

LEITLINIE – QUALITÄTSSTANDARDS FÜR DIE OPIOID- SUBSTITUTIONS- THERAPIE

IMPRESSUM

HERAUSGEBER

Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit (ÖGABS)

Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM)

Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (ÖGKJP)

Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP)

Diese Leitlinie entstand auf Basis des Projektes „Erarbeitung von Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie“ unter der Ägide des im Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) eingerichteten „Ausschusses für Qualität und Sicherheit in der Substitutionsbehandlung“.

1. Auflage, 2017

Bitte wie folgt zitieren:

Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit (ÖGABS), Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM), Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (ÖGKJP), Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP). Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie. 1. Auflage, 2017

Mit freundlicher Unterstützung des Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF)

Grafische Gestaltung

saintstephens

QUALITÄTSSTANDARDS FÜR DIE OPIOID-SUBSTITUTIONSTHERAPIE (OST)

INHALTSVERZEICHNIS

BEGRIFFSDEFINITION UND HINTERGRÜNDE	12
PRÄAMBEL: OST UND ÖFFENTLICHE GESUNDHEIT	13
1. ÄRZTLICHE HALTUNG, ETHISCHE GRUNDLAGEN, BEHANDLUNGSZIELE	16
2. EPIDEMIOLOGIE	22
3. „NATÜRLICHER VERLAUF“ DER OPIOIDABHÄNGIGKEIT	25
4. VERLAUFSFORMEN DER OST	28
5. DIAGNOSTIK	30
5.1 Klinische Diagnostik	31
5.2 Apparative bzw. Laboruntersuchungen	32
6. INDIKATIONSSTELLUNG	34
7. ZUR VERFÜGUNG STEHENDE SUBSTANZEN IN DER OST	36
7.1 Einleitung	37
7.2 Methadon (Razemat)	37
7.3 Levo-Methadon (L-Methadon)	39
7.4 Buprenorphin	40
7.5 Morphin in Retardform	41
8. DURCHFÜHRUNG DER MEDIKAMENTÖSEN THERAPIE	43
8.1 Einstellungsphase	44
8.2 Langzeitbehandlung	46
9. DIE ROLLE STATIONÄRER INTERVENTIONEN IM KONTEXT EINER OST	54
10. DIMENSIONEN DES BEIKONSUMS	57
11. THERAPIE KOMORBIDER ERKRANKUNGEN	61
11.1 Therapie somatischer Erkrankungen	62
11.2 Therapie psychischer Erkrankungen	65

12. PATIENTINNEN/PATIENTEN IN SPEZIFISCHEN ALTERS- UND LEBENSSITUATIONEN	67
12.1 Verschreibung an Jugendliche, Aspekte der Jugendpsychiatrie	68
12.2 Behandlung opioidabhängiger Patientinnen in der Schwangerschaft	74
12.3 OST bei Schwangeren – Empfehlungen für Betreuung der Kinder nach der Geburt	76
12.4 Behandlung der Opioidabhängigkeit im höheren Lebensalter	78
12.5 Behandlung von Patientinnen/Patienten in Haft	82
12.6 OST und Führerschein	83
13. ASPEKTE DER MISSBRAUCHSSICHERHEIT	86
13.1 Begrifflichkeit	87
13.2 Gesetzlich verbotener/potenziell fremdschädigender Gebrauch	87
13.3 Nicht verschreibungskonformer/selbstbeschädigender Gebrauch	89
14. PSYCHOSOZIALE ASPEKTE DER OST	91
14.1 Präambel/Einleitung	92
14.2 Grundhaltung und Ethik	93
14.3 Qualitätssicherung	95
14.4 Definition von OST	95
14.5 Psychosoziale Angebote im Rahmen der OST	96
14.6 Angebote für spezifische Zielgruppen	98
15. AUSBLICK	102
15.1 Erweiterung der Angebote im Sinne des Konzepts der mehrdimensionalen Diversifizierung	103
15.2 Weitgehende Normalisierung des Konzepts	104
15.3 Neubewertung der psychopharmakologischen Effizienz der Opiode	105
ANHANG: INTERESSENSLAGEN UND -KONFLIKTE DER ARBEITSGRUPPENTEILNEHMERINNEN/ARBEITSGRUPPENTEILNEHMER	107
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	108
LITERATURVERZEICHNIS	109

Bei der vorliegenden Expertise handelt es sich um Empfehlungen, die im Rahmen des Projektes „Erarbeitung von Qualitätsstandards für die OST“ von einem unter der Ägide des im Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) eingerichteten „Ausschusses für Qualität und Sicherheit in der Substitutionsbehandlung“ erarbeitet wurden. Ziel war es, die fachlich-medizinischen Grundlagen für eine qualitätsgesicherte OST unter den in Österreich bestehenden Rahmenbedingungen zu definieren. In der Umsetzung des Vorhabens wurde über Empfehlung des Ausschusses eine Reihe von in der OST engagierten medizinischen Expertinnen/Experten bzw. Vertreterinnen/Vertretern aus einschlägigen Einrichtungen und Institutionen in eine medizinische Expertinnen-/Expertenplattform eingeladen. Zudem wurde über Empfehlung des Ausschusses je eine Expertinnen-/Expertenplattform zu psychosozialen sowie juristischen Fragen eingesetzt. In die psychosoziale Expertinnen-/Expertenplattform wurde eine Reihe von Expertinnen/Experten bzw. Vertreterinnen/Vertretern aus einschlägigen Einrichtungen und Institutionen mit psychosozialen Angeboten für Patientinnen/Patienten in OST eingeladen.

**ZUR MITARBEIT IN DER MEDIZINISCHEN EXPERTINNEN-/
EXPERTENPLATTFORM WURDEN EINGELADEN:**

Prim.^a Dr.ⁱⁿ Renate Clemens-Marinschek

Krankenhaus de La Tour – Behandlungszentrum für Abhängigkeitserkrankungen

Dr.ⁱⁿ Barbara Degn

Vizepräsidentin der Wiener Landesgesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (WIGAM)

OA Dr. Christoph Ebner

Medizinische Universität Graz, Universitätsklinik für Psychiatrie

Univ. Prof.ⁱⁿ Dr.in Gabriele Fischer

Medizinische Universität Wien, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Leiterin der Drogenambulanz

Dr. Reinhold Glehr

Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM)

Univ.-Prof. Prim. Dr. Reinhard Haller

Chefarzt im Krankenhaus Maria Ebene

Dr. Johann Haltmayer

Beauftragter für Sucht- und Drogenfragen der Stadt Wien, Ärztlicher Leiter des Ambulatoriums für Suchthilfe, Wien

Univ.-Prof. Prim. Dr. Christian Haring, MSc

Vorstand der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie B am Landeskrankenhaus Hall in Tirol, Leiter der Sektion Suchterkrankungen und -forschung der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP)

MR Dr. Norbert Jachimowicz

Leiter des Referats für Substitutionsangelegenheiten der Österreichischen Ärztekammer

OMR Dr. Rolf Jens

WIGAM

Prim. ao. Univ. Prof. Dr. Martin Kurz

ehemals Leiter des Zentrums für Suchtmedizin an der Landesnervenklinik Sigmund Freud Graz

OA Dr. Ekkehard Madlung-Kratzer

Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie B am Landeskrankenhaus Hall in Tirol

Univ.-Prof. Dr. Sergei Mechtcheriakov

Medizinische Universität Innsbruck, Universitätsklinik für Biologische Psychiatrie

Dr. Gerhard Miksch

ehemals Chefarzt des Psychosozialen Dienstes Südburgenland, ehemals Sucht- und Drogenkoordinator Burgenland

Prim. Univ.-Doz. Dr. Carl-Hermann Miller

Bezirkskrankenhaus Wörgl, Leiter der Drogenambulanz an der Abteilung für Psychiatrie

MR Dr. Karl Nemec

ehemals Vorsitzender des Tiroler Suchtbeirates

Prim. Dr. Wolfgang Preinsperger

Anton Proksch Institut, Leiter der Abteilung II – Behandlung der Abhängigkeit von illegalen Substanzen

Prim. Dr. Georg Psota

Chefarzt und Leiter des Psychosozialen Dienstes Wien, ehemals Präsident der ÖGPP

Univ.-Prof. Dr. Alfred Springer

1. Vorsitzender der Österreichischen Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit (ÖGABS), em. Leiter des Ludwig Boltzmann Instituts für Suchtforschung

Dr. Wolfgang Werner

Fachbereichsleiter Suchtberatung der Psychosoziale Zentren GmbH Niederösterreich,
2. Vorsitzender der ÖGABS

Dr. Max Wudy

Arzt für Allgemeinmedizin, Leiter des Referates für Abhängigkeitsfragen der Ärztekammer Niederösterreich

Univ.-Prof. Dr. Friedrich Wurst

Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie

AN 10 SITZUNGEN, IN DENEN POSITIONEN ZU DEN EINZELNEN THEMEN ERARBEITET WURDEN, HABEN (IN UNTERSCHIEDLICHER FREQUENZ) TEILGENOMMEN:

Dr.ⁱⁿ Barbara Degn, OA Dr. Christoph Ebner, Univ.-Prof. Prim. Dr. Reinhard Haller, Dr. Johann Haltmayer*, Univ.-Prof. Prim. Dr. Christian Haring*, MSc, MR Dr. Norbert Jachimowicz, OMR Dr. Rolf Jens*, Prim. ao. Univ. Prof. Dr. Martin Kurz*, OA Dr. Ekkehard Madlung-Kratzer*, Univ.-Prof. Dr. Sergei Mechtcheriakov*, Dr. Gerhard Miksch, Prim. Univ.-Doz. Dr. Carl-Hermann Miller, MR Dr. Karl Nemec, Prim. Dr. Wolfgang Preinsperger*, Univ.-Prof. Dr. Alfred Springer*, Dr. Wolfgang Werner*, Dr. Max Wudy* und Univ.-Prof. Dr. Friedrich Wurst

MEDIZINISCHE EMPFEHLUNGEN ZUR OST BEI JUGENDLICHEN, ERSTELLT VON „ARGE SUBSTANZABHÄNGIGE UND -UNABHÄNGIGE STÖRUNGEN DES KINDES- UND JUGENDALTERS“ DER ÖSTERREICHISCHEN GESELLSCHAFT FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE (ÖGKJP) UNTER MITARBEIT VON:

Dr. Thomas Elstner

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Prim. Dr. Ralf Gößler

Vorstand der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie und Behindertenpsychiatrie für Erwachsene mit Ambulanz des Neurologischen Zentrums Rosenhügel

Dr.ⁱⁿ Monika Leitner

Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapeutin

Dr. Christian Müller

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Prim.^a Dr.ⁱⁿ Katharina Purtscher-Penz

Leiterin der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie am LKH Graz Süd-West

Dr. Thomas Trabi

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, LSF Graz

Prim. Dr. Wolfgang Wladika

Vorstand der Abteilung für Neurologie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters, Klinikum Klagenfurt am Wörthersee

HINSICHTLICH ASPEKTEN DER BEHANDLUNG VON FRAUEN IN DER SCHWANGERSCHAFT SOWIE VON MUTTER UND KIND NACH DER GEBURT HABEN MITGEARBEITET:

Dr. Thomas Elstner*

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Dr.ⁱⁿ Jutta Korosec*

Ärztin für Allgemeinmedizin, ärztliche Leiterin der Integrativen Suchtberatung
Döblerhofstraße, Verein Dialog Wien

**ZUR MITARBEIT IN DER PSYCHOSOZIALEN EXPERTINNEN-
/EXPERTENPLATTFORM WURDEN EINGELADEN:**

DSA Hans Peter Adler

Sucht- und Drogenkoordination Wien, Leitung Liaisondienste

Dr. Martin Busch

Kompetenzzentrum Sucht, Gesundheit Österreich GmbH

DSA Michael Dressel, MA

Koordinator für Sucht- und Drogenfragen der Stadt Wien, Geschäftsführer der Sucht- und
Drogenkoordination Wien GmbH

DSA Klaus Peter Ederer

Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Suchtkoordinator der Steiermark

DSA Christof Gstrein †

ehemals Suchtkoordinator des Landes Tirol, Amt der Tiroler Landesregierung

Dr.ⁱⁿ Ursula Hörhan

Geschäftsführerin der Fachstelle für Suchtprävention Niederösterreich, Suchtkoordinatorin
des Landes Niederösterreich

Mag.^a (FH) Katharina Humer

Obfrau des Österreichischen Vereins für Drogenfachleute (ÖVDF)

DSA Gabriela Hütter

BAS Steiermark

DSA Sylvia Libiseller

Leiterin der Pro Mente Sucht der Pro Mente Oberösterreich

DSA Thomas Neubacher

Amt der Vorarlberger Landesregierung, Suchtkoordinator Vorarlberg

Dr.ⁱⁿ Brigitte Prehslauer

Amt der Kärntner Landesregierung, Sachgebietsleiterin Drogenkoordination und Sozialmedizin, Drogenkoordinatorin des Landes Kärnten

Dr. Franz Schabus-Eder

Amt der Salzburger Landesregierung, Sucht- und Drogenkoordinator des Landes Salzburg

DSA Andreas Stix, MA

Beratungsstelle für Suchtfragen Ikarus (Pro Mente Vöcklabruck)

Dr. Alfred Uhl

Koordinator der Suchtpräventionsforschung und Suchtpräventionsdokumentation, SucFoDoc, am Anton Proksch Institut; jetzt: Kompetenzzentrum Sucht, Gesundheit Österreich GmbH

Walter Wojcik, MAS

Bundesländerbeauftragter Wien des ÖVFD

AN 5 SITZUNGEN DER PSYCHOSOZIALEN EXPERTINNEN-/EXPERTENPLATTFORM SOWIE AN EINER GEMEINSAMEN SITZUNG MIT DER MEDIZINISCHEN EXPERTINNEN-/EXPERTENPLATTFORM ZWECKS INTERDISZIPLINÄREM AUSTAUSCH, HABEN (IN UNTERSCHIEDLICHER FREQUENZ UND TEILS IN VERTRETUNG) TEILGENOMMEN:

DSA Hans Peter Adler

Dr. Martin Busch

DSA Michael Dressel, MA

DSA Klaus Peter Ederer

DSA Christof Gstrein

Dr.ⁱⁿ Ursula Hörhan*

DSA Gabriela Hütter*

Mag.^a (FH) Katharina Humer*

DSA Sylvia Libiseller, MSc

Dr.ⁱⁿ Brigitte Prehslauer

Dr. Franz Schabus-Eder

DSA Andreas Stix, MA

Dr. Alfred Uhl*

Walter Wojcik, MAS

Die in der Diskussion erarbeiteten Positionen wurden im Rahmen einer Formulierungsgruppe, in der die mit (*) gekennzeichneten Expertinnen/Experten mitgewirkt haben, verschriftlicht und die Texte in der Plattform abgestimmt. Je ein fachlicher Austausch fand zwischen der medizinischen Plattform einerseits, und den Plattformen zu psychosozialen bzw. zu Rechtsfragen statt. Ferner wurden die medizinischen Positionen mit Vertreterinnen und Vertretern der Amtsärzteschaft diskutiert.

Fachliche Endredaktion des Textes:

Prim. ao. Univ.-Prof. Dr. Martin Kurz

BEGRIFFSDEFINITION UND HINTERGRÜNDE

Es existieren zahlreiche Synonyme zu dieser Therapieform, wie z. B. arzneimittelgestützte Behandlung der Opioidabhängigkeit, Substitutionsbehandlung, substitutionsgestützte Behandlung, Substitutionstherapie, Substitution, Opioid-Erhaltungstherapie (OET), Opioidsubstitution, opioidgestützte Behandlung, Opioid-Agonisten-Therapie u. ä.

Die Autorinnen und Autoren dieser Empfehlungen haben sich während des Entstehungsprozesses unterschiedlicher Synonyme bedient, im Speziellen waren dies opioidgestützte Therapie, OET und OST. Letztlich hat man sich mehrheitlich für den Begriff der OST entschieden, da er derzeit in der internationalen Literatur der gebräuchlichste ist. Hinter den unterschiedlichen Begriffen liegen jedoch spezifische Grundhaltungen bzgl. des eigenständig therapeutischen Stellenwertes dieser Behandlung. So bringt der Begriff der opioidgestützten Therapie die umfassende (auch psychosoziale) Therapie mit Unterstützung der Medikation in den Vordergrund. OET ist mit einem stark pragmatischen Ansatz assoziiert, der rein begrifflich keine weiteren therapeutischen Maßnahmen zwingend impliziert. Ähnlich verhält es sich mit dem Terminus OST, der sprachlich aber noch mehr einen zu ersetzenden Mangel beschreibt. Wichtig ist allen Autorinnen und Autoren, dass die Inanspruchnahme und Indikationsstellung dieser Therapieform prinzipiell nicht von der gleichzeitigen Inanspruchnahme psychosozialer Angebote abhängig bzw. diese Inanspruchnahme nicht zur Bedingung für die Durchführung der OST gemacht werden darf.

PRÄAMBEL: OST UND ÖFFENTLICHE GESUNDHEIT

Der OST kommt erhebliche Bedeutung für die öffentliche Gesundheit zu. Sie ist eine Maßnahme, die in wichtigen Aufgabenbereichen der öffentlichen Gesundheitsvorsorge entscheidende Verbesserungen bewirken kann:

- Sie eröffnet den opioidabhängigen Patientinnen/Patienten den Zugang zum Gesundheitssystem und ist daher ein Katalysator der Verbesserung des Gesundheitszustandes dieser Klientel. Dieser Effekt wurde in vielen internationalen Studien beschrieben und durch Cochrane-Analysen bestätigt.
- Sie ermöglicht es den Patientinnen/Patienten ihre Abhängigkeit unter Kontrolle zu bringen und zugelassene medizinische Medikamente zu gebrauchen, wodurch sie aus ihrer Abhängigkeit von den fragwürdigen und teuren Angeboten des illegalen Drogenmarktes gelöst werden. Dadurch trägt die Behandlung zu einer Reduktion der drogenbezogenen Delinquenz bei. Auch dieser Effekt wurde in vielen internationalen Darstellungen bestätigt.
- Die Normalisierung der Versorgung verbessert die psychosoziale Lage der Kranken und erleichtert die soziale Rehabilitation. Dadurch verlieren auch Lebensstilkomponenten ihre Bedeutung, die vor dem Eintritt in die Behandlung aus der Notsituation der Abhängigen resultieren und – wie etwa Geheimplstitution – ein Risiko für die öffentliche Gesundheit repräsentieren. Die Abhängigen werden durch diese Stabilisierung ihres sozialen Lebens in geringerem Ausmaß von übertragbaren Krankheiten belastet und tragen in geringerem Maß zu deren Ausbreitung bei. Insofern profitiert von der Stabilisierung der einzelnen Abhängigen die öffentliche Gesundheit.
- Trotz dieses offensichtlichen Nutzens der OST unterliegt sie gesellschaftlich einer ambivalenten Bewertung. Immer wieder wurden und werden von verschiedener Seite Bedenken geäußert, dass sie Risiken für die öffentliche Gesundheit mit sich bringen könnte. Als mögliche Risiken gelten in diesem Kontext:
 - dass durch OST die Suchtkrankheit verharmlost wird und das Abstinenzgebot untergraben wird,
 - dass die OST das Suchtverhalten aufrecht erhält und insofern unterstützt,
 - dass zur Substitution verschriebene Opioide in den illegalen Drogenmarkt eingeschleust werden,
 - dass die OST neue Konsumenten rekrutiert (Gefährdung jugendlicher und konsumnaiver Populationen) und

- dass die OST für eine allfällige Zunahme ev. tödlich verlaufender Zwischenfälle in jugendlichen und drogennaiven Milieus verantwortlich ist.¹

Grundsätzlich müssen derartige Bedenken ernst genommen und diskutiert werden. Die vorgebrachten Einwände und Vorschläge müssen dabei aus gesundheitspolitischer Sicht auf jeden Fall danach bewertet werden, ob sie die Qualität des Therapieangebotes berücksichtigen oder geeignet sind, diese zu beeinträchtigen, bzw. ob sie vorrangig sicherheitspolitische Positionen widerspiegeln².

Auch wenn derartige Einflüsse ausgeschlossen werden können, halten aber die vorhin zur Darstellung gebrachten kritischen Argumente einer sorgfältigen Abwägung des Nutzens und der Risiken der OST unter Berücksichtigung der Kriterien für eine adäquate Durchführung der Methode unter Einschluss internationaler Erfahrungen nicht stand. Diese Form der Kritik unterliegt dem Fehlschluss, einer Therapiemethode anzulasten, dass sie, aus welchen Gründen auch immer, von den Anbieterinnen/Anbietern oder den Patientinnen/Patienten inadäquat, fahrlässig oder missbräuchlich angewendet wird. Einem gleichartigen Trugschluss unterliegen Vorschläge, einzelne Substanzen aus dem Angebot der OST zu entfernen. Substanzbezogene Restriktionen sind kein adäquates Mittel, den Tendenzen der nicht verschreibungsgerechten Einnahme bzw. der Bereitschaft, Substitutionsmedikamente in den illegalen Markt einzuschleusen, wirksam zu begegnen. Dass Arzneimittel, die in der OST zum Einsatz kommen, auch auf dem Drogenschwarzmarkt auftauchen, beruht auf einer komplexen Ursachenstruktur im System von Angebot und Nachfrage und kann nicht bestimmten Qualitäten einzelner Substanzen zugeschrieben werden. Der illegale Drogenmarkt wird aus vielen Quellen gespeist. Die aus der Behandlung abgezweigte Menge repräsentiert nur einen kleinen Anteil der in diesen Markt eingebrachten Suchtmittel. Diesem Problembereich kann zum Teil mit Public Health Maßnahmen präventiv begegnet werden, letztlich sind hier aber die Sicherheitsbehörden gefordert. Aus gesundheitspolitischer Sicht, aus der Sicht der öffentlichen Gesundheit, aber nicht zuletzt auch im Interesse der Versorgung der abhängigen Klientel und der substituierenden Ärztinnen/Ärzte muss es das vorrangige Ziel sein, zu garantieren, dass die OST in einer Weise angeboten wird, die die Bedürfnisse der Patientinnen/Patienten berücksichtigt und sie in der Behandlung hält. Daher wäre es z. B. kontraproduktiv, den Patientinnen/Patienten entsprechende Medikamente vorzuenthalten, weil diese auch für den illegalen Markt attraktiv erscheinen. Befürchtungen über möglichen Missbrauch dürfen nicht die Qualität und den daran gebundenen Erfolg des

¹ In diesem Kontext wird gerne auch bestimmten Substanzen aus dem Spektrum der verfügbaren Arzneimittel, insbesondere Morphin mit verzögerter Freisetzung des Wirkstoffs, ein besonderes Risiko zugeordnet und daraus die Forderung abgeleitet, diese Arzneimittel zu verbieten oder zumindest restriktiv einzusetzen.

² Des Weiteren ist stets abzuklären, ob die Einwände, die gegen die Methode selbst oder die Verordnung bestimmter Substanzen vorgebracht werden, nicht industrielle Interessen widerspiegeln oder von Anbietern konkurrierender Behandlungsmethoden, die auf einem alternativen Verständnis der Suchtkrankheit und daraus abgeleiteten therapeutischen Zielvorstellungen aufbauen, in den Diskurs eingebracht werden.

korrekt durchgeführten Angebots beeinträchtigen. Aus internationalen Darstellungen lässt sich ableiten, dass alle Medikamente, die der OST zur Verfügung stehen, auf die eine oder andere Weise nicht verschreibungsgerecht genutzt werden können, und dass auch die Umstellung auf Kombinationspräparate mit Opioidantagonisten an dieser Situation nichts ändern kann.³

Aus der Sicht der öffentlichen Gesundheit ist als weiteres vorrangiges Ziel der adäquaten therapeutischen Versorgung Opioidabhängiger definiert, dass die Behandlung nach den allgemein üblichen Behandlungsregeln abläuft. Demgemäß ist zu fordern, dass der Behandlungsvertrag zwischen Substituierenden und Substituierten auf Vertrauen aufbaut. Des Weiteren ist dafür zu sorgen, dass mittels sachlicher Information stigmatisierende Zuschreibungen und Erwartungshaltungen sowohl an die industriellen und ärztlichen Anbieter/-innen als auch an die Patientinnen/Patienten der OST vermieden werden, da diese destabilisierend wirken und sich negativ auf die Qualität dieses wichtigen Behandlungsangebots auswirken können.

