Ausmaßes erfordert gewöhnlich keine spezifische Behandlung {APA 1995}[B]. Schwerere Opiatintoxikationen mit drohender Ateminsuffizienz dagegen bedürfen der allgemein üblichen notfallmedizinischen Überwachung und Behandlung {APA 1995} [A].

Darüber hinaus kann zur Antagonisierung einer Atemdepression und anderer Symptome einer Opiatintoxikation Naloxon (z. B. Narcanti® Amp. zu 0,4mg) angewendet werden. Dabei können minutenweise wiederholt Dosen von 0,1mg bis zu einer Gesamtdosis von 2mg (bei Verdacht auf extreme Intoxikation bis zu 10mg) gegeben werden.

Bei einer primären Entscheidung für eine subcutane Gabe von 0,8 mg tritt die Wirkung ebenso rasch ein, wie wenn zunächst ein Zugang für die intravenöse Applikation von 0,4 mg Naloxon geschaffen wurde {Wanger et al. 1998} IIa. Auch eine intratracheale Naloxongabe ist möglich [B].

Cave: bei Überdosierung massive Entzugssymptomatik. Cave: Nach klinischer Besserung ist eine weitere Beobachtung des Patienten notwendig, da das Antidot Naloxon (HWZ 1 h) oft nachdosiert werden muß {Moecke 1998} IV, {APA 1995} IV [B].

Eine Abhängigkeitsentwicklung bedarf primär einer psychiatrisch- psychotherapeutischen Behandlung {APA 1995}[B]. Diese hat auch eine ausreichende diagnostische Abklärung und Behandlung einer etwaigen somatischen und psychiatrischen Komorbidität sicher zu stellen {APA 1995}[B].

Sofern die sozialen Folgeschäden und rechtlicher Konsequenzen illegalen Drogenkonsums der gezielten sozialarbeiterischen Intervention bedürfen, ist ein Setting mit effektiver sozialarbeiterischer Unterstützung erforderlich, um medizinische Behandlung überhaupt zu ermöglichen {Reymann et al. 2000}IIb [B].

### 3.3 Therapieziele

Grundsätzliche ärztliche Ziele bei der Behandlung der durch Opioide bedingten Störungen sind die Sicherung des Überlebens, die Abwendung langfristiger Gesundheitsschäden, die dauerhafte Abstinenz von illegalen Opioiden und die Überwindung etwaiger zugrundeliegender Störungen. Besonders in frühen Stadien der Behandlung ist die Mehrzahl der Patienten nicht in der Lage, eine dauerhafte Totalabstinenz anzustreben und die geeigneten Maßnahmen zu ergreifen. Hier sind hilfreiche Teilziele wie z. B. die Verminderung oder die befristete Unterbrechung des Konsums oder der Beginn einer Substitutionsbehandlung zu verabreden [C].

Die primäre Motivation des Patienten einerseits und die aus ärztlicher Sicht erforderlichen Maßnahmen werden im offenen Dialog mit dem Patienten benannt. Bei sehr weitgesteckten Zielen werden Zwischenschritte formuliert. Alle rechtskonformen Patientenziele, die Schritte heraus aus

dem Substanzkonsum und seinen vielfältigen Folgen darstellen, werden in die Behandlungsplanung übernommen. Die gemeinsam festgelegten Behandlungsziele werden hierarchisiert und erforderlichenfalls im Sinne eines Gesamtbehandlungsplanes zeitlich gestaffelt berücksichtigt {Schwoon 1992} IV [C].

Die Umsetzung ärztlicher Behandlungsziele ohne patientenseitiges Einverständnis ist nur vertretbar, wenn andernfalls eine erhebliche vitale Gefährdung des Patienten oder eine Bedrohung der Gesundheit anderer absehbar wäre. Nur in diesen Fällen kommen die Bestimmungen des Betreuungsrechtes oder des PsychKG des jeweiligen Bundeslandes z. B. {Landesregierung Nordrhein-Westfalen 1999} zur Anwendung [C].

Bei abhängigem illegalem Opiatkonsum oder bei vital bedrohlichem Konsum anderer psychotroper Substanzen ist eine suchtmmedizinische Akutbehandlung wie unten beschrieben indiziert. Ist die Motivation für diese Behandlungsform aktuell nicht gegeben, sind andere schadensbegrenzende Maßnahmen zu erwägen und weitere motivierende Vorgespräche anzubieten [C].

Nach Rückfällen oder Behandlungsunterbrechungen sind die Behandlungsziele mit dem Patienten unter Einbeziehung der Zwischenanamnese auf ihre Gültigkeit zu überprüfen [C].

Sobald sein Zustand es erlaubt, wird mit dem Patienten besprochen, welche ambulante oder stationäre Postakutbehandlung erforderlich ist (siehe Leitlinienkapitel 3.3 Postakutbehandlung opioidbedingter Störungen), um weiterführende Therapieziele wie zum Beispiel die Teilhabe am sozialen und gesellschaftlichen Leben oder eine berufliche Integration zu erreichen. Eine entsprechende patientenseitige Behandlungsmotivation ist zu fördern [C].

Eine Postakutbehandlung sollte möglichst nahtlos an die Akutbehandlung anschließen [C].

### 3.4 Differentialindikation ambulant versus stationär

Wenn sich im ambulanten oder im tagesklinischen suchtmmedizinischen Setting gesundheitliche Gefahren ergeben würden oder wenn die Behandlungsziele voraussichtlich dort nicht erreichbar sind, ist die Behandlung unter Einsatz von Personalressourcen gemäß der Psychiatrie Personalverordnung {Bundesregierung 1990}, {Kunze & Kaltenbach 1996} vollstationär durchzuführen {APA 1995} IV [C].

Zu den relativen Kontraindikationen ambulanter Entzugsbehandlung gehören:

- Vorausgegangene gravierende Entzugskomplikationen wie zum Beispiel cerebrale Krampfanfälle {APA 1995} [B].
- Suizidalität {APA 1995} [B] oder Fremdgefährdung
- somatische Erkrankungen, die im Entzug mit Wahrscheinlichkeit zu Komplikationen führen würden {APA 1995} [B].
- Politoxikomanie und einzelne komorbide Abhängigkeiten, wie z.B. die zusätzliche Abhängigkeit von Benzodiazepinen, Kokain oder Alkohol {Kosten 1991} Ia [B].
- komorbide weitere psychische Störungen, die die Sicherheit oder den Erfolg der ambulanten Behandlung gefährden {APA 1995} [B] wie zum Beispiel akute Belastungsreaktionen oder depressive Episoden.
- das Fehlen eines ausreichenden abstinenten sozialen Umfeldes {APA 1995} [B]
- die Notwendigkeit, dem Patienten als Vorbereitung auf weiterführende Behandlung positive Erfahrungen in einem therapeutischen stationären Setting zu vermitteln [C].
- ein vorausgegangener vergeblicher Versuch ambulant zu entziehen {APA 1995} [B]

Die Entscheidung für eine stationäre Behandlung wird mit dem Patienten einvernehmlich getroffen, nachdem er über deren konkrete Bedingungen ausreichend aufgeklärt worden ist. Kurzfristig ist Opiatabstinenz im stationären Setting eher zu erreichen als im ambulanten {Wilson et al. 1975} IIb [B].

Gerichtliche Behandlungsaufgaben können für Patienten mit geringer Abstinenz- und Behandlungsmotivation eine Unterstützung sein, stationäre Behandlung in ausreichendem Umfang in Anspruch zu nehmen {APA 1995} IV [C].

## 4. Therapie

Die Effektivität der Behandlung wird durch eine Kombination pharmakologischer, psychotherapeutischer, soziotherapeutischer, pflegerischer und weiterer Verfahren gesteigert {APA 1995} [B].

### 4.1 Pharmakotherapie des Opioidentzugssyndroms

Es gibt keinen empirischen Hinweis darauf, daß das Vorenthalten einer medizinisch indizierten Medikation während der Entzugsbehandlung die anschließende Distanzierung des Abhängigen vom Opiat unterstützt oder gar die Motivation für eine Entwöhnungstherapie hebt. Daher werden im Entzug Medikamente nicht als ultima ratio, sondern nach medizinischer Indikation auch zur Vermeidung bzw. Linderung subjektiver Entzugssymptome eingesetzt {Tretter et al. 2000} IV [C]. In den meisten Einrichtungen wird heute das gestufte Herabdosieren mit einem Opioid ("homologer Entzug") bei zusätzlicher Gabe von speziellen Medikamenten für einzelne Entzugssymptome als Strategie der Wahl angesehen.

#### 4.1.1 Differentialindikation der verwendeten Pharmaka

##### 4.1.1.1 Opiatagonisten

Grundsätzlich sind m-Opiatrezeptoragonisten, die gestuft herabdosiert werden, für die Entzugsbehandlung besonders geeignet {Jasinski et al. 1985} Ib, {Preston et al. 1985} Ib, {Washton & Resnick 1981} Ia, Cami 1985 Ib, San 1990 Ib, San 1994 Ib. {Fingerhood et al. 2001} IIa[A]. Die Bestimmungen des BtMG und der BtmVV in der jeweils gültigen Fassung sind einzuhalten {Bundesregierung 1998}, {Scherbaum 2001}.

Die tägliche orale Gabe von dl-Methadon mit schrittweiser Dosisreduktion stellt eine kostengünstige Standardmedikation dar (Cami 1985) Ib {APA 1995} [B], {National Consensus Development Panel on Effective Medical Treatment of Opioid Addiction 1998}. Levomethadon scheidet wegen zu hoher Kosten im Vergleich zum Razemat für die Regelbehandlung aus. Es kommt bei nachgewiesener Unverträglichkeit von d-Methadon in Betracht [C].

Buprenorphin ist als partieller m-Agonist zur Behandlung des Opioidentzugssyndroms geeignet {APA 1995}, {O'Connor et al. 1997} Ib, {Janiri et al. 1994} Ib, {Nigam et al. 1993} Ib, {Kosten et al. 1991} IIb [A]. Gegenüber Methadon ist Buprenorphin wahrscheinlich vorteilhaft bei vorbestehender Depression {Soyka et al. 2000} IV und bei geplanter anschließender Naltrexon-Dauermedikation {Kosten et al. 1991} IIb [B]. Daten aus der Substitutionsbehandlung weisen auf Vorteile für das Neugeborene beim Einsatz von Buprenorphin statt Methadon in der Schwangerschaft hin {Fischer et al. 2000} III [B].

