

Inge Hönekopp,  
Heino Stöver (Hg.)

Beispiele Guter Praxis in der Substitutionsbehandlung

LAMBERTUS

# Inhalt

|  |    |
|--|----|
| VORWORT  |    |
| <i>Inge Hönekopp, Heino Stöver</i> .....             | 9  |
| Was macht Spaß an der Substitutionsbehandlung ?..... | 11 |
| <i>Inge Hönekopp</i>                                 |    |

## 1 GRUNDLAGEN

|   |    |
|---|----|
| 1.1 Die Bedeutung der neuen BÄK-Richtlinien   |    |
| <i>Inge Hönekopp</i> .....  | 17 |
| 1.2 Formen der Sicherstellung der Versorgung Opioidabhängiger –<br>Schwerpunktpraxen in Baden-Württemberg                         |    |
| <i>Inge Hönekopp</i> .....  | 27 |
| 1.3 Aufgaben und Potentiale der Qualitätskommissionen   |    |
| <i>Michael Viapiano, Detlef Lorenzen</i> .....  | 31 |
| 1.4 Was kann ein/e Suchtbeauftragte/r der Kassenärztlichen<br>Vereinigungen für die Verbesserung der Substitutionsbehandlung tun? |    |
| <i>Inge Hönekopp</i> .....  | 39 |
| 1.5 Pauschalfinanzierung der „Take-home-Vergabe“. Das Beispiel<br>Hessen  |    |
| <i>Carmen Quattrocchi</i> .....   | 45 |
| 1.6 Der mögliche Beitrag der Apotheken zur Sicherstellung der<br>Dezentralen Versorgung   |    |
| <i>Christiane Fahrmbacher-Lutz</i> .....  | 47 |
| 1.7 Wochenendversorgung in der Substitutionsbehandlung – das<br>„Mannheimer Modell“   |    |
| <i>Inge Hönekopp</i> .....  | 54 |
| 1.8 Modelle guter Praxis – Einblicke aus Patientensicht   |    |
| <i>Dirk Schäffer</i> .....  | 58 |
| 1.9 Interdisziplinarität und Kooperation: Psychiatrie, Suchtmedizin und<br>Gastroenterologie bei HCV                              |    |
| <i>Rüdiger Gellert</i> .....  | 65 |

## Inhalt

---

|  |  |     |
|--|--|-----|
| 1.10   | Behandlung von HIV und HCV<br><i>Markus Backmund</i> .....   | 69  |
| 1.11   | Substitutionsbehandlung in Haft<br><i>Karlheinz Keppler, Bärbel Knorr, Heino Stöver</i> .....  | 79  |
| 1.12   | Kinder von Drogenabhängigen – Rollenkonflikte der Eltern<br><i>Hella-Talina Tatomir</i> .....  | 98  |
| 2 PSYCHIATRIE, PSYCHIOTHERAPIE UND PSYCHOSOZIALE BETREUUNG |  |     |
| 2.1  | Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Psychiatern<br>bei substituierten Patienten<br><i>Sabine Zemke, Tilman Paschke</i> .....            | 109 |
| 2.2  | Psychotherapie und Drogenabhängigkeit<br><i>Sabine Zemke</i> .....   | 112 |
| 2.3  | Psychosoziale Betreuung in der Opiatbehandlung<br><i>Ralf Gerlach, Heino Stöver</i> .....  | 114 |
| 2.4  | Substitutionsbehandlung und psychosoziale Unterstützung – wie kann<br>das (gut) gehen?<br><i>Gundula Rukiek, Aline Blanchot, Inge Brake-Zinecker</i> ..... | 119 |
| 2.5  | Substitutionsgestützte Rehabilitation Drogenabhängiger<br><i>Joachim Köhler, Barbara Schickentanz</i> .....  | 131 |
| 3 BEISPIELE GUTER PRAXIS IN DEN NACHBARLÄNDERN             |  |     |
| 3.1  | Substitutionsbehandlung in der Schweiz. Was wir unter Guter Praxis<br>verstehen<br><i>Ambros Uchtenhagen, Robert Hämmig</i> .....                          | 149 |
| 3.2  | Gute Praxis der Substitutionsbehandlung am Beispiel Österreich<br><i>Hans Haltmayer</i> .....  | 158 |
| 4 VORSCHLÄGE FÜR VERBESSERUNGEN IN DER OST                 |  |     |
| 4.1  | Drogenkranke im Akutkrankenhaus. Kurze Behandlungsempfehlungen<br><i>Inge Hönekopp / KV BAWÜ</i> .....   | 175 |

|     |   |     |
|-----|---|-----|
| 4.2 | Private Substitution und Qualitätssicherung: Stellungnahme der<br>Qualitätssicherungs-Vorsitzenden Substitution Hamburg 2010... | 181 |
| 4.3 | Schnittstellenproblematik in der Substitution<br><i>Inge Hönekopp, Heino Stöver</i> .....                                       | 183 |
| 4.4 | Vereinbarung zum unmittelbaren Überlassen von Drogen-Substitu-<br>tionsmittel in der Apotheke gemäß § 5 Abs. 6 und 7 BtMVV..... | 194 |
| 5   | DIE AUTOREN UND AUTORINNEN  | 198 |

# VORWORT

*Inge Hönekopp, Heino Stöver*

Mit diesem Band wollen wir aufzeigen, was unter den gegebenen, keineswegs unveränderbaren Rahmenbedingungen der Praxis der Substitutionsbehandlung möglich ist. Mit Beispielen „Guter Praxis“, geschrieben von PraktikerInnen für PraktikerInnen, wollen wir auf innovative, patienten- und arztgerechte Behandlungsmodalitäten aufmerksam machen. Diese Beispiele können allen in der Substitutionsbehandlung involvierten Ärzten, Patienten, Sozialarbeitern, Gesundheitspolitikern, Eltern usw. in anderen Regionen Deutschlands zeigen, wie die oftmals als einengend empfundenen, oftmals auch einer sozialen Rehabilitation entgegenstehenden Behandlungsrahmenbedingungen verstanden und zum Wohle der Patienten interpretiert werden können.