³ Derartige mehr sicherheits- als gesundheitspolitisch motivierte Maßnahmen scheinen, wie die Entwicklungen in den USA erkennen lassen, eher dazu beizutragen, dass Mittel aus der Schmerzmedizin abgezweigt werden und dass sich der Heroinmarkt weiter ausbreitet.

1. ÄRZTLICHE HALTUNG, ETHISCHE GRUNDLAGEN, BEHANDLUNGSZIELE

1. ÄRZTLICHE HALTUNG, ETHISCHE GRUNDLAGEN, BEHANDLUNGSZIELE

Jede medizinische Behandlung, insbesondere psychiatrische Behandlungen und speziell Suchtbehandlungen, findet in einem Spannungsfeld zwischen Patientin/Patient, behandelnder Ärztin/behandelndem Arzt und Gesellschaft statt. Jede dieser 3 Parteien hat ihre jeweiligen Interessen und Motive. Diese Interessen können jeweils völlig legitim sein, decken sich aber oft nur teilweise und können sogar in Konflikt zueinander stehen – was eben die Spannung ausmacht.

Ein in der Suchtbehandlung häufig relevantes Beispiel für solche Konfliktfelder sind ordnungs- und sicherheitspolitische Interessen der Gesellschaft, die in Widerspruch zu Freiheits- und Lebensgestaltungsbedürfnissen der Patientinnen/Patienten geraten. Die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt ist gezwungen in diesem Spannungsfeld Stellung zu beziehen, muss dabei einerseits rechtliche und wirtschaftliche Konsequenzen für sich selbst berücksichtigen, andererseits aber auch grundlegenden Prinzipien ärztlicher Ethik gerecht werden.

Man kann also nicht sinnvoll über Behandlungsziele sprechen, ohne diese Interessenlagen und Abhängigkeiten zu klären und zu reflektieren.

Auch für die im oben beschriebenen Spannungsfeld klinisch tätigen Ärztinnen/Ärzte ist es wichtig, sich über die eigenen Interessen im Klaren zu sein. Darüber hinaus besteht natürlich die Gefahr, wissentlich oder unwissentlich, für die Interessen der einen oder der anderen Seite benutzt zu werden.⁴

Einen gewissen Schutz in beide Richtungen kann eine ausreichende Auseinandersetzung mit den ethischen Grundlagen ärztlichen Handelns bieten, die wir daher für unbedingt erforderlich halten. Einige weithin akzeptierte ethische Prinzipien sollen im Folgenden skizziert werden:

Als reguläre medizinische Intervention unterliegt aus medizinethischer Sicht die Behandlung opioidabhängiger Patientinnen/Patienten und damit auch die OST jenen ethischen Vorstellungen, die in entsprechenden Regelwerken in zwei Dimensionen vorgegeben werden.

⁴ Die Erfahrung, zu entdecken von Patientinnen/Patienten „eingewickelt“ worden zu sein, macht wohl jede/jeder im Feld Tätige. Dies mag zunächst verärgern, kann jedoch über die Auseinandersetzung miteinander zu einer vertieften, vom gegenseitigen Respekt getragenen Arzt/Ärztin-Patientin/Patient-Beziehung beitragen. Führt es hingegen zu einer grundsätzlich misstrauischen oder besonders „strengen“ Haltung der Ärztin/des Arztes, steht dies in klarem Widerspruch zu grundlegenden ethischen Prinzipien (s.u.).

Die Gefahr, für gesellschaftliche/politische Interessen benutzt zu werden, ist in totalitären Systemen besonders groß – solche Erfahrungen hat zum Glück wohl kaum noch ein/-e heute in Österreich tätige Ärztin/tätiger Arzt. Aber auch in stabilen Demokratien fällt es nicht nur Politikern oft schwer, unter dem Druck der öffentlichen Meinung Neutralität, Fairness und Sachlichkeit zu bewahren.

ALLGEMEINE BIOETHISCHE VORGABEN

Alain Pompidou definierte 1992 die Zielvorstellungen eines europäischen Zugangs zur biomedizinischen Ethik. Diese umfassen die folgenden Prinzipien:

- Die Achtung des menschlichen Körpers; dieser darf nicht als Objekt kommerzieller Interessen dienen.
- Die Achtung der freien, informationsbestimmten Zustimmung des Individuums bezüglich jeder Form von Intervention.
- Der Schutz der genetischen Erbmasse des Individuums; dieses Prinzip verbietet jede genetische Manipulation in der Keimbahn, also auch solche mit präventiven und kurativen Intentionen.

SPEZIFISCHE ETHISCHE GRUNDFORDERUNGEN AN MEDIZINISCHE BEHANDLUNG

Die Grundsätze der Charta zur ärztlichen Berufsethik:

Diese Charta wurde gemeinsam von US-amerikanischen Fachgesellschaften für Innere Medizin und der Europäischen Föderation für Innere Medizin erarbeitet. Österreich ist in dieser Föderation vertreten. In dieser Charta werden die ärztlichen Pflichten und Patientinnen-/Patientenrechte definiert.⁵

- Autonomie der Patientin/des Patienten
An erster Stelle der bioethischen Prinzipien steht heute der Respekt vor der Autonomie der Patientinnen/Patienten. Dieser Grundsatz wird ergänzt durch die Prinzipien des Nicht-Schadens (Non-Maleficence) und des Gutes-Tuns (Beneficence), sowie des Anspruches auf gerechte Verteilung der Ressourcen.
- Ärztliche Pflichten – Patientinnen-/Patientenrechte – informiertes Einverständnis (Informed Consent)

Die Ärztin/der Arzt muss zugänglich sein. Das ärztliche Handeln muss auf das Wohl der Patientin/des Patienten ausgerichtet sein, darf in keinem Fall eine Schädigung bedeuten. Die Ärztin/der Arzt muss über entsprechende Ausbildung verfügen, muss diagnostizieren können und sich der Auswirkungen der Diagnose bewusst sein, muss die Indikationsstellung beherrschen, muss ständig für Qualitätsverbesserung sorgen und das Prinzip der Vertraulichkeit einhalten. Im Umgang mit den Patientinnen/Patienten sollten die Medizinerinnen/die Mediziner kompetent und glaubwürdig sein, deren Individualität

⁵ Gemäß dem aktuellen medizinethischen Verständnis, das in diesem Regelwerk zutage tritt, reicht es nicht aus, Morbidität und Mortalität zu reduzieren, dem Patienten/der Patientin nicht zu schaden und unheilbares Leiden durch Palliativmaßnahmen zu reduzieren.

achten, jeglichen Missbrauch der therapeutischen Machtausübung vermeiden und das Handeln am Prinzip des informierten Einverständnisses ausrichten.⁶

Nach diesem Prinzip kann eine Behandlung erst stattfinden, wenn die Patientinnen/Patienten über alle Aspekte der Behandlung aufgeklärt worden sind: über die Diagnose und ihre Begründung, über die Indikation und ihre Begründung, über Form und Inhalt der Behandlung, über mögliche Alternativen. Die Ärztin/der Arzt muss sich dabei vergewissern, dass die Patientin/der Patient diese Mitteilungen verstanden hat. Nachdem diese Aufklärung erfolgt ist, erteilt die Patientin/der Patient einen Behandlungsauftrag, der als Grundlage der Behandlung gilt. Da der Respekt vor der Patientinnen-/Patientenautonomie erstes Prinzip ist, muss die Ärztin/der Arzt auch eventuell respektieren, dass die Patientin/der Patient sich für eine Behandlungsform entscheidet, die von ihm nicht als die bestgeeignete angesehen wird.⁷ Die Charta basiert auf der grundsätzlichen Verpflichtung, den Interessen der Patientinnen/Patienten zu dienen und diese nicht durch ökonomische Interessen, gesellschaftlichen Druck und administrative Anforderungen zu vernachlässigen.

DIE OST IM RAHMEN DIESER ETHISCHEN REGELN

Gemäß diesem medizinethischen Verständnis ist es ausgeschlossen, dass die Behandlung anderen als krankheitsbezogenen Zielen – etwa politischen oder moralischen Vorgaben – dienstbar gemacht werden darf. Ebenso ethisch ungerechtfertigt ist eine Modifikation der Behandlung mit disziplinierender Absicht (etwa die Reduktion der Dosis des Substitutionsmedikamentes oder die Umstellung auf eine andere Substanz als disziplinierende Maßnahmen).

Im Falle der OST stellt sich weiters die Frage, ob gemäß diesen ethischen Richtlinien die Patientinnen/Patienten auch die Wahl des Medikaments und die Methode der Wahl bestimmen können. Dabei ist zu beurteilen ob die Forderung angemessen und ethisch vertretbar ist.⁸

Ein weiteres spezielles ethisches Problem stellt die Bedingung eines Behandlungsvertrags, der von der behandelnden Ärztin/vom behandelnden Arzt vorgegeben wird, dar. Diese Vorgangsweise kann in Konflikt mit der Autonomie der Patientinnen/Patienten treten.

⁶ Die Patientinnen-/Patientenrechte wurden bereits in den letzten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts innerhalb des grundsätzlich asymmetrischen Arzt/Ärztin-Patientin/Patient-Verhältnisses deutlich ausgebaut. Dieses Verhältnis wird heute als partnerschaftliche Beziehung definiert, in der den Patientinnen/Patienten weitgehend das Recht zugestanden wird, über ihre Behandlung selbst zu bestimmen.

⁷ Den Ansprüchen der Patientinnen/Patienten entgegen zu kommen ist erste Forderung, solange diese mit ethischen Prinzipien übereinstimmen und nicht mit unangemessenen Ansprüchen verbunden sind.

⁸ Auf jeden Fall erscheint es unter Anwendung der Charta nicht ohne weitere fallbezogene Begründung gerechtfertigt, ihnen das Mittel ihrer Wahl vorzuenthalten.

In diesem Kontext muss darauf hingewiesen werden, dass die Umsetzung der ethischen Richtlinien zwar die vornehmste Aufgabe der Ärzteschaft ist, es aber von den gesundheits- und sicherheitspolitischen Vorgaben abhängt, inwieweit sie zu verwirklichen sind. Die politischen Regeln sollten dementsprechend darauf achten, nicht Vorgaben zu machen, deren Einhaltung korrektes medizinethisches Handeln beeinträchtigen bzw. vereiteln muss.

Da der Umgang mit Opioiden weder zur Routine der Allgemeinmedizin noch der Psychiatrie gehört, besteht eine gemeinsame Verpflichtung für die Professionen, die mit der OST befasst sind, hinsichtlich der Fort- und Weiterbildung bezüglich der Substanzen, die als Substitutionsmedikamente zum Einsatz gebracht werden. Diese kontinuierliche Weiterbildung soll garantieren, dass einerseits die Methode richtig angewandt wird und andererseits die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt fähig ist, die Patientinnen/Patienten fundiert über die Behandlung und ihre Alternativen zu informieren. In der Fort- und Weiterbildung ist weiters die medizinethische Problematik der Behandlung ausreichend zu thematisieren.

PROFESSIONSSPEZIFISCHE ETHISCHE PROBLEMBEREICHE:

Substitutionspatientinnen/-patienten werden von Allgemeinmedizinerinnen/-medizinern sowie von und Psychiaterinnen/Psychiatern behandelt. Die ethischen Vorstellungen, nach denen der Umgang mit den Patientinnen/Patienten ausgerichtet ist, weisen bei diesen beiden Berufsgruppen markante Unterschiede auf. Hämmig hat infrage gestellt, ob die Vorgaben der Charta zur ärztlichen Berufsethik von der Psychiatrie ausreichend wahrgenommen und umgesetzt werden. Diese Fragestellung ist wohl auch heute noch gültig und ergibt sich zwangsläufig daraus, dass die Vertreter/-innen der Psychiatrie in ihrer Berufsausübung immer wieder in Spannung zu der Forderung nach informiertem Einverständnis geraten müssen. Es gehört zur geläufigen klinisch-psychiatrischen Praxis, über die Notwendigkeit von Zwangsmaßnahmen und damit der Einschränkung der Freiheit der Patientin/des Patienten zu entscheiden.⁹ Diese Position wird heute auch Suchtkranken gegenüber durch die neurowissenschaftliche Annahme ermöglicht, wonach die Suchtkrankheit als Erkrankung des Gehirns verstanden werden kann, in der die Substanzeinnahme die Autonomie und die freie Willensentscheidung der Erkrankten ohnehin beeinträchtigt. Diese Interpretation ist zwar keineswegs allgemein akzeptiert, wird allerdings mancherorts als Begründung für beschränkende Maßnahmen (z. B. Applikation von Naltrexon-Depots) herangezogen.

⁹ Das verfassungsgemäße Verbot von auf Zwang beruhenden Interventionen besitzt für die Vertreterinnen/Vertreter dieses Faches nur eingeschränkte Gültigkeit.

Die OST baut in ihrer Zielsetzung auf konträren theoretischen Voraussetzungen auf. In ihr wird die negative Auswirkung auf die Persönlichkeit nicht den Substanzen zugeschrieben, sondern den Bedingungen des Gebrauchs. Nach dem ihr zugrunde liegenden Verständnis und den Zielsetzungen der Behandlung führt kontinuierliche kontrollierte Einnahme der Opioide nicht zu einem zunehmenden Verlust der Autonomie sondern zu einer Stabilisierung der Persönlichkeit, die es ermöglicht, ein weitgehend normales Leben zu führen, den Verpflichtungen gegenüber Angehörigen nachzukommen, sich in den Arbeitsmarkt einzugliedern und die Freizeit zu gestalten. In diesem Sinn wirkt sie trotz aufrechter Opioidgebrauch schadensreduzierend und gesundheitsfördernd.

Die Zuordnung der OST zu den „schadensreduzierenden Maßnahmen“ bekräftigt die Autonomie der Patientinnen/Patienten. Baut doch das Prinzip der Schadensbegrenzung auf dem Verständnis auf, dass Suchtkranke als grundsätzlich selbstverantwortliche problembelastete Menschen imstande sind, ein entsprechendes Hilfsangebot zu erkennen und entsprechend ihren eigenen Bedürfnissen freiwillig wahrzunehmen. Insofern scheint es angezeigt, den interprofessionellen Normenkonflikt in die Richtung zu lösen, dass die Psychiaterinnen/Psychiater, die OST durchführen, sich für die Anwendung dieser therapeutischen Methode den ethischen Forderungen verpflichten, die generell für die medizinische Praxis gelten.

Allgemeine Ziele der Behandlung decken sich mit den üblichen Zielvorstellungen medizinischer Behandlung:

- Herstellen einer tragfähigen Arzt/Ärztin - Patientin/Patient - Beziehung,
- Senkung von Morbidität und Mortalität,
- Steigerung der Lebensqualität und Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe,
- individualisierte, diversifizierte und an die Bedingungen der Patientinnen/Patienten angepasste Durchführung der Behandlung.

Spezifische Ziele der Behandlung werden in den Abschnitten 6 bis 12 konkret behandelt.

2. EPIDEMIOLOGIE

2. EPIDEMIOLOGIE

Im Kontext der OST ist die Frage, wie viele Personen vom Konsum von Opioiden abhängig sind bzw. einen schädlichen Gebrauch aufweisen, von zentraler Bedeutung. In Österreich wird hierfür die Prävalenz des „risikoreichen Drogenkonsums unter Beteiligung von Opioiden“¹⁰ herangezogen. In Anlehnung an die Definition der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) wird Drogenkonsum dann als risikoreich bezeichnet, wenn wiederholter Drogenkonsum mit körperlichen, psychischen und/oder sozialen Problemen einhergeht. Ausschließlich rechtliche Probleme reichen nicht aus, um Drogenkonsum als risikoreich zu bezeichnen.

Die Erhebung exakter Zahlen ist aufgrund der Tatsache, dass Drogenkonsum illegal ist und es sich in weiterer Folge bei Drogenabhängigen um eine Hidden Population handelt, unmöglich.¹¹ Zudem werden Daten im illegalen Drogenbereich durch die unterschiedliche Zugänglichkeit und Attraktivität des Behandlungsangebotes sowie Schwerpunktaktivitäten der Exekutive mit entsprechender Anzeigenfolge beeinflusst.

Bei der Schätzung der Anzahl von Personen mit risikoreichem Drogenkonsum kommen sogenannte indirekte Schätzmethoden (Dunkelzifferschätzung) zum Einsatz. Obwohl es sich bei diesen Methoden um komplexe statistische Verfahren auf solider mathematischer Basis handelt, deren Anwendung auch von der EBDD empfohlen wird, können diese Methoden nur Annäherungswerte liefern. Die Methode, die zur Ermittlung der Prävalenzwerte in Österreich eingesetzt wird, ist die Capture-Recapture-Methode (CRC) basierend auf den pseudonymisierten Daten der verfügbaren Quellen (Substitutionstherapien, opioidbezogene Anzeigen und drogenbezogene Todesfälle). Die auf der CRC-Methodologie aufbauende Schätzung ergibt für Österreich für die Jahre 2014/2015 29.000 bis 33.000 Personen mit risikoreichem Drogenkonsum unter Beteiligung von Opioiden, das sind 0,5 % der Österreicher/-innen zwischen 15 und 64 Jahre. Drei Viertel dieser Personen sind männlich, etwa 10 % sind unter 25 Jahre alt. Die Zeitreihe zeigt, dass es im Zeitraum 2000 bis 2004/2005 einen starken Anstieg der Problematik gegeben hat, seither stagnieren die Zahlen jedoch aufgrund eines starken Rückgangs des Einstiegs in den risikoreichen Opioidkonsum bei der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen.

In den letzten 10 Jahren ist es gelungen, die Zahl der Personen mit risikoreichem Drogenkonsum in OST deutlich zu erhöhen. Während sich die geschätzte Anzahl an

¹⁰ Es handelt sich um Opioidkonsum und polytoxikomanen Konsum mit Beteiligung von Opioiden.

¹¹ Datenquellen wie Behandlungs-, Anzeige- und Verurteilungsstatistiken bilden nur einen selektiven Ausschnitt des Gesamtspektrums ab. So fließen nur jene Personen in die Statistik ein, die sich einer Behandlung unterziehen, im Zusammenhang mit dem Gebrauch einer Substanz verunfallen oder eine Intoxikation erleiden, oder jene, die beim Umgang mit einer verbotenen Substanz erappt werden.

Personen mit Drogenproblemen (Opioide) lediglich um 50 % erhöhte, hat sich die Zahl der in OST Befindlichen nahezu verfünffacht.

Im Jahre 2015 befanden sich etwa zwei Drittel der geschätzten Personen mit risikoreichem Drogenkonsum in Behandlung, davon 17.599 Personen in OST. Die In-Treatment-Rate bezüglich OST liegt auf Gesamtösterreich bezogen zwischen 53 % und 61 %, es bestehen jedoch regionale Unterschiede, welche sich durch unterschiedlich gut ausgebaute Behandlungsangebote ergeben.

3. „NATÜRLICHER VERLAUF“ DER OPIOIDABHÄNGIGKEIT

3. „NATÜRLICHER VERLAUF“ DER OPIOIDABHÄNGIGKEIT¹²

Abhängigkeit von Opioiden ist in der Regel eine behandlungsbedürftige, schwere und meist chronisch verlaufende Erkrankung des Menschen in all seinen körperlichen und psychosozialen Dimensionen¹³. Der natürliche Verlauf ist variabel und von individuellen wie von gesellschaftlichen Faktoren abhängig.¹⁴

Als Risikofaktoren für einen schweren Verlauf sind neben den individuellen Risikofaktoren wie genetische Disposition, früher Erkrankungsbeginn, schwere und/oder mehrere psychiatrische Grunderkrankung/en und ein dysfunktionales soziales Umfeld aber auch gesetzliche Rahmenbedingungen zu nennen. Derzeit ist anhaltender Gebrauch von Opioiden im außermedizinischen Kontext ein Verhalten, das vom Gebraucher nur in Spannung zu dem gesellschaftlichen Regelsystem aufrechterhalten werden kann. Er ist auf Versorgung durch mehr oder minder illegale Quellen angewiesen. Daher ist er über Qualität und Art der Substanz, die er in abhängiger Weise gebraucht, nur mangelhaft informiert und kann kein geordnetes Dosisregime einhalten. Der außermedizinische Gebrauch führt daher oftmals zu einem Wechselspiel zwischen Unterdosierung und eventuell zu hoher Dosierung, woraus dem Gebraucher die ständige Bedrohung durch Entzugerscheinungen oder riskant verlaufende Hochdosierungen und Überdosierungen erwächst. Wenn die illegal erworbenen Substanzen intravenös gebraucht werden, sind oftmals als direkte oder indirekte Folgen somatische Erkrankungen wie Hepatitis B und C, HIV-Infektionen und AIDS, Abszesse und Endokarditiden zu erwarten, was wieder eine massiv erhöhte Mortalität bedeutet. Eine unbehandelte, akut oder chronisch verlaufende außermedizinische Opioidabhängigkeit führt in der Regel zu Einschränkungen und Behinderungen in nahezu allen psychologischen und sozialen Funktions- und Lebensbereichen wie Ausbildung, Beruf, familiären und persönlichen Beziehungen.

Aus der gesellschaftlichen sozialen Marginalisierung (Abdrängen an den Rand), der Stigmatisierung von Suchtkranken sowie aus der Kriminalisierung und Begleitkriminalität ergibt sich ein bedeutsamer negativer Verstärkereffekt auf den Krankheitsverlauf selbst, wie auch auf das Auftreten und den Verlauf von Folgeerkrankungen. Insbesondere ist auch

¹² Die Terminologie ist der somatischen Medizin entlehnt. Bei der wissenschaftlichen Abhandlung von Erkrankungen hinsichtlich Verbreitung, Verlauf und Behandlung wird mit dem „natürlichen Verlauf“ die Erkrankungsprogression inkl. Folgeschäden bei Absenz therapeutischer Interventionen beschrieben.

¹³ Es handelt sich bei diesem Zustandsbild nicht um einen Ausdruck von individueller Willensschwäche oder um ein sozial dysfunktionales Verhaltensmuster.

¹⁴ So galt Morphinismus um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert als ein für Erwachsene nicht untypisches Phänomen, von dem vor allem Ärztinnen/Ärzte und medizinisches Personal betroffen waren. Durch den berufsbedingten leichten Zugang sowie die Kenntnis über die Risiken der Substanz, verlief die Abhängigkeit vielfach ohne die, aus der aktuellen Situation bekannten und in der Folge beschriebenen, gesundheitlichen und sozialen Folgeschäden.

darauf hinzuweisen, dass die Stigmatisierung als kontinuierlicher Stressor fungiert, der zu einer Beeinträchtigung der psychosozialen Integrität und in eventueller Verschränkung mit Substanzeffekten und Abstinenzerscheinungen zur Entwicklung sekundärer psychopathologischer Syndrome führt.

Festgehalten werden kann, dass

- die Sterblichkeit bei Opioidabhängigen gegenüber jener der Gesamtbevölkerung gleichen Geschlechts und Alters um das 10- bis 20-Fache erhöht ist. Dafür verantwortlich sind nicht nur tödliche Überdosierungen, AIDS und andere Infektionserkrankungen, auch externe Ursachen wie Gewalt, Suizid und schlechte Lebensbedingungen (Obdachlosigkeit, Mangelernährung, gesellschaftliche Ausgrenzung) tragen zu diesem hohen Mortalitätsrisiko bei.
- intravenöse Drogengebraucher (IVDU) nach wie vor eine Rolle in der Übertragung von HIV spielen. 15,3 % (n=384) der Teilnehmer (n=2.430) an der Austrian HIV Cohort Study infizierten sich über intravenösen Drogengebrauch. Die Prävalenz von HIV unter IVDU in Österreich wird mit 7,1 % angegeben.
- die Prävalenz der Virushepatitis B und C in Österreich hoch ist. Unter IVDU wird für Hepatitis C eine Prävalenz von 47,1 %, für Hepatitis B eine Prävalenz von 19,0 % ausgewiesen.
- die Prävalenz an psychischen Begleit- und/oder Grunderkrankungen bei Suchtmittelabhängigen hoch ist. In der deutschen PREMOS-Studie sind 30 % psychisch multimorbid erkrankt (zwei oder mehr Störungen nach ICD-10), wobei im Vordergrund mit 38,4 % Depressionen, mit 20,2 % Persönlichkeitsstörungen und mit 16,9 % Angststörungen stehen. Bemerkenswert ist dabei, dass diese Zahlen bei Patientinnen/Patienten erhoben wurden, die sich in OST befanden und davon ausgegangen werden kann, dass Suchtmittelabhängige außerhalb des Behandlungssystems hinsichtlich dieser Störungen eventuell noch belasteter sind.

