

STIFTUNG MARIA EBENE
MARIA EBENE
Sucht neu denken...

Basismodul

ÖÄK-Diplom Substitutionsbehandlung

Psychiatrische Komorbidität(en)

Prim. Dr. Philipp Kloimstein, MBA
Chefarzt Stiftung Maria Ebene
philipp.kloimstein@mariaebene.at

1

1

STIFTUNG MARIA EBENE
MARIA EBENE
Sucht neu denken...

www.praxis-suchtmedizin.ch

Praxis Suchtmedizin Schweiz
Praticien Addiction Suisse
Medico e Dipendenza Svizzera

help@ Kontakt Links Veranstaltungen Über Praxis Suchtmedizin

Arbeits Seite Home Details

Home - News
Alkohol
Cannabis
Designerdrogen
Geldspiele
Heroin
Kokain
Medikamente
Nikotin

Details
Zuletzt aktualisiert: 12. Januar 2023

News

Lieferengpässe von für die Suchtmedizin relevanten Medikamenten

Update 11.01.23: Versorgungsgap mit **Methadon**, weitere Infos siehe im Kapitel **Methadon**

01.12.22: Lieferengpass von **VALIUM ROCHE Tbl.** (Atrahs Pharma Switzerland) in allen verfügbaren Packungs- und Dosierungsgrößen, weitere Infos zu finden im Kapitel **Benzodiazepine**.

Wer ist online?
Aktuell sind 686 Gäste und keine Mitglieder online

Kant. Regelungen
Kantonsärzte

2

2

STIFTUNG MARIA EBENE
MARIA EBENE
Sucht neu denken...

Home - News
Alkohol
Cannabis
Designerdrogen
Geldspiele
Heroin

Details
Zuletzt aktualisiert: 24. November 2021

Opioidagonistherapie (OAT) bei Opioidabhängigkeit

Zur raschen Orientierung über die korrekte Durchführung einer OAT, einer therapeutischen Massnahme auf evidenzbasierten wissenschaftlichen Erkenntnissen, empfehlen wir den "OAT Start in 1 Konsultation" (best practice, geeignet für routinierte Ärzte) oder "OAT Start in 2 Konsultationen". Siehe auch Empfehlungen des BAG, der SSAM und der VKS/AMCS.

Opioidabhängigkeit

- ist in der Regel ein Langzeitgeschehen
- bedarf dementsprechend einer längerfristigen und interdisziplinären therapeutischen Begleitung
- führt zu deutlich erhöhter Mortalität und Morbidität, häufig kombiniert mit Beikonsum anderer psychoaktiver Substanzen (Tabak, Kokain, Alkohol, Benzodiazepine)

Opioidagonistherapie (OAT)

- ärztlich verordneter Einsatz eines legal konsumierten Opioides durch ein legales Medikament (Methadon, Levomethadon, retardiertes Morphin (SR/M), Buprenorphin, Diacetylmorphin (Heroin)) mit flankierenden somatischen, psychiatrischen, psychologischen, sozialarbeiterischen und/oder sozialpädagogischen Massnahmen
- bedarf einer kantonalen (Methadon, Levomethadon, SR/M, Buprenorphin), bzw. eidgenössischen (Diacetylmorphin/Heroin) Bewilligung (BettmG Art. 3e)
- gehört zur Pflichtleistung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)
- ermöglicht eine evidenzbasierte Behandlungsbasis, welche sich durch Kontinuität auszeichnen soll

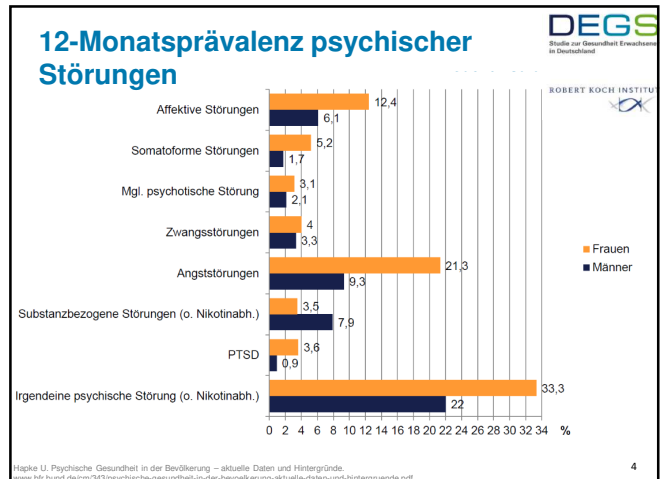
Kant. Regelungen
Kantonsärzte
Suchtstellen
Strassenverkehrsämter
Motivierende Gesprächsführung
E-Learning
Kurzintervention
Infos für Apotheker