LAAM (drei orale Gaben pro Woche) {APA 1995}, {Nigam et al. 1993} Ib ist mit kardialen Komplikationen belastet und in Deutschland nicht zugelassen.

##### 4.1.1.2 Zentrale alpha2- Sympathomimetika

Clonidin oder Lofexidin {Carnwath & Hardman 1998} Ib werden in den USA für das ambulante und das stationäres Setting empfohlen {Gowing et al. 2002} Ia, {Charney et al. 1981} Ib, {Gold, et al. 1978} Ib, {Kleber et al. 1985} Ib, {Washton & Resnick 1981} Ia, {Jasinski et al. 1985} Ib {APA 1995} [B]. Clonidin ist in Deutschland zur Entzugsbehandlung nur unter stationären Bedingungen zugelassen. Clonidin vermindert vorwiegend die vegetativen Entzugssymptome {Gupta & Jha 1988} Ib, {Janiri et al. 1994} Ib, {Jasinski et al. 1985} Ib [A]. Craving, psychomotorische Unruhe, Schlafstörungen und Muskelschmerzen werden weniger beeinflusst als durch Opioiden {Charney et al. 1981} Ib, {Jasinski et al. 1985} Ib [B]. Hierüber sollte vor Behandlungsbeginn aufgeklärt werden {Hähnchen 1999} VI [C].

Der Entzugsverlauf unter Clonidin ist rascher als unter fraktionierter Methadonreduktion {Kleber et al. 1985} Ib [B].



Es kommt jedoch wahrscheinlich zu mehr Behandlungsabbrüchen {APA 1995}, {Cami et al. 1985}Ib, {Preston et al. 1985}Ib, versus {Kleber, et al. 1985}, {Washton & Resnick 1981} Ia [B].

Washton und Resnick {1981}Ia fassten Studien zum Einsatz und zur Kombination von Methadon und Clonidin im Entzug zusammen. Erst am Ende des Methadonentzugs (Methadon < 20mg/d ) kann Clonidin erfolgreich gegen Entzugserscheinungen eingesetzt werden. Gründe hierfür sind die zeitlich begrenzte Wirksamkeit des Clonidin {Washton & Resnick 1981} und die gegensätzliche Wirkung am alpha-2-Rezeptor von Clonidin und Methadon {Rubio et al. 1992}IIb [A]. Eine fixe Kombination von Clonidin mit Methadon während des fraktionierten Opioidentzuges bringt keine Vorteile gegenüber Methadon alleine {Ghodse et al. 1994}Ib, {Washton & Resnick 1980}IIb [B].

#### 4.1.1.3 Doxepin

wirkt im Vergleich zu Clonidin geringfügig stärker gegen Craving, Depression und Schlafstörung und geringfügig schwächer gegen die autonome Entzugssymptomatik {Täschner 1986} Ib [B]. Doxepin bietet jedoch mit orthostatischer Dysregulation, Krampfanfällen und Kollapsneigung die höhere Nebenwirkungsrate {Täschner 1986} Ib [B].

Die gleichzeitige Gabe von Doxepin und Clonidin führt zu einer Wirkungsabschwächung des Clonidin {Hähnchen 1999}IV. Eine gleichzeitige Behandlung des Entzugssyndroms mit Doxepin und Clonidin in jeweils ausreichender Dosis ist wegen der Potenzierung der Nebenwirkungen (Hypotonie, Kollapsneigung) aber auch wegen gegensätzlicher pharmakologischer Wirkung am alpha-2-Rezeptor nicht angezeigt [C].

#### 4.1.1.4 weitere Pharmaka

Zum Einsatz von Mianserin {Neal & Sparber 1990} IV, Perazin, Fluphenazin {Janiri et al. 1987} Ib, Carbamazepin + Miansirin {Bertschy et al. 1997} Ib Vasopressin {Beek-Verbeek van et al. 1983} Ib, Baclofen {Krystall et al. 1992} IIb und Levopromazin bez. Chlorprothixen {Schanda et al. 1982}IIb ist die Datenlage zur Zeit für eine Empfehlung zu gering oder es fehlt für den Einsatz der Substanz als primäre Medikation im Opioidentzug der Nachweis eines therapeutischen Vorteiles gegenüber der etablierten Abdosierung von Opioiden {Hähnchen 1999} IV. Lefetamin ist zur Behandlung des Opioidentzugssyndromes nicht geeignet {Janiri et al. 1994} Ib [B].

Perazin wird in einigen Einrichtungen zur Dämpfung von Entzugssymptomen gegeben IV [C].

Opiatantagonisten (Naloxon und Naltrexon) sollten zu Beginn des Entzuges wegen des Ausmaßes der durch ihren Einsatz zu diesem Zeitpunkt induzierten Entzugssymptomatik nur unter intensivmedizinischen Bedingungen in tiefer Sedierung oder in Intubationsnarkose eingesetzt werden {Tretter et al. 1998} {Scherbaum et al. 1999} III [C]. Entzugssymptome oder Befindensstörungen bestehen oft Tage oder Wochen über das Ende der Sedierung oder der Narkose hinaus {Loimer et al. 1989} IIb, {Küfner et al. 2000} [B], Wegen der Gefahr von Komplikationen {San et al. 1995} IV, {Pfab et al. 1996} Thvst IIb und wegen des erheblichen technischen Aufwandes sollte diese Behandlungstechnik nur bei Patienten eingesetzt werden, die aus anderer medizinischer Indikation ohnehin einer Narkose bedürfen oder bei denen wiederholte konventionelle Entzugsversuche gescheitert sind VI [C]. Cave: Im Folgejahr eines narkosegestützten Entzuges wurden vor allem bei Frauen vermehrt Suizidversuche beobachtet, wobei diese Personen bereits Suizidversuche in der Anamnese aufwiesen {Tretter et al. 2001} III.

Der Einsatz von Naloxon oder von Naltrexon in Kombination mit Clonidin als forcierter clonidingestützter Entzug ist möglich {APA 1995}, bringt wahrscheinlich aber gegenüber der ausschließlichen Clonidingabe keinen Vorteil {Gerra et al. 1995} Ib, {O'Connor et al. 1997} Ib [B].

Etwaige von einer ausreichend dosierten Entzugsmedikation nicht hinreichend beeinflusste Symptome können eine Indikation für eine adjuvante Pharmakotherapie darstellen. Muskelschmerzen können mit nichtsteroidalen Antirheumatika, Spasmen des Magen-Darm-Traktes können mit Ipratropiumbromid und Diarrhoe mit Loperamid behandelt werden [C]. Carbamazepin wird auch wegen der starken Belastung der Opiatabhängigen mit Benzodiazepinen zur Prophylaxe zerebraler Krampfanfälle gegeben [C]. Bei Schlafstörungen im Entzug kann vorrangig Amitriptylin 25 bis 100mg eingesetzt werden {Srisurapanont & Jarusuraisin 1998} Ib [C].

Die Kontraindikationen durch eine etwaige initiale Intoxikation und durch Arzneimittelinteraktionen sind zu berücksichtigen. So sind zum Beispiel MAO-Hemmstoffe bei Opiatkonsumenten grundsätzlich nicht anzuwenden. Arzneimittel mit Suchtpotential sind möglichst zu vermeiden [C].

Bei unabwiesbarer Indikation für ein Benzodiazepin sollte eine Substanz mit langsamer Anflutungsgeschwindigkeit wie zum Beispiel Oxazepam verwendet werden {APA 1995} IV [C]. Darüber hinaus gelten für Medikationen in der Akutbehandlung Opiatabhängiger keine besonderen Einschränkungen.

#### 4.1.2 Kontraindikationen

Die gleichzeitige Gabe von Opiatagonisten und -antagonisten ist kontraindiziert. IV [C]. Schwangerschaft stellt eine Kontraindikation für den narkosegestützten Entzug dar {APA 1995} IV [C].

Kontraindikationen für einen clonidingestützten Entzug sind Herzerkrankungen {APA 1995 91 /id}, insbesondere Erkrankungen des Sinusknotens {Hähnchen 1999} IV, Arterielle Hypotonie {APA 1995}, {Hähnchen 1999} IV, Nieren- und Stoffwechselerkrankungen {APA 1995} IV, Schwangerschaft, da bisher keine Daten vorhanden {APA 1995} IV und fehlende patientenseitige Akzeptanz eines mitigierte Entzugssyndromes (Craving, Schlafstörungen und Muskelschmerzen) {Hähnchen 1999} IV [C].

Bei komorbiden Psychosen, besonders wahnhafter Depression oder mit Angststörung, kann es beim schnellen clonidingestützten Entzug zur Exacerbation der vorbestehenden Störung kommen (Gold 1979) IV. Da Opioide besonders während langfristiger Einnahme, z.B. während einer Methadonsubstitutionsbehandlung, bei komorbiden Patienten eine stabilisierende Wirkung auf den Verlauf der Psychosen haben, bietet die langsame Methadonreduktion, evtl. mit antidepressiver oder anxiolytischer Behandlung einen Schutz gegenüber dem Wiederauftreten der Psychose. Eine eigene depressiogene oder psychotogene Wirkung des Clonidin bei der eher kurzen Behandlung des Opioidentzugs ist in der Literatur jedoch nicht beschrieben.

Bei großem regelmäßigem Heroinkonsum oder aktueller Methadonsubstitution mit mehr als 30 mg pro Tag {Hähnchen 1999} IV. sowie bei Medikation mit einem trizyklischen Antidepressivum in den letzten drei Wochen (Wirkungsabschwächung) {Hähnchen 1999} IV ist die Clonidinwirkung wahrscheinlich unzureichend [C].

#### 4.1.3 Dosierungen und Anwendungsdauern

##### 4.1.3.1 Opioidgestützter Entzug

Medikationen werden zunächst in einer Dosis gegeben, die eine wesentliche Entzugssymptomatik unterdrückt IV.