4. VERLAUFSFORMEN DER OST

4. VERLAUFSFORMEN DER OST

Ausgehend von einer medizinischen Indikation und durchgeführten Einstellungsphase folgt die Behandlung einem geplanten Verlauf, der auf das Behandlungsziel ausgerichtet ist – einer Verbesserung der Gesundheitssituation des Individuums unter Einbeziehung der öffentlichen Gesundheit (siehe Präambel).

Opioidabhängigkeit ist eine chronische Erkrankung und erfordert eine nachhaltige, zuweilen eine lebenslange Therapie. Diese Erkenntnis spiegelt sich in der Notwendigkeit wider, die Therapie als Erhaltungs- oder Dauertherapie anzulegen. Somit ist der normale Verlauf eine Dauertherapie.

Es können 3 Varianten der Dauertherapie unterschieden werden.

- 1) Die Therapie wird bei gutem Verlauf unter regelmäßiger ärztlicher Kontrolle unverändert so lange wie nötig, und bei entsprechender Lage des Falles lebenslang durchgeführt.
- 2) Die Therapie ist bei wechselnden Gegebenheiten den jeweiligen Erfordernissen anzupassen. Die Anpassung kann eine Dosisänderung in beiden Richtungen erfordern, sie kann einen Wechsel des Substitutionsmedikamentes erfordern oder eine Umstellung der Begleitmedikation nach sich ziehen. Die wechselnden Gegebenheiten können somatisch, psychisch oder sozial bedingt sein.
- 3) Die Therapie wird aus ärztlicher Sicht mit Einverständnis der Patientin/des Patienten geplant beendet und bei gegebener Indikation wieder aufgenommen. Die dauerhafte Abstinenz nach Beendigung der Therapie stellt eine Möglichkeit dar, ist aber nach allgemeinen Erfahrungen ein wenig häufiger Verlauf.

Für andere Interventionsformen wie z. B. erzwungene Ein- oder Umstellung, forcierte Reduktion und ähnliche gibt es keine medizinische Indikation.

5. DIAGNOSTIK

5. DIAGNOSTIK¹⁵

Die Ergebnisse der Diagnostik sind die Grundlage für alle weiteren Behandlungsschritte und dienen vor allem zur Sicherung der eindeutigen Indikationsstellung und damit der Sicherheit der Behandler/-innen und der Patientinnen/Patienten.

Die diagnostischen Maßnahmen erfolgen auf 2 Ebenen: Einerseits auf der klinischen Ebene der somatischen, psychiatrischen und substanzbezogenen Anamneseerhebung unter Nutzung psychiatrischer Klassifikationssysteme, andererseits auf der Ebene unterstützender substanzbezogener, aber auch anderer weiterführender technischer Laboruntersuchungen, um eventuelle Kontraindikationen der potenziellen Medikationen auszuschließen.

Prinzipiell gelten während des Diagnostikprozesses, wie sonst auch in der ärztlichen Praxis, die Regeln des Informed Consent, wobei zu berücksichtigen ist, dass bei dieser Patientinnen-/Patientengruppe in besonderem Ausmaß mit erheblichem anfänglichem Misstrauen gegenüber und Angst vor den Fragen der Behandlerinnen/der Behandler zu rechnen ist. Eventuell muss auch mit kognitiven Einschränkungen, Wissensdefiziten oder stressbedingten Verständnis- und Verstehensproblemen gerechnet werden.¹⁶

5.1 KLINISCHE DIAGNOSTIK

- umfassende somatische Statuserhebung (inklusive Zahnstatus)
- Krankheitsanamnese inkl. eventueller aktueller oder vergangener psychischer Problemlagen
- Medikamentenanamnese (bzgl. möglicher Interaktionen)
- ausführliche Drogenanamnese, wobei in diesem Zusammenhang mehrere wichtige Fragen zu beantworten sind:
 - Welche opioidhaltigen Substanzen werden konsumiert?
 - Wie oft und in welcher Menge?
 - Wie werden diese Substanzen zugeführt?
 - In welchem sozialen Kontext?
 - Welche Wirkungen der Substanzen (positive und negative) werden beschrieben?
 - Seit wann werden die Substanzen konsumiert, welche war die Einstiegssituation?

¹⁵ Schnittstellen zur psychosozialen Versorgung bzw. zur weiterführenden medizinischen Behandlung sind das Vorliegen behandlungsbedürftiger psychischer Störungen (insbesondere Depression, Angst, Posttraumatische Belastungsstörung bzw. psychotische Störungen), sowie akut zu klärende prekäre soziale Verhältnisse sowie dekompenzierte bzw. akut behandlungsbedürftige somatische Störungen.

¹⁶ Insbesondere ist auf Behutsamkeit im Rahmen der Erhebung des somatischen Status und der Sexualanamnese wegen der häufigen lebensgeschichtlichen Erfahrungen sexualisierter Gewalt zu achten.

- Seit wann bestehen Abhängigkeitsphänomene insbesondere Toleranzsteigerung, Craving und Entzugssymptome?
- Welche anderen psychotropen Substanzen werden konsumiert (Menge, Frequenz, Applikationsform, Herkunft)?
- spezifische Behandlungsanamnese bzgl. aktueller Betreuungssituation und vorangegangener Behandlungen (Substitutions-, Entzugs-, Entwöhnungstherapie)
- Einholung von Informationen von vorbehandelnden Institutionen oder Kolleginnen/Kollegen im Einvernehmen mit den Patientinnen/Patienten
- Sozialanamnese bzgl. basaler Rahmenbedingungen (Wohnung, Finanzen, Rechtliches, Beschäftigung, soziales Bezugs- und Unterstützungssystem)
- Wenn möglich und mit Einverständnis der Patientinnen/Patienten können Informationen von Bezugspersonen zur Anamnese eingeholt werden.

Zur Abklärung der Abhängigkeitssymptomatik müssen die ICD-10 Kriterien angewendet werden.

Mindestens drei der folgenden Symptome seit einem Jahr:

- starker Wunsch oder Zwang die Substanz einzunehmen
- Schwierigkeiten, die Einnahme zu kontrollieren (was den Beginn, die Beendigung und die Menge des Konsums betrifft)
- körperliche Entzugssymptome
- Toleranzentwicklung
- fortschreitende Vernachlässigung anderer Verpflichtungen, Vergnügen oder Interessen
- fortdauernder Gebrauch der Substanz wider besseres Wissen und trotz eintretender schädlicher Folgen.

5.2 APPARATIVE BZW. LABORUNTERSUCHUNGEN

- direkt oder indirekt störungsrelevante technische Diagnostikmethoden:
 - Drogenharn (Hilfsmittel zur konsumspezifischen Diagnostik, nicht Beweismittel einer Abhängigkeit)
 - Standardlabor (Blutbild, Leber-, Nierenfunktionsparameter, Elektroyte, Lipide, Gerinnung, Entzündungsparameter)
 - Infektionsserologie
 - EKG bei Methadonmedikation
- weiterführende Untersuchungen:

Manche Untersuchungen erfordern eine besondere vorbereitende Sorgfalt bei der

Information der Patientinnen/Patienten bzgl. der medizinischen Notwendigkeit und der möglichen Konsequenzen im Falle eines positiven Befundes. Unter Umständen muss mit der Thematisierung und Durchführung der Untersuchungen etwas zugewartet werden, bis genügend Vertrauen und Transparenz zwischen Behandlerin/Behandler und Patientin/Patient etabliert ist. Aufgrund der schlechten Selbstfürsorge der Patientinnen/Patienten sollten diese Untersuchungen aber als Standard betrachtet und jedenfalls angestrebt werden:

- Hepatitis-, HIV-Abklärung
- Schwangerschaftstest
- Geschlechtskrankheiten (z. B. Syphilis)

6. INDIKATIONS- STELLUNG

6. INDIKATIONSSTELLUNG

Grundlage der Indikationsstellung für eine OST ist das Vorliegen einer nach ICD-10-Kriterien diagnostizierten Opioidabhängigkeit.

Dabei sind grundsätzlich, wie bei jeder anderen medizinischen Behandlung auch, Vorteile und Risiken einer durchgeführten oder nicht durchgeführten Behandlung gegeneinander abzuwägen – insbesondere hinsichtlich Mortalität und Morbidität, Nebenwirkungen und Interaktionen, Reduktion des (Bei-) Konsums illegalisierter Substanzen, Lebensqualität, sozialer Integration und Delinquenzbelastung. Eine ausführliche Anamnese bildet die Basis dieser Abwägung.

Die OST stellt bei diagnostizierter Opioidabhängigkeit die Therapie der ersten Wahl dar und soll in der Regel nicht zeitlich befristet werden.

Befristete OST kann in folgenden Situationen sinnvoll sein:

- als Überbrückungsmaßnahme bei Wartezeiten auf einen Entzugsplatz, während somatischen oder psychiatrischen stationären Behandlungsphasen oder kurzen Gefängnisaufenthalten
- als substitutionsgestützter („homologer“) Entzug

Auch nach längerdauernder Abstinenz, etwa im Kontext mit oder nach abstinenzgestützten stationären Behandlungen, kann nach Abwägung etwaiger Vor- und Nachteile bzw. Risiken der Umstieg bzw. Wiedereinstieg in eine OST indiziert sein.

Starkes und andauerndes Craving, mit oder ohne Zusammenhang mit einer etwaigen psychiatrischen Symptomatik, bildet hier die Grundlage der Indikationsstellung, in der Regel zur Prophylaxe eines schweren Erkrankungsrezidivs (Rückfalls).¹⁷ Bei dieser Indikationsgrundlage ist eine entsprechende Diagnose nach ICD-10, auch wenn sie länger zurückliegen sollte und daher gegenwärtig nach den Diagnosekriterien strenggenommen nicht mehr zu stellen ist, ausreichend.

Die Patientinnen/Patienten müssen in die Lage versetzt werden, auf Basis der gegebenen Informationen und der vermittelten ärztlichen Einschätzung eine persönliche Entscheidung bzw. Wahl treffen zu können. Von dritter Seite auferlegte Behandlungen bei fehlendem Behandlungswunsch der/des Betroffenen stellen keine ausreichende Indikationsgrundlage dar.

Medizinisch begründete Kontraindikationen sind – wie bei jeder anderen pharmakologischen Behandlung auch – auszuschließen. Allgemeingültige medizinische Kontraindikationen für eine OST liegen nicht vor. Das Vorliegen einer Schwangerschaft stellt keine Kontraindikation dar (siehe Kapitel 12.2).

¹⁷ In diesem Kontext kann auch ein „Ausstieg vom Ausstieg“ deutlich stabilisierend und lebensqualitätsverbessernd wirken.

7. ZUR VERFÜGUNG STEHENDE SUBSTANZEN IN DER OST

7. ZUR VERFÜGUNG STEHENDE SUBSTANZEN IN DER OST

7.1 EINLEITUNG

Für eine reguläre orale OST stehen in Österreich derzeit vier verschiedene Substanzen zur Verfügung: razemisches (levo- und dextro-) Methadon, Levo-Methadon, Buprenorphin sowie Morphin.¹⁸ Alle diese Substanzen besitzen eine für die OST ausreichende Opioidrezeptorwirkung, unterschieden sich aber in ihrem Metabolismus, Rezeptorbindungseigenschaften sowie in ihrem Wirkungs- und Nebenwirkungsprofil.

Dieses Kapitel soll den Überblick über die klinisch relevanten pharmakologischen Eigenschaften der vier Substanzen in der OST geben, um ein medizinisch begründetes Vorgehen bei der Wahl der Substitutionsmedikation zu ermöglichen.

Aus klinisch pharmakologischer Sicht hat die Anwendung dieser Substanzen zwei Ziele: Vorbeugung der möglichen Opioidentzugssymptome sowie Linderung des Verlangens nach Opioiden.

7.2 METHADON (RAZEMAT)

Methadon ist ein synthetischer Opioidagonist und wurde als erstes Medikament in der OST eingesetzt. Als Methadon wird dessen Razemat (levo- und dextro-Form) bezeichnet – eine Mischung aus rechts- und linksdrehender Molekülform.

Wirkmechanismus

Der relevante Wirkmechanismus von Methadon basiert auf dem vollständigen Agonismus am μ -Opioidrezeptor. Zusätzlich zeigt Methadon einen NMDA-Antagonismus mit vermutlich antiglutamaterger Wirkung; dieser Effekt wird der d-Form von Methadon zugeschrieben. Methadon blockiert dosisabhängig die kardialen hERG-Kanäle; dieser Effekt ist für die klinisch relevante QT-Verlängerung unter Methadon-Therapie verantwortlich.

Wirkungsprofil

Die Wirkung von Methadon ist der von Morphin ähnlich. Methadon besitzt eine starke analgetische Wirkung und wird nach wie vor auch als Schmerzmittel eingesetzt.

¹⁸ Grundsätzlich sind alle Opioidagonisten geeignet, Symptome eines Opioidentzuges oder starkes Verlangen nach Opioiden pharmakologisch unter Kontrolle zu bringen. Die Verschreibung dieser Substanzen in solchen Fällen entspricht jedoch einer Off-Label-Anwendung.

In ausreichender Dosierung entfaltet Methadon die zwei wichtigsten substitutionsrelevanten Wirkeffekte, nämlich die Vorbeugung der Opioidentzugssymptomatik sowie die Linderung des Verlangens nach Opioiden bei Opioidabhängigkeit. Im Weiteren zeigt Methadon eine dosisabhängige sedierende Komponente, die eine klinische Relevanz in Bezug auf Verträglichkeit, Patientinnen-/Patientenpräferenzen und Fahrtauglichkeit besitzt.

Metabolismus

Bei oraler Einnahme zeigt Methadon eine hohe Bioverfügbarkeit (ca. 80 % im Vergleich zur intravenösen Gabe). Der relativ langsame Anstieg der Serumkonzentration mit Peak ca. 3 Stunden nach Einnahme erklärt zum Teil die verhältnismäßig geringen euphorisierenden Effekte von Methadon.

Die Plasmahalbwertszeit beträgt 13–47 Stunden. Der Steady State wird 5–7 Tage nach Beginn der Substitution erreicht. Aufgrund des hohen Kumulationspotenzials ist das Risiko für Überdosierung in den ersten 3 Tagen hoch.

Methadon wird hauptsächlich über das Cytochrom-P450-Enzym CYP3A4 metabolisiert. Es entstehen 2 inaktive Metaboliten: 2-Ethyliden-1,5-dimethyl-3,3-diphenylpyrrolidin (im Harn nachweisbar und daher relevant für den Nachweis der Einnahme von Methadon) und 2-Ethyl-5-methyl-3,3-diphenylpyralin.

Toxizität

Die Toxizität von Methadon wird grundsätzlich als hoch eingeschätzt. Zum Ersten zeigt Methadon eine dosisabhängige Atemdepression, die sich sowohl bei Monointoxikation als auch bei Mischintoxikation auswirkt. Zum Zweiten werden die Kumulationseffekte aufgrund der langen Halbwertszeiten unterschätzt. Zum Dritten spielt das Risiko einer QT-Verlängerung bei hohen Dosierungen und in Kombination mit anderen QT-verlängernden Substanzen eine Rolle.

Wechselwirkungen

Zahlreiche Substanzen entwickeln Wechselwirkungen mit Methadon. Die Interaktionen entstehen aufgrund der Induktion oder Hemmung der Cytochrom-P450-Enzyme, was entsprechend zu einem Abfall oder Anstieg der Plasmakonzentration von Methadon führen kann. Entsprechend kann Methadon die Wirksamkeit anderer Substanzen verändern. Die Online-Interaktionsprüfung (siehe Kapitel 11.1.3) sollte laufend aktualisiert erfolgen.

Nebenwirkungen

Am häufigsten werden Schwitzen, Müdigkeit, Benommenheit, Übelkeit, Obstipation, Gewichtszunahme, Niedergeschlagenheit, Anhedonie, Antriebsarmut und Dysphorie aber

auch endokrin-bedingte Störungen (u. a. Gynäkomastie, Amenorrhoe, Galaktorrhoe, Impotenz, Osteoporose) als Nebenwirkungen von Methadon in der OST angegeben.

Das Risiko der QT-Verlängerung ist dosisabhängig. Erhöhte Vorsicht ist bei Dosierungen über 100 mg/Tag sowie bei Patientinnen/Patienten mit kardialen Risikofaktoren geboten. Grundsätzlich soll die Kombination zweier oder mehrerer QT-verlängernder Substanzen vermieden werden.

Dosierung

Um die grundsätzlich kritische Einstellungsphase kurz zu halten, ist ein rasches Erreichen der Erhaltungsdosis wünschenswert.¹⁹ Die Initialdosis bei der Einstellung darf 40 mg (Maximalwert!) nicht überschreiten; Dosiserhöhungen um höchstens 10 mg/Tag (bei ausreichender klinischer Kontrolle) können das Kumulationsrisiko in Grenzen halten. Unter engmaschiger (am besten täglicher) klinischer Kontrolle kann die Dosis ohne großes Risiko auch relativ schnell erhöht werden.

Die meisten Patientinnen/Patienten können mit einer Tagesdosis im Bereich von 60-120 mg sehr gut behandelt werden. Diese Durchschnittswerte basieren auf klinischen Studien und klinisch-praktischer Erfahrung. Im Einzelfall benötigen Patientinnen/Patienten weniger als 60 mg oder auch mehr als 120 mg, bei sehr hohen Dosen ist erhöhte Vorsicht in Bezug auf Nebenwirkungen geboten.

7.3 LEVO-METHADON (L-METHADON)

L-Methadon ist eine reine linksdrehende Form von Methadon und wird mit der typischen μ -Opioidrezeptor-Wirkung und somit mit den wichtigsten klinischen Effekten von Methadon in Verbindung gebracht. Für die meisten Nebenwirkungen, inkl. Sedierung, wird die rechtsdrehende Form verantwortlich gemacht. Im Vergleich zum Methadon-Razemat benötigt man bei Levo-Methadon etwa 50 % der Dosis. Klinische Erfahrungen zeigen, dass die Patientinnen/Patienten im Schnitt um ca. 10 % höhere Dosen von Levo-Methadon benötigen als errechnet und dass Levo-Methadon gut vertragen wird.

Die meisten Patientinnen/Patienten können mit einer Tagesdosis von 30-60 mg sehr gut behandelt werden. Die Durchschnittswerte basieren auf klinischen Studien und klinisch-praktischen Erfahrungen. Im Einzelfall benötigen Patientinnen/Patienten weniger als 30 mg oder auch mehr als 60 mg.

¹⁹ Es gibt zwar das Risiko der Überdosierung durch Kumulation des Methadon, aber auch die langsame Dosissteigerung ist riskant: Entzugsbeschwerden führen zu illegalem Konsum anderer Opiode, was ebenfalls mit der Gefahr von Überdosierungen verbunden ist. Man sollte nach Möglichkeit im Laufe einer Woche der Erhaltungsdosis nahe gekommen sein.

7.4 BUPRENORPHIN

Buprenorphin ist ein partieller Agonist am μ -Opioidrezeptor und wird aufgrund seiner starken analgetischen Wirkung auch in der Schmerztherapie eingesetzt.

Wirkmechanismus

Als partieller Agonist am μ -Opioidrezeptor zeigt Buprenorphin eine etwas reduzierte Wirkung im Vergleich zu den vollständigen Agonisten wie Morphin und Methadon. Zusätzlich besitzt Buprenorphin antagonistische Eigenschaften am κ -Opioidrezeptor. Die klinische Relevanz dieser Eigenschaft ist ungeklärt.

Wirkungsprofil

In adäquaten Dosen zeigt Buprenorphin eine analgetische Wirkung. Im Rahmen der OST gewährleistet Buprenorphin die Vorbeugung der Opioidentzugssymptome sowie Reduktion des Verlangens nach Opioiden. Klinisch relevant ist die Tatsache, dass Buprenorphin auch in hoher Dosierung wenig bis keine Sedierung verursacht.

Metabolismus

Aufgrund eines hohen hepatischen First-Pass-Metabolismus zeigt oral eingenommenes Buprenorphin beinahe keine Wirkung. Aus diesem Grund wird Buprenorphin sublingual verabreicht.

Buprenorphin wird zu den aktiven Metaboliten Norbuprenorphin, Buprenorphin-3-Glukuronid und Norbuprenorphin-3-Glukuronid verstoffwechselt. Die Exkretion erfolgt biliär und renal.

Buprenorphin besitzt eine kurze Plasmahalbwertszeit, aber eine lange Rezeptorbindung. Daher ist es prinzipiell möglich, Buprenorphin jeden zweiten oder dritten Tag zu verabreichen.

Das Absetzen von Buprenorphin führt zu eher milden Entzugserscheinungen, es besteht aber eine Dosisabhängigkeit.

Da Buprenorphin eine höhere Affinität zum μ -Opioidrezeptor besitzt, blockiert es bei gleichzeitiger Einnahme die Wirkung anderer Opioide, was zu einem relativen Entzugssyndrom führen kann. Diese Eigenschaft soll in der Einstellungsphase, bei Umstellung sowie in der Aufklärung der Patientinnen/Patienten berücksichtigt werden.

Die Dosiswirkungskurve von Buprenorphin ist flach und es gibt für die hohen Dosierungen über 32 mg/Tag einen Ceiling-Effect (keine weitere Wirkungssteigerung ab dieser Dosis) in Bezug auf Atemdepression. Somit besteht beim Buprenorphin eine geringere Intoxikationsgefahr. Auch rasche Induktion im Rahmen der OST mit dem Erreichen der Zieldosis innerhalb von 2-4 Tagen ist vertretbar.

Toxizität

Bei Mischintoxikationen mit anderen sedierenden Medikamenten, insbesondere mit Benzodiazepinen und Alkohol, besteht bei Buprenorphin, wie bei allen Opioiden die Gefahr einer Atemdepression. Die Gefahr ist zusätzlich erhöht, wenn Buprenorphin intravenös gespritzt wird (schnell auftretende Plasma-Peak-Konzentration).

Wechselwirkungen

Da Buprenorphin über zwei unabhängige Cytochrom-P450-Enzyme (3A4 und 2C8) metabolisiert wird, ist sein Metabolismus relativ unempfindlich gegenüber eventuellen Blockierungen des enzymatischen Abbaus, was ein geringes Interaktionspotenzial mit anderen Medikamenten ergibt.

Nebenwirkungen

Unter Therapie mit Buprenorphin werden von Patientinnen/Patienten Kopfschmerzen, Agitiertheit, Angstgefühle, Übelkeit und Appetitreduktion angegeben.

Dosierung

Die Initialdosis von Buprenorphin beträgt 4-8 mg sublingual und kann täglich um 4-8 mg erhöht werden. Bei den meisten Patientinnen/Patienten in OST sind Dosen von 12-24 mg täglich notwendig. Im Einzelfall benötigen Patientinnen/Patienten weniger als 12 mg oder auch mehr als 24 mg (bis zu 32 mg) täglich. Die Durchschnittswerte basieren auf klinischen Studien und klinisch-praktischen Erfahrungen.

Zusätzlich steht eine Kombination von Buprenorphin und Naloxon (einem Opioidantagonisten mit einer sehr niedrigen oralen Bioverfügbarkeit) als sublinguale Präparation für die OST zur Verfügung. Diese Substanzkombination kann eingesetzt werden, wenn Patientinnen/Patienten den nicht bestimmungsgemäßen intravenösen Gebrauch von Buprenorphin vermeiden wollen und dabei einer medikamentösen Unterstützung bedürfen.

7.5 MORPHIN IN RETARDFORM

Wirkmechanismus

Morphin ist ein reiner μ -Rezeptor-Agonist.

Wirkungsprofil

Morphin besitzt das volle Spektrum der für die OST relevanten Wirkungen: Vorbeugung bzw. Linderung der Entzugssymptomatik, Reduktion des Craving, Sedierung u. a.