Die Substitutionspraxis in Deutschland ist trotz bundesweit einheitlicher Gesetzgebung und Rahmenrichtlinien (BtmG, BtMVV, BÄK-Richtlinien, Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) regional und kommunal sehr unterschiedlich ausgestaltet – abhängig vom politischen Willen von (einzelnen) Entscheidungsträgern in zentralen Gremien, dem politischen Willen und der organisierten (Überzeugungs-)Kraft und Vernetzung von ÄrztInnen und anderer beteiligter Akteure. Die beschriebenen Beispiele guter Praxis beabsichtigen daher, die Handlungsspielräume in der Substitutionspraxis mit Hinweis auf innovative Praxis zu erweitern – von der Abrechnung der Take-home Vergabe hier (s. Quadrocchi S.45) bis zur Wochenendvergabepaxis dort (s. Hönekopp S.54). Illustriert wird so das Spektrum der fachlichen Möglichkeiten innerhalb eines gemeinsamen rechtlichen Rahmens.

Bestimmte Strukturen sind dabei in einzelnen Regionen und Kommunen über viele Jahre gewachsen. Wir zeigen auch Beispiele mutiger Umstrukturierung, wo die Praxis mit Verweis auf effektivere und effizientere Methoden erfolgreich in recht kurzer Zeit verändert werden konnte.

Beispiele Guter Praxis können sehr verschiedene Gesichter haben: Es können kammerrechtliche Richtlinien sein (z.B. die überarbeiteten Bundesärztekammer-Richtlinien, BÄK-RL), denn in ihnen spiegelt sich das Wissen über evidenz-basierte Formen der Substitutionsbehandlung zumindest soweit wieder, als es die gegenwärtige Rechtslage zulässt. Es können auch praxisbezogene Modalitäten der Vergabe sein, die Entwicklung von Kontroll- und Qualitätskriterien, ebenso bestimmte Formen der übergeordneten

Organisation der Substitutionsbehandlung (Einsetzung eines Suchtbeauftragten bei der KV). Dieses Buch soll diesen Austausch von Möglichkeiten in der Substitutionspraxis anregen; es soll motivieren, sich mit dieser lohnenden, niemals langweiligen Behandlungsform zu befassen und es soll ermutigen, einengende Strukturen aufzulösen.

Es geht uns letztlich um einen besseren Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Behandlungsform für Opioidabhängige.

Ein besserer Zugang setzt eine ausreichende Anzahl von ÄrztInnen voraus, die aber erst gewonnen werden müssen. Dies geschieht nicht „von selbst“, deshalb müssen gezielte und ineinandergreifende Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung entwickelt werden. Zum Beispiel durch die finanzielle Unterstützung durch Kommunen und Kassenärztliche Vereinigungen (wie in Baden-Württemberg; s. Hönekopp), eine Qualitätsentwicklung (s. Viapiano/Lorenzen), einen verbesserten Zugang zu Lebensbereichen, die bisher unterversorgt sind (Haft; s. Keppler/Knorr/Stöver) oder medizinische Rehabilitation unter fortlaufender Substitution (Köhler/Schickentanz). Angesichts einer Multimorbidität vieler Patientinnen geht es schließlich auch um eine bessere Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen und Professionen, zum Beispiel eine Kooperation zwischen Psychiatrie, Gastroenterologie und Suchtmedizin (s. Gellert, Zemke/Paschke, Backmund), und schließlich um die Versorgung von Kindern von Drogenabhängigen (s. Tatomir).

Eine qualitativ hochwertige Behandlung kann optimal mit einer freiwillig in Anspruch zu nehmenden, bedarfsgerechten psychosozialen Unterstützung erfolgen (s. Rukiek/Blanchot/Brake-Zinecker, sowie Gerlach/Stöver), sowie verbesserten Möglichkeiten der Psychotherapie (s. Zemke). Schließlich bestehen auch gute Beispiele des Einbezugs der Apotheken in die Substitutionsbehandlung, als weit verbreitetes Netz der Regelversorgung (s. Fahrnbacher-Lutz). Darüber hinaus eröffnet der Blick über den Tellerrand oftmals neue Einsichten, wie eine Substitutionsbehandlung auch organisiert werden kann, z.B. in der Schweiz (s. Uchtenhagen/Hämmig) oder in Österreich (s. Haltmayer).

Dass auch weiterhin Forschungsbedarf mit dem Ziel der Optimierung des Zugangs und der Qualitätssteigerung besteht, ist trotz der beschriebenen Beispiele klar. Auch dass die Rahmenbedingungen weiterhin verbessert werden müssen ist uns bewusst. Ein Rückblick auf das, was bereits alles erreicht werden konnte, vermittelt jedoch Zuversicht für die kommenden Auseinandersetzungen.

Mannheim/Frankfurt am Main, Frühjahr 2011

# WAS MACHT SPAß AN DER SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG?

*Inge Hönekopp*

Der ewigen schlechten Presse müde, auch der ewigen Klagen leid, hatten wir die Idee: mal was Anderes! Schreiben was gut läuft und, was sogar Spaß machen kann bei der Substitutionsbehandlung. Während der Planung und Themensuche zahlreicher Kongresse oder ähnlicher Veranstaltungen hatte ich öfter das Thema: „Warum substituieren wir?“ gefordert.