Empfohlen wird am ersten Tag zum Beispiel die Gabe von 10 oder 20 mg Methadon, die bei Fortbestehen oder Zunahme von Entzugssymptomen alle zwei bis vier Stunden wiederholt werden kann IV. Bei ausschließlichem Heroinkonsum muß eine Gesamtdosis von 40 mg Methadon im stationären Setting in den ersten 24 Stunden selten überschritten werden. Bei Methadonsubstituierten richtet sich die Ausgangsdosis nach der täglich eingenommenen Substitutionsmenge IV [C].

Im ambulanten Setting wird unter höheren Anfangsdosis (60 statt 30 mg Methadon täglich) ein niedrigere Opiatbeigebrauch beobachtet {Stitzer et al. 1984} Ib [B]. Gleichzeitig wächst im ambulanten Setting bei Methadondosen oberhalb von 30 mg die Gefährdung des Patienten an [C].

Im stationären Setting dauert die Dosisfindungsphase bei vorausgegangenem Heroinkonsum gewöhnlich 24 Stunden. Im ambulanten Entzug kann sie aufgrund des Beikonsums mehrere Wochen beanspruchen [C].

Eine Bestimmung der Plasmaspiegel des Pharmakons ist nur erforderlich, wenn sich im Einzelfall aufgrund raschen Wirkungsverlustes der Verdacht auf eine abnorm beschleunigte Metabolisierung ergibt IV [C].

Bei vorausgegangenem regelmäßigem Konsum von anderen illegalen Drogen, Benzodiazepinen oder von Alkohol wird immer im stationären Setting zunächst von diesen

psychotropen Substanzen entzogen. In dieser Phase wird die Dosis des Opiatsubstitutes konstant gehalten {Kosten 1991} IV [C].

Anschließend wird das Opiat schrittweise reduziert und abgesetzt. Dies kann linear zum Beispiel in Schritten von 5mg pro Tag {APA 1995}, degressiv oder in Schritten, die anhand der Entzugssymptomatik festgesetzt werden, erfolgen {Strang & Gossop 1990} Ib, {Amass et al. 1994} Ib [B].

Eine langsamere Reduktion vermindert die Entzugssymptomatik und verlängert die Zeit, die für weitere Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung steht {APA 1995} [C].

Zum Vergleich der Auswirkungen einer verdeckten {Kleber 1977} Ia gegenüber einer vom Arzt mitgeteilten oder aber auch einer vom Patienten selbst bestimmten Methadondosis {Senay et al. 1984} Ib, {Razani et al. 1975} IIb auf den Entzugsverlauf ist die Datenlage ungenügend.

Alternativ kann Buprenorphin verwendet werden {Fingerhood et al. 2001} IIa. Es wird am ersten Tag bis zu einer Gesamtdosis von üblicherweise nicht mehr als 8mg gegeben {APA 1995} [C]. Aufgrund des nur partiellen Agonismus am m-Rezeptor nimmt bei höheren Dosen von Buprenorphin die Wirkung nicht weiter zu, so daß die Gefahr der respiratorischen Insuffizienz geringer ist {APA 1995} [C]. Die Applikation erfolgt vorzugsweise sublingual und ist täglich, drei x pro Woche oder jeden dritten beziehungsweise vierten Tag ausreichend {Petry et al. 1999} Ib [B]. Das Entzugssyndrom nach dem Absetzen ist bei Buprenorphin geringer als bei Methadon {APA 1995}. Da die Wirkung des Buprenorphins länger andauert als die des Methadons, ist es wahrscheinlich wichtig, den Entzugsverlauf über eine längere Zeit nach der letzten Dosis zu dokumentieren [C]. Es fehlen allerdings noch Studien, die diesen Aspekt betrachten.

Der forcierte ambulante Entzug, der lediglich eine 21-tägige Methadongabe vorsieht, ist mit deutlich höheren Abbrecherquoten belastet als die über 84 Tage ausschleichende Medikation {Senay et al. 1981} Ib [B].

Im vollstationären Setting dagegen ist eine im Verlauf von 10 Tagen ausschleichende Dosierung von Methadon für viele Patienten ausreichend {Gossop et al. 1989} IIb [C]. Dabei muß die Behandlungsplanung der Tatsache Rechnung tragen, daß Entzugssymptomatik in den Tagen nach Absetzen des Methadons ihr Maximum erreicht {Washton & Resnick 1981} Ia, {Gossop & Strang 1991} IIa, Cami 1985 Ib und innerhalb der nächsten zwei Wochen abklingt {Gossop & Strang 1991} IIa, {Gossop et al. 1989} IIb und {Gossop et al. 1987} IIa, {Tretter et al. 2000} IV [A]. Verlegungen in abstinenten Behandlungssettings am Tage nach der letzten Methadondosis sind daher verfrüht IV [C].

Bei längerfristig methadonsubstituierten Patienten ist die Entzugssymptomatik schwerer {Gossop & Strang 1991} IIa. Gegebenenfalls ist die Abdosierungsphase zu verlängern [C].

#### 4.1.3.2 Clonidingestützter Entzug

Clonidin wird nach Abklingen der Opiatwirkung oder 24 Stunden nach der letzten Methadonsubstitution erstmalig gegeben. Bei Heroin und anderen Opioiden mit kurzer Halbwertszeit erfolgt die Clonidingabe alle 4 Stunden, bei vorangegangener Methadonsubstitution ist die Verabreichung von drei Dosen pro Tag oft ausreichend. Initial wird eine Dosis von 0,15 mg oral gegeben. Zwei Stunden später kann nach Kontrolle von Puls und Blutdruck die nächste Gabe erfolgen.

Die Dosis richtet sich nach der Entzugssymptomatik und nach den typischen Nebenwirkungen der Medikation wie z. B. Hypotonie, Bradykardie, Sedierung und Schwindel. Bei einem Blutdruck < 90/60 mmHg {Kleber 1994} oder < 85/55 mmHg {Hähnchen 1999} IV wird die folgende Clonidingabe so lange zurückgehalten, bis der Blutdruck über diesen Wert gestiegen ist.

Bei einer vorausgegangenen Methadonsubstitution steigt die Tagesdosis dabei bis zum dritten Behandlungstag in der Regel von 0,4 auf 0,6 bis 1,2 mg an und dauert 10 bis 14 Tage {Kleber 1994}, {APA 1995}. Sie sollte 17 mg / Kg Körpergewicht nicht überschreiten {Hähnchen 1999} IV [C].

## 4.2 Einleitung einer Naltrexonbehandlung

Im Anschluß an die Entzugsphase kann zur Unterstützung der Opioidabstinenz eine Naltrexon-Dauertherapie eingeleitet werden. Sie sollte frühestens sieben Tage nach der letzten Methadongabe (oder 5 Tage nach dem letzten Konsum kurz wirksamer Opioiden (z.B. Heroin) begonnen werden, da andernfalls ein schweres Entzugssyndrom provoziert werden kann {APA 1995} IV [C].

Vor der ersten Naltrexondosis ist die probatorische intravenöse oder intramuskuläre Gabe des kurzfristiger wirksamen Naloxon möglich [C].

### 4.3 Psychotherapie

Vorrangige Ziele der Psychotherapie innerhalb der Akutbehandlung sind die Festigung der Behandlungsmotivation, die Vermittlung positiver Erfahrungen mit psychotherapeutischen Elementen und die Formulierung individueller Behandlungsziele, die in der Phase der Postakutbehandlung aufgegriffen werden können [C].

Psychotherapie beginnt mit dem Aufbau einer hilfreichen Beziehung und mit gezielten motivationsfördernden Interventionen beim ersten Kontakt. Dies gilt auch, wenn eine Intoxikation oder bereits eine Entzugssymptomatik besteht.

Bei geringer Abstinenz- und Behandlungsmotivation hat sich z. B. die Technik des Motivational Interviewing {Miller & Rollnick 1991},{Miller & Rollnick 1999} (siehe auch [www.motivationalinterview.org/training](http://www.motivationalinterview.org/training)) bewährt. Dieses Verfahren ist für alle an der Behandlung Drogenabhängiger beteiligten Berufsgruppen geeignet [C].

Kognitive Therapie {Woody et al. 1984} Ib {APA 1995}, Verhaltenstherapie {APA 1995}, Psychodynamische Therapie {Woody et al. 1984} Ib, {APA 1995} und Systemische Therapie {APA 1995} können aufgrund der vorliegenden Daten bei Opiatkonsumenten grundsätzlich als wirksam angesehen werden. Auch diese Interventionen können sich über den gesamte Verlauf der Entzugsbehandlung erstrecken. Die Differentialindikation zwischen diesen Verfahren richtet sich nach den gleichen Kriterien wie bei Patienten ohne substanzbezogene Störungen {APA 1995} [C].

In Kombination mit Kontrollen auf Drogenfreiheit und unterstützenden Maßnahmen kann psychodynamische Gruppenpsychotherapie die Aufrechterhaltung von Abstinenz fördern {Khantzian et al. 1990} [C].

Im stationären Setting hat sich das Prinzip der Therapeutischen Gemeinschaft als effektiv erwiesen {APA 1995}, {Trüg 1992} III [C].

### 4.4 Patientenschulung ("drug-counseling")

Patienten sollen über ihre Abhängigkeitserkrankung und speziell darüber informiert werden, daß sie sich nach dem Verlust der Opiattoleranz bei einem erneuten Konsum einem deutlich erhöhten Risiko für eine tödliche Überdosierung aussetzen [C].