Metabolismus

Morphin wird hepatisch in das inaktive Morphin-3-Glukuronid und in das aktive Morphin-6-Glukuronid metabolisiert und besitzt eine relativ kurze Plasmahalbwertszeit von 2-4 Stunden. Die Morphin-Glukuronide werden innerhalb von 24 Stunden fast vollständig über den Urin ausgeschieden. Retardierte (Slow-Release-) Morphin-Präparationen ermöglichen über 24 Stunden stabile Plasmaspiegel bei einmal täglicher Einnahme.

Toxizität

Aufgrund der kurzen Plasmahalbwertszeit bleibt die Akkumulationsgefahr bei der Substitutions-Induktion moderat.

Wechselwirkungen

Da der Abbau von Morphin vorwiegend über hepatische Glukuronidierung erfolgt sind Interaktionen mit anderen Arzneimitteln selten.

Nebenwirkungen

Häufig werden im Rahmen der OST mit Morphin Müdigkeit, Benommenheit, Niedergeschlagenheit, Obstipation, Übelkeit, Anhedonie, Antriebsarmut sowie Juckreiz (vor allem nach intravenösem Konsum) gemeldet.

Dosierung

Die Initialdosis beträgt 120-200 mg und kann um 100-200 mg alle 3-4 Tage erhöht werden. Die meisten Patientinnen/Patienten in OST mit Morphin können mit Dosen zwischen 600 und 1000 mg pro Tag gut behandelt werden. Im Einzelfall können Patientinnen/Patienten weniger als 600 mg oder auch mehr als 1000 mg Morphin pro Tag benötigen. Die Durchschnittswerte basieren auf klinischen Studien und klinisch-praktischer Erfahrung.

8. DURCHFÜHRUNG DER MEDIKAMENTÖSEN THERAPIE

8. DURCHFÜHRUNG DER MEDIKAMENTÖSEN THERAPIE

Eine qualitativ angemessene OST umfasst in der Regel Interventionen auf mehreren Ebenen, welche in Intensität und Schwerpunktsetzung den individuellen Bedürfnissen der einzelnen Patientinnen/Patienten angepasst werden müssen. Eine alleinige ärztlich-pharmakotherapeutische Behandlung mag für einen Teil der Patientinnen/Patienten ausreichend sein, bedingt durch psychische, somatische und soziale Begleitprobleme benötigt das Gros der Patientinnen/Patienten eine darüberhinausgehende psychosoziale Behandlung und Begleitung. Die diesbezüglichen Angebote sollen den Patientinnen/Patienten empfohlen und zur Verfügung gestellt werden, dabei aber auf Freiwilligkeit beruhen. Die OST selbst stellt einen maßgeblichen Eingriff in den gewohnten Alltag von Abhängigen dar und kann – in paradox erscheinender Weise – beträchtliche „psychosoziale Nebenwirkungen“ haben: das Wegfallen von Beschaffungsdruck und Szenekontakten bedeutet nicht nur Erleichterung, sondern ist auch eine anspruchsvolle Herausforderung. Tagesstruktur, Berufstätigkeit bzw. Ausbildung, soziale Kontakte, Partnerbeziehungen etc. treten als Problemfelder mit all ihren oft nicht leicht zu lösenden Schwierigkeiten hervor. Die medizinische Behandlung im engeren Sinn stößt hier rasch an Grenzen – bedarfsgerechte Zusammenarbeit mit Sozialarbeiterinnen/-arbeitern, Einrichtungen zur beruflichen Integration, Sozialpsychiatrie, Psychotherapeutinnen/-therapeuten etc. ist anzustreben.

8.1 EINSTELLUNGSPHASE

8.1.1 WAHL DES SUBSTITUTIONSMEDIKAMENTS

Der Wahl des wirksamsten/passendsten Arzneimittels kommt insofern eine bedeutende Rolle zu, als dass gut verträgliche und von Patientinnen/Patienten akzeptierte Arzneimittel ein wichtiger Faktor für den Verbleib der Patientinnen/Patienten in Behandlung sind und die Haltequote einen wesentlichen Erfolgsparameter der OST darstellt.

Die Wahl des Arzneimittels muss, wie bei der Behandlung anderer Erkrankungen auch, primär nach medizinischen Kriterien getroffen werden. In die ärztliche Entscheidung können auch Sicherheitsaspekte einfließen (siehe Kapitel 13), ökonomische Aspekte werden durch allgemein übliche Finanzierungsrahmenbedingungen für medizinische Leistungen definiert.

Die Wahl des Arzneimittels muss im Rahmen eines Informed Consent erfolgen. Wenn die Patientin/der Patient dem Vorschlag der Ärztin/des Arztes nicht zustimmt, muss eine sorgfältige Risikoabwägung zwischen Ablehnung des Behandlungsangebots (in der Medizin

kann eine mündige Patientin/ein mündiger Patient nicht zur Einnahme eines Medikamentes gezwungen werden) und ihren potenziellen Folgen im Rahmen einer offenen Diskussion bzgl. der Bedürfnisse der Patientinnen/Patienten erfolgen (Grundsatz: *primum nil nocere*).

Aufgrund unterschiedlicher Wirkmechanismen und Wirkprofile der Substitutionsmedikamente ist bei der Arzneimittelwahl auch die Berücksichtigung somatischer und psychiatrischer Komorbiditäten und deren medikamentöser Begleitbehandlung erforderlich (siehe Kapitel 11). Dabei gilt es zu beachten, wie das Wirkprofil des erwogenen Substitutionsmedikaments mit der Grund- oder Begleiterkrankung (z. B. Depression oder Angststörung) ‚interagieren‘ könnte, d. h., ob der Patient beispielsweise von einer dämpfenden oder einer antriebssteigernden Wirkungskomponente profitieren könnte, oder etwa von einer Komponente, die zusätzliche „emotionale Abschirmung“ (z. B. Morphin) oder eine dem opioidfreien Zustand vergleichbare „Klarheit“ (z. B. Buprenorphin) bewirkt.

Neben pharmakokinetischen Arzneimittelinteraktionen ist auch auf pharmakodynamische Wirkverstärkungen zu achten, etwa bei der additionalen Verschreibung von Benzodiazepinen, die zu einer verstärkten Atemdepression und Sedierung führen kann. Insbesondere in der Initialphase kann dies in Kombination mit Alkohol zu riskanten Wirkverstärkungen führen.

8.1.2 DOSISFINDUNG

Wurde im Rahmen eines Informed Consent das individuell passende Arzneimittel für die OST gewählt, gilt es als Nächstes die individuell richtige Dosis für die Erhaltungstherapie zu finden. Dabei ist es wichtig, die Balance zwischen dem Risiko einer Überdosierung und einer Unterdosierung zu halten. Der Patient muss über die Wirkung, Nebenwirkungen, insbesondere das Risiko einer lebensbedrohlichen Überdosierung bei zusätzlichem Konsum von psychotropen Substanzen, aufgeklärt werden. Die ersten zwei bis vier Wochen sind hinsichtlich einer tödlichen Überdosierung besonders risikoreich.

Für die Bestimmung der Opioidtoleranz existiert keine objektive Messmethode. Die individuell richtige Dosis kann nur durch stufenweise Dosissteigerung unter klinischer Kontrolle ermittelt werden. Anamnestische Angaben der Patientinnen/Patienten sind dabei zu berücksichtigen, sollten die klinischen Kontrollen und das schrittweise Erhöhen der Tagesdosis aber nicht ersetzen. Die Aufdosierung des Substitutionsmedikaments erfolgt im Spannungsfeld einer unerwünschten Unterdosierung und einer zu vermeidenden Überdosierung, wobei das Procedere der Dosisfindung ganz wesentlich vom gewählten Substitutionsmittel und dessen pharmakologischen Eigenschaften beeinflusst wird.

Im Einzelfall kann es notwendig sein, die gängigen Dosisempfehlungen zu überschreiten. In diesen Fällen muss besondere Sorgfalt im Sinne umfassender Diagnostik, engmaschiger

klinischer Kontrolle und genau dokumentierter Indikationsstellung und Begründung aufgewendet werden. Es empfiehlt sich auch, mit weiteren in die Behandlung der Patientinnen/Patienten involvierten Personen (z. B. mit der psychosozialen Begleitung, Amtsärztinnen/-ärzten, vorbehandelnden Ärztinnen/Ärzten, Apothekerinnen/Apothekern) Rücksprache zu halten. Die Dosisfindung sollte, dort wo möglich, in einer suchtmmedizinischen Spezialambulanz vorgenommen werden oder jedenfalls in enger Abstimmung mit einer spezialisierten Einrichtung erfolgen.

8.2 LANGZEITBEHANDLUNG

8.2.1 VERLAUF

Die Langzeitbehandlung gestaltet sich je nach psychischer und physischer Gesundheit der Patientinnen/Patienten sehr unterschiedlich. In vielen Fällen bleibt das Substitutionsmedikament in Substanz und Dosis jedoch lange Zeit unverändert.

8.2.2 ORGANISATION

Die Patientinnen/Patienten erhalten von den weiterbehandelnden Ärztinnen/Ärzten ein Monatsdauerrezept, welches sie von den Amtsärztinnen/-ärzten vidieren lassen müssen. Anschließend steht es den Patientinnen/Patienten frei, sich eine Apotheke des Vertrauens zu suchen, wo die Substitutions-Dauerverschreibung hinterlegt wird und die Patientinnen/Patienten das Medikament erhalten.

8.2.3 MITGABEREGELUNGEN

Hier gilt es, den Balanceakt zwischen Gewährung und Verweigerung abhängig von der Stabilität der Patientinnen/Patienten sinnvoll zu meistern. Die oberste Prämisse ist das Bemühen, das individuelle Risiko für die Patientinnen/Patienten und ihre Umgebung richtig einzuschätzen (siehe Kapitel 13). Bei Ausstellung der Substitutionsverschreibung haben die Ärztinnen/Ärzte einen Abgabemodus anzuordnen.

Für die Gewährung der Mitgabe des verschriebenen Substitutionsmedikaments über mehrere Tage sprechen die damit verbundene Förderung von autonomer Lebensgestaltung, beruflicher und sozialer Integration, die Aufrechterhaltung von sozialen Rollen sowie die Reduktion von Beikonsum und die Erhöhung der Haltequote. Restriktionen bei der Mitgabe können eine soziale Destabilisierung bewirken, sowie die Kooperationsbereitschaft der Patientinnen/Patienten vermindern (Verringerung der Haltequote). Aber auch eine unreflektiert „liberale“ Mitgaberegulung kann sozial destabilisieren (Verkauf/Weitergabe des

Substitutionsmedikamentes und damit weiterer Kontakt zur Szene) und darüber hinaus die Gesundheit (von Patientinnen/Patienten und Anderen) gefährden.

Die Abgabe unter Sicht kann je nach psychopathologischem Hintergrund auch eine kontraproduktive Belastung darstellen, sodass sich eine flexible Mitgaberegulung empfiehlt.

Folgende Kriterien müssen in die Entscheidung bzgl. einer Mitgabe und ihrer genauen Durchführung einfließen:

- Plausibilität des konkreten Grundes (Arbeit, Reisen, Wohnort, Lebenssituation)
- aktuelle objektivierte Vorfälle im Zusammenhang mit Weitergabe der Medikation (polizeiliche Meldungen)
- Qualität der therapeutischen Beziehung (Offenheit, Krisenfestigkeit, Vertrauensverhältnis, Arbeitsbündnis²⁰)
- psychische Stabilität (psychiatrische Komorbidität, Ressourcen der Impulskontrolle, Emotionsregulation, Realitätsanpassung, ausreichende Selbstfürsorge)
- somatische Stabilität
- Grad der sozialen Integration (Wohnen, Finanzen, Beschäftigung/Tagesstruktur, soziales Umfeld)
- Konsumverhalten (Dosisstabilität, Beikonsum, intravenöser Konsum, Begleitbehandlung mit psychotropen Substanzen)

Die Einschätzung der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes soll in ausführlicher und nachvollziehbarer Weise entlang der genannten Kriterien dokumentiert werden. Es empfiehlt sich auch hier, Rücksprache mit weiteren in die Behandlung der Patientinnen/Patienten involvierten Personen zu halten.

Es gibt strukturierter Erhebungs- und Planungsinstrumente, welche die Dokumentation und die Festlegung einer dem aktuellen Zustand der Patientinnen/Patienten angemessenen Mitgaberegulung (Anzahl der Tagesdosen, Rhythmus, etc.) erleichtern und für alle Beteiligten transparent machen. Beispiele dafür sind die „Checkliste Mitgabe“ des „Leitfaden Opioidabhängigkeit – Kärnten“ oder die „Multidimensionale Diagnostik“ der Sucht- und Drogenkoordination Wien gGmbH.

8.2.4 DOSISÄNDERUNGEN

Wünsche nach Dosissteigerungen oder -senkungen von Seiten der Patientinnen/Patienten oder der Ärztinnen/Ärzte bedürfen ausführlicher Besprechung, Information und Auseinandersetzung bzgl. der Hintergründe und Zieldefinitionen.

²⁰ Arbeitsbeziehung von Patient/-in und Therapeut/-in, in der beide als gleichgestellte Partner auf den Erfolg der gemeinsamen Arbeit ausgerichtet sind.

Hinter dem Patientinnen-/Patientenwunsch nach Dosisreduktion kann sich die Sehnsucht der Patientin/des Patienten nach Gesundheit und Normalität verbergen. Dieser Wunsch ist verständlich, im Kontext einer chronisch verlaufenden Erkrankung aber weitgehend unerfüllbar. Dieser Konflikt sollte im Gespräch mit der Patientin/dem Patienten nach Möglichkeit bearbeitet werden. Auch infolge der Stigmatisierung geraten Patientinnen/Patienten und Angehörige unter großen Druck und neigen dazu, einen Zuwachs an Gesundheit und Normalität auf eine Reduktion der Erhaltungsdosis zu übertragen. Dort, wo das Abstinenzparadigma überwertig ist, können Patientinnen/Patienten auch innerhalb des Behandlungssystems eine unreflektierte Bestärkung im Wunsch nach Dosisreduktion erfahren.

Der Patientinnen-/Patientenwunsch nach einer Erhöhung der Erhaltungsdosis muss ernst genommen werden. Unterdosierungen führen zu psychosozialer Instabilität und können erreichte Erfolge (Arbeitsplatz, Szeneabkehr etc.) gefährden. Dem Wunsch nach Dosiserhöhung können aber auch die Symptome einer psychischen Begleitstörung zugrunde liegen. Hier sollte eine additive psychopharmakologische Therapie erwogen und der Patientin/dem Patienten vorgeschlagen werden.

Nicht zuletzt gilt es auch an die mögliche Intention einer gesetzlich verbotenen, potentiell fremdschädigenden Verwendung von Übermengen im Sinne von Weitergabe oder Handel zu denken und dies in die Entscheidung mit einfließen zu lassen.

8.2.5 NEBENWIRKUNGEN UND MANGELNDE ERWÜNSCHTE WIRKUNG

Während der Dauerbehandlung kann sich die somatische und psychische Befindlichkeit der Patientinnen/Patienten in Bezug auf ein bestimmtes Substitutionsmedikament immer wieder verändern. Belastende Nebenwirkungen, unerwünschte Wirkungen und mangelnde Wirksamkeit können wie auch sonst in der Medizin nach einer ausführlichen Risiko-Nutzen-Abwägung zu einer Umstellung auf ein anderes Medikament führen.

8.2.6 WECHSEL DES SUBSTITUTIONSMEDIKAMENTS

Die Entscheidung für eine Umstellung auf ein anderes Substitutionsmedikament kann aus mehreren Gründen erfolgen. Neben den erwähnten belastenden Nebenwirkungen sind dies auf Patientinnen-/Patientenseite eine erhoffte bessere psychisch stabilisierende Eigenschaft der alternativen Substanz, eine erhoffte Distanzierung vom intravenösen Konsum aber auch der Drang nach einer intravenöse konsumierbaren Substanz.

Eine Umstellung kann auch von Seiten der Ärztinnen/Ärzte indiziert sein. Bei wiederholtem selbst- oder fremdgefährdenden Umgang mit dem Medikament kann eine Umstellung als

schadensminimierende Intervention vorgeschlagen werden, wobei es an der Qualität der Arzt/Ärztin-Patientin/Patient-Beziehung liegt, ob eine derartige Maßnahme von den Patientinnen/Patienten als Sanktion oder Unterstützung aufgenommen wird. Die Gründe und Modalitäten der Umstellung sollten immer in ausreichendem Maße mit den Patientinnen/Patienten besprochen werden. Wenn dabei auf eine Kommunikation auf Augenhöhe geachtet wird, wird das Substitutionsmedikament nicht zum Machtinstrument.

Zur Umrechnung der Wirkstärke verschiedener Opioiden werden in der Literatur sogenannte Äquivalenzdosen angegeben. Der Umrechnungsfaktor von d-l-Methadon auf Morphin retard liegt zwischen 1:6 bis 1:8. Als Umrechnungsfaktor von Methadon auf Buprenorphin ergibt sich aus der Literatur ein Faktor von 1:0,2, wobei auf den Ceiling-Effekt bei Buprenorphin Bedacht zu nehmen ist. Die Angaben dienen als grobe Richtwerte und dürfen nicht zu schematischem Vorgehen verleiten. Die Umstellung von Methadon auf Morphin und insbesondere Buprenorphin kann von vorübergehenden Beschwerden für einige Tage begleitet sein. Die Umstellung von Morphin auf Methadon verläuft hingegen meist unproblematisch.

8.2.7 KRISENHAFTER VERLAUF

Im Krankheits- bzw. Behandlungsverlauf wechseln sich stabile Phasen mit krisenhaften Phasen ab, wobei auch Rückfälle in alte Konsum- und Verhaltensmuster vorkommen können. Objektiv wenig belastende Umstände oder Ereignisse können zu einer generellen Destabilisierung führen, die von exzessiven oder riskanten Konsumformen begleitet ist. Diese können auch als Versuche der Re-Stabilisierung gesehen werden. Scham, Schuldgefühle und die Enttäuschung über den Rückfall führen zu Depressionen, welche wiederum die Aufrechterhaltung des entgleiten Konsumverhaltens bewirken. Auch Suizidversuche oder präsuizidale Gesten können beobachtet werden.

In derart krisenhaften Verläufen empfiehlt sich die Kooperation mit psychiatrischen bzw. suchtmmedizinischen Akut-Einrichtungen (siehe Kapitel 9). Durch entsprechende Distanzierung und Krisenintervention im klinischen Kontext kann die Re-Stabilisierung des Konsumverhaltens erreicht werden. Eine Rücküberweisung an die weiterbehandelnden niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte ist nach ausreichender Beruhigung der krisenhaften Entgleisung zu planen.

8.2.8 BEDEUTUNG DER HARNKONTROLLEN

Zusätzlich zu den von Patientinnen/Patienten gemachten Angaben bringen Harntests meist nur geringe diagnostisch und therapeutisch verwertbare Information. Wenn über Rückfälle

oder Beikonsum offen gesprochen werden kann, sind von Patientinnen/Patienten selbst gemachte Angaben zuverlässiger. Aus forensischen Gründen ist der wiederholte Nachweis des verschriebenen Opioids im Harn dennoch empfehlenswert. Der Harnbefund kann bei jüngeren und selbstgefährdenden Patientinnen/Patienten zudem zu einer verbesserten Information und Sicherheit beitragen. Im Einzelfall kann es jedoch notwendig und verlässlicher sein, genauere bzw. Harnuntersuchungsmethoden verschiedener Spezifikationsgrade einzusetzen.

8.2.9 ARZT/ÄRZTIN-PATIENT/PATIENTIN-BEZIEHUNG

Abhängigkeitskranke sind aufgrund ihrer Erfahrungen geprägt von der Angst, nicht rechtzeitig an das benötigte Suchtmittel zu gelangen und Entzugserscheinungen zu entwickeln. Dies führt zu einer hohen Dringlichkeit von Seiten der Patientinnen/Patienten. Weitere komorbide Störungen können normabweichende Verhaltensweisen noch verstärken. Je klarer und transparenter die Arzt/Ärztin-Patientin/Patient-Beziehung im Vorfeld bereits gestaltet wird, umso eher können Eskalationen vermieden werden.

In der Arbeit mit dieser Klientel empfehlen sich Maßnahmen zur Pflege der eigenen Psychohygiene (Supervision, Balintgruppe u. ä.). Eine zu starke Übernahme von Verantwortung der Patientinnen/Patienten kann zur emotionalen Erschöpfung führen. Die Patientinnen/Patienten sollten durchwegs als eigenverantwortliche Menschen wahrgenommen und angesprochen werden. Wenn es zu aggressiven und bedrohlichen Situationen kommt, hat die Gesundheit und Sicherheit aller in einer Arztpraxis oder Ambulanz tätigen und anwesenden Personen Vorrang und muss im Notfall auch mit Hilfe der Exekutive wiederhergestellt werden.

8.2.10 VORZEITIGE BEENDIGUNG DER OST

Es gilt heute als unbestritten, dass die fortgesetzte Behandlung (das Halten der Patientinnen/Patienten in der Behandlung, die Verhinderung von Behandlungsunterbrechungen) einen wesentlichen Prädiktor für einen Therapieerfolg darstellt. Obwohl die Retentionsrate der OST im Vergleich zu anderen Therapiemethoden der Suchtbehandlung in zahlreichen Studien als durchaus gut beurteilt wird, sind vorzeitige Beendigungen bzw. Therapieunterbrechungen trotzdem ein weit verbreitetes Phänomen. Dabei scheinen niedrigere Haltequoten weniger durch Patientinnen-/Patientenvariablen bedingt zu sein, als durch das Behandlungssetting (restriktive, einschränkende Behandlungsmerkmale). Therapieabbrüche reduzieren nicht nur die Chancen eines Therapieerfolgs, sondern stellen auch ein erhöhtes Risiko für Komplikationen dar (z. B. erhöhte Mortalitätsrate), sodass die

Verhinderung von Therapieabbrüchen als wichtiges Qualitätsmerkmal für eine erfolgreiche OST gilt, und dies auch (und vor allem) bei schwierigen Behandlungsverläufen (anhaltender Beikonsum, Compliance-Probleme u. a.). Wenn eine gestörte Arzt/Ärztin-Patientin/Patient-Beziehung (nach Konflikten, Gewaltandrohungen o. ä.) eine fortgesetzte Behandlung unmöglich macht, sollte ein Wechsel der Behandlungseinrichtung bzw. der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes angestrebt werden, nicht aber das Ende der Behandlung. Auch forcierte Abstinenzversuche (Reduktionsbehandlungen mit dem Ziel der Abstinenz) führen zu erhöhten Abbruchraten (und nicht zu einer dauerhaften Abstinenz) und sollten daher vermieden werden.

8.2.11 PSYCHOSOZIALE BEGLEITUNG

Die Wirksamkeit einer zusätzlichen psychosozialen Betreuung wurde in unterschiedlichen Studien nachgewiesen. Es ist Aufgabe der behandelnden Ärztinnen/Ärzte, die Patientinnen/Patienten zur Inanspruchnahme von individuell hilfreichen psychosozialen Angeboten zu motivieren. Betreuungsintensität und -verbindlichkeit werden in Kooperation mit der Betreuungseinrichtung und den Patientinnen/Patienten individuell vereinbart.

Ein interdisziplinärer Austausch zwischen den Professionisten der psychosozialen Betreuung und den behandelnden Ärztinnen/Ärzten sollte nach schriftlicher Zustimmung durch die Patientinnen/Patienten systematisch erfolgen.

8.2.12 ANGEHÖRIGENARBEIT

In der Behandlung von Substitutionspatientinnen/-patienten sollte das Einbeziehen von Angehörigen angeboten werden. Mit Einverständnis der Patientinnen/Patienten können ihre Angehörigen in einem ärztlichen Gespräch allgemeine Informationen über die OST bekommen. Es kann helfen, ein Bewusstsein und Verständnis für diese Art der Behandlung bei den Angehörigen zu schaffen. Andererseits kann bei den Angehörigen die Motivation entstehen, selbst entlastende Beratung aufzusuchen.

8.2.13 FORTLAUFENDE ZIELEVALUATION

Während der gesamten Dauerbehandlung ist immer wieder Bezug auf die zu Beginn der OST im Behandlungsvertrag notierten Ziele zu nehmen. Zielmodulierungen können hilfreiche Schritte in krisenhaften Zeiten darstellen, wobei dennoch die langfristigen und realistischen Generalziele ständig präsent sein sollen.