Ein Seminar mit ähnlichem Thema gab es tatsächlich einmal, ich fand es grässlich, und sagte nichts mehr dazu und änderte innerlich die Fragestellung zu: „Was macht Spaß bei der Substitutionsbehandlung?“ Immer wenn Kollegen darüber klagten, was alles so schrecklich ist, Rahmenbedingungen, Bezahlung, last not least die Patienten: „Ja, und warum machst Du das dann? Zwingt Dich doch keiner?“ Ja, so ein Seminar, „Was macht daran Spaß?“, das wollte ich schon immer machen und es kam nie dazu. Nun kam unsere Idee, ein Buch „Best Practice“ zu machen und dann dachte ich: Da kann ich das ja unterbringen. Dieser folgende Beitrag hat keinerlei wissenschaftlichen Anspruch. Ist vermutlich auch nicht evidenzbasiert. Empirie ist auch Wissenschaft, wurde in meiner Jugend gesagt. Egal.

Es gab und gibt durchaus Momente, an denen ich mich selber gefragt habe und frage: „Warum machst Du das eigentlich?“ Das habe ich mich aber früher an anderen Arbeitsplätzen auch gefragt, war manchmal sogar wesentlich frustrierter; sonst wäre ich ja auch nicht da, wo ich jetzt bin. Mich hat ja auch niemand gezwungen, zu substituieren; ich wollte den Job! Sehen Sie mir also nach, dass dies ein subjektiver, manchmal etwas salopp formulierter, Beitrag ist.

Seit 1993 bin ich hauptamtlich als Ärztin in der Substitution tätig und muss sagen: So lange habe ich es noch an keinem Arbeitsplatz „ausgehalten“. Das muss doch einen Grund haben. Frühere Kollegen (aus der Chirurgie) sagten: „Wieso machst Du das denn, da siehst Du doch nie einen Erfolg!“. Antwort: oh doch, und wie:

- Erstens: Jemand kommt am nächsten Tag wieder (d.h. er lebt noch! =Überlebenshilfe),
- Zweitens: das ganze Jahr auch (Haltequote),
- Drittens: Lässt sich die Zähne machen (sonstige Krankheiten behandeln, diese Liste kann beliebig verlängert werden),

- Viertens: Jemand schafft es, Take-home-fähig zu werden und kann in Urlaub fahren wie jeder Mensch und schickt eine Postkarte aus dem Urlaub.

Das macht doch Spaß!

Hat erfolgreich ambulant abdosiert und verspricht sich zu melden, wenn er in der Nähe ist: Meldet sich, kommt vorbei und sagt: mir geht es gut, ich nehme nichts...

## Kleine Fallvignetten, nur grob skizziert, um die Anonymität zu wahren

Frau X., psychisch wie physisch katastrophaler Zustand, politoxikoman, Hepatitis C, Beschaffungsprostitution. Über Jahre hinweg „Beikonsum“, vorwiegend Kokain. Wir waren der Ansicht, diese Frau in Substitution zu halten, wenn es nur irgendwie noch medizinisch (oder eher juristisch) vertretbar ist. Medizinisch ist ja ein Abbruch der Substitution eher kontraindiziert, aber manche Stellen sehen das nun mal anders, vorsichtig formuliert.

Frau X. hat immer wieder unsere Grenzen ausgetestet (Kokain ist ja nun nicht gerade für sedierende Eigenschaften bekannt). Es hat Jahre gedauert, doch dann, sieh an, so nach und nach: Kontakt zur Kernfamilie wieder aufgebaut. Beendigung der Prostitution, andere Jobs gesucht und gefunden. Ein gesundes Wunsch(!)Kind bekommen. Einige medizinische Krisen bewältigt. Wunsch nach Abdosieren, von recht hoher Ausgangsdosierung. Tröpfchenweise abdosiert, dauerte ein Jahr.

Einige Zeit danach ambulante Psychotherapie, (vorher keinen Platz gefunden, inzwischen werden auch Substituierte therapiert, damals noch nicht). Arbeitsplatz auf dem ersten Arbeitsmarkt gefunden. Schöne neue Wohnung. Ein bis zweimal Kontakt im Jahr: mündlich und schriftlich, z.B. mit Fotos der jetzigen Lebenssituation. Darüber freuen wir uns sehr, das macht Spaß.

Herr Y.: Älterer Jahrgang; lange Anamnese, kommt in körperlich schlechtem Zustand; schweres Untergewicht. Eine chronische Bronchitis entpuppt sich als offene Tuberkulose mit schwierigem und langwierigem Behandlungsverlauf; letztendlich erfolgreich. Patient „kommt auf die Beine“, nimmt an Gewicht zu, pflegt sich zusehends. Erreicht „Take-home“. Findet immer wieder Arbeit, spart für Reisen. Nach vier Jahren Substitution und Behandlung der Begleitkrankheiten mehrere Fernreisen in das außereuropäische Ausland; jeweils bis zum maximalen Ausschöpfen der von der

BtMVV leider vorgegebenen Zeiträume. Wir bekommen Ansichtskarten geschickt und freuen uns riesig. Patient kommt jedes Mal „wie neu“ zurück. Diese Reisen kosten Geld. Zitat des Patienten: „Das geht, wenn man kein Geld für Drogen ausgibt“. Ja, nicht nur der Verlauf, sondern gerade dieser Satz haben uns Spaß gemacht. Dieser Satz zeigt uns, was der Patient nicht nur erreicht, sondern auch reflektiert hat.