Die Gefahren der Infektion und der Superinfektion u. a. mit Hepatitis C Virus, Hepatitis B Virus und HIV durch eine Injektion unter Verwendung unsteriler Kanülen, Spritzen, Löffel, Filter e. t. c. sollten dargestellt werden {Reymann et al. 2001} IV [C]. Auf die Möglichkeit der Impfung gegen Hepatitis B {STIKO 1995} und der Interferonbehandlung der Hepatitis C auch unter laufender Methadonsubstitution {Berisha et al. 2000} III, {Haltmayer et al. 2001} IV ist hinzuweisen [C]. Die Symptomatik und die Behandlungsmöglichkeiten weiterer häufig mit Drogenkonsum assoziierter Erkrankungen (z. B. Abszeß, Endokarditis lenta) können ausgeführt werden. Regeln für einen risikoärmeren Konsum wie zum Beispiel der Verzicht auf Opiatjektionen ohne die Anwesenheit von Vertrauten, der Verzicht auf Ingestion von Alkohol und von Benzodiazepinen direkt vor der Injektion können fachlich begründet dargestellt und diskutiert werden. Die Beeinträchtigung der patientenseitigen Abstinenzorientierung durch die Vermittlung dieser Informationen ist in den meisten Situationen weniger schwer zu gewichten als der mit dieser Informationsvermittlung verbundene patientenseitige Nutzen VI [C].

Für einige Personen stellen Selbsthilfegruppen eine Unterstützung dar, abstinente Sozialkontakte auszubauen, Situationen mit hohem Rückfallrisiko zu meiden und aktuelle eigene Rückfallnähe frühzeitig zu erkennen {APA 1995} IV.

Die Weigerung an einer solchen Gruppe teilzunehmen ist nicht mit einer fehlenden Behandlungsmotivation gleichzusetzen {APA 1995} IV.

Obwohl deren Effizienz nicht ausreichend durch Studien belegt ist, können Selbsthilfegruppen für Opiatkonsumenten empfohlen werden {Christo & Franey 1995} III [C].

### 4.5 Soziotherapie

Sie ist unverzichtbarer Anteil der Gesamtbehandlung {APA 1995} [A] und unterstützt den Opiatkonsumenten in seinem Bemühen, die negativen Folgen der Erkrankung unter anderem auf die

finanzielle und rechtliche Situation wie auch auf die Bereiche Wohnen, Erziehung, soziale Kontakte und Arbeit zu vermindern. Soziotherapie versetzt die Patienten oft erst in die Lage, suchtmmedizinische Behandlung in Anspruch zu nehmen und sich auf langfristige Therapieangebote vorzubereiten. Innerhalb eines umfassenderen Behandlungsrahmens ist die Effizienz der Soziotherapie bei Opiatabhängigen bestätigt worden {APA 1995} [B].

Sofern der Patient einwilligt und von diesem Kontakt keine Gefährdung der Behandlung ausgeht, ist das soziale Umfeld des Patienten in die Therapie einzubeziehen. Gespräche werden, wenn irgend möglich, nur im Beisein des Patienten geführt und Schriftstücke mit ihm zusammen durchgegangen. Andernfalls wird der Patient über deren Inhalt informiert [C].

Mit dem Patienten kann schriftlich vereinbart werden, daß Informationen über die Behandlung in bestimmten Situationen an Dritte weitergegeben werden. So entbinden Patienten die behandelnden Ärzte zum Beispiel gegenüber Gerichten, Staatsanwaltschaften, Standesorganisationen, Arbeitgebern oder Angehörigen von der ärztlichen Schweigepflicht bezüglich eines erneuten Opiatkonsumes oder der Beendigung der Behandlung. Es gibt keinen Hinweis darauf, daß eine solche Absprache die Behandlung belastet {Leukefeld & Tims 1990}, {Beane & Beck 1991} [C]. Oft kann die Einbeziehung von unterstützenden und aktuell opiatfreien Kontaktpersonen die Behandlungsmotivation erhöhen {APA 1995} [C].

#### 4.6 Bewegungstherapeutische Verfahren

Hierzu gehören Lauftraining, Sporttheapie, klassische Bewegungstherapie und konzentrierte Bewegungstherapie. In der oben genannten Reihenfolge können sie ihrer Zielrichtung nach mit Überlappungen auf einem Kontinuum zwischen Konditions- und Muskelaufbau einerseits und einer intensiveren Körperwahrnehmung angeordnet werden. Diese Verfahren werden bei Drogenabhängigen ganz überwiegend oder ausschließlich im Gruppensetting durchgeführt und finden bei ihnen breite Akzeptanz {Trüg 1992} III [C]. Ferner ermöglichen sie dem Einzelnen, seine Position in der Gruppe prägnanter wahrzunehmen und gegebenenfalls daraus weiterführende individuelle Therapieziele zu entwickeln [C]. Obwohl die Wirksamkeit der zumindest mehrmals wöchentlich angewendeten bewegungstherapeutischen Verfahren in der stationären Akutbehandlung Drogenabhängiger allgemein als erwiesen angesehen wird, sind die hierzu publizierten Daten noch gering {Dannhorn 1986} IV, {Reymann & Wiegand 2000} IV.

#### 4.7 Ergo- und Kunsttherapie

Diese nonverbalen Therapieverfahren aktivieren den Patienten indem sie zunächst Zeit, Räumlichkeiten und Materialien wie Papier, Farben, Holz, Stein, Glas oder Kunststoffe zusammen mit geeigneten Werkzeugen zur Verfügung stellen.

Ergotherapie legt ihren Schwerpunkt auf die Förderung der Wahrnehmung der konkreten Arbeitsmöglichkeiten mit dem jeweiligen Material und des äußerlichen Arbeitsergebnisses. Dies versetzt den Patienten in eine konkrete und aktive Position gegenüber seiner Umgebung und unterstützt ihn in seinem Bemühen um eine konstruktive Abgrenzung [C].

Kunsttherapie fokussiert stärker auf den Arbeitsprozeß. Sie umfaßt immer zumindest beim Abschluß eines Werkstückes eine Reflexion, die die Beziehung zwischen dem Arbeitsprozeß beziehungsweise zwischen dem daraus entstandene Werk und seinem Urheber beleuchtet. Sie stärkt die Introspektions- und Verbalisationsfähigkeit und unterstützt den Patienten, persönliche weiterführende Therapieziele zu entwickeln [C].

In der Akutbehandlung werden beide Verfahren ganz überwiegend in der Gruppe durchgeführt. Obwohl die Wirksamkeit der zumindest mehrmals wöchentlich angewendeten kreativtherapeutischen Verfahren in der stationären Akutbehandlung Drogenabhängiger allgemein als erwiesen angesehen wird, sind die hierzu publizierten Daten mangelhaft [C].

#### 4.8 Krankenpflege

Der Krankenpflege kommen in der stationären Akutbehandlung Opiatabhängiger u. a. die folgenden drei wesentlichen Aufgaben zu:

Zunächst geht es um den Aufbau, die Aufrechterhaltung und die Beendigung einer an sieben Tagen der Woche über 24 Stunden durchgetragenen professionellen Beziehung. Diese Beziehung ist alltagsnah und bei etwaiger Behandlungspflege auch stark körperbezogen.

Zweitens obliegt dem Pflegedienst eine umfassende Verlaufsbeurteilung, die sich nicht auf die

Überwachung von Vitalparametern und Entzugssymptomen beschränkt, sondern die das gesamte Verhalten, den Affekt und die Motivation jedes Patienten einschließt.

Drittens sichert der Pflegedienst den für eine erfolgreiche Behandlung erforderlichen drogenfreien Raum. Dies erreicht er durch die Umsetzung und die ständige Weiterentwicklung der verabredeten Stationsordnung sowie durch verschiedene Überwachungen und Kontrollen, deren Art und Umfang auf die jeweilige Patientenschaft, die lokale Drogenszene sowie auf personelle und bauliche Gegebenheiten abzustimmen sind.

Obwohl die Wirksamkeit des durchgängigen pflegerischen Einsatzes in der stationären Akutbehandlung Drogenabhängiger als erwiesen angesehen wird, sind die hierzu publizierten Daten mangelhaft [C].

#### 4.9 Weitere Behandlungsansätze

##### Akupunktur

Über eine Beeinflussung des endorphinergen Systems hat Akupunktur möglicherweise eine über den Placeboeffekt hinausgehende beschwerdelindernde Wirkung im Opioidentzug {Wen & Cheung 1973} IV. Die gleichzeitige Anwendung von Akupunktur und Opiatantagonisten ist kontraindiziert {Hähnchen 1999} IV [C].

Aufgrund der Vielfalt der beschriebenen Akupunkturverfahren und der Qualität {APA 1995} und der Widersprüchlichkeit {Hähnchen 1999} IV ihrer bisher vorliegenden Ergebnisse kann hier jedoch keine gezielte Empfehlung gegeben werden {National Council Against Health Fraud 1991} IV [C].

##### Ökotrophologie

In mehreren Stationen qualifizierter Akutbehandlung unterstützt eine Ökotrophologin die Drogenabhängigen, sich vollwertige Mahlzeiten selbst zu planen und zuzubereiten. Dies kann nach Einschätzung dieser Teams bei den Patienten die Sorge für die eigene Gesundheit und die Aktivität der Therapeutischen Gemeinschaft fördern. Systematische Evaluationen hierzu liegen nicht vor.

## 5. Besonderheiten bei polyvalentem Suchtmittelkonsum

Mit wenigen Ausnahmen konsumieren Opiatabhängige in erheblichem Ausmaß auch weitere psychotrope Substanzen. Dies kann die Durchführung und der Erfolg der Behandlung erheblich beeinträchtigen und ist insbesondere bei der Anamneseerhebung, dem Drogenscreening und der Behandlungsplanung zu berücksichtigen [C].

Grundsätzlich ist mit dem Patienten im Einzelfall für jede konsumierte Substanz(-gruppe) gesondert zu klären, ob und ggf. welche Probleme durch ihren Konsum hervorgerufen werden und ob aktuell eine Abstinenzmotivation besteht. Diese ist zu konkretisieren und nach Möglichkeit umzusetzen [C].

Ein besonders hohes Gefährdungspotential ergibt sich im ambulanten Setting aufgrund der Verstärkung der Atemdepression für Drogenabhängige vor allem bei dem parallelen Konsum von Alkohol und von Sedativa (Benzodiazepinen) [C]. In dieser Situation ist es ärztlicherseits vertretbar, bei polytoxikomanen Opiatabhängigen die Motivationsarbeit zunächst auf den Beikonsum dieser Substanzen zu fokussieren [C].