8.2.14 AUFGABEN DER AMTSÄRZTINNEN/-ÄRZTE

Den Amtsärztinnen/-ärzten obliegt laut Suchtgiftverordnung die Überprüfung der formalen und inhaltlichen Rechtskonformität. In ihrer Kontrollfunktion bei der Vidierung der Substitutions-Dauerverschreibungen sollen sie die behandelnden Ärztinnen/Ärzte bei der Durchführung der hoch bürokratisierten und formalisierten Behandlung unterstützen (Vier-Augen-Prinzip). Die therapeutisch-inhaltliche Letztverantwortung liegt bei der behandelnden Ärztin/ beim behandelnden Arzt.

8.2.15 ROLLE DER APOTHEKEN

Die Apothekerinnen/Apotheker sind für die Abgabe der Substitutionsmedikamente laut Rezept verantwortlich. Darüber hinaus müssen sie die verschreibungskonforme Einnahme durch die Patientinnen/Patienten überwachen. Bei Problemen (z. B. bei der angeordneten Einnahmeart, Beobachtung von Weitergabe an Dritte, schweren Intoxikationen o. ä.) kann die Ausgabe verweigert werden und sollte Kontakt mit den Behandlerinnen/Behandlern und der Amtsärztin/dem Amtsarzt aufgenommen werden. Besonders wichtig ist die Kontaktaufnahme mit den behandelnden Ärztinnen/Ärzten, wenn die Medikation wiederholt nicht abgeholt wurde. Häufig entwickeln sich im Rahmen der Versorgerrolle langjährige positive Betreuungsbeziehungen zwischen Apotheken-Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern und Patientinnen/Patienten.

Zur Verhinderung von Stigmatisierung der Patientinnen/Patienten wird die Abgabe der Substitutionsmedikation in den üblichen Apothekenalltag so einfach und unauffällig wie möglich integriert.

Um gut zusammenarbeiten zu können, bedarf es ausreichender Absprachen zwischen allen an der Behandlung und Betreuung Beteiligten. Da die Apothekerinnen/Apotheker die Patientinnen/Patienten oft im Alltag erleben, sollen therapeutisch wichtige Wahrnehmungen bzw. Rückmeldungen der Apotheken ernst genommen werden. Auch regelmäßige Jour-fixe-Besprechungen unter Einbeziehung aller Verantwortlichen können zu Rollenklärungen, sicheren Arbeitsbedingungen und dauerhaft hoher Behandlungsqualität beitragen.

8.2.16 REGULÄRE BEENDIGUNG DER OST

Allgemein gültige Indikationskriterien für eine Beendigung der OST bzw. für den Beginn einer Entzugsbehandlung gibt es nicht. Jedoch sind Bedingungen bekannt, die den Erfolg eines Abstinenzversuchs wahrscheinlicher machen. Dazu zählen körperliche, psychische und soziale Stabilität der Patientinnen/Patienten, sowie ein stabiles Konsummuster (kein zusätzlicher Konsum, kein intravenöser Konsum) über einen ausreichend langen Zeitraum.

Häufig wird jedoch von Patientinnen/Patienten der Wunsch nach Beendigung der Behandlung geäußert. Dieser Abstinenzwunsch muss natürlich ernst genommen werden, das zugrunde liegende Motiv sollte jedoch abgeklärt werden. Häufig ist es Unzufriedenheit mit der Lebenssituation oder auch mit der Behandlung selbst (Bevormundung, Einengung, Diskriminierung), die den Wunsch entstehen lässt, schnell alles hinter sich bringen zu wollen, um ein neues, unabhängiges (v. a. unabhängig von Ärztin/Arzt und Apotheke!) Leben beginnen zu können. So nachvollziehbar der Wunsch auch ist, meist entsprechen die damit erhofften Veränderungen nicht dem, was eine Beendigung der Behandlung verändern kann (siehe Kapitel 8.2.4). Eine dauerhafte Abstinenz ist nur für einen (kleinen) Teil der Patientinnen/Patienten erreichbar.

Der Opioidentzug sollte unter ärztlicher Kontrolle erfolgen, eine begleitende psychosoziale Unterstützung verbessert das Behandlungsergebnis. In Österreich gibt es spezialisierte Abteilungen, die eine qualifizierte Behandlung unter geschützten stationären Bedingungen garantieren und zur Minimierung der Entzugsrisiken beitragen. Eine symptomatische Begleitmedikation entsprechend den körperlichen und psychischen Entzugsbeschwerden kann erforderlich und hilfreich sein.

In der ärztlichen Praxis sollten ambulante Entzugsbehandlungen über einen längeren Zeitraum mit langsamer, schrittweiser Reduktion (über Monate) durchgeführt werden. Kommt es dabei wieder zu einem zusätzlichen illegalen Substanzkonsum (oder auch zusätzlichem Benzodiazepin- und/oder Alkoholkonsum) oder zu anderen Zeichen einer Destabilisierung, ist ein Reduktionsstopp bzw. der Abbruch des Entzugs und eine Fortsetzung der OST zu überlegen.

In jedem Fall muss für einen Abstinenzversuch eine intensive Betreuung gefordert werden. Eine durchdachte Planung für die Phase nach erfolgreichem Entzug ist notwendig. Zum einen braucht es Hilfestellung zur Bewältigung der neuen, fremden, abstinenten Lebens- und Gefühlssituation, zum anderen aber muss ein mögliches Scheitern in die Planung mit einbezogen werden. Das heißt, dass Ausstiegsszenarien aus dem Ausstieg und die Möglichkeit zur neuerlichen OST mitgeplant werden müssen. Wenn das Scheitern als Option mitgedacht wird, verliert es die Bedeutung des individuellen Versagens, und belastende, die Weiterbehandlung erschwerende Schuld- und Schamgefühle können verhindert werden.

Eine stationäre (oder ambulante) Weiterbehandlung nach dem Entzug erhöht die Chance auf längere Abstinenz und verringert die Gefahren, wenn es zu Rückfällen kommt. Grundsätzlich verbessert jede Form der Langzeitbehandlung wie bei allen chronischen Erkrankungen den Therapieerfolg.

9. DIE ROLLE STATIONÄRER INTERVENTIONEN IM KONTEXT EINER OST

9. DIE ROLLE STATIONÄRER INTERVENTIONEN IM KONTEXT EINER OST

Lange waren Entzugsbehandlungen mit anschließenden abstinenzorientierten Langzeittherapien die einzigen Behandlungszugänge der stationären Einrichtungen.²¹ Dies gilt inzwischen nicht mehr. Sowohl die Ansätze und Angebote der eher medizinischen bzw. eher akuten Bereiche, der sog. Entzugsstationen als auch jene der eher psycho- und soziotherapeutisch orientierten (Langzeit-) Therapiestationen haben sich in den letzten Jahren deutlich verändert. Beide Einrichtungstypen bieten mittlerweile wesentliche Behandlungsangebote auch für Patientinnen/Patienten in OST. Dies können etwa sein:

- Teilentzüge von anderen konsumierten Substanzen unter Beibehaltung einer OST
- Umstellung von intravenösem auf oralen Konsum des Substitutionsmedikaments
- Optimierung der individuellen OST hinsichtlich Setting, Konsummuster und Dosierung
- andere somatisch, psychisch, sozial und konsumbezogen stabilisierende (Kurzzeit-) Behandlungsaufenthalte
- Behandlung psychiatrischer komorbider Erkrankungen, psychopharmakologische (Neu-) Einstellungen, Medikamentenumstellungen
- Mutter-Kind-Aufnahmen in dafür geeigneten Einrichtungen zur Förderung der Mutter-Kind-Beziehung
- stationäre Kriseninterventionen

Diese Angebote können als stationäre Zwischenbehandlungsphasen einer unbegrenzt andauernden ambulanten OST verstanden werden und sind dort indiziert, wo die angestrebten Behandlungsziele unter ambulanten Bedingungen nicht erreicht werden konnten und daher die stationären Behandlungsbedingungen für die Zielerreichung potenziell unterstützend sein können.

Der stationäre (Langzeit-)Therapiebereich ist traditionellerweise stark auf die soziale und berufliche Wiedereingliederung ausgerichtet. Diese Ziele sind auch bei aufrechter OST erreichbar und hinsichtlich der Reintegration und Rehabilitation der Patientinnen/Patienten sinnvoll.

Mögliche Ziele und Aspekte der Bereitstellung von stationären Angeboten für opioidsubstituierte Patientinnen/Patienten sind:

²¹ Während sich im ambulanten Bereich parallel zur Verfügbarkeit und Ausbreitung der OST eine Vielfalt von unterschiedlichen Handlungsansätzen in der Betreuung und Behandlung Drogenkranker etablierte, blieben die stationären Behandlungseinrichtungen lange überwiegend auf Therapien längerer Dauer, die auf Abstinenz von sämtlichen Suchtmitteln abzielten, beschränkt. So entwickelten sich zwei gleichsam parallel arbeitende und nicht immer gut aufeinander abgestimmte Behandlungssysteme, ein vorwiegend auf der OST basiertes, eher niedrigschwelliges und auf die Minimierung von Folgeschäden ausgerichtetes ambulantes sowie ein auf Abstinenz ausgerichtetes stationäres.

- alle rehabilitativen Ziele wie sie für stationäre Langzeitbehandlungen unter Abstinenzbedingungen auch gelten
- das Erreichen von Teilzielen mit der Perspektive einer späteren Erreichung weitergehender Zielsetzungen in einer neuerlichen stationären Therapie
- Ermöglichung einer Basis für psychiatrische und somatische Diagnostik und Behandlung²²
- Ermöglichung intensiverer sozial- und psychotherapeutischer Behandlung auch für Patientinnen/Patienten in OST
- Reflexion der eigenen Situation unter stabileren Bedingungen, ohne sich für einen Entzug entschieden zu haben bzw. einen solchen erfolgreich absolviert haben zu müssen
- Nutzen der in stationären Therapien bestehenden Möglichkeiten, ohne davor einen potenziell destabilisierenden Entzug gemacht haben zu müssen
- Stopp eines ggf. trotz OST aufrechterhaltenen unkontrollierten Konsumstils
- stationäre sozial- und psychotherapeutische Angebote auch für Patientengruppen, für die eine vollständige Substanzfreiheit – zumindest ohne vorherige intensive Inanspruchnahme psychosozialer Angebote – eine Überforderung darstellen würde (Patientinnen/Patienten mit Neigung zu psychotischem Erleben, schizophren Erkrankte, Traumatisierte usw.)
- Möglichkeit eines Therapiebeginns unter laufender OST mit der Option eines langsamen Ausschleichens des Substitutionsmedikaments im stationären Behandlungsverlauf
- bei einer stationären Behandlung von entzogenen und Patientinnen/Patienten unter OST innerhalb einer Station besteht auch die Möglichkeit, dass entzogene Patientinnen/Patienten bei Instabilität wieder auf ein Substitutionsmedikament eingestellt werden können – in derselben Einrichtung, unter Wahrung der Behandlerinnen-/Behandlerkontinuität

²² Abseits der suchtspezifischen stationären Behandlungsangebote gilt es, die OST im Rahmen nicht suchtspezifischer Aufenthalte in Krankenhäusern, Rehabilitationszentren, Kuranstalten oder Einrichtungen der Altenhilfe bzw. in Pflegeeinrichtungen sicherzustellen bzw. die Nutzung dieser Einrichtungen uneingeschränkt auch für Patientinnen/Patienten in OST zu gewährleisten.

10. DIMENSIONEN DES BEIKONSUMS

10. DIMENSIONEN DES BEIKONSUMS

Beikonsum wird im gängigen Sprachgebrauch meist als negativ konnotierter Begriff verwendet: im Sinn von „unerwünschter Konsum anderer als der therapeutisch begründet verschriebenen Substanzen“. Fortgesetzter Substanzkonsum wird von manchen sogar als Indiz für ein Scheitern der OST gewertet. Eine solche Bewertung, ausschließlich gestützt auf die Tatsache eines Konsums psychoaktiver Substanzen abseits ärztlicher Verordnung, ist grob simplifizierend und übersieht, dass dieser Konsum tatsächlich ganz unterschiedliche Bedeutungen haben kann:

- Auch Menschen mit einer Suchtproblematik haben ein legitimes Recht darauf, Genussmittel zu verwenden. Die Erfahrung zeigt, dass dies auch sehr häufig wirklich möglich ist: auch eine Person mit ausgeprägter Opioidabhängigkeit kann andere Substanzen ohne jeden Kontrollverlust und auch ohne innere Notwendigkeit gelegentlich konsumieren und genießen.²³ Eine Verwendung psychotroper Substanzen als Genussmittel oder auch selbstbestimmter Gebrauch außerhalb der medizinischen Verordnung stellt jedenfalls nicht automatisch einen suchtmmedizinischen Behandlungsauftrag dar.
- Wird eine Substanz aus einer gewissen inneren Notwendigkeit verwendet (z. B. zur Problembewältigung, Affektkontrolle etc.) spricht man von problematischem Konsum – eine opioidabhängige Person kann andere Substanzen in diesem Sinne verwenden. Es kann auch eine voll ausgeprägte Abhängigkeit von einer zweiten Substanz bestehen. Gar nicht so selten ist z. B. Alkoholabhängigkeit bei langjährig Opioidabhängigen in OST. Hier handelt es sich sehr wohl um ein medizinisches Problem: der problematische Konsum oder die Abhängigkeit von der zweiten Substanz stellt eine Komplikation der Opioidabhängigkeit dar. Die Risiken der Abhängigkeit können dadurch in mannigfaltiger Weise potenziert werden:
 - Die Gefahr akuter Überdosierungen kann durch Wechselwirkungen erhöht sein, z. B. massiv erhöhte Gefahr letaler Atemdepression bei Kombination von Opioiden mit Benzodiazepinen und/oder Alkohol:

²³ Unterschiedliche Gepflogenheiten in Bezug auf Substanzkonsum in verschiedenen Kulturen können jedoch für Migrantinnen/Migranten zu Komplikationen führen:

- Die konsumierten Substanzen können in dem Kulturkreis, aus dem die/der Betreffende *stammt*, gewohnte Genussmittel sein (z. B. Alkohol für Mitteleuropäer) – dann ist die Verwendung häufig selbstverständlicher Bestandteil sozialer Rituale und Interaktionen. Die konsumierten Substanzen können in dem Kulturkreis, in dem der Betreffende *aktuell lebt*, gewohnte Genussmittel sein – dann ist ihre Verwendung meist legal.
- Migration kann zu einer Diskrepanz zwischen diesen beiden Aspekten führen: die im Herkunftsland selbstverständliche Verwendung gewohnter Substanzen kann im Gastgeberland illegal sein, was für die Migrantinnen/Migranten unserer Tage durchaus problematisch werden kann. Für die Migrantinnen/Migranten früherer Jahrhunderte war dies meist kein Problem, da sie ihre gewohnten Regeln zum Substanzgebrauch in den neu besiedelten Gebieten oft durchsetzen konnten (z. B. Einwanderung von Europäern in Nord- und Südamerika oder Australien). Bei den Genoziden an den indigenen Völkern dieser Kontinente hingegen soll Alkohol sehr wohl eine nicht unbedeutende Rolle gespielt haben.

- Die Gefahr chronischer Organschäden kann erhöht sein, z. B. verstärkte hepatotoxische Auswirkungen durch Alkohol bei drogenkonsumassoziierten Virushepatitis.

Oft handelt es sich bei kombinierten Abhängigkeiten um schwere Erkrankungen, d. h. in diesem Zusammenhang: ausgeprägte psychiatrische Störungen treten häufiger in den Vordergrund; auch die sozialen Folgen der Krankheit können gravierender ausfallen. Der Konsum anderer als der verschriebenen Substanzen ist häufig. Er darf weder ignoriert noch mit Sanktionen belegt werden, sondern es kommt darauf an, die Bedeutung des Phänomens einzuschätzen und gemeinsam mit der Patientin/dem Patienten zu reflektieren. Er rechtfertigt aber in keinem Fall die Verweigerung oder den Abbruch einer laufenden OST. Im Gegenteil: die erhöhten Risiken kombinierten Substanzgebrauchs machen eine adäquate Behandlung umso dringender.

Der Beikonsum in diesem Sinne – als Komplikation einer Opioidabhängigkeit – ist selbstverständlich, genauso wie die Grunderkrankung selbst, bestmöglich zu behandeln. Die Behandlungsoptionen sind im Prinzip dieselben wie beim Monokonsum der betreffenden Substanz; Interaktionen mit dem Substitutionsmedikament sind allerdings bei der Behandlung zu beachten. Folgende Aspekte spielen häufig eine Rolle:

- Zusätzlicher Substanzkonsum kann ein Hinweis auf das Vorliegen weiterer psychischer Störungen sein (z. B. im Sinn eines Selbstbehandlungsversuchs). Häufig lässt sich ein Zusammenhang mit Traumatisierungsfolgen, Angststörungen, Depressionen, Schizophrenie oder Persönlichkeitsstörungen nachweisen – im Prinzip kann aber jede psychische Störung dazu beitragen. Eine adäquate Behandlung dieser psychischen Störung kann den Beikonsum eindämmen helfen oder sogar völlig erübrigen.
- Werden zusätzlich Opioide konsumiert, ist zu überlegen
 - ob das Substitutionsmedikament in ausreichend hoher Dosierung verordnet wird,
 - ob das bestgeeignete Substitutionsmedikament gewählt wurde,
 - ob die für die Bedingungen des Einzelfalls bestgeeignete Applikationsart des Substitutionsmedikaments gewählt wurde (im Sinne spezifischer oraler Einnahmemöglichkeiten in der Apotheke, andere Applikationsformen sind derzeit in Österreich nicht vorgesehen).
- Werden andere Substanzen zusätzlich zum Substitutionsmedikament konsumiert,
 - ist eine adäquate Aufklärung der Konsumentin/des Konsumenten über die medizinischen Aspekte ihres/seines Substanzkonsums (insbesondere hinsichtlich der oben beschriebenen zusätzlichen Risiken) wichtig und kann helfen, zum Verzicht auf anderen Substanzen zu motivieren,
 - kann versucht werden, durch Dosiserhöhung des Substitutionsmedikaments den Verzicht auf die anderen Substanzen zu erleichtern,

- sollte überlegt werden, ob durch einen Wechsel des Substitutionsmedikaments eine Verbesserung zu erreichen sein könnte.²⁴
- Ist ein völliger Verzicht auf die anderen Substanzen nicht erreichbar, sind Dosisreduktion der anderen Substanzen und die Verbesserung der Kontrolle über deren Konsum wichtige Ziele; dabei kann auch die kontrollierte Verschreibung zusätzlicher Arzneimittel ein adäquates Mittel sein. Dies kann insbesondere im Umgang mit dem verbreiteten und besonders risikobehafteten Benzodiazepinkonsum eine erfolgreiche Strategie darstellen. Die Verschreibung des Substitutionsmedikaments und zusätzlicher Medikamente sollte dabei gut koordiniert – am besten aus einer Hand – erfolgen.

²⁴ Z. B. kann auf Methadon umgestellt werden wenn eine gewisse Sedierung erwünscht ist, bzw. sollte auf ein anderes Substitutionsmedikament umgestellt werden, wenn diese sedierende Wirkkomponente unerwünscht ist.

11. THERAPIE KOMORBIDER ERKRANKUNGEN

11. THERAPIE KOMORBIDER ERKRANKUNGEN

11.1 THERAPIE SOMATISCHER ERKRANKUNGEN

Das stabile und strukturierte Setting der OST erleichtert sowohl die Diagnose wie auch die Behandlung komorbider somatischer Störungen. Eine sorgfältige somatische Abklärung, Diagnostik und Behandlung entspricht den allgemeinen ärztlichen Berufspflichten und dem State of the Art der Suchtbehandlung und sollte dementsprechend bei allen Patientinnen/Patienten zur Anwendung kommen.

Erst durch die somatische, soziale, psychologische und psychiatrische Begleitung der Patientinnen/Patienten und dem daraus resultierenden Vertrauen ergibt sich der therapeutische Zugang zu vielen Erkrankungen psychiatrischer wie somatischer Natur. Unter den Bedingungen einer korrekt durchgeführten Therapie können Opioidabhängige mit einer der Gesamtpopulation entsprechenden Lebenserwartung rechnen. Dies ist u. a. daran abzulesen, dass die Patientinnen/Patienten unter OST immer älter werden.

Die Therapie der mannigfaltigen Begleiterkrankungen - von HIV- und Hepatitis-Infektionen über multiple Infektionen durch unsachgemäße Verwendung des Substitutionsmittels sowie Mangelkrankungen durch unsachgemäße Ernährung bis zu Karies - stellt die Ärztin/den Arzt vor keine unlösbare Aufgabe; es gibt aber bedenkenswerte Interaktionen der opioidhaltigen Medikamente mit den für die Behandlung der Begleitkrankheiten nötigen Substanzen.

11.1.1 SAFER USE

Für den nicht bestimmungsgemäßen, zumeist intravenösen Gebrauch von Opioiden sind diverse Komplikationen beschrieben: Hepatitis B, Hepatitis C, HIV-Infektion, AIDS, Phlegmone, Abszesse, Weichteilnekrosen, Thrombophlebitiden, (tiefe) Bein-/Beckenvenenthrombosen, Pulmonalembolien, Endokarditiden, Osteomyelitiden, Spondylodiscitiden, Sepsis sowie Cerebralinfarkte (thrombotisch und septisch).

Praktisch keine dieser Komplikationen ist substanzbedingt. Sie alle könnten durch Safer Use verhindert oder zumindest deutlich vermindert werden. Als Ursache Nummer eins der hämatogen übertragbaren Krankheiten muss noch immer das Needle-/Syringes sharing gesehen werden. Aber auch andere Ursachen, wie zum Beispiel der gemeinsame Gebrauch von Zahnbürsten, Rasierapparaten, ungeschützter Geschlechtsverkehr und vieles mehr tragen zur exzessiven Risikoerhöhung bei. Intensive Aufklärung im Form von Safer-Use- und Safer-Sex-Beratung und begleitende Maßnahmen wie Spritzentauschprogramme und

Vergabe von Informationsmaterial stellen einen wichtigen Beitrag zur Reduktion von konsumassoziierten Komplikationen und Infektionserkrankungen dar.

11.1.2 SCHMERZTHERAPIE

Angaben über Schmerzzustände sind immer ernst zu nehmen²⁵. Die Schmerzbehandlung von Patientinnen/Patienten in OST kann in der Allgemeinpraxis eine große Herausforderung darstellen. Zudem sind die Übergänge zwischen Schmerztherapie und OST unscharf. Im Einzelfall muss berücksichtigt werden, welches Krankheitsbild überwiegt und entsprechenden Handlungsbedarf nach sich zieht.

Die gebräuchlichen Substitutionsmedikamente können die übliche pharmakotherapeutische Bandbreite einschränken. Mittelstarke und starke Schmerzmittel können mit dem verwendeten Substitutionsmedikament negativ interagieren, bis hin zur Kontraindikation und so zu schweren Komplikationen führen, da sie über Interaktionen potenziell lebensbedrohende Störungen (z. B. Entzugssyndrom, Serotoninsyndrom) auslösen können. Weiters ist zu beachten, dass Patientinnen/Patienten durch die Opioidexposition im Rahmen der OST eine Hyperalgesie entwickeln können und dadurch einen höheren Analgetikabedarf haben als Nichtabhängige. Mit der üblichen Wirkdosis wird oft nicht das Auslangen zu finden sein. Eine Erhöhung der Dosis des (*per se* analgetisch wirkenden) Substitutionsmedikaments führt nicht automatisch zu einer ausreichenden Analgesie, außerdem limitieren die mit der Dosis steigenden Nebenwirkungen den Einsatz zusätzlich.

Das Stufenschema der WHO kann und soll zwar in die Überlegungen einbezogen werden, passt aber an manchen Stellen nicht für Patientinnen/Patienten in OST: so ist zu beachten, dass ein starkes Opioid nicht mit einem schwachen kombiniert werden soll (die Ausnahme dabei: schwaches Opioid ist Substitutionsmedikament).