Solche Geschichten gibt es einige; ich habe hier diese beiden gewählt, weil die „Prognose“ eigentlich gar nicht gut aussah. Wir machen auch keine Prognosen mehr, diese stimmten zu oft nicht, aber andere Verläufe gehören nicht in das Kapitel „was uns Spaß macht“. Wir lassen uns überraschen. Wir versuchen, im Alltagsgeschäft und -stress die kleinen Hinweise, dass die Arbeit sehr sinnvoll ist, nicht zu übersehen. Das kann so ein dahin geworfener Satz sein wie: „Ihr seid zwar streng, aber dafür laufen wir hier nicht unter dem Teppich.“ „Nicht unter dem Teppich laufen“ bedeutet: Ihr schaut hin, Ihr nehmt uns wahr. So ein Kompliment motiviert uns, v.a. aus dem Munde dieses Patienten, welcher gelegentlich „böse“ auf uns war, wegen der „Regeln“.

## Was ist das Besondere an dieser Behandlungsform?

Der zunächst tägliche Kontakt, über häufig sehr lange Zeiträume. Die Beziehungskonstanz (wenn kein häufiger Personalwechsel). Eine solche Beziehungskonstanz ist für viele, wenn nicht die meisten PatientInnen, eine ganz neue biografische Erfahrung. Das ist natürlich auch nicht immer konfliktfrei. Die PatientInnen lernen, dass ein Konflikt nicht zwangsläufig zum Beziehungsabbruch führen muss. Das schafft ein ganz neues Vertrauensverhältnis, welches die Chance für Verhaltensänderungen bietet. Die PatientInnen lernen auch, uns als Menschen und nicht nur als substitutausteilende und grenzensetzende „Instanz“ wahrzunehmen. Es kommt sogar vor, dass einige Regeln nicht nur nolens volens akzeptiert, sondern eine Sinnhaftigkeit auch für den/die PatientInnen selbst gesehen werden kann.

Schließen möchte ich mit dem Satz eines Patienten: „Ihr habt ja ne ganz anstrengende Arbeit hier, das ist ja manchmal schlimmer als ein Kindergarten“.

Wir haben herzlich gelacht.

## 1.10 BEHANDLUNG VON HIV UND HCV

*Markus Backmund*

Infektionskrankheiten haben die Menschheit schon immer in Angst und Schrecken versetzt.

In den letzten drei Jahrzehnten wurden zwei Viren entdeckt, die weltweit viel Leid, Krankheit und Todesfälle verursachen. Beiden ist gemein, dass sie über Blutkontakt übertragen werden. Somit bedrohen HIV und HCV suchtkranke Menschen, insbesondere intravenös Drogen Konsumierende aufgrund der Übertragung durch kontaminierte zum intravenösen Konsum benötigte Utensilien in besonderem Maße.

Weltweit sind 10 Prozent aller HIV-infizierten Menschen drogenabhängig (Aceijas et al. 2004). In Deutschland wird die Zahl der HIV-infizierten i.v.-Drogenabhängigen auf 6.500 geschätzt (Abb. 2; RKI 2006). Die HIV-Prävalenz unter i.v.-Drogenabhängigen wird auf 4,3-6,5 Prozent in Deutschland angenommen. Dies deckt sich mit den Erhebungen in Großstädten, zum Beispiel München, wo eine HIV-Prävalenz von 5 Prozent bei Opiatdabhängigen festgestellt worden ist (Backmund et al. 2001c, Backmund et al. 2005a). In San Francisco beträgt die HIV-Prävalenz unter Drogenabhängigen vergleichbare 5,3 Prozent (Shafer et al. 2002). Von 15 Städten in den USA wurden in 10 Prävalenzraten unter 8 Prozent und in fünf Städten mit circa 20 Prozent gefunden (Shafer et al. 2002, Friedman et al. 1995). Prinzipiell sind in den Großstädten im Vergleich zum Land höhere HIV-Prävalenzen bekannt. Sowohl innerhalb eines Landes als auch weltweit sind die Seroprävalenzraten je nach Stadt sehr unterschiedlich. In Vietnam wurden in den Großstädten Ho Chi Minh und Haiphon City sehr hohe Prävalenzraten mit 47 Prozent bzw. 74 Prozent gefunden (Tran et al. 1998, Nguyen et al. 2001). Hohe Prävalenzraten sind auch in Cagliari (33 Prozent) und Togliati Stadt (56 Prozent) in Italien zu finden (Coppola et al. 1994, Rhodes et al. 2002). Die größte Epidemie unter Drogenabhängigen ereignet sich derzeit in den ehemaligen Staaten der Sowjetunion. In Estonia, Russland und der Ukraine sind bis zu 90 Prozent aller Drogenabhängigen HIV-infiziert (Dehne et al. 1999, Platt et al. 2006). Dabei breitet sich die Infektion anfangs sehr rasch aus, da noch fast alle Personen für die HIV-Infektion empfänglich sind und von den bereits HIV-infizierten Personen eine vergleichsweise große Personenzahl sich in der Phase einer hohen Virämie befindet und keine Präventionsmaßnahmen angeboten werden. Auch in Deutschland konnte dies Anfang der 1980er Jahren beobachtet

werden als in den Berliner Haftanstalten ein Anstieg der HIV-Prävalenz von 0,2 Prozent 1982 auf 17,3 Prozent in 1983 29,8 Prozent in 1984 und ca. 50 Prozent in 1986 (Marcus 2008).

