

Fact-Sheet "Suchtmedizin State of the Art"

SGB bei Opioidabhängigkeit

- Indikation: Opioidabhängigkeit (Nachweis UP!).
- Meldepflicht Kantonsarzt innert 72 Std.
- Informed Consent /Behandlungsvereinbarung!
- Methadon:
 - LD50: 1mg/kg ; t½ nach Sättigung 24 Std.
 - Startdosis: 20-30 mg
 - Steigerung: bei Bedarf nach 4h 5-10 mg, dann 5-10 mg/Tag
 - Zieldosis: kein Craving mehr, meist 60-120 mg
 - QT-Zeit: EKG bei Herzsympt.; >100 mg/d
 - Interaktionen: daran denken ->Liste
 - Abbau: nicht zu früh, ab 20-30 mg sehr langsam; Info Toleranzverlust!
- Subutex:
 - Indikation: Sedation↓; Interaktionen↓
 - 12 Std. nach Heroin, 24 Std. nach max. 30 mg Methadon
 - 5 Min. sublingual behalten!
 - Startdosis: 2-4 mg
 - Steigerung: nach je 2-4 Std. zweimal 4-8 mg am ersten Tag, dann 4-8 mg/Tag
 - Zieldosis: maximal 32 mg, oft 12-16mg ausreichend.
 - Abbau: nicht zu früh, langsam. Info Toleranzverlust!
- psych. Komorbidität: häufig; 1°/2°? Ev. psychiatrische 2.Meinung; korrekte Ko-Medikation! Wichtige Frage für IV (Sucht 1°/2°?).
- Soziale Situation: Checkliste -> Zusammenarbeit mit reg. Suchtfachstelle -> Schweigepflichtentbindung.
- Verhütung: immer ansprechen. Fertilität ↑

Somatik

- Hepatitis B/C; HIV
 - Serologie! Impfung: Twinrix (zahlt KK)
 - Hep.C-Therapie? Indikation mit Spez. Klären (z.B. P. Schmied, Infekt. KSSG)
- Suchtmedizin ist oft 'Geriatric mit 50': COPD, Herz, Osteoporose, Leber, Karzinome -> Screening

Grundhaltung / Kommunikation

- "Suchtpatienten sind besser als ihr Ruf"; case holding wichtig!
- Neuroplastizität
- Motivierende Gesprächsführung wirksam (EBM)
- akzeptierende Haltung ≠ "laissez faire"
- Suchtmittelkonsum hat auch positive Aspekte für Konsument
- Gratwanderung / Grenzen individuell setzen
- Zusammenarbeit suchen/pflegen (Soz. Arbeit/Psychiatrie)
- Ambivalenz des Pat. als Chance sehen
- Veränderungsprozess
- Richtige Phase definieren und phasen-spezifische Intervention
- Rückfall = Vorfall;
- Beziehungsabbruch vermeiden
- Behandlungsunterbruch ≠ Beziehungsende



Alkohol

- Kurzintervention wirksam (EBM): ansprechen lohnt sich!
- Screening: z.B. CAGE-Fragen
- 1 Standarddrink (SD): = 3dl Bier = 1dl Wein = 2cl Spirituosen
- Riskanter Konsum: Mann >2 SD/d; Frau >1 SD/d
- Ambulanter Entzug mit Valium:
 - KI: Epilepsie, Polytox, Verwirrtheit u.a.
 - Dosis: 20 mg bis zu 70 mg/Tag bei entsprechender Symptomatik. Je nach Menge 1-3 Abgaben täglich.
 - Dauer: Gabe 7 (-max.14 Tage); Tgl. Arztkontakt
 - Abbauschema 60 - 50 - 40 - 30 - 20 - 10 - 5 mg (über 7 Tage)
- Antabus:
 - KI: GGT > 3x Norm; Epilepsie u.a.
 - 3 Tage Abstinenz; EKG; Labor
 - Informed consent schriftlich
 - Dosis: Sättigung: 1-2 Tbl./d x 3d, dann 1/d Mo und Mi; 2/d Fr.
- Campral: Trinkintensität wird vermindert, Abstinenz kaum erreicht. Compliance (3x2 Tbl./d)?
- Naltrexin: vermindert Rückfälle und/oder Trinkmenge

Nikotin

- Kurzintervention wirksam (EBM): ansprechen
- Hilfsmittel:
 - Selbststudium (z.B. Ziel Nichtrauchen, AT Schweiz)
 - Nikotinersatz: Dosis und Appl. Form, je nach bisherigem Konsummuster
 - Champix: Starterpack, dann 2x1 mg/d X 3-4/12
 - Zyban: KI Epilepsie; Dosis: 1/d x7d, dann 2/d x 2/12

Kokain

- 2 Formen:
 - im Rahmen Polytoxikomanie (v.a. Heroin)
 - "isoliert" (meist Alkohol als Starter vor Konsum; wenig Leidensdruck; distanzieren sich von Szene, braucht spez. Angebot)
- rasch Zusammenarbeit mit erfahrener Suchtspezialisten suchen
- Somatik: Notfall: akute art. Durchblutungsstörungen (Herz, Hirn)

Benzodiazepine

- bewilligungspflichtig; WZW-Kriterien
- keine Indikation für kurzwirksame Benzos!
- Bedingung für Bewilligung langwirksame Benzos:
 - Indikation, ev. psych. Zweitmeinung
 - Behandlungsvereinbarung / Ziel
 - Vermeidung Missbrauch (Abgabe tgl. oder max. 3x / Woche)
- Alternativen:
 - sed. Antidepressiva: Remeron,
 - Neuroleptika: Truxal, Dipiperon, Seroquel