OPIOIDE – THEORETISCHE ÜBERLEGUNGEN BEI SCHMERZTHERAPIE

OST mit Morphin

- Testung von schnell verfügbarem Morphin zusätzlich
- Testung von Oxycodon/Tapentadol
- bei neuropathischem Schmerz eventuell Umstellung auf Buprenorphin/Methadon

²⁵ „Pain is, whatever the experiencing person says it is, existing whenever and wherever the person says it does.“
(Margo McCaffrey)

OST mit Buprenorphin

- Gabe von zusätzlichem Buprenorphin
- Gabe von schnell verfügbarem Morphin
- Testung von Oxycodon/Tapentadol
- bei neuropathischem Schmerz eventuell Umstellung auf Methadon
-

OST mit Methadon/ Levo-Methadon

- Testung von schnell verfügbarem Morphin zusätzlich
- Testung von Oxycodon/Tapentadol

Schmerz an sich ist, auch ohne die Komplikation einer Opioidabhängigkeit, ein komplexes Phänomen und hat neben der organischen oft auch eine zusätzliche psychiatrische oder neurologische Komponente. Daher ist in komplexen und/oder therapieresistenten Fällen eine Zusammenarbeit mit einem Schmerzzentrum anzustreben.

Aus all diesen Gründen ist darauf zu achten, dass sowohl bei der Schmerztherapie als auch bei der Therapie von somatischen Krankheiten die Medikamente so gewählt werden, dass Interaktionen und Nebenwirkungen minimiert werden.

11.1.3 INTERAKTIONEN

Die verschiedenen Substitutionsmedikamente zeigen in unterschiedlicher Form zahlreiche Interaktionen mit verschiedenen anderen Medikamenten. Dies ist deshalb besonders wichtig, da komorbide Erkrankungen auf somatischer und psychiatrischer Ebene häufig sind und eine pharmakologische Behandlung dieser Begleiterkrankungen meist notwendig ist. Die betroffenen Substanzgruppen sind Antibiotika, Virustatika, Antiarrhythmika, Antikonvulsiva, Psychopharmaka, aber auch Phytopharmaka wie z. B. Johanniskraut und Grapefruit. Die Wechselwirkungen ergeben sich durch Beeinflussung des Abbaus des Substitutionsmittels, wodurch es zu eklatanten Über- oder Unterdosierungen kommen kann, durch eine gegenseitige Beeinflussung der Wirkung im ZNS bzw. in der Peripherie oder durch gemeinsame Beeinflussung der QT-Zeit, um nur einige zu nennen. Eine vollständige Auflistung dieser Interaktionen in diesem Empfehlungstext müsste viele Seiten umfassen und würde damit einerseits den Rahmen sprengen, andererseits auch sehr schnell die Aktualität verlieren. Aus diesem Grund werden an dieser Stelle entsprechende laufend aktualisierte Interaktionsprogramme genannt. Diese verweisen in der Regel auch auf die aktuelle Literatur.

Ausgewählte Software zur Interaktionsprüfung:

Grundsätzlich sind alle Interaktionsprogramme geeignet, die oft gemeinsam mit anderen Softwarepaketen (Ordnation, Krankenhaus) angeboten werden, wenn ein entsprechendes Update durchgeführt wird.

Beispiele dazu sind:²⁶

- Diagnosia: <https://www.diagnosia.com/at>
- mediQ: <https://www.mediq.ch>
- PharmaWiki: <http://www.pharmawiki.ch/wiki/index.php?wiki=Interaktionen>
- University of Maryland, Medical Center: <http://umm.edu/health/medical/drug-interaction-tool>

11.2 THERAPIE PSYCHISCHER ERKRANKUNGEN

Neben somatischen Krankheiten und einer Vielzahl sozialer Probleme gehen Suchterkrankungen in einem hohen Ausmaß mit zusätzlichen psychischen Störungen einher (affektive Störungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen u. a.), das Suizidrisiko bei Abhängigkeitserkrankungen ist deutlich erhöht. Oftmals sind es gerade die komorbiden Störungen, die eine Verbesserung des Gesundheitszustandes erschweren bzw. einer zufriedenstellenden Lebensqualität von Suchtkranken im Wege stehen.

Einige Befunde weisen darauf hin, dass Patientinnen/Patienten mit Doppel- bzw. Mehrfachdiagnosen unter schwereren Krankheitsverläufen, häufigeren Behandlungsabbrüchen und größeren sozialen Problemen leiden, als primär Suchtkranke bzw. als Patientinnen/Patienten mit psychischen Störungen ohne eine zusätzliche Suchtproblematik. Suchterkrankung und psychische Störung stehen in enger Wechselbeziehung zueinander und beeinflussen sich gegenseitig, sodass eine Veränderung des Konsumverhaltens nicht ohne Behandlung der psychischen Störung erfolgen kann und umgekehrt. Dabei scheint es für die Praxis weniger von Bedeutung zu sein, welche Störung als primär oder sekundär gesehen wird, als vielmehr, dass alle bei einem Patientinnen/Patienten vorliegenden Störungen erkannt (diagnostiziert) werden und in einem gemeinsamen Behandlungsplan Berücksichtigung finden. Die Diagnosestellung kann dabei mitunter schwierig sein und psychiatrisch-fachärztliche Unterstützung erfordern.

²⁶ Hier handelt es sich um Beispiele und um keinerlei Aussage über die Qualität der Programme oder eine Empfehlung.

In vielen Studien konnte nachgewiesen werden, dass bereits die OST allein positive Auswirkungen auf den psychischen (und körperlichen) Gesundheitszustand hat. Empfohlen wird eine auf die individuelle Problemlage abgestimmte, integrative (beinhaltet Konsumverhalten und psychische Störung) multimodale (Pharmako-, Psycho-, Sozio-) Therapie. Unter Berücksichtigung der pharmakologischen Interaktionen der Substitutionsmedikamente (siehe Kapitel 7) und aller anderen verordneten Medikamente und nicht verordneten bzw. problematisch konsumierten Substanzen, kann das gesamte Spektrum der bekannten psychopharmakologischen Strategien in der Behandlung zur Anwendung kommen und unterscheidet sich im Wesentlichen nicht von der Behandlung psychischer Störungen nicht abhängiger Patientinnen/Patienten. Das gilt auch für die psychosozialen Angebote. Der Zugang zur Behandlung sollte niedrigschwellig sein und (entsprechend den meist chronischen Verläufen) langfristig angelegt. Die Komorbidität stellt hohe Anforderungen an das Behandlungssystem und braucht die interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Als komorbide Störungen müssen auch zusätzliche Abhängigkeiten (v. a. Benzodiazepin- und Alkoholabhängigkeit) gesehen und in den Therapieplan miteinbezogen werden. Die Gründe für zusätzlichen Substanzkonsum (aus dem sich eine Abhängigkeit entwickeln kann) können vielseitig sein und bedürfen unterschiedlicher Behandlungsstrategien (siehe Kapitel 10). Unbestritten ist, dass zusätzlicher Substanzkonsum in einen Behandlungsplan der OST miteinbezogen werden muss. Die Therapieziele und Therapieoptionen bei Mehrfachabhängigkeiten sind grundsätzlich dieselben wie bei Monoabhängigkeiten, wie in der Suchttherapie an sich (motivierende, psychotherapeutische, pharmakologische Strategien, Rückfallprophylaxe). Wie in der Suchttherapie insgesamt, ist auch bei Mehrfachabhängigkeiten eine dauerhafte (Teil-) Abstinenz nur selten erreichbar, weshalb v. a. bei Benzodiazepinabhängigkeit Substitutionsmodelle (mit Benzodiazepinen mit längerer Halbwertszeit und weniger raschem Anfluten) vorgeschlagen werden. Dafür gibt es zwar noch keine wissenschaftliche Evidenz, aber eine breite klinische Erfahrung. OST und Benzodiazepin-Verschreibung sollten in einer Hand liegen, oder zumindest in engem Austausch und Kooperation der Behandler. Reduktionsversuche sollten über einen längeren Zeitraum (Monate, z. T. Jahre) und mit therapeutischer Unterstützung (Motivationsstrategien, zusätzliche Behandlung verstärkter komorbider Symptomatik wie Angst und Spannungsintoleranz etc.) erfolgen.

12. PATIENTINNEN/ PATIENTEN IN SPEZIFISCHEN ALTERS- UND LEBENSITUATIONEN

12. PATIENTINNEN/PATIENTEN IN SPEZIFISCHEN ALTERS- UND LEBENSITUATIONEN

12.1. VERSCHREIBUNG AN JUGENDLICHE, ASPEKTE DER JUGENDPSYCHIATRIE

12.1.1 EINLEITUNG / PRÄAMBEL

Wenn im Folgenden von Jugendlichen bzw. Minderjährigen die Rede ist, handelt es sich um die Personengruppe von Kindern und Jugendlichen vor Vollendung des 18. Lebensjahres.

In den letzten 10 Jahren ist die Anzahl der rein opiatabhängigen, substituierten Jugendlichen deutlich zurückgegangen. Dies liegt unter anderem daran, dass in diesem Zeitraum vermehrt Jugendliche in eine OST aufgenommen wurden und im Rahmen der Substitutionsprogramme in andere spezifizierte Behandlungs- und Betreuungsangebote übergeführt werden konnten.

Die Opiatabhängigkeit sowie ein hochriskantes polytoxikomanes Konsummuster mit Beteiligung von Opioiden bei Jugendlichen stellen nicht nur ein Risiko hinsichtlich Mischintoxikationen und Abhängigkeitsentwicklung dar, sondern greifen auf biophysiologischer Ebene in einem äußerst sensiblen biologischen Entwicklungszeitraum des jugendlichen Gehirnes ein und gefährden darüber hinaus eine adäquate soziale Integration.

Die Adoleszenz als eine ohnehin schwierige Entwicklungsphase bietet eine erhöhte Anfälligkeit und Vulnerabilität für Experimentalverhalten, Sensation-Seeking und Risikoverhalten (no risk, no fun). Drogenkonsum kann unter bestimmten familiären Bedingungen und Persönlichkeitsfaktoren sowie biogenetischer Voraussetzung zu einer Chronifizierung des vorerst experimentalen Substanzgebrauchs und somit zur Abhängigkeitsentwicklung führen. Zugrundeliegende psychische Störungsbilder des Kindes- und Jugendalters erfordern daher eine fachspezifische kinder- und jugendpsychiatrische Anamnese, Diagnostik, Behandlungs- und Betreuungsplanung und Begleitung über den gesamten Verlauf einer OST.

Dazu ist ein rascher, erleichterter (niedrigschwelliger) Zugang zur Beratung, Abklärung, Diagnostik und OST von besonderer Bedeutung. Eine Vielfalt an unterschiedlichen Angeboten ist anzustreben: ambulante Suchthilfeeinrichtungen mit Spezialambulanzen für Jugendliche, kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen mit niedrig- wie auch höherschwelligeren Angeboten sowie stationären und halbstationären Spezialeinrichtungen.

Im Besonderen ist an dieser Stelle anzumerken, dass die in der Einleitung der Leitlinien der ÖGABS für Erwachsene beschriebenen Inhalte dieselbe Gültigkeit für Jugendliche haben.

Auch für Jugendliche gilt die Definition von Abhängigkeit von Opioiden. Jugendliche zeigen ebenso ähnliche Verlaufsformen wie die Erwachsenen, zum Teil heftigere und riskantere Episoden. Daher gilt auch für Jugendliche, dass die Opioidsubstitution die Therapie der Wahl der Opiatabhängigkeit darstellt und als Standardbehandlung zu gelten hat. Bei Jugendlichen ist es ebenso notwendig, die OST nach den Kriterien der Diversifizierung hinsichtlich substitutionsgestützt oder abstinenzgestützt auszurichten.

Manchem jungen drogenabhängigen Menschen kann mit dieser Art der Behandlung sicher geholfen werden. Gleichzeitig muss aber verhindert werden, dass sich eine Abhängigkeit dadurch erst manifestiert und die Chance einer Veränderungsmotivation durch eine frühzeitige „zerebrale Entgiftung“ vergeben wird oder andere Hilfsmaßnahmen nicht ausreichend ausgeschöpft werden.

Somit wäre bei diesem Personenkreis der Leitgedanke „So wenig Substitution wie möglich und so viel wie nötig“ angezeigt.

Das heißt, dass beide Behandlungsäquivalente (substitutionsgestützt und abstinenzgestützt) nebeneinander stehen. Die Entscheidung muss sich natürlich nach der speziellen Situation des Jugendlichen richten, im Sinne einer patientinnen-/patientenorientierten Behandlungsform.

12.1.2 KRITERIEN EINER INDIKATION DER OST BEI JUGENDLICHEN

Zur Verschreibung von Arzneimitteln im Rahmen der OST siehe die Leitlinie der ÖGKJP.

Voraussetzungen

- Die Opioidabhängigkeit muss zweifelsfrei festgestellt sein. Sie ist nach ICD-10 zu diagnostizieren.
- Ausnahmen von obigen Punkt sollten im Sinne präventiver Maßnahmen bei hochriskanten Konsummustern und zur Verhinderung manifester Opioidabhängigkeit in einer frühen Phase (z. B. bei Vorliegen massiver Verwahrlosungserscheinungen in psychischer und/oder körperlicher Hinsicht) möglich sein.
- Die Indikation muss, wenn verfügbar, von einer Fachärztin/einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder zumindest in dessen Kooperation gestellt werden.
- Das Behandlungsziel der Schadensminimierung lässt sich nachweislich nicht auf anderweitige Weise erreichen.

- Die Möglichkeit flexibler besonders begründeter Einzelfallentscheidungen, unter Einbeziehung aller beteiligten Helferinnen/Helfer, soll somit gegeben sein. Die medizinische Entscheidung und damit Letztverantwortung liegt bei der Ärztin/beim Arzt.

Zielgruppen

Alle Fälle sind als Einzel- bzw. Sonderfälle zu betrachten, die sich durch das Vorhandensein mindestens eines der folgenden Merkmale auszeichnen:

- psychiatrische Komorbidität
- breites Spektrum der konsumierten Drogen immer in Verbindung mit Opioiden
- hochriskanter Drogenkonsumstil
- schwere körperliche Erkrankungen mit möglicherweise vitaler Gefährdung
- erhebliche Beziehungsstörungen
- erhebliche soziale Desintegration
- Überbrückungssituationen vor Entzugsbehandlung bzw. Entwöhnungstherapie o. Ä.
- minderjährige, opioidabhängige Schwangere

Hilfesystemmerkmale

- Enge Kooperation und Vernetzung zwischen suchtmmedizinischem Bereich, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Suchthilfe, Jugendwohlfahrt, Exekutive und Justiz ist erforderlich.
- Ein Maßnahmenplan (erstellt vom Team des Hilfesystems mit den Jugendlichen und Erziehungsberechtigten), der die Vorgehensweise regelt, ist hier sinnvoll.
- Der Umfang der Einbeziehung der Sorgeberechtigten muss für unmündige Minderjährige verbindlich, bei mündigen Minderjährigen in Absprache mit den Jugendlichen im Hilfeplan festgelegt werden.
- Spezielle Beratung und Betreuung Jugendlicher in Drogenberatungsstellen mit und ohne Angehörigen ist wünschenswert.
- Hauptverantwortung liegt bei der Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. -medizin zur multiaxialen Diagnostik nach ICD-10 als Grundlage der Hilfeplanung und zur Behandlung psychiatrischer, somatischer und sozialer altersspezifischer Begleiterkrankungen und Probleme.
- spezielle Qualifikation und umfangreiche Erfahrung aller Beteiligten in der Behandlung jugendlicher Substanzabhängiger
- Eine Zustimmung des Jugendlichen zur Kooperation im Helfersystem und Austausch der an der Hilfeplanung beteiligten Stellen ist notwendig.
- Ein Case-Manager, der die Maßnahmen koordiniert, ist aus dem Kreis der beteiligten Helfer/-innen zu bestimmen.

- Aufgabenfeld des Case-Managers ist die Entwicklung des individuellen Hilfeplans und die Zielerreichung.
- intensive sozialpädagogische, psychosoziale Einzelbetreuung und Psychotherapie
- multilateraler Wissenstransfer unter besonderer Berücksichtigung der Verschwiegenheitspflicht als lebendige Grundlage des Handelns

ZIELE

Aus Sicht der Patientinnen/Patienten

- Sicherung des Überlebens
- Verhinderung von körperlichen Folgeschäden
- Behandlung von Komorbidität/Verbesserung des gesundheitlichen Gesamtzustandes
- Stabilisierung im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich
- stabile, begebrauchsfreie OST
- Verminderung destruktiver Konsummuster
- Distanzierung von der Drogenszene und Lösen von Abhängigkeitsverhältnissen (z. B. Delinquenz, Prostitution)
- Verhinderung sozialer Desintegration und Isolation
- Aufbau von Veränderungsmotivation
- Wiederaufnahme schulischer und beruflicher Ausbildung
- Aufbau von sozialen Perspektiven
- Ermöglichen gesicherter Wohnsituation
- Entwicklung von Behandlungsmotivation
- Arbeit an der Nachreifung
- Suchtmittelfreiheit oder stabile Substitution

Aus Sicht der Behandlerinnen/Behandler

- Kontaktaufbau und –sicherung zu den Betroffenen
- Möglichkeiten zur Krisenintervention durch regelmäßige Kontakte
- Aufbau und Ausbau von Ressourcen und ressourcenorientierte Vorgehensweise
- Entwicklungsförderung
- Stabilisierung
- Überlebenssicherung
- Wiedereingliederung, gesunde Resozialisierung, Inklusion

Methoden

Grundsätzlich sind die Leitlinien zur OST genauestens zu berücksichtigen.

Für Diagnose, Beratung und Therapie soll ein multidisziplinäres biopsychosozio-kulturelles/mehrdimensionales Konzept unter Einschluss des medizinischen (Kinder- und Jugendpsychiatrie), psychosozialen, psychotherapeutischen, sozialpädagogischen, klinisch-psychologischen, entwicklungspsychologischen Bereiches verwendet werden:

- kinder- und jugendpsychiatrischer(-medizinischer) Bereich
- psychosozialer Bereich
- psychotherapeutischer Bereich
- sozialpädagogischer Bereich
- klinisch-psychologischer Bereich
- entwicklungspsychologischer Bereich

Programme und Strategien

Prinzipiell muss das Überleben gesichert werden. Es ist immer zwischen abstinenz-orientierter Therapie und OST zu entscheiden, da gerade die Haltequote und damit die Überlebenssicherung bei Jugendlichen im Vordergrund steht.

- Ein genauer zeitstrukturierter Zielplan (z. B. für ca. 3 Monate) mit monatlichen Ergebniskontrollen und regelmäßiger Information der Hilfeplanpartner ist unumgänglich.
- Therapieziele müssen schwellenorientiert gestaltet werden und die jeweilige individuelle Ausgangssituation beinhalten. Oder besser: Ziele sollten realistisch gewählt und einzelfallbezogen formuliert werden.
- Therapieziele müssen regelmäßig evaluiert werden.
- Regionale Besonderheiten und Bedingungen für die Umsetzung der Programme und Strategien vor Ort müssen berücksichtigt werden und ein gewisser Freiraum muss für die Realisierung ermöglicht werden. Die Einzelheiten müssen vom „Hilfeteam“ festgelegt werden.
- Auf geschlechtsspezifische Komponenten bei Suchtmittelkonsum von Jugendlichen soll bei der Ausgestaltung eines Behandlungskonzeptes auf der Basis von Opioidsubstitution geachtet werden.
- Ressourcenorientiertheit und Stärkung des Selbsthilfepotentials gelten als wichtige Voraussetzungen für die Therapiegestaltung.

MEDIKAMENTE

Suchtmittel

Grundsätzlich sollen alle zur OST zur Verfügung stehenden Arzneimittel angewendet werden, um eine möglichst individualisierte, patientinnen-/patientengerechte und State-of-the-Art-Behandlung sicher zu stellen (siehe Fußnote 26).

Psychopharmaka

Aufgrund der Notwendigkeit einer Behandlung der oft zugrunde liegenden psychiatrischen Erkrankungen mit Psychopharmaka muss eine Fachärztin/ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie in die Indikationsstellung und medikamentöse Behandlungsplanung und -überwachung miteinbezogen werden.

Benzodiazepine

Aufgrund der häufig vorhandenen Polytoxikomanie, insbesondere Benzodiazepinmissbrauch und -abhängigkeit, ist eine zusätzliche Benzodiazepinverschreibung nur nach genauer Indikationsstellung durchzuführen. Auch hier ist die Diagnose der Abhängigkeit nach ICD-10 zu stellen. Eine Benzodiazepinfreiheit ist grundsätzlich vorrangig anzustreben. Längerfristige Benzodiazepinverschreibung ist im jugendlichen Alter abzulehnen. Es muss ein genau dokumentierter Behandlungs- und Reduktionsplan festgelegt werden. Während der Zeit der Benzodiazepinverschreibung stellt die Auseinzelung in der abgebenden Apotheke die Methode der Wahl dar.

RECHTSRAHMEN

- Einwilligungserklärung der Erziehungs- und/oder Obsorgeberechtigten ist erforderlich. Es sind kaum Notsituationen vorstellbar, die eine sofortige Substitution rechtfertigen.
- Behandlungs/Substitutionsvertrag
- Die Rahmenbedingungen des Suchtmittelgesetzes (SMG) sind äußerst sorgfältig zu beachten und auf die Besonderheiten des Jugendlichen abzustimmen.
- Jugendhilfegesetz
- Ärztegesetz
- Arzneimittelgesetz
- Strafgesetzbuch
- Off-Label-Bestimmungen (siehe Leitlinien der ÖGKJP)

- Strafrechtliche Konsequenzen für den Arzt sollten ebenfalls ausdrücklich bedacht werden.

FESTSTELLUNG

Die im Einzelnen oben genannten Kriterien und Bedingungen zur Behandlung, Betreuung und Versorgung minderjähriger Opioidabhängiger müssen die derzeit vorhandenen regionalen Unterschiede in der österreichischen Versorgungs- u. Angebotslandschaft berücksichtigen.

12.2 BEHANDLUNG OPIOIDABHÄNGIGER PATIENTINNEN IN DER SCHWANGERSCHAFT

Die medizinische Betreuung schwangerer Patientinnen mit Opioidabhängigkeit stellt eine wenngleich lohnende so doch zeit- und ressourcenaufwendige Aufgabe dar. Eine adäquate Behandlung erfordert zumeist eine deutlich höhere Terminfrequenz, einen erhöhten Bedarf an zusätzlicher psychosozialer Begleitung und die Bereitschaft zu einer intensiveren Vernetzung mit anderen betreuenden Stellen.

Aus diesen Gründen ist immer eine Betreuung in einer spezialisierten Einrichtung oder zumindest die Kooperation mit einer Beratungsstelle anzuraten, um ein zusätzliches psychosoziales Angebot zu gewährleisten.

Bei Opioidkonsumierenden ebenso wie bei Frauen in OST kommt es häufig zu einem Ausfall der Menstruation, wodurch die Diagnose der Schwangerschaft oft erst sehr spät gestellt wird. Für opioidabhängige Schwangere ist OST die Behandlung der Wahl, Patientinnen, die bislang nicht in einer OST waren, ist diese dringend zu empfehlen, ohne die Patientin moralisch unter Druck zu setzen.

Das oberste Behandlungsprinzip in der Betreuung schwangerer Opioid-Substitutionspatientinnen ist die Bindung an die behandelnde Stelle. Ein Behandlungsabbruch bedeutet eine reale Gefahr für die werdende Mutter und das Ungeborene!

Schwankungen der Opioid-Dosis sowohl im Sinne von Überdosierungen als auch im Sinne von Entzugssyndromen gefährden das Ungeborene durch potentielle Auslösung vorzeitiger Wehen, erhöhte Frühgeburtslichkeit oder intrauterinem Fruchttod. Ein konstanter Plasmaspiegel, der durch eine konsequent durchgeführte OST erreicht wird, gewährleistet hingegen die größtmögliche Sicherheit für Mutter und Kind.

Von Entzugsbehandlungen während der Schwangerschaft ist daher abzuraten, auch wenn schwangere Frauen dazu meist hochmotiviert wären. Ebenso sollten Entzugsbehandlungen

nicht in der anstrengenden ersten Zeit nach der Geburt erfolgen, um Rückfälle zu vermeiden und die psychische sowie konsumbezogene Stabilität der Mütter nicht zu gefährden.