Im stationären Setting wird wegen des Zweckes der Behandlung und zur Aufrechterhaltung der Abstinenzorientierung innerhalb der Patientenschaft in der Regel Abstinenz verschiedenen Gruppen psychotroper Substanzen gefordert. So wird auf den meisten Stationen des Qualifizierten Opioidentzuges lediglich der eigenständige Konsum von Tabak sowie von Coffein, Thein und Theobromin in kulturtypischen Dosen und Konsumformen den Patienten zugestanden [C].

Innerhalb dieser Rahmenbedingungen wird im Einzelfall abgesprochen, bezüglich welcher der konsumierten Suchtmitteln in welchen Schritten wann Abstinenz angestrebt wird.

Ärztlicherseits werden bei einem gestuften Vorgehen für die Mehrzahl der Patienten die folgenden Priorisierungen vorgeschlagen [C].

Im ambulanten Setting:

Sofern keine Indikation für eine sofortige Krankenhausaufnahme besteht wird zunächst eine Opioidsubstitution eingeleitet

In einem zweiten Schritt wird vorrangig der Alkoholkonsum über entsprechende Kontrollen weiter

reduziert

In einem dritten Schritt wird vorrangig der Benzodiazepinkonsum weiter reduziert und beendet. Anschließend wird etwaiger weiterer Beikonsum reduziert.

Im stationären Setting:

Mit der stationären Aufnahme wird der Konsum von Heroin, Alkohol, Cannabis, Kokain, Stimulanzien, Halluzinogenen und flüchtigen Lösungsmitteln eingestellt. Eine stabile Substitutionsdosis für Opioide und ggf. für Benzodiazepine wird bestimmt und ein etwaiger Alkoholentzug adäquat behandelt.

Nach Abschluss des Alkoholentzuges wird das Benzodiazepin gestuft reduziert und abgesetzt. Anschließend oder einige Tage überlappend wird der Opioidentzug begonnen.

Der Nikotinentzug wird ärztlich unterstützt, sobald patientenseitig eine entsprechende Motivation besteht. Das gleiche gilt im ambulanten Setting auch für den Cannabiskonsum.

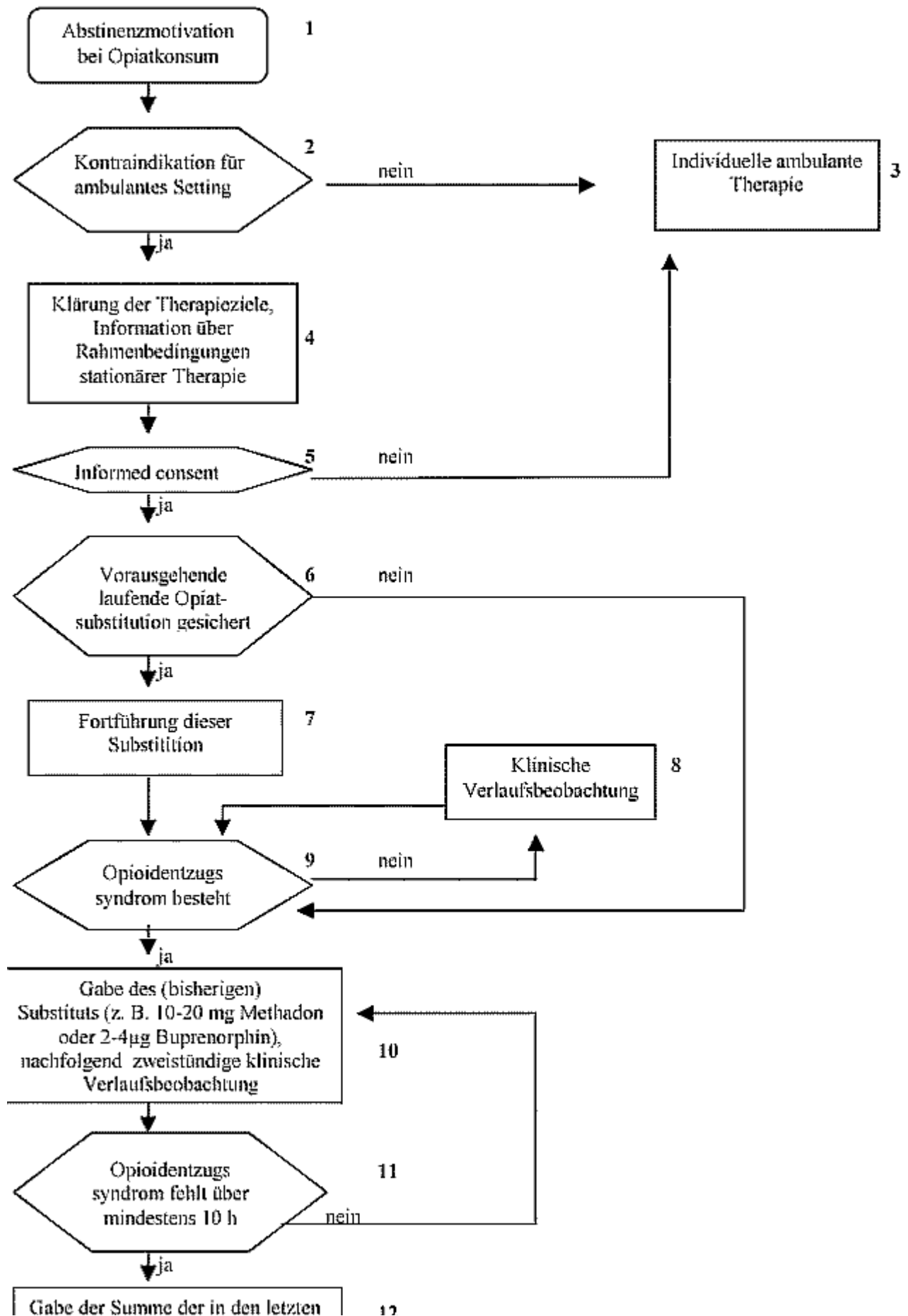
Zur Diagnostik und Behandlung der durch die verschiedenen Suchtmittel provozierten Störungen wird auf die entsprechenden Leitlinienkapitel verwiesen.

## 6. Hinweis auf das neonatale Entzugssyndrom

Das neonatale Opioid-Entzugssyndrom zeigt sich u. a. durch Übererregbarkeit, gastrointestinale, vegetative Symptome sowie durch Tremor, Myoklonien oder Krampfanfälle. Die Behandlung erfolgt in Deutschland meist durch Tinctura Opii (einer aus pulverisiertem Opium hergestellten Flüssigkeit mit 0,4 bis 10 mg Morphin /ml, verschiedenen anderen Opioid-Alkaloiden und ca. 20% Alkohol) oder Phenobarbital. Der in den USA verbreitete Einsatz von Paregoric {Kandall 1999}, einer morphinhaltigen Lösung, ist wegen des Kampfer- und des Alkoholgehaltes (44-46%) problematisch IVReyWol. Weitere untersuchte Substanzen sind Morphin als Monopräparat, Methadon, Chlorpromazin (breiter Einsatz in GB; Vorteil: Beeinflussung gastrointestinaler Symptome, Nachteil: Senkung der Krampfschwelle), Clonidin (bisher tierexperimentell {Little et al. 1996}) und Diazepam (reduziert Saugreflex, klinisch wenig geeignet). Alle bisher publizierten Studien haben methodische Einschränkungen {Theis et al. 1997}. Zur Anwendung der Tinctura Opii gibt es eine kleine kontrollierte Studie {Coyle et al. 2002} Ib [C]. Die Daten anderer Opioidlösungen sind allerdings günstig. Die Monotherapie mit Morphin erwies sich gegenüber Phenobarbital und Diazepam oder gegenüber einer Kombination von Morphin, Phenobarbital und Diazepam als wirksamer {Pacífico et al. 1989} IIa. Die Wirkung von Phenobarbital ist untersucht z. B. {Carin et al. 1983}Ib. Sein Einsatz scheint klinisch sinnvoll, wenn Hyperexzitabilität zu beobachten ist IV. Unter Behandlung mit Barbituraten vermehrt auftretende Krampfanfälle {Kandall et al. 1983} Ib sprechen eventuell auf Opioide an {Wijburg et al. 1991} IV [C]. Wichtig ist die exakte Erfassung der Entzugssymptomatik als Grundlage für Behandlungsindikation und Dosisbestimmung IV [C]. Die zur Zeit laufende multizentrische SwiDeColl Studie greift den enormen Forschungsbedarf bezüglich des neonatalen Opioidentzugssyndromes auf.