FOSUMOS
Praxis Suchtmedizin Schweiz
Praticien Addiction Suisse
Medico e Dipendenza Svizzera

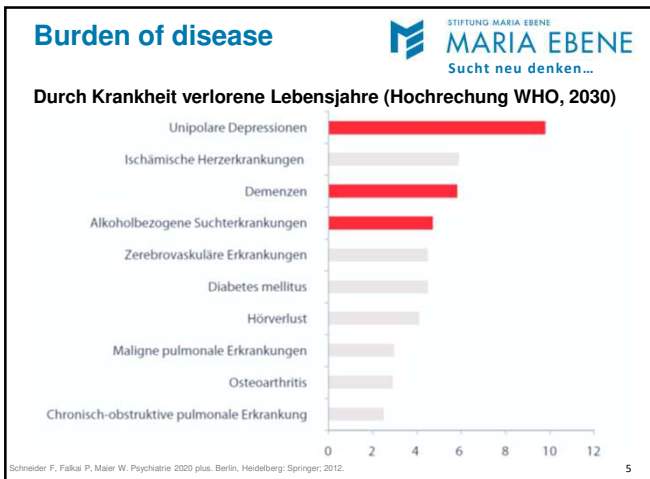
FOSUMIS
FOSUM NW
COROMA

3

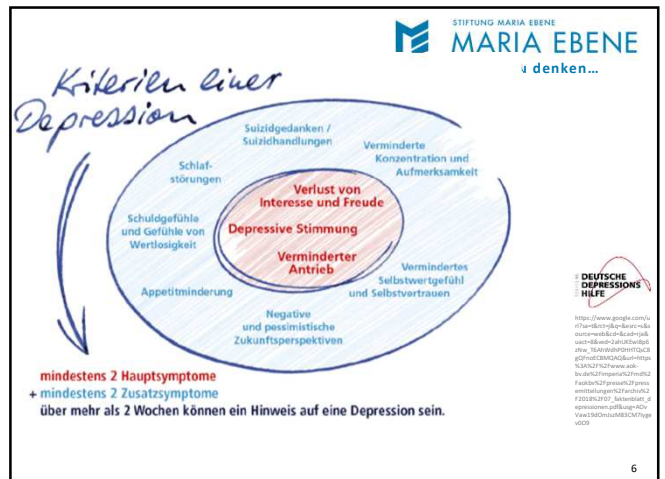
3



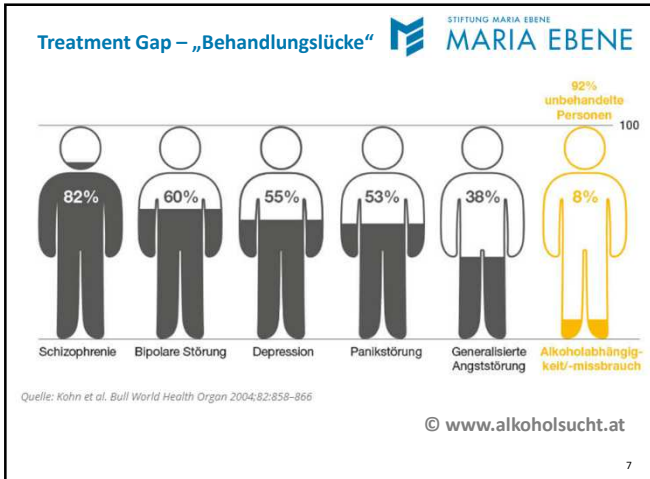
4



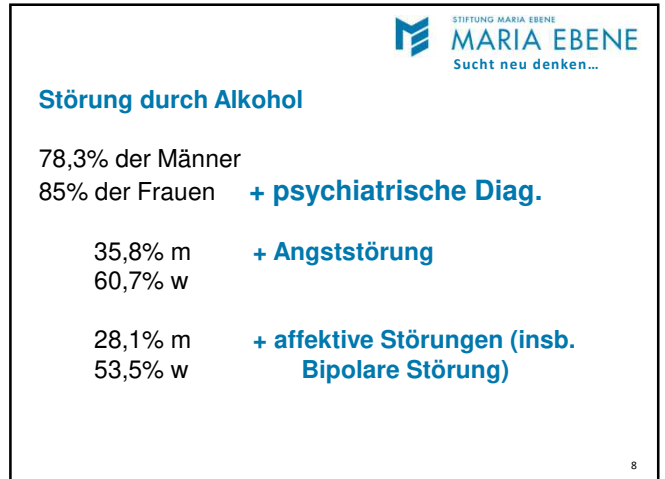
5



6



7



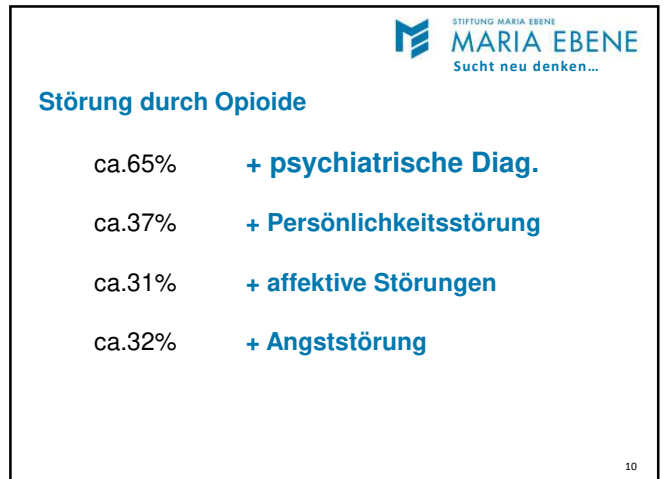
8

Überblick - Welche Formen von Angststörungen gibt es? STIFTUNG MARIA EBENE **MARIA EBENE**
Sucht neu denken... STIFTUNG GESUNDHEITSWISSEN

Angststörungen mit konkreten Auslösern (Phobien)	Angststörungen ohne konkreten Auslöser
Bei einigen Angststörungen sind die Angstreaktionen mit konkreten Auslösern verbunden. Man nennt solche Angststörungen auch Phobien.	Bei anderen Angststörungen sind keine konkreten Auslöser für die Angst erkennbar. Es gibt auch keinen Anhaltspunkt für eine reale Gefahr.
Beispiele für Phobien sind: <ul style="list-style-type: none"> Agoraphobie: Angst vor öffentlichen Plätzen und Menschenansammlungen, auch „Platzangst“ genannt Spinnenangst Spritzenangst Flugangst Soziale Phobie: Angst vor Situationen, in denen