In seltenen Fällen ist durch die veränderte Pharmakokinetik in der Schwangerschaft eine geringfügige Dosissteigerung im letzten Trimenon erforderlich, oftmals genügt aber auch eine Umstellung auf eine 2-mal täglich aufgeteilte Einnahme der Tagesdosis.

Bei der Wahl des Substitutionsmedikaments ist der wichtigste Gesichtspunkt wohl, dass die Patientin möglichst psychosozial stabil ist, sich möglichst wohl fühlt, in Behandlung bleibt und ohne Beikonsum oder nicht verschreibungskonformer Anwendung gut damit zurechtkommt. Andere zu berücksichtigende Aspekte stellen die auf Studien gestützte Anwendungssicherheit, die Kontrollierbarkeit von Beikonsum im Harntest und die Ausprägung des Neugeborenen-Abstinenzsyndroms (NAS) dar. Wissenschaftlich am besten untersucht und als geeignet befunden sind razemisches Methadon und Buprenorphin. Deutlich weniger Daten liegen zu Levomethadon und Morphin retard vor. Buprenorphin/ Naloxon ist im Tierversuch teratogen und damit kontraindiziert. Unter Buprenorphin verläuft das NAS im Allgemeinen etwas schwächer und kürzer.

Vor Umstellungen des Substitutionsmedikaments während der Schwangerschaft sollte eine sorgfältige Abwägung des Nutzens gegenüber dem Risiko einer Destabilisierung oder eines schädlichen Plasmaspiegelabfalls erfolgen. Bei Voreinstellung auf naloxonhaltige Substitutionsmedikamente muss wegen der Teratogenität der Substanz in jedem Fall umgestellt werden.

Der Zusatzkonsum (Polytoxikomanie) anderer Substanzen geht meist mit einer erhöhten Komplikationsrate einher. Im Falle eines Beigebrauchs von Alkohol, Nikotin, Kokain oder Benzodiazepinen, der ambulant nicht unter Kontrolle gebracht werden kann, sollte die Schwangere motiviert werden, eine stationäre Stabilisierungsbehandlung in Anspruch zu nehmen.

Die regelmäßigen Kontakte durch die OST sollten auch zur gesamtgesundheitlichen Stabilisierung der werdenden Mütter genutzt werden. Dazu zählt der regelmäßige Blick in den Mutter-Kind-Pass, um die Schwangeren an notwendige Vorsorgeuntersuchungen zu erinnern. Unbedingt ist darauf zu achten, dass die OST inklusive Dosis im Mutter-Kind-Pass vermerkt sind, um dem Entbindungskrankenhaus eine rechtzeitige Planung der medizinischen Versorgung der Mutter mit dem Substitutionsmedikament und des Kindes bei NAS zu ermöglichen.

Etwa 60-80 % der Neugeborenen, die intrauterin Opioiden ausgesetzt waren, entwickeln ein NAS. Die Symptome, die nach dem Finnegan-Score standardisiert erfasst werden, setzten etwa 24-72 Stunden nach der Geburt ein. Die Schwere der Symptomatik korreliert nicht direkt mit der Dosis des Substitutionsmedikaments bei der Mutter. Ein Beikonsum von

Benzodiazepinen oder Nikotin kann die Entzugssymptomatik aber deutlich verlängern und erschweren.

Das NAS nach der Geburt ist gut durch perorale Verabreichung von Morphinlösung behandelbar.

12.3 OST BEI SCHWANGEREN – EMPFEHLUNGEN FÜR BETREUUNG DER KINDER NACH DER GEBURT

Kinder opioidabhängiger Mütter sind einer Reihe von biologischen und psychosozialen Risiken ausgesetzt. Eine stabile orale OST, vor allem mit einer qualitativ hochwertigen, maßgeschneiderten psychosozialen Betreuung, wird international als risikomindernd angesehen. Das gut behandelbare NAS wird dafür in Kauf genommen.

Das höchste biologische Risiko für eine bleibende Beeinträchtigung des fetalen Zentralnervensystems mit lebenslangen Folgeschäden stellt auch bei Polytoxikomanie in der Schwangerschaft der Konsum von Alkohol in Kombination mit Tabakrauch dar. Kokain ist teratogen, führt zu intrauteriner Wachstumshemmung, und kann durch Gefäßspasmen zu intrauterinen zerebralen Insulten führen. Benzodiazepine in der Schwangerschaft erhöhen das Risiko für ein kombiniertes und protrahiertes NAS. Darüber hinaus bergen nicht überwachte Schwangerschaften zusätzliche unspezifische Risiken wie zum Beispiel Mangelernährung und perinatale Komplikationen

Die Beziehung zum Kind beginnt bereits in der Schwangerschaft. Dies sollte bei der umfassenden Behandlung und psychosozialen Betreuung von substanzabhängigen Schwangeren berücksichtigt werden. Eine positive verinnerlichte Beziehung zum werdenden Kind wirkt sich auf die Suchtstabilität aus und ist ein guter Prädiktor für die längerfristig positive Beziehung zum Kind nach der Geburt.

Die Kinder sind nach der Geburt einem komplexen psychosozialen Entwicklungsrisiko ausgesetzt, wobei die individuelle Bandbreite der Entwicklung groß ist. Drei Problemfelder sind hier zu nennen:

- **Fluktuierende Betreuungsstrukturen**

Bei manifester instabiler Suchterkrankung steht die Mutter als Betreuungsperson nicht verlässlich zur Verfügung. Andere Personen im Umfeld, oft Verwandte, übernehmen dann vorübergehend Betreuungsaufgaben. Dauerhafte Fremdunterbringungen sind nicht selten.

- **Störungen der frühen Mutter-Kind- bzw. Eltern-Kind-Beziehung**

Emotionale Belastungen in der Schwangerschaft, in die Persönlichkeit eingeschriebene frühe Traumatisierungen der Mutter und andere elterliche Faktoren, Belastungen durch

das NAS und den damit verbundenen Stress für Mutter und Kind, sowie kindliche Faktoren wirken sich auf die Beziehung aus.

- **Mangelnde Entwicklungsanregung**

Schon in der eigenen Biografie verankerte Mangelerfahrungen der Eltern sowie die Auswirkungen der Suchterkrankung und komorbider Störungen können in den ersten Lebensjahren die elterliche Fähigkeit einschränken, dem Kind emotionalen Halt und Entwicklungsanreize zu bieten.

Andererseits können ein gesunder Partner, Unterstützung in der Herkunftsfamilie der Eltern und funktionierende soziale Netze außerhalb der Suchtszene wichtige Ressourcen sein. Die wichtigste Voraussetzung für die Entwicklung des Kindes ist das Vorhandensein zumindest einer emotional verfügbaren stabilen Bindungs- und Bezugsperson. Psychosoziale und biologische Risiken können sich gegenseitig verstärken und für die weitere Entwicklung Folgen haben. Vom Kleinkindalter an können sozioemotionale und lautsprachliche Entwicklungsverzögerungen, sowie emotionale und Verhaltensauffälligkeiten auftreten. Ab dem Schulalter können Lernbehinderungen deutlicher werden.

Empfehlungen

Zentrale Betreuungsstrategie ist die Einbettung der Betreuung in ein multiprofessionelles Netzwerk an Hilfen und Institutionen (Comprehensive Care).

Eine qualifizierte (Weiter-) Behandlung der Opioidabhängigkeit auch nach der Geburt, inklusive psychosozialer Betreuung im Rahmen von spezialisierten Drogeneinrichtungen und Liaisondiensten, bezieht, als Harm Reduction im weiteren Sinn, die Elternschaft der Patientinnen aktiv mit ein. Auch nach einer Fremdunterbringung der Kinder sollten die Mütter unterstützt, aufgefangen und beraten werden, auch im Hinblick auf zukünftige Schwangerschaften.

Für die standardisierte Behandlung des NAS wird eine Abteilung mit entsprechender Erfahrung und Schulung der Mitarbeiter benötigt. Die Einbeziehung und Begleitung der Eltern durch das Team der Station mit strukturierten Angeboten und psychologischer/sozialarbeiterischer Begleitung ist sinnvoll. Bei stabiler Mutter-Kind-Beziehung sollte eine frühe stationäre Mitaufnahme angestrebt werden, um ein adäquates Bonding zu erleichtern.

Laut internationalen Empfehlungen stellt die OST mit Methadon und Buprenorphin keine Kontraindikation für das Stillen dar. Darüber hinaus gibt es aus pharmakodynamischer und -kinetischer Sicht keinen Grund, aus dem Übertritt von geringen Mengen auch anderer in der Schwangerschaft verschriebener Opioide in die Muttermilch eine Gefahr für ein Neugeborenes abzuleiten, das in utero bereits mit viel höheren Dosen derselben Substanz konfrontiert war. Stillen ist vorteilhaft für die Mutter-Kind-Bindung und stärkt die Frau in ihrer

aktiven Fürsorge für das Kind. Das NAS kann dadurch verkürzt werden. Die Menge des Substitutionsmedikaments in der Muttermilch ist gering, sodass durch Abstillen kein Entzug verursacht wird. Polytoxikomaner Gebrauch sollte ausgeschlossen sein, bei HIV-Infektion besteht eine Kontraindikation, bei einer Hepatitis C-Infektion sollte auf Verletzungen der Brustwarzen geachtet werden. Auch bei Stillwunsch benötigen die Frauen Ermutigung und Entängstigung.

In vielen Fällen ist während des, abhängig von der Intensität des NAS, bis mehrere Wochen dauernden Aufenthalts auf der Geburtsstation die Abklärung der Sicherheit und Stabilität des familiären Umfelds durch den Jugendwohlfahrtsträger und die Organisation der Nachbetreuung im Rahmen des Entlassungsmanagements der Station erforderlich. Diese besteht aus in den ersten Wochen und Monaten engmaschigen medizinisch-ärztlichen und sozialen Nachsorgeterminen in Eltern-Kind-Zentren und bei Bedarf frühen Hilfen zu Hause.

In den ersten Lebensjahren empfiehlt sich eine strukturierte entwicklungsneurologische und kinderpsychiatrische Begleitung an einer Entwicklungsambulanz. Diese sollte über die ersten Lebensjahre gehen, am besten über systematische Zuweisung durch die Neonatologie mit einem bereits vereinbarten Termin im Entlassungsbrief. Die Kontrollen erfassen die kognitive, neurologische und emotionale Entwicklung, sowie die Eltern-Kind-Beziehung. Ziel ist es, Entwicklungsprobleme, neurologische Folgeerscheinungen durch intrauterine Belastungen und Interaktionsstörungen früh zu erkennen sowie den Eltern in einem stabilen Betreuungssetting einen Rahmen zu geben, ihre Ängste und Anliegen zu formulieren und größtmögliche Sicherheit zu erlangen (z. B. auch im Umgang mit Medikamenten). Der Zugang zu spezifischen therapeutischen und Fördermaßnahmen vor Ort bei Bedarf soll damit ermöglicht werden. Für das Halten der Mütter/Eltern und ihrer Kinder in Betreuung ist ein aktiv nachgehender, aber je nach Problemlage maßgeschneiderter Zugang erforderlich, sowie die Zusammenarbeit und transparente Vernetzung mit den beteiligten anderen Einrichtungen. Die Tätigkeit einer solchen Ambulanz ist zwischen selektiver und indizierter Prävention angesiedelt.

12.4 BEHANDLUNG DER OPIOIDABHÄNGIGKEIT IM HÖHEREN LEBENSALTER

Im Laufe des 20. Jahrhunderts hat sich in Europa und in den USA die Altersgruppe der über 65-Jährigen verdreifacht und die Lebenserwartung zumindest verdoppelt. 2011 schätzte man, in den folgenden 25 Jahren werde die Population der über 65-Jährigen um 65 % anwachsen, wobei sich die Zahl der über 85-Jährigen verdoppelt. 2050 wird mehr als ein Drittel aller Europäer älter sein als 60 Jahre. Diese Situation bringt es mit sich, dass der

Gesundheitszustand und die Krankheitsbelastung der alten Menschen und die medizinische Versorgung dieser Population zunehmende Bedeutung gewinnt.

Im Kontext dieser Neustrukturierung der Generationen wächst auch der Anteil der über 40-Jährigen Konsumenten illegaler Drogen kontinuierlich an. Die EBDD geht davon aus, dass in Europa jeder fünfte Suchtkranke älter als 40 Jahre ist. Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), Geschäftsbereich Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG), berichtete 2008 für Österreich, dass sich der Anteil der älteren Problemkonsumentinnen/-konsumenten zwischen 2001 und 2007 von 28 % auf 33 % erhöhte. Der Behandlungsstatistik lässt sich ein vergleichbares Muster entnehmen. Das österreichische Substitutionsregister weist eine kräftige Zunahme von Substituierten seit der Jahrtausendwende aus. Der Anteil der älteren Drogenkonsumentinnen/-konsumenten an den Substituierten war bereits im Jahre 2000 hoch und er blieb dies auch in den folgenden Jahren: 2006 resp. 2007 waren etwa 4.000 ältere Opioidabhängige substituiert, das war fast die Hälfte aller Substituierten. Heute ist der älteste Substituierte in Wien 80 Jahre alt.

Diese Entwicklung hat mehrere Ursachen. Es ist anzunehmen, dass insbesondere die gesundheitsfördernden und therapeutischen Prinzipien, die bei der Behandlung opioidabhängiger Personen zum Einsatz kommen, das Risiko reduzieren, an den Folgen des Drogenkonsums frühzeitig zu sterben. Dazu trug zunächst die Einführung von schadensmindernden Hilfen bei, insbesondere in der Gestalt von Sprizentauschprogrammen und Substitutionsangeboten. Seit den 1990er Jahren beobachten wir zusätzlich auch gewaltige Fortschritte in der medikamentösen Behandlung schwerer Begleiterkrankungen, wie Virushepatitis und AIDS, die als Folge riskanter Gebrauchsmuster auftreten. Diese erfreuliche verbesserte Behandlungssituation der Opiatabhängigen führt dazu, dass sie länger mit ihren Krankheiten leben können.

Das Bild der Suchtkrankheit verändert sich unter diesen neuen Bedingungen und die Erkrankung selbst bedarf veränderter Behandlungszugänge. Da die Klientel trotz aller therapeutischen Möglichkeiten erhebliche gesundheitliche Probleme aufweist, die mit ihrem Drogengebrauch assoziiert sind und zusätzlich den Krankheitsbelastungen unterliegt, die der Alterungsprozess mit sich bringt, wächst ihr Versorgungsbedarf kontinuierlich an und stellt das Behandlungssystem und auch das Pflegesystem vor neue Aufgaben.

12.4.1 SPEZIELLE PROBLEMLAGEN

- „Beschleunigtes Altern“

An einem erheblichen Anteil der älteren Suchtkranken lässt sich beobachten, dass der Alterungsprozess schätzungsgemäß um mindestens 15 Jahre beschleunigt abläuft. In diesem Segment benötigen ev. bereits 40-Jährige Drogengebraucher einen ähnlichen

Pflegeaufwand und ein ähnlich breites Angebot an Hilfe im Gesundheits- und Sozialbereich wie wesentliche ältere Vertreter der Normalpopulation.

Das Zusammentreffen "normalen" Alterns und des beschleunigten Alterungsprozesses, dem sie unterliegen, führen zu einer Problemlage bei den älteren Suchtkranken, die bislang noch wenig beforscht und auch unzureichend verstanden und beachtet wird.

- Komorbiditäten und Multimorbidität

Betagte und Hochbetagte unterliegen prinzipiell einer hohen Krankheitsbelastung. Man kann davon ausgehen, dass im höheren Alter ein multimorbider Zustand eintritt. Definitionsgemäß spricht man von diesem Phänomen beim gleichzeitigen Vorliegen von mindestens fünf Krankheitsbildern. Gemäß der Befunde der Berliner Altersstudie betrifft dieser Zustand – bei alleiniger Berücksichtigung körperlicher Krankheiten – fast ein Drittel der über 70-Jährigen und fast die Hälfte der über 85-Jährigen. Bei Opioidabhängigen können die Erkrankungen mit ihrer Grunderkrankung verknüpft sein oder aber auch von dieser unabhängig auftreten.

- Psychische Belastung, komorbide affektive Störung und Altersdepression

Bei jeglicher Multimorbidität besteht häufig ein Nebeneinander bzw. eine Interaktion von körperlichen und psychischen Erkrankungen.

Als häufigste psychische Störung beim alten Patientinnen/Patienten imponiert allgemein die Depression. Besonders in dieser Fragestellung ist abzuklären, in welcher Beziehung die Suchtkrankheit zur affektiven Erkrankung steht. In einer Cochrane-Studie wurde festgestellt, dass die Depression unter Personen, die Substanzmissbrauch betreiben oder substanzabhängig sind, häufiger zu beobachten ist, als in der Gesamtbevölkerung und dass sie eventuell häufiger zum gelungenen Selbstmord führt. Auch die Autorinnen/Autoren dieser Darstellung weisen darauf hin, dass die affektive Störung in dieser Klientel mit dem psychosozialen Stress, den das Leben in der Abhängigkeit mit sich bringt, zusammenhängen kann, eine Folgeerscheinung von Drogengebrauch und Entzug sein kann, aber auch ein unabhängiges Krankheitsgeschehen repräsentieren kann.

12.4.2 PHARMAKOTHERAPEUTISCHE ASPEKTE

Bei der Pharmakotherapie multimorbider älterer und alter Opioidabhängiger ist zu berücksichtigen, dass prinzipiell die OST unter günstigen Bedingungen aufrechterhalten werden soll. Dementsprechend sind, wenn möglich, Verschreibungen von Arzneimitteln, deren Kombination mit Opioiden kontraindiziert ist, zu vermeiden. Allerdings muss auch die OST selbst an altersgemäß veränderte Verhältnisse angepasst werden. Der natürliche Alterungsprozess (z. B. die Veränderung der Körpermasse, des Wassergehalts und der Nierenfunktion) und bestimmte altersbezogene Erkrankungen beeinflussen die pharmakologische Wirksamkeit von Arzneimitteln, aber auch die Kognition der Wirkung. Die

physiologischen Veränderungen können zu gesteigerten Blutspiegeln führen und dementsprechend kann eine Dosis, die bei jüngeren Konsumentinnen/Konsumenten einen erwünschten Effekt ausübt, veränderte und/oder verstärkte Auswirkungen bewirken. Diese Grundregel gilt für alle Medikamente und dementsprechend auch für die der Opioidsubstitution zur Verfügung stehenden Arzneimittel. Sie muss bei der Dosierung des Substitutionsmedikaments berücksichtigt werden, die den Verhältnissen der einzelnen Patientinnen/Patienten angepasst werden muss. In diesem Kontext kommt der individuellen Behandlung hohe Bedeutung zu und können keine generalisierenden Richtlinien vorgegeben werden. Der normale Alterungsprozess läuft sehr verschiedenartig ab und ist von vielen Einflussfaktoren abhängig. So ist auch das „vorzeitige Altern“ der Opioidabhängigen keineswegs in allen Fällen zu erwarten.

Weiters ist die Interaktion zwischen verschiedenen Medikationen, die für die Behandlung des multimorbiden Zustands notwendig sind, von Fall zu Fall, je nach Belastung, individuell verschieden.

Besondere Probleme bestehen bei der medikamentösen Behandlung der psychiatrischen Ko- oder Begleitmorbidität. Da die Depression die häufigste psychiatrische Störung ist, die mit der Suchtkrankheit verschränkt auftritt, ist der korrekte Einsatz von Antidepressiva erforderlich. Allerdings hat die bereits erwähnte Cochrane Studie erbracht, dass der Einsatz der gebräuchlichen Antidepressiva bei Substitutionspatientinnen/-patienten keinen signifikanten Effekt erbringt: *“There is little evidence to support the use of antidepressants for treating people who are dependent on opioids and have clinical depression.”* Grundsätzlich ist darauf zu achten, dass Psychopharmaka jeder Art konservativ eingesetzt werden müssen, da einerseits das Risiko von unerwünschten Nebenwirkungen im Alter erhöht ist (trizyklische Antidepressiva verursachen orthostatische Hypotension und ev. Verwirrtheit, serotonerge Arzneimittel hingegen können ein Serotoninsyndrom auslösen und bei alternden Patientinnen/Patienten Agitation bewirken) und außerdem Interaktionen zwischen der Wirkung der Substitutionsmedikamente und der Psychopharmaka möglichst gering gehalten werden müssen. Besonders zu beachten ist in diesem Kontext das Risiko der arzneimittelbedingten Sturzgefahr, die durch viele Arzneimittel erhöht werden kann. In einer systematischen Überblicksuntersuchung wurde festgestellt, dass bei Patientinnen/Patienten, die Benzodiazepine, Antidepressiva und Antipsychotika einnahmen, die Sturzgefahr deutlich erhöht war.

Die Liste der Arzneimittel, welche das Sturzrisiko erhöhen, ist allerdings sehr lang. Neben den vorhin erwähnten psychoaktiven Substanzen haben auch faktisch alle Blutdruckmedikamente (β -Blocker, Diuretika, ACE-Hemmer, Kalziumantagonisten, Sartane und Alpha-Blocker) ein sturzförderndes Potenzial. Das gleiche gilt für Anticholinergika (z. B. Mittel

gegen Harninkontinenz), Medikamente gegen Übelkeit, Opioide und nicht-steroidale Antirheumatika.

Ein durch psychotrope Stoffe und andere Arzneimittel bewirktes erhöhtes Sturzrisiko ist daher keine besondere suchtbetonte Gefährdung sondern vielmehr ein allgemeines Charakteristikum älterer multimorbider Patientinnen/Patienten. Es ist allerdings eventuell durch Arzneimittelinteraktionen im Kontext von Behandlungen, in denen Opioide als Basisbehandlung verordnet werden, zusätzlich erhöht. Deshalb sollte gerade bei dieser Klientel die oftmals beobachtete und beklagte Tendenz zur Überverschreibung von psychoaktiven Arzneimitteln in der älteren und alten Patientinnen-/Patientenpopulation vermieden werden.

12.4.3 NEUE AUFGABEN FÜR DIE VERSORGUNG

Die große medizinische, psychologische und soziale Bedürftigkeit der hilfessuchenden Opioidabhängigen im höheren Alter erfordert verstärkte innovative und multidisziplinäre Zugänge.

In der nahen Zukunft wird diese anwachsende Population Ärztinnen/Ärzte erfordern, die sowohl Kompetenzen im Bereich der Geriatrie wie auch in der Suchtmedizin aufweisen. Ebenso besteht die Notwendigkeit, durchschnittliche geriatrische und andere Angebote auf dem Hilfs- und Pflegesektor mit den notwendigen Fähigkeiten auszustatten, die den Bedürfnissen älterer Drogenabhängiger entgegenkommen. Zu diesen Fähigkeiten zählt dann speziell der Umgang mit suchtkranken Personen, die an mehrfachen Erkrankungen leiden und in zunehmender Weise die Dienste in Anspruch nehmen werden. Es ist anzunehmen, dass spezielles Training und Bewusstseinsbildung für die Anbieter von drogenbezogener Hilfe und auch der durchschnittlichen Hilfsangebote von zunehmender Bedeutung sein werden, um der wachsenden Gruppe älterer Klienten kompetente Hilfe und Unterstützung zu teil werden zu lassen.

12.5 BEHANDLUNG VON PATIENTINNEN/PATIENTEN IN HAFT

Opioidabhängige sind in Gefängnissen überdurchschnittlich häufig vertreten. Der Anteil von intravenös Konsumierenden in Österreichs Justizanstalten wird mit 20–30 % angegeben. Geht man davon aus, dass nicht alle Opioidabhängigen intravenös applizieren, wird der Anteil der regelmäßigen Opioidkonsumenten deutlich darüber liegen. Von einem großen Bedarf an drogenbezogenen Gesundheitsmaßnahmen in Haft kann also ausgegangen werden. Dass die OST dabei ein geeignetes und sinnvolles Angebot darstellt, konnte in einigen Studien gezeigt werden und ist in Österreich weitgehend unbestritten. Aber obwohl

diese Therapie in allen österreichischen Gefängnissen angeboten wird, 2014 waren 653 Inhaftierte in OST (das sind ca. 9 % aller Insassen), ist die Erreichbarkeitsquote deutlich niedriger (unterhalb 30 %) als außerhalb der Justizanstalten. Diese Unterversorgung liegt an der sehr unterschiedlich gehandhabten Praxis der OST und des Umgangs mit Suchtkranken in den verschiedenen Justizvollzugsanstalten.