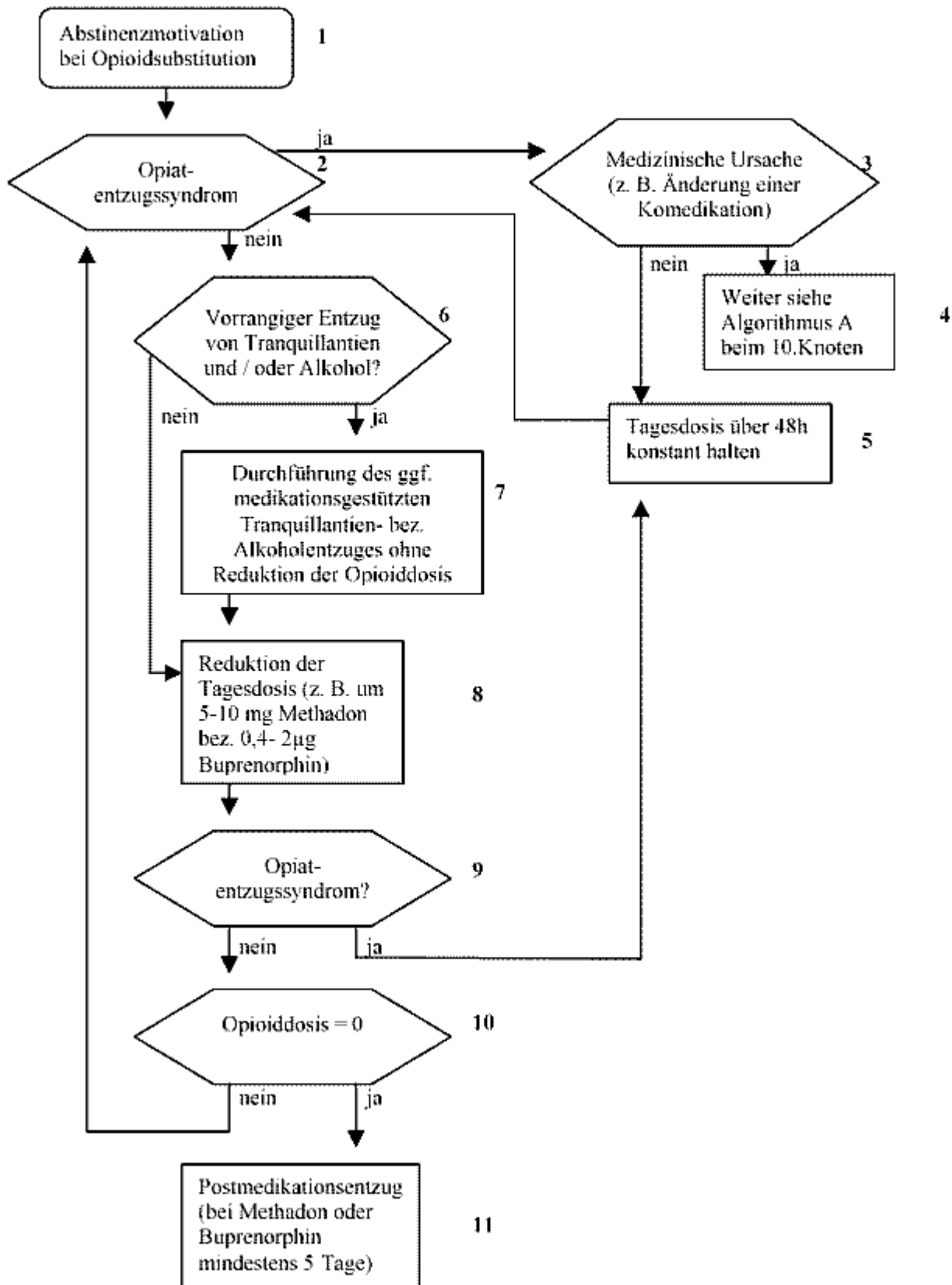
---

### Klinischer Algorithmus (A) gemäß Manual der AWMF und der ÄZQ {Lorenz & Ollenschläger 2000} zum initialen Einsatz von Opioiden im stationären Setting





Klinischer Algorithmus (B) gemäß Manual der AWMF und der ÄZQ {Lorenz & Ollenschläger 2000} zum Entzug durch Abdosieren von Opioiden im stationären Setting



---

## Literatur:

- Amass L, Bickel WK, Higgins ST, Badger GJ. Alternate day dosing during buprenorphine treatment of opioid dependence. *Life Sci* 1994; 54(1215):1228.
- Beane EA, Beck JC. Court based civil commitment of alcoholics and substance abusers. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1991; 19:359-366.
- Beek-Verbeek van G, Fraenkel HM, Ree van JM. Des-Gly9-(Arg8)-vasopressin may facilitate methadone detoxification of heroine addicts. *Subst Alcohol Actions Misuse* 1983; 4:375-382.
- Beld M, Penning M, van Putten M, van de Hoek A, Damen M, Klein MR et al. Low Levels of Hepatitis C Virus RNA in Serum, Plasma, and Peripheral Blood Mononuclear Cells of Injecting Drug Users During Long Antibody- Undetectable Periods Before Seroconversion. *Blood* 1999; 94(4):1183-1191.
- Berisha P, Fried R, Gotthard F, Jochum A. Therapie der chronischen Hepatitis- C bei Patienten in einem offiziellen Methadonprogramm: tägliche Induktion mit Roferon- A gefolgt von einer Standard Roferon- A Therapie. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis* 2000; 2(Suppl 1):246.
- Bertschy G, Bryois C, Bandolfi G, Velardi A, Budry P, Dascal D et al. The Association Carbamazepine - Mianserin in Opioid withdrawal: A double blind pilot study versus clonidine. *Pharmacologist Research* 1997; 35:451-456.
- Bundesregierung. Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psychiatrie- Personalverordnung - Psych-PV). *Bundesgesetzblatt*, 2930-2939. 18-12-1990. Ref Type: Bill/Resolution
- Bundesregierung. Betäubungsmittel- Verschreibungsverordnung. *Bundesgesetzblatt I*, S. 74-S. 80. 20-1-1998. BtMVV. Ref Type: Bill/Resolution
- Bundesregierung. Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz - IfSG). 1045-1077. 20-7-2000. *Bundesgesetzblatt Jahrgang 2000 Teil Nr. 33*. Ref Type: Bill/Resolution
- Dannhorn R. Sportprogramme in der Suchtbehandlung aus psychoanalytischer Sicht. *Suchtgefahren* 1986; 32:323-330. Carnwath T, Hardman J. Randomised double-blind comparison of lofexidine and clonidine in the out-patient treatment of Opioid withdrawal. *Drug and Alcohol Dependence* 1998; 50:251-254.
- Cami J, De Torres S, San L, Sole A, Guerra D, Ugena B. Efficacy of clonidine and of methadone in the rapid detoxification of Patients dependent on heroine. *Clin Pharmacol Ther* 1985; 38:336-341.
- Carin I, Glass L, Parekh A, Solomon N, Steigman J, Wong S. Neonatal methadone withdrawal. Effect of two treatment regimens. *Am J Dis Child* 1983; 137(12):1166-1169.
- Charney DS, Sternberg DE, Kleber HD, Heninger GR, Redmond D. The Clinical Use of Clonidine in Abrupt Withdrawal From Methadone. Effects on Blood Pressure and Specific Signs and Symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38:1273-1277.
- Christo G, Franey C. Drug users' spiritual beliefs, locus of control and the disease concept in relation to Narcotics Anonymous attendance and six-month outcomes. *Drug Alcohol Depend* 1995; 38(1):51-56.
- Coyle M, Ferguson A, Lagasse L, Oh W, Lester B. Diluted tincture of opium (DTO) and phenobarbital versus DTO alone for neonatal Opioid withdrawal in term infants. *J Pediatr* 2002; 140(5):561-564.
- Fingerhood MI, Thompson MR, Jasinski DR. A Comparison of Clonidine and Buprenorphine in the Outpatient Treatment of Opioid Withdrawal. *Substance Abuse* 2001; 22(1):193-199.
- Fischer G, Johnson RE, Eder H, Jagsch R, Peternell A, Weninger M et al. Treatment of opioid-dependent pregnant women with buprenorphine. *Addiction* 2000; 95:239-244.
- Gastpar M, Reymann G. Die Akutbehandlung opioidabhängiger Patienten im Jahre 2001. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung* 2002;(96):301-306.
- Gerra G, Marcato A, Caccavari R, Fontanesi B, Delsignore R, Fertoni G et al. Clonidine and Opioid receptor antagonists in the treatment of heroin addiction. *J Subst Abuse Treat* 1995; 12:35-41.
- Ghodse H, Myles J, Smith SE. Clonidine is not useful adjunct to methadone gradual detoxification in opioid addiction. *Br J Psychiatry* 1994; 165:370-374.
- Gold MS, Redmond DE, Kleber HD. Clonidine blocks acute Opioid-withdrawal symptoms. *Lancet* 1978; 323:599-602.
- Gold MS, Pottasch AL, Sweeney DR, Kleber HD, Redmond DE. Rapid Opioid detoxification: clinical evidence of antidepressant and antipanic effects of Opioids. *Am J Psychiatry* 1979; 136(7):982-983.
- Gossop M, Bradley B, Phillips GT. An investigation of withdrawal symptoms shown by Opioid addicts during and subsequent to a 21-day in-patient methadone detoxification procedure. *Addict Behav* 1987; 12:1-6.
- Gossop M, Griffith P, Bradley B, Phillips GT. Opioid withdrawal symptoms in response to 10- days