man im Mittelpunkt steht, z.B. bei öffentlichen Reden 	Zu Angststörungen ohne konkreten Auslöser gehören: <ul style="list-style-type: none"> Panikstörungen: Panikstörungen treten anfallsartig auf und sind von heftigen Körperreaktionen, z.B. Herzrasen, Schwindel, Schweißausbrüchen, begleitet. Generalisierte Angststörungen: Bei einer generalisierten Angststörung können ständig unbegründete Ängste auftreten, z.B. die Angst, dass einem selbst oder Nahestehenden ein Unglück passiert.

Quelle: Bandelow et al. (2014)
© Stiftung Gesundheitswissen 2019

9



10

STIFTUNG MARIA EBENE **MARIA EBENE**
Sucht neu denken...

Sucht kommt selten alleine

- Substanzmissbrauch und -abhängigkeit imponieren oft als dysfunktionale Verhaltensweisen, mit Potential für einen chronischen Krankheitsverlauf
- Komorbidität vs. Dualdiagnose

DKPPN e.V. (Hrsg.) | für die Leitliniengruppe: S3 Leitlinie Schizophrenie. Langfassung, 2019, Version 1.0, zuletzt geändert am 15. März 2019, verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/038-009.html>

11

STIFTUNG MARIA EBENE **MARIA EBENE**
Sucht neu denken...