Ende der 1980er Jahre wurde das Hepatitis C Virus (HCV) entdeckt (Choo et al. 1989) und kurze Zeit später ein erster Screening-Test entwickelt (Kuo et al. 1989). Es stellte sich schnell heraus, dass für die meisten der bis dahin so genannten Non-A-non-B-Hepatitis das HCV verantwortlich war (Alter et al. 1990).

In vielen epidemiologischen Studien der letzten Jahre konnte gezeigt werden, dass intravenöser Heroinkonsum ein Hauptrisikofaktor für eine Hepatitis C-Infektion ist (Alter et al. 1999, Backmund et al. 2003). Je nach geographischer Region wurden zwischen 31% bis 98% der Heroinabhängigen positiv auf HCV-Antikörper getestet (Backmund et al. 2001b, Reimer et al. 2005). In Europa wurden Seroprävalenzraten zwischen 62 Prozent und 98 Prozent gefunden (Backmund et al. 2001b, Backmund et al. 2003, Backmund et al. 2005b, Reimer et al. 2005). Dies bedeutet, dass 500.000 Heroinabhängige in Europa HCV-infiziert sind (Nalpas et al. 1998) ohne dass dabei die ehemals Heroinabhängigen mitgezählt werden. Im Vergleich zu Heroinabhängigen beträgt die HCV-Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung in den USA lediglich 1,8 Prozent (Alter 1999), in europäischen Ländern bis zu 3 Prozent, in Italien zum Beispiel 2,3 Prozent (Bellentani et al. 1999) und in Deutschland 0,4 bis 0,63 Prozent (Palitzsch et al. 1999, Thierfelder et al. 2001).

Für die meisten Hepatitis C-Neuinfektionen ist die Gruppe der Heroinabhängigen verantwortlich (Alter et al. 1990, Garfein et al. 1998). Bei den unter 23-jährigen Drogenabhängigen sind bereits 56 Prozent mit mindestens einem Hepatitis-Virus und/oder HI-Virus infiziert. 44 Prozent haben noch keine Infektion. In der Altersgruppe 23 Jahre bis 28 Jahre sind nur mehr 25 Prozent nicht infiziert, zwischen 29 Jahre und 34 Jahre 20 Prozent und bei den über 34-jährigen sind lediglich noch 13 Prozent nicht infiziert (Backmund et al. 2005).

In Deutschland ist davon auszugehen, dass 90 Prozent der HIV-Infizierten Drogenabhängigen zusätzlich unter einer chronischen Hepatitis C leiden (Backmund et al. 2005). Dies ist umso bedeutsamer, als durch die Verbesserung der Therapie der HIV-Infektion Leberversagen infolge einer chronischen Hepatitis C zur häufigen Todesursache bei HIV-Infizierten Drogenabhängigen geworden ist. Während durchschnittlich nach 30-40 Jahren chronischer Hepatitis C ein Leberversagen oder ein hepatozelluläres Karzinom auftreten, verkürzt sich bei HIV-assoziiierter Immunsuppression

diese Zeit auf 10-20 Jahre. Eine HCV-Infektion scheint dabei den Verlauf einer HIV-Infektion nicht zu beeinflussen (Hoffmann et al. 2007).

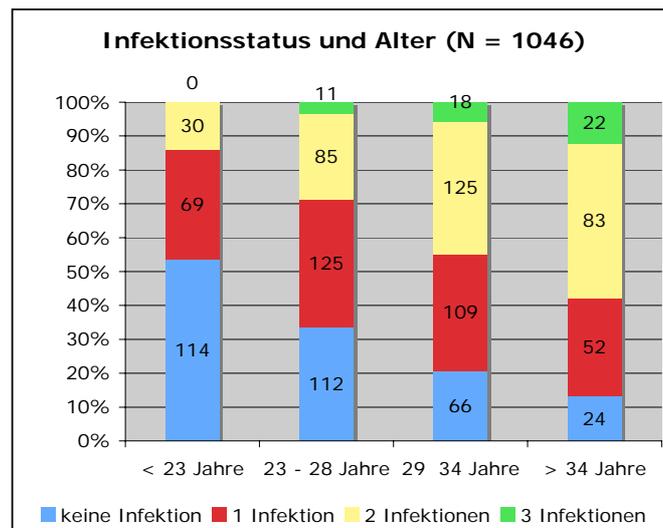


Tabelle 1

Bei fehlender Immunität gegenüber Hepatitis A und/oder B sollten die Patienten geimpft werden. Impfungen gegen Hepatitis C und HIV stehen nicht zur Verfügung.

Bei den meisten Drogenabhängigen besteht die Indikation für eine Behandlung einer akuten oder chronischen Infektionskrankheit. Grundsätzlich unterscheidet sich die Therapie der Hepatitis C oder einer HIV-Infektion nicht von der Nicht-Drogenabhängiger. Medikamentöse Therapieempfehlungen werden jeweils den neuesten Stand der Wissenschaft angepasst. In den gültigen Leitlinien zum Beispiel der European AIDS Clinical Society (EACS) wird empfohlen, zwei Nukleosidische Reverse-Transkriptase Inhibitoren (NRTI) nämlich Abacavir und Lamivudin oder Tenofovir und Emtricitabin mit einem Non-Nukleosidischen Reverse-Transkriptase Inhibitor (NNRTI), nämlich Efavirenz oder NVP oder einem mit Ritonavir beboosterten Proteaseinhibitor (PI), nämlich Fosamprenavir (FPV/r) oder Lopinavir (LPV/r) oder Saquinavir (SQV und Ritonavir) oder Atazanavir (ATV/r) zu kombinieren.