- and 21- days in-patient methadonewithdrawal programm. Br J Psychiatry 1989; 154:360-363.
- Gossop M. The development of a short Opioid withdrawal scale (SOWS). Addictive behaviors 1990; 15:487-490.
  - Gossop M, Strang J. A Comparison of the Withdrawal Responses of Heroin and Methadone Addicts during Detoxification. Br J Psychiatry 1991; 158:697-699.
  - Gowing L, Farrell M, White J. Alpha2 adrenergic agonists for the management of opioid withdrawal (Cochrane Review). The Cochrane Library[1]. 2002.
  - Gupta AK, Jha BK. Clonidine in heroine withdrawal syndrome: a controlled study in India. British J of Addiction 1988; 83:1079-1084.
  - Gsellhofer B, Küfner H, Vogt M. European Addiction Severity Index- Euro; nach der 5. Aufl. der amerikanischen Version von McLellan und der europäischen Version des ASI; Manual für Training und Durchführung. Hohengehren: Schneider-Verlag, 1999.
  - Hähnchen A. Entwicklung von Leitlinien zur differentiellen Opioidentzugsbehandlung. Medizinische Fakultät der Universität- Gesamthochschule Essen, 1999.
  - Helou A, Lorenz W, Ollenschläger G, Reinauer H, Schwartz F.W. Methodische Standards der Entwicklung evidenz-basierter Leitlinien in Deutschland. Z Ärztl Fortbild Qualitätssich 2000; 94: 330-339
  - Janiri L, Agnes M, Ciaramella A, di-Giannantonio M, Tempesta E. Low-dose fluphenazine and detoxification-induced anxiety in Opioid addicts. Curr Ther Res 1987; 41:516-524.
  - Janiri L, Mannelli P, Persico AM, Serretti A, Tempesta E. Opioid detoxification of methadone maintenance patients using lefetamine, clonidine and buprenorphine. Drug Alcohol Depend 1994; 36(139):145.
  - Jasinski DR, Johnson RE, Kocher TR. Clonidine in morphine withdrawal. Differential effects on signs and symptoms. Arch Gen Psychiatry 1985; 42:1063-1066.
  - Kandall SR, Doberczak TM, Maurer KR, Strashun RH, Korts DC. Opioid v CNS depressant therapy in neonatal drug abstinence syndrome. Am J Dis Child 1983; 137(4):378-382.
  - Kandall S. Treatment strategies for drug-exposed neonates. Clin Perinatol 1999; 26(1):231-243.
  - Khantzian EJ, Halliday KS, McAuliffe WE. Addiction and the vulnerable self: Modified psychodynamic Group Therapy for Substance Abusers. New York: Guilford Press, 1990.
  - Kleber HD. Detoxification from methadone maintenance: The state of the art. Int J Addict 1977; 12:807-820.
  - Kleber HD, Riordan CE, Rounsaville BJ, Kosten T, Charney D, Gaspari J et al. Clonidine in outpatient detoxification from methadone maintenance. Arch Gen Psychiatry 1985; 42:391-394.
  - Kosten TR. Client issues in drug abuse treatment: addressing multiple drug abuse. NIDA Res Monogr 1991; 106:136-151.
  - Kosten TR, Morgan C, Kleber HD. Treatment of heroin addicts using buprenorphine. Am J Drug Alcohol Abuse 1991; 17:119-128.
  - Krystall JH, McDougale CJ, Kosten TR, Price LH, Aghajanian GK, Charney DS. Baclofen-assisted detoxification from Opioides. A pilot study. J Subst Abuse 1992; 9:139-142.
  - Küfner H, Kümmler P, Beloch E, Drobik U, Tretter F. Ergebnisse zum Modellprojekt Antagonistengestützter Opioidentzug. Hohengehren: Schneider Verlag, 2000.
  - Kunze H, Kaltenbach I. Psychiatrie Personalverordnung- Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis. 3 ed. Stuttgart: Kohlhammer, 1996.
  - Landesregierung Nordrhein-Westfalen. Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten. 662-557. 17-12-1999. PschychKG. Ref Type: Bill/Resolution
  - Ladewig D, Stohler R. Das Opioidentzugssyndrom. In: Tretter F, Busello-Spieth S, Bender W, editors. Therapie von Entzugssyndromen. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 1994.
  - Lapane KL, Jakiche AF, Sugano D, Weng CSW, Carey WD. Hepatitis C Infection Risk Analysis: Who Should Be Screened? Comparison of Multiple Screening Strategies Based on the National Hepatitis Surveillance Program. Am J Gastroenterol 1998; 93(4):591-596.
  - Leal P, Stein K, Rosenberg W. What is the cost utility of screening for hepatitis C virus (HCV) in intravenous drug users? J Med Screen 1999; 6:124-131.
  - Leukefeld CG, Tims FM. Compulsory treatment for drug abuse. Int J Addict 1990; 25:621-640.
  - Little P, Price R, Hinton R, Kuhn C. Role of noradrenergic hyperactivity in neonatal Opioid abstinence. Drug Alcohol Depend 1996; 41(1):47-54.
  - Loimer N, Presslich O, Lenz K, Pfersmann D, Schmid R, Fodor G et al. Die "Induzierte Entzugsbehandlung" bei Opiatabhängigen- ein neues Therapiekonzept. Wiener Klinische Wochenschrift 1989; 101:451-454.
  - Lorenz W, Ollenschläger G. Das Leitlinien-Manual der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung (ÄZQ). Z Ärztl Fortbild Qualitätssich ZaeFQ 2000.
  - Marcellin P, Alberti A, Dusheiko G, Esteban R, Manns M, Shouval D et al. EASL International Consensus Conference on Hepatitis C Paris, 26- 28 February 1999, Consensus Statement. Journal of Hepatology 1999; 30:956-961.
  - McArdle P, Wiegersma A, Gilvarry E, McCarthy S, Fitzgerald M, Kolte B et al. International

Variations in Youth Drug Use: The Effect of Individual Behaviours, Peer and Family Influences, and Geographical Location. *European Addiction Research* 2000; 6:163-169.

- McLellan AT, Luborski L, Woody GE, O'Brian CO. An Improved Diagnostic Evaluation Instrument for Substance Abuse Patients- The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1980; 168(1):26-33.
- Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing*. 1 ed. New York: Guilford, 1991.
- Miller WR, Rollnick S. *Motivierende Gesprächsführung- Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen*. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 1999.
- Mirin SM, Batki O, Isbell PG, Kleber H, Schottenfeld RS, Weiss RD et al. Practice Guidelines for the Treatment of Patients With Substance Use Disorders: Alcohol, Cocaine, Opioids. *American Journal of Psychiatry* 1995; 152(11 Suppl):1-80.
- Moecke H. Notärztliche Therapie bei Drogenintoxikation. In: Gölz J, editor. *Moderne Suchtmedizin, Diagnostik und Therapie der somatischen, psychischen und sozialen Syndrome*. Stuttgart New York: Thieme, 1998.
- Müller W, Lorenz W. Leitlinien der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften in der AWMF. In: Lauterbach und Schrappe (Hrsg.) *Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine*. Stuttgart, Schattauer 2001; 472- 478.
- National Consensus Development Panel on Effective Medical Treatment of Opioid Addiction. *Effective Medical Treatment of Opioid Addiction*. *JAMA* 1998; 280(22):1936-1943.
- National Council Against Health Fraud. *Acupuncture: The position paper of the National Council Against Health Fraud*. *Am J Acupuncture* 1991; 19:273-279.
- Neal SH, Sparber SB. The serotonin2 antagonist ritanserin blocks quasi-morphine withdrawal at a time when mianserin is no longer effective. *Psychopharmacology* 1990; 100: 258-266
- Nigam AK, Ray R, Tripathi BM. Buprenorphine in Opioid withdrawal: a comparison with clonidine. *J Subst Abuse Treat* 1993; 10:391-394.
- O'Connor P, Carroll K, Shi J, Schottenfeld RS, Kosten TR, Rounsaville BJ. Three methods of opioid detoxification in a primary care setting. A randomized trial. *Annals of Internal Medicine* 1997; 127:526-530.
- Pacifico P, Nardelli E, Pantarotto M. Neonatal heroin withdrawal syndrome; evaluation of different pharmacological treatments. *Pharmacological Research* 1989; 21(Suppl 1):63-64.
- Petry NM, Bickel WK, Badger GJ. A comparison of four buprenorphine dosing regimens in the treatment of opioid dependence. *Clin Pharmacol Ther* 1999; 66:306-314.
- Pfab R, Hirtl C, Hibler A, Felgenheuer N, Chlistalla J, Zilker T. Der Antagonist, induzierte narkosegestützte Opiat Schnellentzug (AINOS). *MMW* 1996; 138:781-786.
- Preston KL, Bigelow GE, Liebson IA. Self-administration of clonidine, oxazepam and hydromorphone by patients undergoing methadone detoxification. *Clin Pharmacol Ther* 1985; 38:219-227.
- Razani J, Chrisholm D, Glasser M, Kappeler T. Self-regulated methadone detoxification of heroin addicts. *Arch Gen Psychiatry* 1975; 32:909-911.
- Reuter D, Polywka S, Iske L, Feucht H-H, Laufs R. Close Correlation between Hepatitis C Virus Serology and Polymerase Chain Reaction in Chronically Infected Patients. *Infection* 1992; 20 (6):320-323.
- Reymann G, Scherbaum N, Bätz B, Kuhlmann T. Hepatitis C-Prophylaxe in der qualifizierten Akutbehandlung intravenös Drogenabhängiger. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis* 2001; 3 (1):16-20.
- Reymann G, Spranger H, Stracke R, Harnisch A, Schulz K, Pulkkinen K et al. Der Beitrag von Komorbidität und sozialer Belastung zur Notwendigkeit einer Krankenhausaufnahme wegen Störungen durch psychotrope Substanzen. *Suchttherapie* 2000; 1(2):98-103.
- Reymann G, Wiegand A. Konzentrierte Bewegungstherapie in der qualifizierten Akutbehandlung Drogenabhängiger. 2000; 11 (2): 87- 89. *Musik-, Tanz- und Kunsttherapie* 2000; 11(2):87-89.
- Rubio G, Alguacil LF, Alamo C, Pascual J, Lopez-Trabada JR. Relapse to Opioid use provokes biphasic changes of blood pressure in heroine-withdrawn addicts treated with clonidine. *Drug Alcohol Depend* 1992; 30:193-198.
- Sackett D L, Rosenberg W M C, Gray J A, et al. Evidence based medicine : What it is and what it is'nt. *Br. Med. J.* 1996; 312: 71-72
- San L, Cami J, Petri JM et al. Efficacy of clonidine, guanfacine, and methadone in the rapid detoxification of heroin addicts: a controlled clinical trial. *Br J Addict* 1990; 85:141-7.
- San L, Fernandez T, Cami J, Gossop M. Efficacy of methadone versus methadone and guanfacine in the detoxification of heroin-addicted patients. *J Subst Abuse Treat* 1994; 11:463-9.
- San L, Puig M, Bulbena A, Farre M. High risk of ultrashort noninvasive Opioid detoxification. *Am J Psychiatry* 1995; 152(6):956.
- Schanda H, Presslich O, Hermann P, Walcher R. In-patients withdrawal treatment of heroin addicts with neuroleptics. *Wien Klin Wochenschr* 1982; 94:43-48.
- Scherbaum N. Änderung der betäubungsmittelrechtlichen Regelungen der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger (15. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung). *Sucht* 2001; 47:319-332.