Sucht kommt selten alleine

- Substanzmissbrauch und -abhängigkeit imponieren oft als dysfunktionale Verhaltensweisen, mit Potential für einen chronischen Krankheitsverlauf
- Komorbidität vs. Dualdiagnose

Reduzierte Lebenserwartung um 10 – 25 Jahre

Adipositas, Art. Hypertonie, DM II
Hyperlipidämie, Herzinfarkt, Hirninfarkt
Kreislauferkrankungen
COPD, Pneumonie
Infektionserkrankungen (z.B. Hepatitis, HIV)
Gastrointestinale Ulzera
Obstruktives Schlaf-Apnoesyndrom
Epilepsie
Verminderte Zahnhigiene/Karies

12

Ätiologische Modelle für F1 + F2

- 1) **Selbstmedikationshypothese**
- 2) **Substanzinduzierte Psychosen** (bestehende Vulnerabilität)
- 3) **gemeinsame Risikofaktoren** (zB genetische Prädisposition)

Campbell, E. S. Caroff, Stanley & Mann, Stephan. (2018). Psychosocial interventions for co-occurring schizophrenia and substance use disorder. UpToDate, Waltham, M.A., Wolters Kluwer Health, 2018.

13

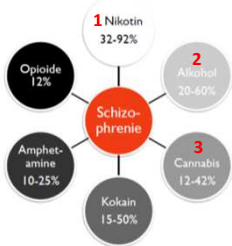
Ätiologische Modelle für F1 + F2

- 1) **Selbstmedikationshypothese**
 - bei **Positivsymptomen** (inkl. Unruhe, Ängste, Schlafstörungen) → Alkohol, Cannabis, Benzodiazepine
 - bei **Negativsymptomen** (inkl. depressiver Symptomatik, Lustlosigkeit, Antriebsarmut, sozialer Rückzug) → Cannabis, Amphetamine, Nikotin, Kokain
 - bei **UAWs** der Medikation (Hemmung, Gebremtheit, Anhedonie) → Nikotin, Amphetamin, Cannabis

Campbell, E. S. Caroff, Stanley & Mann, Stephan. (2018). Psychosocial interventions for co-occurring schizophrenia and substance use disorder. UpToDate, Waltham, M.A., Wolters Kluwer Health, 2018.

14

Schizophrenie und Substanzkonsum



Henne-Ei-Problem Substanzinduzierte Psychosen
 insb. Cannabis, Amphetamine
<https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/8/88/Chickenegg.jpg>

neil Croxford, D., & Addington, D. (2017). Canadian Schizophrenia Guidelines: Schizophrenia and Other Psychotic Disorders with Coexisting Substance Use Disorders. Canadian Journal of Psychiatry, Review conditions or psychiatry, 62(9), 624-634. and Azarin, J. M., Simon, N., Adida, M., & Bebaeva, R. (2016). Pharmacological treatment of schizophrenia with comorbid substance use disorder: Expert opinion on pharmacotherapy, 17(2), 211-231.

15

Henne – Ei - Problem

Diagnosekriterien DSM-V
 Substanz-/Medikamenteninduzierte psychotische Störung



- A: Vorhandensein von einem od. beiden folgenden Symptomen:
 1) Wahn
 2) Halluzination
- B: Hinweis aus der Vorgeschichte, Untersuchung, Labor auf sowohl 1) als auch 2):
 1) Die Symptome aus Kriterium A entwickelten sich während oder kurz nach einer Substanzintoxikation, einem Substanzentzug oder nach Einnahme eines Medikaments
 2) Die betroffene Substanz ist in der Lage die Symptome aus Kriterium A hervorzurufen
- C: Störungsbild kann nicht besser anders erklärt werden
 D: kein Delir
 E: Leiden oder Beeinträchtigung im Umfeld

Starzer, M., et al (2018). Rates and Predictors of Conversion to Schizophrenia or Bipolar Disorder Following Substance-Induced Psychosis. The American Journal of Psychiatry, 175(4), 343-350.