Tabelle 2  
Antiretrovirale Medikamente für die HIV-Therapie, die für Once-Daily-Regime zugelassen sind

| <i>Handelsname</i>                       | <i>Abk.</i> | <i>Substanzen</i>          | <i>Tagesdosis</i> | <i>Enthalten in</i>                 |
|--|-------------|----------------------------|-------------------|-------------------------------------|
| <b>NRTI</b>                              |             |                            |                   |                                     |
| Emtriva®                                 | FTC         | Emtricitabin               | 200mg             | Truvada®<br>und<br>Atripla®         |
| Epivir®                                  | 3TC         | Lamivudin                  | 300mg             | Combivir®,<br>Trizivir®,<br>Kivexa® |
| Videx®                                   | DDI         | Didanosin                  |                   |                                     |
| Viread®                                  | TDF         | Tenofovir                  | 300mg             | Truvada®<br>und<br>Atripla®         |
| Ziagen®                                  | ABC         | Abacavir                   | 600mg             | Kivexa®<br>und<br>Trizivir®         |
| <b>NRTI - Fixkombinationen</b>           |             |                            |                   |                                     |
| Kivexa®                                  | 3TC+ABC     | Lamivudin +<br>Abacavir    | 300mg +<br>600mg  |                                     |
| Truvada®                                 | FTC+TDF     | Emtricitabin+<br>Tenofovir | 200mg +<br>300mg  | Atripla®                            |
| <b>NNRTI</b>                             |             |                            |                   |                                     |
| Sustiva®                                 | EFV         | Efavirenz                  | 600mg             | Atripla®                            |
| <b>NNRTI und NRTI – Fixkombinationen</b> |             |                            |                   |                                     |
| Atripla®                                 |             | Efavirenz +                | 600mg +           |                                     |
|  |             | Emtricitabin +             | 200mg +           |                                     |
|  |             | Tenofovir                  | 300mg             |                                     |
| <b>PI</b>                                |             |                            |                   |                                     |
| Reyataz®                                 | AZV/r       | Atazanavir/<br>Ritonavir   | 300mg +<br>100mg  |                                     |
| Prezista®                                | DRV/r       | Darunavir/<br>Ritonavir    | 800mg +<br>100mg  |                                     |

Die Hepatitis C-Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Verdauung und Stoffwechsel sind im Frühjahr 2010 publiziert worden. Einmal pro Woche wird pegyliertes Interferon subcutan appliziert, täglich wird Ribavirin oral eingenommen. Die Dauer richtet sich nach dem Genotyp. Bei Genotyp 2, 3 werden (16-) 24 Wochen behandelt, bei Genotyp 1 und 4 werden 48-72 Wochen behandelt. Je nach Ansprechen der Therapie in Woche 4 und 12 kann kürzer oder länger behandelt werden.

Tabelle 3  
Therapie der Hepatitis C

|   |  |
|---|--|
| <i>Medikament</i>                               |  |
| Pegyliertes Interferon alpha-2a<br>(Pegasys®)   | 1x / Woche 180µg subcutan                  |
| Pegyliertes Interferon alpha-2b<br>(PegIntron®) | 1x / Woche 1-1,5µg / kg<br>Körpergewicht   |
| und   |  |
| Ribavirin<br>(Copegus®, Rebetol®)               | täglich 12-15mg / kg<br>Körpergewicht oral |

Wegen der vielfältigen und teilweise schweren Nebenwirkungen und Komplikationen müssen die Patienten engmaschig gesehen und untersucht werden.

Wie bei fast allen medikamentösen Behandlungen hängt die Effektivität wesentlich von der zuverlässigen Einnahme der Medikamente ab. Bei der HIV-Medikation müssen mindestens 95 Prozent der Medikamente eingenommen werden, bei der Hepatitis C-Therapie mindestens 80 Prozent, um Erfolg haben zu können. Daher wurden aufgrund ideologischer Vorurteile Drogenabhängige wegen angenommener Unzuverlässigkeit von wichtigen Therapien ausgeschlossen. Mittlerweile konnte mehrfach die Wirksamkeit der Hepatitis-C- oder HIV-Therapie bei Drogenabhängigen nachgewiesen werden (Backmund et al. 2001a und b). Bei Indikationsstellung und Therapieplanung ist es hilfreich, die unterschiedlichen Phasen, in denen sich ein Heroinabhängiger befinden kann, zu berücksichtigen, um jeweils ausreichende Unterstützung im geeignetsten Setting anbieten zu können. Vor Therapiebeginn einer komplizierten Erkrankung sollte der Arzt den Patienten zu einer der in Tabelle 1 aufgeführten Phasen der Suchterkrankung zuteilen können. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich die Phase im Verlauf der Hepatitis C/HIV-Therapie ändern kann und dementsprechend auch das Setting und das Therapieregime angepasst werden sollte.