- Scherbaum N, Gastpar M, Kienbaum P, Peters J. Opioidabhängigkeit - Der Ultra-Kurz-Entzug - Stand der Literatur und eigene Untersuchungen. Deutsches Ärzteblatt 1999; 96:2021-2025.
- Scherbaum N, Gastpar M, Kuhlmann T et al. Prevalence of Syphilis among Drug Addicts in Western Germany. *Addiction* 2002; 97:601-2.
- Scheurich A, Muller MJ, Wetzell H, Angheliescu I, Klawe C, Ruppe A et al. Reliability and validity of the German version of the European Addiction Severity Index (EuropASI). *J Stud Alcohol* 2000; 61(6):916-919.
- Schwoon DR. Motivation - Ein kritischer Begriff in der Behandlung Suchtkranker. In: Wienberg G, editor. *Die vergessene Mehrheit*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1992: 170-182.
- Senay EC, Dorus W, Showalter C. Methadone detoxification self versus physician regulation. *Ann J Drug Alcohol Abuse* 1984; 10:361-374.
- Senay E, Dorus W, Showalter C. Short-term detoxification with methadone. *Ann N Y Acad Sci* 1981; 362:203-216.
- SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) SIGN Guidelines: An introduction to SIGN methodology for the development of evidence-based clinical guidelines, SIGN publication 39, Edinburgh 1999 [www.sign.ac.uk](http://www.sign.ac.uk)
- Sorensen JL, Hargreaves WA, Weinberg JA. Withdrawal from heroin in three or six weeks. Comparison of methadyl acetate and methadone. *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39:167-171.
- Soyka M, Fischer G, Ladewig D, Blanke J, Nowak M, Poehlke T et al. Empfehlungen zur Anwendung von Buprenorphin (SOBUTEX) in der Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Patienten in der Schweiz, Österreich und Deutschland. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis* 2000; 2(1):43-53.
- Srisurapanont M, Jarusuraisin N. Amitriptyline vs. lorazepam in the treatment of Opioid-withdrawal insomnia: a randomized double-blind study. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 97:233-235.
- STIKO. Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut (STIKO). Stand Oktober 1995. *Epidemiologisches Bulletin* 1995; 48:I-XII.
- Stitzer ML, McCaul ME, Bigelow GE, Liebson IA. Chronic Opioid use during methadone detoxification: effects of a dose increase treatment. *Drug Alcohol Depend* 1984; 14:37-44.
- Strang J, Gossop M. Comparison of linear versus inverse exponential methadone reduction curves in a detoxification of Opioid addicts. *Addict Behav* 1990; 15:541-547.
- Täschner K. A Controlled Comparison of Clonidine and Doxepin in the Treatment of the Opioid Withdrawal Syndrome. *Pharmacopsychiatry* 1986; 19:91-95.
- Theis J, Selby P, Ikizler Y, Koren G. Current management of the neonatal abstinence syndrome: a critical analysis of the evidence. *Biol Neonate* 1997; 71(6):345-356.
- Tretter F, Burkhardt D, Bussello-Spieth S, Resiss J, Walcher S, Büchele W. Clinical experience with antagonist-induced Opioid withdrawal under anaesthesia. *Addiction* 1998; 93(2):269-275.
- Tretter F, Nave D, Lukowski T, Bussello-Spieth S. Zum klinischen Verlauf und zur Theorie des Opioidentzuges. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis* 2000; 2(4):193-208.
- Trüg E. Evaluationsstudie zum niedrighschwelligem Drogenentzug opiatabhängiger Patienten in Hamburg- eine empirische Studie. *Sucht* 1992; 38(5):323-335.
- Wanger K, Brough L, Macmillan I et al. Intravenous vs Subcutaneous Naloxone for Out-of-hospital Management of Presumed Opioid Overdose. *Acad Emerg Med* 1998; 5:293-9.
- Washton AM, Resnick RB. Clonidine for Opioid detoxification: outpatient clinical trials. *Am J Psychiatry* 1980; 137:1121-1122.
- Washton AM, Resnick RB. Clonidine vs. Methadone for Opioid detoxification: double-blind outpatient trials. *NIDA Res Monogr* 1981; 34:89-94.
- Wen HL, Cheung SYC. Treatment of Drug Addiction by Acupuncture and Electrical Stimulation. *Am J Acupuncture* 1973; 1:71-75.
- WHO. Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD- 10 Kapitel V (F); Forschungskriterien. Bern, Göttingen, Toronto: Huber, 1994.
- Wijburg FA, de Kleine MJK, Fleury P, Soepatmi S. Morphine as an Anti-Epileptic Drug in Neonatal Abstinence Syndrome. *Acta Paediatr Scand* 1991; 80:875-877.
- Wilson BK, Elms RR, Thomson CP. Outpatient vs. Hospital Methadone Detoxification: An Experimental Comparison. *The International Journal of the Addiction* 1975; 10(1):13-21.
- Woody GE, McLellan AT, Luborski L, O'Brian CO, Blaine J, Fox S et al. Severity of Psychiatric Symptoms as a Predictor of Benefits From Psychotherapy: The Veterans Administration-Penn Study. *Am J Psychiatry* 1984; 141(10):1172-1177.

---

## Verfahren zur Konsensbildung:

Seit September 2000 werden im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) unter der Federführung der

- Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung, und Suchttherapie e. V. (DG-Sucht e.V.; Koordination: Prof. Dr. Schmidt) und der
- Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN e. V.; Koordination: Prof. Dr. Gastpar) Behandlungsleitlinien für substanzbezogene Störungen erarbeitet.

Weiterhin beteiligte Fachgesellschaften und Organisationen sind

- Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie (AÄGP)
- Berufsverband Deutscher Psychiater e.V. (BVDP)
- Berufsverband Deutscher Nervenärzte e.V. (BVND)
- Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA)
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM)
- Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)
- Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (DGPM)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie (DGKJPP)
- Deutsche Suchtmedizinische Gesellschaft
- Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V. (DGRW)
- Deutsche Gesellschaft für Pneumologie
- Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe e.V. (DG-SAS)

Als Ziel der Leitlinien wurde zunächst die Beschreibung des aktuellen Standes der wissenschaftlich begründeten und "evidenz"basierten Medizin (EbM) in der Suchttherapie definiert. Dabei werden Leitlinien als "systematisch entwickelte Entscheidungshilfen über die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen angesehen" (AWMF). Der Prozess der Leitlinienerstellung berücksichtigt das Leitlinienmanual der Ärztlichen Zentralstelle für Qualitätssicherung (ÄZQ) und der AWMF (Helou A. et al. 2000, Lorenz & Ollenschläger 2000).

Entsprechend werden einbezogene wissenschaftliche Studien nach 4 "Evidenz"stärken bewertet:

- Ia: Vorliegen einer Metaanalyse oder von mindestens 2 kontrollierten, randomisierten Studien,
- Ib: mindestens 1 kontrollierte, randomisierte Studie (RCT), IIa: mindestens 1 gut angelegte, kontrollierte Studie (Fallkontroll- oder Kohortenstudie),
- IIb: Therapieverlaufsstudie, quasi experimentell, gut angelegt;
- III: gut angelegte, deskriptive Studie (Vergleichsstudie, Korrelationsstudie);
- IV: Review ohne quantitative Datenanalyse, Kasuistik, Tierversuch, Expertenmeinung.

Das Leitlinienmanual fordert, daß diese Zuordnung zu einem "Evidenz"niveau durch mindestens zwei Personen vorgenommen werden soll.

Der Bezug zur Empfehlung wurde gemäß der American Psychiatric Association (APA 1995) der Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN 1999) nach 3 Empfehlungsklassen vorgenommen:

- A) Empfehlung empirisch gut fundiert (wenigstens eine Metaanalyse, systematisches Review oder 1 RCT oder Studien in der Studienpopulation mit konsistentem Ergebnis; Ia, Ib)
- B) Empfehlung allgemein begründet (mit Studien der "Evidenz"klasse IIa, IIb, III)
- C) Empfehlung im Einzelfall klinisch belegt (Studien der "Evidenz"klasse IV).

Die Erstellung der Texte erfolgte eingedenk von Einschränkungen, dass im Bereich der opioidbezogenen Störungen kontrollierte Studien wegen spezifischer Probleme (bezüglich statistischer Power, multipler Testungen von Therapieeffekten, wechselnde Vergleichsgruppen, inkonsistente Daten der Patientenvariablen) nur begrenzt für die Erstellung von Behandlungsleitlinien nutzbar zu machen sind. Ergebnisse aus kontrollierten klinischen Studien sind auf die klinische Routine oft nur begrenzt generalisierbar, da sie wegen bestimmter Ausschlusskriterien nicht unbedingt repräsentativ sind (Humphreys und Wiesner 2000). Vor diesem Hintergrund werden Leitlinien der Stufe 2 vorgestellt (Müller und Lorenz 2001); diese sind definitionsgemäß überwiegend "evidenz"basiert und werden nach interdisziplinärem Konsens-Prozess vorgelegt  
Die Praxis der EbM bedeutet, dass in ihrer Umsetzung die bestmögliche externe "Evidenz" aus



systematischer Forschung mit der individuellen Expertise zu verknüpfen ist, die Ärzte durch ihre Erfahrung und Praxis erworben haben (Sackett et al. 1996). Damit muss der Inhalt von Leitlinien, der oft aus kontrollierten klinischen Prüfungen stammt, auf dem Hintergrund der individuellen Erfahrung des einzelnen Arztes auf die Komplexität des speziellen Einzelfalles in der Routine der klinischen Praxis angewendet werden.

Die Ausarbeitung der Texte erfolgte in bisher sieben Leitlinien-Konferenzen, persönlichen Treffen der Teilnehmer der Arbeitsgruppen und Telefonkonferenzen. Die finanzielle Absicherung des Leitlinienprozesses wird getragen durch Zuwendungen und Zusagen der DG-Sucht, DGPPN und der Prof. Dr. Mathias-Gottschaldt-Stiftung für Reise- und Druckkosten sowie durch Reisekosten-Unterstützung der Arbeitgeber der Beteiligten. Am 20.9.2001 wurde die erste Gesamtgliederung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Frau Marion Caspers-Merk durch Herrn Prof. Dr. Schmidt überbracht und erläutert

**Verfasser:**

Reymann G, Gastpar M, Tretter F, Hähnchen A, Köhler W, Poehlke T, Wolstein J

**Erstellungsdatum:**

28. Dezember 2003

**Letzte Überarbeitung:****Nächste Überprüfung geplant:**

---

Zurück zum [Index Leitlinien der Suchtforschung und Suchttherapie](#)

Zurück zum [Index Leitlinien der Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde](#)

Zurück zur [Liste der Leitlinien](#)

Zurück zur [AWMF-Leitseite](#)

---

**Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.**

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung übernehmen.

---

**Stand der letzten Aktualisierung: 28. Dezember 2003**

©: DG-Sucht + DGPPN

Autorisiert für elektronische Publikation [AWMF online](#)

HTML-Code aktualisiert: 20.02.2006; 11:13:26