16

Henne – Ei - Problem

Diagnosekriterien DSM-V
 Substanz-/Medikamenteninduzierte psychotische Störung

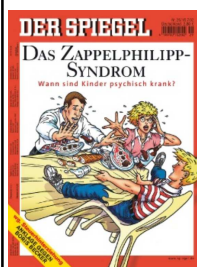


- A: Vorhandensein von einem od. beiden folgenden Symptomen:
 1) Wahn
 2) Halluzination
- B: Hinweis aus der Vorgeschichte, Untersuchung, Labor auf sowohl 1) als auch 2):
 1) Die Symptome aus Kriterium A entwickelten sich während oder kurz nach einer Substanzintoxikation, einem Substanzentzug oder nach Einnahme eines Medikaments
 2) Die betroffene Substanz ist in der Lage die Symptome aus Kriterium A hervorzurufen
- C: Störungsbild kann nicht besser anders erklärt werden
 D: kein Delir
 E: Leiden oder Beeinträchtigung im Umfeld

32% mit Erstdiagnose Substanzinduzierter psychotischer Störung „entwickeln“/bekommen im Verlauf von 20 Jahren Diagnose Bipolare Störung oder eine Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis

17

AD(H)S



<https://www.spiegel.de/spiegel/print/index-2002-29.html>



https://de.wikipedia.org/wiki/Datse:Struwwelpeter_2.jpg

18

AD(H)S

Aufmerksamkeitsdefizit-(Hyperaktivitäts)-Störungen

Ursprünglich Diagnose aus Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend → **neuropsychiatrische Erkrankung** =
 ↑genetische Ätiologie

Kernsymptomatik:

Aufmerksamkeitsdefizit mit ↑ Ablenkbarkeit, ~ Hyperaktivität (→ innere Unruhe, Rastlosigkeit), ↓ Impulskontrolle / Selbstregulation, Affektlabilität / emotionale Überreagibilität, Desorganisiertheit/Vergesslichkeit

Häufigkeit: 2-5-7-10% Kinder / 2-5% Erwachsenen → **Diagnostik?**

Schlack et al. 2007; Hölling et al. 2014; Wender 1995; Yan 1996; Biederman et al. 2000; Alonso et al. 2007; De Zwaan et al. 2012

19

AD(H)S

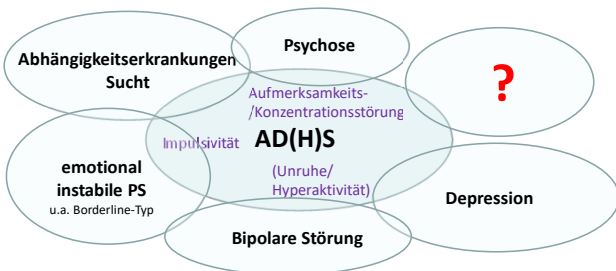
Diagnostik einer komplexen Störung

Standardisierte Fragebögen (Selbst-/Fremdrating):
 zB. ASRS, HASE, WURS-K, KATE, ADHS-E/KJ, DIVA ... = **Hilfe:** aber trotzdem **klinische Diagnosestellung** nach ICD-10, DSM5

Herausforderungen = **Symptomüberschneidungen**

20

AD(H)S + Komorbiditäten



21

AD(H)S + Komorbiditäten

Diagnose	Risikoerhöhung	Lebenszeitprävalenz (in Prozent)
Unipolare Depression	bis zu zweifach	bis zu 60
Bipolare Störung	bis zu dreifach	bis zu 20
Angststörungen	bis zu zweifach	bis zu 50
Schizophrenie	bis zu zweifach	unzureichende Daten

<https://oegpb.at/2016/05/06/psychiatrische-komorbiditaeten/>

22

AD(H)S + Komorbiditäten

Diagnose	Risikoerhöhung	Lebenszeitprävalenz (in Prozent)
Suchterkrankungen		
THC-Missbrauch	bis zu dreifach	bis zu 70
Alkoholabhängigkeit	bis zu vierfach	bis zu 45
Drogenabhängigkeit (ohne THC)	bis zu fünffach	bis zu 30

<https://oegpb.at/2016/05/06/psychiatrische-komorbiditaeten/>

23

Sucht / Abhängigkeitserkrankungen + AD(H)S ?