Phasen / Settings, in denen sich Heroinabhängige befinden können:

- 1) Heroinabhängige, derzeit clean
- 2) Heroinabhängige in Substitutionsbehandlung, stabil
- 3) Heroinabhängige in Substitutionsbehandlung, instabil
- 4) Heroinabhängige ohne Substitutionsbehandlung

1) Heroinabhängige, die derzeit clean sind (ehemalige Heroinabhängige)

Therapieindikation und medikamentöse Therapieregime unterscheiden sich bei ehemaligen Heroinabhängigen nicht von Nicht-Abhängigen. Starke Belastungen, wie sie die Diagnosemitteilung einer HIV-Infektion oder Hepatitis C Infektion darstellen, sind psychische Krisen, die zu einem Rückfall führen können; daher sollte genügend Zeit für das Gespräch vorhanden sein und eine begleitende Psychotherapie kurzfristig angeboten werden können. Vor einer Hepatitis C-Kombinationstherapie mit pegyliertem Interferon und Ribavirin benötigen ehemalige Heroinabhängige zusätzlich spezielle Informationen, damit die Rückfallgefahr verringert werden kann. So ähneln die unmittelbaren Nebenwirkungen nach der Interferonspritze sehr stark einem Opiatentzugssyndrom: Frieren, Schwitzen, Fieber, Schüttelfrost, Glieder- und Muskelschmerzen. Diese Symptome müssen ausdrücklich mehrfach aufgezählt werden und erklärt werden, dass diese nicht Entzugssymptome, sondern Nebenwirkungen des Interferons sind. Wird dies versäumt, ist mit Therapieabbrüchen oder Drogenrückfällen zu rechnen.

2) Heroinabhängige in stabiler Substitutionsbehandlung

Patienten, die so stabil sind, dass sie nur einmal pro Woche zur Abholung des Take-home-Rezeptes in die Praxis kommen müssen, können genau wie Nichtabhängige behandelt werden. Sie nehmen ihre HIV-Medikamente eigenverantwortlich ein. Vorteilhaft für die richtige Applikation des pegylierten Interferons und von den Patienten auch gerne angenommen ist die Verabreichung der Interferonspritze subcutan durch die Krankenschwester oder Arzthelferin vor Ort in der Praxis. Patienten, die täglich zur Vergabe in die Praxis kommen, können optimal betreut werden. Sie können die Ribavirindosis als Gesamtdosis oder auf zwei Dosen verteilt täglich in der Praxis erhalten. Blutabnahmen, Interferonspritzen werden an die Substitutionsbehandlung gekoppelt, so dass eine 100-prozentige Einnahme der Medikamente gewährleistet werden kann. Da mittlerweile mehrere HAART-Regime zur Verfügung stehen, die nur einmal täglich eingenommen werden müssen, bietet sich die tägliche Substitutionsbehandlung in Kombination mit der HIV-Medikamenteneinnahme geradezu an.

### 3) Heroinabhängige in instabiler Substitutionsbehandlung

Instabil bedeutet, dass die Patienten aufgrund ihrer Suchterkrankung noch nicht in der Lage sind, täglich in die Praxis zu kommen. Bei diesen Patienten hat es sich als erfolgreich erwiesen, dass sie bei Erscheinen in der Praxis die Medikation auch in der Praxis erhalten und gleichzeitig Medikamentendöschen erhalten, aus denen sie sich bedienen können, wenn sie nicht in die Praxis kommen.

### 4) Heroinabhängige ohne Substitutionsbehandlung

Patienten, die abhängig sind, und mit dem Wunsch zum Arzt kommen, wegen Hepatitis C oder HIV behandelt zu werden, sollte sofort eine Substitutionsbehandlung angeboten werden. Sollten sie keine Substitutionsbehandlung wünschen, jedoch motiviert für eine Hepatitis C- oder HIV-Behandlung sein, sollte diese ihnen angeboten werden. Wie gezeigt werden konnte, können die Behandlungen erfolgreich sein, wenn die Medikamente eingenommen werden und die Arzttermine wahrgenommen werden können. Suchtkranke Patienten, die sich in den Phasen 3 und 4 – manche auch in Phase 2 – befinden, haben häufig Probleme, verschiedene Orte zu unterschiedlichen Zeiten aufzusuchen. Immer wenn dem so ist, sollte die Therapie mit der Substitutionsbehandlung am gleichen Ort gekoppelt werden. Dies setzt voraus, dass Suchtmediziner mit der Behandlung einer Hepatitis- und/oder HIV-Infektion vertraut sind.

Da die Suchtmedizin nach wie vor nur sehr rudimentär oder gar nicht während des Medizinstudiums gelehrt wird und die HIV- und Hepatitis-Therapie schnellem Fortschritt und Veränderungen unterworfen ist, müssen sich Ärzte, die im Bereich Suchtmedizin arbeiten, permanent fort- und weiterbilden. Gerade die Behandlung auch von somatischen Erkrankungen wird von suchtkranken Menschen dankbar angenommen und führt durch ein Sich-Wertgeschätzt-Fühlen konsekutiv auch zur Verbesserung der Suchterkrankung.

## Literatur

Aceijas C, Stimson GV, Hickman M, Rhodes T on behalf of the United Nations Reference Group on HIV/AIDS. Prevention and care among IDU in developing and transitional countries. *AIDS* 2004; 18: 2295-2303.