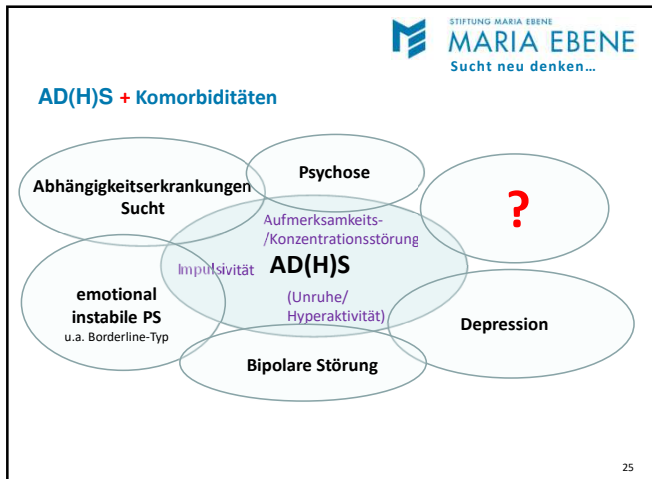
St. d. **multiple Subst. Konsum – Abhängigkeit > 50% ADHS** Buddensiek et al. 2005

St. d. **Alkohol – 20% ADHS**

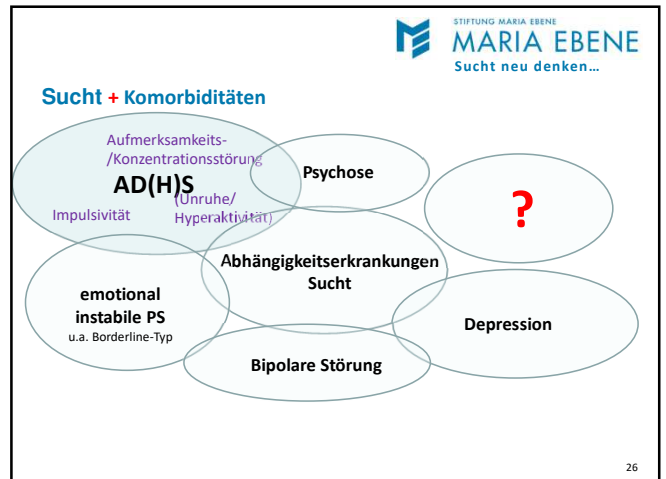
St. d. **Kokain – 33% ADHS** Levin FR et al. 1998 & 2007

Opioid-Subst. – 20 - 25% ADHS Carpentier PJ et al. 2011; Lugoboni F et al. 2017

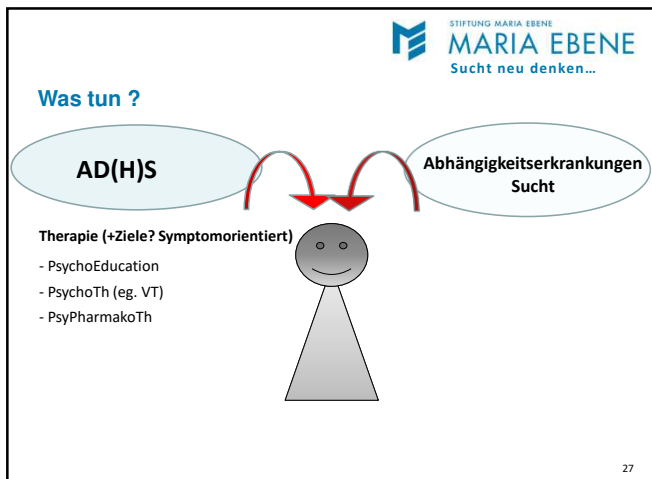
24



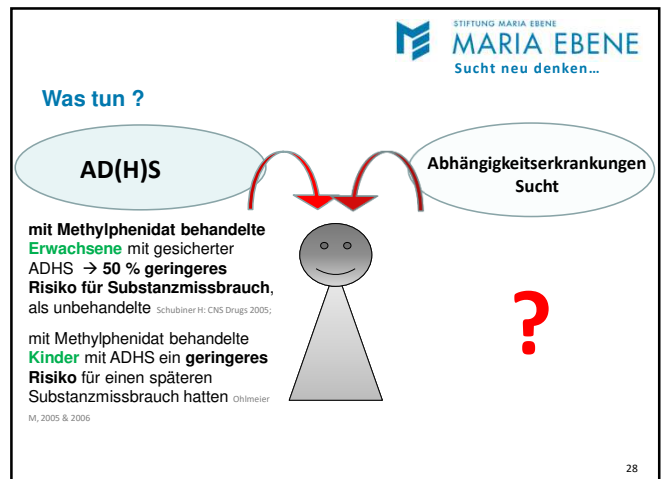
25



26



27



28

STIFTUNG MARIA EBENE
MARIA EBENE
Sucht neu denken...

Abhängigkeitserkrankung + AD(H)S

Fall-Bsp.:
Hr Maier: 26j, Wechsel des Subst.Arztes wegen Pensionierung bereits eingestellt mit **90mg Methadon**, + schwankender **Beikonsum**: mit Benzos (Xanor, Temesta), Alkohol (bis zu 5-12 Bier), Kokain und Amphetamine

Was tun?
1.) Anamnese:
In (Volks)Schule bereits Probleme (Sozialverhalten, Aufmerksamkeit, Konzentration), 3. Volksschulklasse wiederholt, kein Schulabschluss und keine Lehre/Ausbildung (bereits damals Alkohol & Drogen). Wegen Drogendelikten und Körperverletzung bereits knapp 3a im Gefängnis (20-23j). Aktuell arbeitslos, in Partnerschaft mit Drogen-abhängiger Partnerin, keine Kinder

29

29

STIFTUNG MARIA EBENE
MARIA EBENE
Sucht neu denken...

Abhängigkeitserkrankung + AD(H)S

Fall-Bsp.:
Hr Maier: 26j, mit **90mg Methadon**, + schwankender **Beikonsum**

Was tun?
2.) Diagnosen? ADHS-Diagnostik?

3.) Therapieoptionen?
Pat. mit OAT + ADHS + MPH → ↓ADHS Symptome ↑ psychosoziale Fkt.
↓ Verschlechterung der Abhängigkeitserkrankung) Abel KF et al. 2014

Beikonsum ≠ Beikonsum ~ Missbrauchs- & Abhängigkeitspotential ?
Bedeutung von „harm reduction“

30

30

STIFTUNG MARIA EBENE
MARIA EBENE
Sucht neu denken...

Abhängigkeitserkrankung + AD(H)S

Anamnese + Fremdanamnese/Kindheit + Psychose(n) !
↓
ADHS

Therapie (+Ziele?)

- PsychoEducation
- PsychoTh (eg. VT)
- PharmakoTh: → **ret. MPH**
→ Missbrauchspotential? → **LDX**

cave: off label bzw. KI für ICD-10: F1x
→ (wissenschaftl.) Begründung

Atomoxetin
Bupropion
Venlafaxin
Modafinil

31

31

STIFTUNG MARIA EBENE
MARIA EBENE
Sucht neu denken...

OAT-Subst. + AD(H)S-Medikation

mögl. Interaktionspotential www.mediQ.ch

	Ret. MPH	LDX	Atomoxetin	Bupropion	Venlafaxin	Modafinil
Methadon	EKG-Ko (KI: kard.Risiko)	?	QTc-EKG-, E'lyte-Ko, ↑Atomoxetinspiegel (CYP2D6)	+	Serotoninsyndrom, QTc-EKG-Ko	QTc-EKG-Ko, ↓Methadonspiegel (CYP3A / -2B6)
Buprenorphin	+	UAWs	BD+P, Risiko: Krampfanfälle	Risiko: Krampfanfälle	UAWs	↓ Buprenorphinspiegel (CYP3A)
SROM (ret. Morph.)	+	+	BD, UAWs, Risiko: Krampfanfälle	UAWs, Risiko: Krampfanfälle	UAWs	UAWs

kein geringes durchschnittl. Interaktionspotential

32

32

STIFTUNG MARIA EBENE
MARIA EBENE
Sucht neu denken...

Fazit

ADHS = keine neuzeitliche Erfindung

ADHS kommt selten alleine

Abhängigkeitserkrankungen + ADHS oft „vergessen“

Diagnostik herausfordernd, aber lohnend

↑ Therapeutische Optionen = Vorteil

ADHS-Diagnose ≠ MPH Therapie

33

33

STIFTUNG MARIA EBENE
MARIA EBENE
Sucht neu denken...

Fazit

ADHS = keine neuzeitliche Erfindung

ADHS kommt selten alleine

Abhängigkeitserkrankungen + ADHS oft „vergessen“

Diagnostik herausfordernd, aber lohnend

↑ Therapeutische Optionen = Vorteil

Vollumfängliche Behandlung aller Störungsbilder = Menschenrecht, bzw. sinnvoll

34

34

DANKE !

STIFTUNG MARIA EBENE
MARIA EBENE
Sucht neu denken...
Jobs@
www.mariaebene.at

35

35