- Alter MJ, Hadler SC, Judson FN. Risk factors for acute non-A, non-B-hepatitis in the United States and association with hepatitis C virus infection. *JAMA* 1990; 264: 2231-2235.
- Alter MJ, Kruszon-Moran D, Nainan OV, McQuillan GM, Gao F, Moyer LA, Kaslow RA, Margolis HS. The prevalence of hepatitis C virus infection in the United States 1988 through 1994. *N Engl J Med* 1999; 341: 556-562.
- Backmund M, Meyer K, von Zielonka M, Eichenlaub D. Treatment of Hepatitis C Infection in Injection Drug users. *Hepatology* 2001a; 34: 188-193.
- Backmund M, Meyer K, von Zielonka M. Prävalenzdaten zu Hepatitis B und C bei Drogenabhängigen in München. *Suchtmed* 2001b; 3: 21-24.
- Backmund M, Schießl A, Eichenlaub D. HIV-Infektion – Verlauf bei intravenös Drogenabhängigen 1988-1995. *Suchtmed* 2001c; 3: 35-40.
- Backmund M, Meyer K, Wächtler M, Eichenlaub D. Hepatitis C virus infection in injection drug users in Bavaria: Risk factors for seropositivity. *Eur J Epidemiol* 2003; 18: 563-568.
- Backmund M, Meyer K, Henkel C, Reimer J, Wächtler M, Schütz CG. Risk factors and predictors of human immunodeficiency virus infection among injection drug users. *Eur Addict Res* 2005a; 11: 138-144.
- Backmund M, Reimer J, Meyer K, Gerlach JT, Zachoval R. Hepatitis C and Substance Abuse: Treatment of IDUs. *Clin Infect Dis* 2005b; 40 Suppl 5: S330-335.
- Bellentani S, Pozzato G, Saccoccio G, Crobatto M, Croce LS, Mazzoran L, Masutti F, Christianini G, Tiribelli C. Clinical course and risk factors of hepatitis C virus related liver disease in the general population: report from the dionysos study. *Gut* 1999; 44: 874-880.
- Choo QL, Kuo G, Weiner AJ, Overby LR, Bradley DW, Houghton M. Isolation of a c-DNA derived from a blood born non-A, non-B viral hepatitis genome. *Science* 1989; 244:359-362.
- Coppola RC, Manconi PE, Piro R, Di Martino ML, Masia G. HCV, HIV, HBV and HDV infections in intravenous drug addicts. *Eur J Epidemiol* 1994; 10: 279-283.
- Dehne, K. L., L. Khodakevich, et al. "The HIV/AIDS epidemic in eastern Europe: recent patterns and trends and their implications for policy-making." *AIDS* 1999; 13(7): 741-9.
- Friedman SR, Jose B, Deren S, Des Jarlais DC, Neagus A. Risk factors for human immunodeficiency virus seroconversion among out-of-treatment drug injectors in high and low seroprevalence cities. The National AIDS Research Consortium. *Am J Epidemiol* 1995; 142: 864-874.

- Garfein RS, Doherty MC, Monterroso ER, Thomas DL, Nelson KE, Vlahov D. Prevalence and incidence of hepatitis C virus infection among young adult injecting drug users. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1998; 18 (Suppl. 1): 11S-19S.
- Hoffmann C, Rockstroh J, Kamps BS. HIV.NET 2007. Steinhäuser Verlag. Hamburg, Bonn, Paris 2007. [www.hiv.net](http://www.hiv.net).
- Kuo G, Choo QL, Alter HJ, Gitnick GT, Redeker AH, Purcell RH, Miamura T, Dienstag JL, Alter MJ, Stevens CE, Tegtmeier GE, Bonno F, Colombo M, Lee W-S, Kuo C, Berger K, Schuster JR, Overby LR, Bradley DW, Houghton M. An assay for circulating antibodies to a major etiologic virus of human non-A, non-B-hepatitis. *Science* 1989; 244: 362-364.
- Marcus U. HIV bei intravenösen Drogengebern. *Suchtmed* 2008; 10: S8-S12.
- Nalpas B, Desenclos JC, Delarocque-Astagneau E, Drucker J. State of epidemiological knowledge and national management of hepatitis C virus infection in the European Community, 1996. *Eur J Public Health* 1998; 8: 305-312.
- Nguyen TA, Hoang LT, Pham VQ, Detels R. Risk factors for HIV-1 seropositivity in drug users under 30 years old in Haiphong, Vietnam. *Addiction* 2001; 96: 405-413.
- Palitzsch KD, Hottenträger B, Schlottmann K, Frick E, Holstege A, Scholmerich J, Jilg W. Prevalence of antibodies against hepatitis C virus in the adult German population. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1999; 11: 1215-1220.
- Platt L, Bobrca N, Rhodes T, Uuskula A, Parry JV, Ruutel K, Talu A, Abel K, Rajaleid K, Judd A. High HIV prevalence among injecting drug users in Estonia: implications for understanding the risk environment. *AIDS* 2006; 20: 2120-2123.
- Reimer J, Schulte B, Castells X, Schaefer I, Lorenzen J, Heinemann A, Polywka S, Haasen C, Backmund M, Krausz M. Guidelines for Treatment of Hepatitis C Virus Infection in Injecting Drug Users: Status Quo in the European Union Countries. *Clin Infect Dis* 2005; 40 Suppl 5: S373-378.
- Rhodes T, Lowndes C, Judd A, Mikhailova LA, Sarang A, Rylkov A, Tichonov M, Lewis K, Ulyanova N, Alpatova T, Kravashkin V, Khutorskoy M, Hickman M, Parry JV, Renton A. Explosive spread and high prevalence of HIV infection among injecting drug users in Togliatti City, Russia. *AIDS* 2002; 16: F25-31.
- Robert Koch Institut (2006) *Epidemiologische Bulletin* 47: 411-426.

- Shafer KP, Hahn JA, Lum PF, Ochoa K, Graves A, Moss A. Prevalence and correlates of HIV infection among young injection drug users in San Francisco. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002; 31: 422-431.
- Thierfelder W, Hellenbrand W, Meisel H, Schreier E, Dortschy R. Prevalence of markers for hepatitis A, B and C in the German population. Results of the German National Health Interview and Examination Survey 1998. *Eur J Epidemiol* 2001; 17: 429-435.
- Tran SD, Williams AB, Truong HAT, Do NH. Risk factors for HIV seropositivity in a sample of drug users in drug treatment in Ho Chi Minh City, Vietnam. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1998; 17: 283-287.