Es existieren klare Standards seitens des Bundesministeriums für Justiz zum Umgang mit Suchtkranken in Gefängnissen. Darin heißt es, *„ein diskriminierender Umgang mit suchtkranken Personen im Strafvollzug ist nicht zu akzeptieren“* und *„Insassinnen/Insassen innerhalb des gesamten Strafvollzugs (haben) eine adäquate Beratung, Betreuung und Behandlung – wie auch außerhalb des Vollzugs – zu erhalten“*. Die Einhaltung dieser Standards ist in Justizanstalten besonders wichtig, auch wenn man berücksichtigt, dass in Gefängnissen die Behandlung besonderen Rahmenbedingungen unterliegt (fehlende freie Arztwahl, fehlende Vertraulichkeit, besondere Kontroll- und Strafmaßnahmen, kein eigenverantwortlicher Umgang mit Substitutionsmedikamenten, keine selbstbestimmte Lebensgestaltung u. a.).²⁷

In den Justizanstalten Österreichs werden aktuell keine wirksamen schadensreduzierenden Maßnahmen (z. B. Nadel- und Spritzentausch) angeboten. Dabei gilt das Risiko von durch Drogeninjektion bedingten Infektionen in Gefängnissen als besonders groß und gezielte Maßnahmen der Schadensbegrenzung erscheinen deshalb in Gefängnissen noch wichtiger als außerhalb.

Die schwierigen Bedingungen einer Haftanstalt (z. B. reduzierte medizinische und therapeutische Ressourcen, belastete Arzt/Ärztin-Patient/-in-Beziehung, häufigeres Vorkommen von Persönlichkeitsstörungen, emotional belastende Haftatmosphäre/autonomiebeschränkender Charakter der Haft) erfordern eine qualifizierte Aus- und Weiterbildung des Personals und eine intensive medizinische und sozialarbeiterische Vernetzung mit Einrichtungen außerhalb (wie dies teilweise schon Praxis ist).

12.6 OST UND FÜHRERSCHHEIN

Die soziale (Re-)Integration und die Förderung von Autonomie und Selbstbestimmtheit stellt ein wichtiges Ziel der OST dar. In diesem Zusammenhang kommt der privaten und beruflichen Mobilität und damit dem Erwerb bzw. dem Erhalt der Lenkerberechtigung eine große Bedeutung zu. Diese Form der Mobilität sollte unter Berücksichtigung der

²⁷ Konkret werden Insassen in OST von (bestimmten) Arbeitsmöglichkeiten während der Haft ausgeschlossen, werden ihnen Aus- und Freigänge und der offene Vollzug verweigert, das Mitspracherecht bei den Behandlungsbedingungen (z. B. Medikamentenwahl) ist deutlich eingeschränkt, Beikonsum wird nicht therapeutisch, sondern strafrechtlich behandelt und führt zu Ordnungsstrafverfahren und zur Streichung von etwaigen bestehenden Vergünstigungen.

gesundheitlichen Eignung möglichst wenigen Einschränkungen unterliegen und somit erhebt sich die Frage nach dem Einfluss der Substitutionsmedikamente bzw. erkrankungsassoziierter Risikofaktoren auf die kraftfahrsspezifischen Leistungsfunktionen, insbesondere Konzentration und Aufmerksamkeit, Reaktionsverhalten und Koordinationsleistungen. Es gilt individuell zu klären, ob und inwieweit durch die medikamentöse Therapie oder durch andere erkrankungsassoziierte Faktoren eine Einschränkung der Leistungsfunktionen gegeben oder zu erwarten ist. Weiter ist zu klären ob ein unkontrollierter Zusatzkonsum anderer Suchtmittel oder psychotroper Substanzen existiert und ob durch diesen von einem negativen Einfluss auf kraftfahrsspezifische Leistungsfunktionen auszugehen ist.

12.6.1 ALLGEMEINE VORAUSSETZUNGEN

In Österreich darf eine Lenkberechtigung nur dann (wieder-) erteilt bzw. belassen werden, wenn die Voraussetzungen gem. § 3 Führerscheingesetz vorliegen. Diese beinhalten neben den Bestimmungen zum Mindestalter und zu fachlichen Fähigkeiten die Nachweise zur Verkehrszuverlässigkeit und zur gesundheitlichen Eignung.

12.6.2 STUDIENLAGE ZUR BEEINTRÄCHTIGUNG DER VERKEHRSTAUGLICHKEIT UNTER OST

Chronischer Heroinkonsum beeinträchtigt die kraftfahrsspezifischen Leistungsfunktionen in mehreren Bereichen, wie etwa dem Reaktionsvermögen, der Zeitwahrnehmung, den Exekutivfunktionen oder der links-rechts Unterscheidung. Ein direkter Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Abhängigkeit und dem Ausmaß an Beeinträchtigung ist dabei evident.

Die Studienlage zur Fahrtauglichkeit unter OST ist wenig homogen und kommt zu keinen einheitlichen Ergebnissen. Methadonsubstituierte zeigen zwar gegenüber Heroinabhängigen wesentlich weniger Beeinträchtigungen, gegenüber nichtabhängigen Kontrollgruppen und/oder mit Buprenorphin Substituierten in der Regel aber stärkere Leistungseinschränkungen. Welcher Einfluss dabei dem Substitutionsmedikament oder anderen erkrankungsassozierten Faktoren zukommt, wie Schweregrad und Dauer der vorangegangenen Heroinabhängigkeit oder Dauer der OST, bleibt offen.

Die besten Ergebnisse erzielen Probandinnen/Probanden unter Buprenorphinmedikation. Sie zeigen außer bei hoher Dosierung keine generelle Beeinträchtigung. Auch gibt es Hinweise, dass das Unfallrisiko in den ersten Wochen der OST höher zu sein scheint. Zu Morphin Retard gibt es bisher nur wenige Untersuchungen.

Weitere, die Fahrleistung verschlechternde Einflussfaktoren sind eine lange Dauer der vorangegangenen Opioidabhängigkeit sowie zu niedrige Opioid-Plasmaspiegel im Rahmen der OST.

Generell sollte während einer Neueinstellung bzw. der Umstellung auf ein anderes Substitutionsmedikament solange kein KFZ gelenkt werden, bis eine stabile Dosis etabliert werden konnte. In der Regel ist dafür ein Zeitraum von etwa 3 Wochen erforderlich.

Patientinnen/Patienten müssen im Rahmen der OST hinsichtlich der die Fahrtauglichkeit beeinträchtigenden Faktoren und der daraus resultierenden Risiken aufgeklärt werden.

Aus ärztlicher Sicht kann Substituierten verallgemeinernd eine Fahrtauglichkeit weder zu- noch abgesprochen werden. Die Entscheidung darüber, ob Fahrtauglichkeit besteht oder nicht, ist individuell und im Einzelfall zu treffen.

13. ASPEKTE DER MISSBRAUCHS- SICHERHEIT

13. ASPEKTE DER MISSBRAUCHSSICHERHEIT

13.1 BEGRIFFLICHKEIT²⁸

In der Medizin bezieht sich der Missbrauchsbegriff in der Regel auf die nicht verschreibungskonforme Verwendung von Medikamenten bzw. auf den (potenziell) gesundheitsschädigenden Konsum psychotroper Substanzen. Das ICD-10 hat zur Vermeidung diskriminierender Begrifflichkeit innerhalb der psychiatrischen Diagnostik den alternativen Begriff des schädlichen Gebrauchs eingeführt, welcher psychische und somatische Schäden impliziert.

Weitere Differenzierungen des Missbrauchsbegriffs ergeben sich durch Begriffe wie „unerlaubter Gebrauch“ als ein von der Gesellschaft nicht tolerierter Gebrauch, „gefährlicher/riskanter Gebrauch“ als ein Gebrauch mit wahrscheinlich schädlichen Folgen für den Konsumenten oder „dysfunktionaler Gebrauch“ mit Beeinträchtigungen in der Bewältigung von psychischen oder sozialen Anforderungen.

In der OST kommt es bei der Verwendung des Missbrauchsbegriffs häufig zu einer Vermischung der Bedeutung von unerlaubtem Gebrauch (Verbot des Besitzes nicht ärztlich verschriebener Suchtmittel sowie Weitergabe der verschriebenen Suchtmittel an Dritte) und selbstbeschädigendem Gebrauch. Im Folgenden wird daher klar zwischen „gesetzlich verbotenen/potenziell fremdschädigenden“ gegenüber „nicht verschreibungskonformen/selbstbeschädigenden“ Gebrauchs- und Konsumformen unterschieden.

13.2 GESETZLICH VERBOTENER/POTENZIELL FREMDSCHÄDIGENDER GEBRAUCH

Obwohl über diesen Problembereich keine Ergebnisse aus strukturierter Forschung vorliegen, wird der Möglichkeit, dass ärztlich verordnete opioidhaltige Substitutionsmedikamente durch Patientinnen/Patienten an Dritte weitergegeben werden, große Aufmerksamkeit geschenkt. Allerdings liegen auch über das quantitative Ausmaß der Diversion keine validen Daten vor. Je nach Erhebungsmethode, beruflicher Perspektive oder institutioneller Interessenslage differieren die Ansichten enorm.²⁹

²⁸ In der Alltagssprache kann sich „Missbrauch“ auf eine Vielzahl von Objekten beziehen: Personen, Dinge, Rollen, Fähigkeiten etc. Immer wird jedoch eine Missbilligung ausgedrückt, eine Regelverletzung behauptet. Die Art der Regelverletzung kann wiederum sehr vielfältig sein: die Palette reicht von der Übertretung impliziter gesellschaftlicher Verhaltensnormen bis zur strafrechtlich relevanten Schädigung anderer Personen.

²⁹ Protagonistinnen/Protagonisten der Exekutive und Justiz werden aufgrund ihrer beruflichen Prägung die Problematik stärker empfinden, wogegen Medizinerinnen/Mediziner mit einem stark therapeutischen Selbstverständnis aufgrund anderer Alltagserfahrungen dieses Phänomen als deutlich weniger häufig einschätzen. Patientinnen/Patienten beschreiben oft das Ausmaß der Diversion aus ihrer Perspektive verständlicherweise als enorm groß. Um zu einer annähernd realistischen Einschätzung der Lage zu kommen, müssten die unterschiedlichen Perspektiven in einen Diskurs miteinander gebracht werden, besonders wichtig

Die praktische Erfahrung spricht jedoch dafür, dass das Problem vorliegt. Die individuellen Gründe für die verbotene Weitergabe der Medikamente scheinen dabei von finanziellen Eigeninteressen über subkulturbedingte solidarische Versorgung anderer Betroffener bis zu sceneimmanenten Erpressungsszenarien zu reichen. Diese Motive können aus therapeutischer Sicht auch als Epiphänomene marginalisierter Existenz und problematischer psychosozialer Entwicklung gesehen werden. Nur selten spielen schwer kriminelle Absichten, wie die absichtliche Schädigung von drogennaiven emotional abhängigen Personen, eine Rolle.

Aus medizinischer bzw. Public-Health-Perspektive besteht das größte Problem der Diversion in den schweren Intoxikationen bzw. Todesfällen bei vorwiegend nicht in Behandlung stehenden Opioidabhängigen oder drogennaiven Personen mit niedriger Toleranz.³⁰

Die Konsequenzen, die sich für die Arzt/Ärztin-Patientin/Patient-Beziehung ergeben, sind auf drei Ebenen angesiedelt, die alle Spielräume des therapeutischen Handelns sind.

- Als erstes benötigen die Behandlerinnen/Behandler klare klinische Kriterien bzgl. der jeweils aktuellen psychischen, somatischen und sozialen Stabilität der Patientinnen/Patienten bei der Festlegung von Substanz, Dosis und Abgabemodus. Bei höhergradiger Instabilität sind z. B. weitmaschige Mitgaberegeln nicht indiziert.
- Die zweite Ebene betrifft die grundsätzlichen Rahmenvereinbarungen, die im Substitutionsvertrag festgehalten wurden. Die Haltung der Ärztin/des Arztes muss unabhängig von den Motiven der Patientinnen/Patienten jeglicher Diversion gegenüber eindeutig ablehnend sein, da dieses Verhalten den Patientinnen/Patienten selbst, die Ärztin/den Arzt und die Arzt/Ärztin-Patientin/Patient-Kooperation gefährdet.
- Die dritte Ebene beinhaltet die inhaltlichen Zielvereinbarungen, welche durch das Verhalten der Patientinnen/Patienten nachhaltig in Frage gestellt werden. Auf dieser Ebene werden Ziele wie Reintegration, Sicherheit und Stabilität durch delinquentes Verhalten unterminiert und der Sinn der Behandlung in Frage gestellt. Auch die potenzielle Gefährdung Dritter sollte an dieser Stelle im Sinne der Verantwortung und Teilhabe thematisiert werden. Es ist anzuraten, die Konsequenzen bei groben Regelverletzungen konkret bereits zu Beginn der Behandlung zu vereinbaren.

Die therapeutischen Möglichkeiten bestehen bei dieser Problematik in gestuften Interventionen, beginnend mit einer Klärung der Regelverletzung, intensivierten Bemühungen um das Verständnis der Motive, vermehrter Unterstützung in psychosozialen

wären medizinisch-wissenschaftliche Untersuchungen zu diesem Thema, deren Methodik jedoch durch die Legalitätsgrenzen vor große Herausforderungen gestellt wären.

³⁰ Die verschreibenden Medizinerinnen/Mediziner kommen in der öffentlichen Diskussion regelhaft in Generalverdacht der Fahrlässigkeit, wenn Unglücksfälle passieren. Im Zuge solcher Diskussionen werden zwei Grundannahmen deutlich: Einerseits wird Ärztinnen/Ärzten abgesprochen, in guter und medizinisch begründeter Absicht zu handeln, andererseits wird Patientinnen/Patienten jegliche Selbstverantwortung entzogen. Außerdem wird die strenge Kontrolle seitens der Gesundheitsbehörde negiert.

Problemlagen, evtl. auch vorübergehende Überweisung in ein intensiveres Betreuungssetting, Änderung der Abgabemodalitäten oder in der Umstellung auf eine regional weniger schwarzmarktrelevante Substanz. Bei nachhaltigen und systematischen Regelverletzungen durch Handel mit den verschriebenen oder auch anderen Substanzen kann als ultima ratio die Beendigung der Therapie stehen (siehe Kapitel 8.2.10). Obwohl in diesen Fällen das Dilemma zwischen Haltequote und übermäßiger Belastung durch das Verhalten der Patientinnen/Patienten entsteht, soll jede Ärztin/jeder Arzt bzw. jede Institution die Behandlung nur so weit mittragen müssen, wie sie/er es kann. In diesem Zusammenhang wird die Notwendigkeit vernetzten Arbeitens mit vor- und nachgeschalteten Einrichtungen deutlich, da die Überlebenssicherung auch schwer dissozialer Patientinnen/Patienten Vorrang haben sollte.³¹

13.3 NICHT VERSCHREIBUNGSKONFORMER/SELBSTBESCHÄDIGENDER GEBRAUCH

Auch sorgfältige Beachtung der Verschreibungsregeln seitens der Ärztin/des Arztes kann nicht verhindern, dass ein gewisser Prozentsatz der Patientinnen/Patienten in OST die Substitutionsmedikamente zumindest punktuell nicht in der beabsichtigten Form konsumiert.³² Die abweichenden Konsumformen bestehen in der nasalen und häufiger in intravenöser Applikation des Substitutionsmedikaments. Der intravenöse Konsum sollte keinesfalls ein Grund für den Abbruch der Behandlung sein, es existiert kein medizinisch-therapeutischer Grund, besonders gefährdete Patientinnen/Patienten von der Behandlung auszuschließen.³³ Es existieren eine Reihe von Ursachen für den intravenösen Gebrauch von Substitutionsmedikamenten, die einen klaren psychologischen Hintergrund aufweisen, der entsprechende konkrete Interventionen ermöglicht.

So können Patientinnen/Patienten vor allem zu Beginn einer Behandlung oft nicht auf die besondere psychoaktive Wirkung dieser Konsumform verzichten (fehlende Anflutung bzw. Rauschwirkung des Substitutionsmedikaments bei oralem Konsum im Steady State). Auch kann das Ritual des intravenösen Konsums ("Nadel-Fixiertheit") eine unverzichtbare Bedeutung besitzen, oft in Zusammenhang mit hoch gespannter Wirkungserwartung als treibende Kraft. Die intravenöse Applikation kann aber auch als Variante anderer selbstdestruktiver Handlungen (Schneiden, Ritzen, Brennen etc.), wie sie im Rahmen

³¹ Immer wieder in der Öffentlichkeit diskutierte Verbote spezifischer Substanzen (wie z. B. des Einsatzes von Morphin in der OST) sind aus medizinischer Sicht nicht nötig. In erster Linie führen strukturelle Versorgungsmängel zu mangelnder Sorgfalt in der individuellen Versorgung, welche wiederum dem Fehlgebrauch Vorschub leistet.

³² Auch hinsichtlich dieses Problems verfügen wir über keine Zahlen aus strukturierter Forschung, hingegen über erfahrungsbedingte Evidenz.

³³ Die Betrachtung des intravenösen Konsums als mutwillig-hedonistischen Akt ist aus therapeutischer Sicht überholt.

psychiatrischer Erkrankungen (Borderline-Störung, dissoziative Störungen) verstanden werden.³⁴ In jedem Fall ist es sinnvoll, dieses Verhalten in seiner selbststabilisierenden Funktion zu akzeptieren, um auf dieser Verständnisbasis an einer Veränderung in Richtung gesünderen Verhaltens arbeiten zu können.

In den Fällen, in denen selbstbeschädigender Konsum als wesentliches Begleitsymptom einer komplexen zugrunde liegenden Störung imponiert, ist es unzweckmäßig, ihn zu verbieten (und damit zu tabuisieren und dem ärztlichen Einfluss zu entziehen). Die Ärztin /der Arzt sollte vielmehr die Möglichkeit nutzen, das Verhalten im Rahmen der Behandlungsgespräche zu thematisieren. Erst dadurch wird eine Einschätzung der Ursache, die entsprechende spezifische Intervention und, falls sinnvoll, eine Anpassung des medikamentösen Therapieplanes möglich. Allein die Reflexion und Auseinandersetzung in einer Arzt/Ärztin-Patientin/Patient-Beziehung können die oft ambivalente Einstellung der Patientinnen/Patienten zum intravenösen Konsum verändern. Die Risiken des intravenösen Konsums sollten dabei aus ärztlicher Sicht sachlich thematisiert werden und Safer-Use-Praktiken oder spezifische Skills zur Verbesserung der Spannungstoleranz vermittelt werden.

In geeigneten Fällen können auch Umstellungen auf Medikamente mit geringerer Eignung zum intravenösen Konsum oder engmaschigere Abgabemodalitäten für Patientinnen/Patienten mit hohem Leidensdruck und Motivation zur Veränderung als hilfreiche Schutz- und Distanzierungsmaßnahme vereinbart werden.

Ähnlich wie bei der Behandlung des unkontrollierbaren Beikonsums anderer psychoaktiver Substanzen sind psychosoziale Begleitmaßnahmen, die gezielte Behandlung zugrunde liegender psychiatrischer Störungen oder auch stationäre Aufnahmen zur psychischen Stabilisierung und Distanzierung vom obsessiven Verhalten gemeinsam mit dem Patientinnen/Patienten zu erwägen.

³⁴ Aus sozialwissenschaftlicher Sicht kann die Konsumform als Teil einer subkulturell etablierten Szeneidentität oder als Agieren in einer feindlich erlebten Umgebung verstanden werden.

14. PSYCHOSOZIALE ASPEKTE DER OST

14. PSYCHOSOZIALE ASPEKTE DER OST

14.1 PRÄAMBEL/EINLEITUNG

Ziel der Gesundheitspolitik ist es Rahmenbedingungen zu schaffen, die es ermöglichen die Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhindern, akute Erkrankungen zu heilen und bei chronischen Erkrankungen den pathologischen Prozess zu stoppen bzw. zu verlangsamen. Es geht darum, eine möglichst hohe körperliche, psychische und soziale Lebensqualität der Erkrankten zu gewährleisten. Opioidabhängigkeit ist in der Mehrzahl der Fälle eine chronisch, rezidivierende Erkrankung, die durch OST gut beherrschbar ist.

Forschungsergebnisse belegen inzwischen eindeutig, dass durch OST die Wahrscheinlichkeit für die Entstehung von Folgekrankheiten deutlich gesenkt werden kann. OST trägt wesentlich zur Stabilisierung bei und ermöglicht somit bessere Lebensqualität. Auf dem Weg zu mehr Lebensqualität kann Abstinenz für manche Opioidabhängige ein Ziel darstellen. Für den Großteil der Betroffenen ist Abstinenz kurzfristig und für einen erheblichen Teil langfristig nicht erreichbar, und daher ist die OST die Methode der Wahl.

Das Suchtgiftgesetz 1951 (SGG) beschränkte das Verordnen von suchtgifthaligen Arzneimitteln auf Fälle schwerer Therapieresistenz und gleichzeitiger Unwirksamkeit anderer Arzneimittel (*ultima ratio*-Prinzip). Die OST wurde von einigen engagierten Ärztinnen/Ärzten trotz der ständigen Gefahr einer Kriminalisierung durchgeführt. 1986 wurde die Ersatzdrogenbehandlung von der Wiener medizinischen Fakultät als wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethode klassifiziert. Im Zuge der Auseinandersetzung mit der steigenden Infektion mit HIV durch intravenösen Drogenkonsum und der damit einhergehenden Gefahr für die Allgemeinbevölkerung wurde im Jahr 1987 die orale OST von Suchtkranken per Erlass geregelt (erster Erlass vom 25.9.1987). Gleichzeitig wurde die Finanzierung dieser Krankenbehandlung zwischen dem Bund und dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger beschlossen. Seit 1997 ist die OST im SMG verankert.

Die Entwicklung einer Drogenabhängigkeit wird als Prozess mit physischen, psychischen und sozialen Ursachen und Auswirkungen verstanden. In der Behandlung ist dem Krankheitsverlauf, der Persönlichkeitsentwicklung, geschlechtsspezifischen Unterschieden, dem familiären, beruflichen, gesellschaftlichen, sozialem und kulturellen Umfeld Rechnung zu tragen.

Psychosoziale Arbeit (insbesondere die Sozialarbeit) war von Beginn an dadurch geprägt, dass sie aufsuchend Lebensbedingungen und Lebenslagen studierte, um nach einem Beziehungsaufbau bedürfnisorientiert Ressourcen zur Verfügung zu stellen. Sie war aber immer auch eingebunden in gesamtgesellschaftliche Grundbedingungen. Im Rahmen der

Suchthilfe war psychosoziale Arbeit lange Zeit im medizinisch geprägten Bereich verortet und damit den dort vorherrschenden Paradigmen (Ausrichtung auf Gesundheit und Abstinenzorientierung) untergeordnet. Ab den 80-iger Jahren wurde dann allerdings verstärkt auf lebensweltnähere ambulante Suchtberatung gesetzt, oft auch in starkem Widerspruch zum Abstinenzparadigma. Schadensminimierung und Niederschwelligkeit gewannen in der Folge an Bedeutung. Derzeit gibt es eine Entwicklung, die auf ein vielfältiges, diversifiziertes Angebot setzt, mit dem die jeweilige Klientin/der jeweilige Klient in ihrer/seiner Situation bestmöglich unterstützt wird (individualisierte Hilfe).

Die psychosoziale Arbeit mit Opioidsubstituierten findet in der Praxis unter sehr unterschiedlichen strukturellen Bedingungen, in unterschiedlichen Kontexten und im Rahmen unterschiedlicher Settings, insbesondere in gemäß § 15 SMG im Bundesgesetzblatt kundgemachten Einrichtungen statt. Diese ist im urbanen Raum ebenso wie in ländlich geprägten Regionen, in niedrigschwelligen Hilfeangeboten ebenso wie in intensiveren Betreuungsformen verortet. Neben dem individuellen Hilfebedarf der Klientinnen/Klienten beeinflussen diese unterschiedlichen Gegebenheiten Intensität und inhaltliche Ausgestaltung der psychosozialen Arbeit.

14.2 GRUNDHALTUNG UND ETHIK

Die Fähigkeit und die Verpflichtung ethisch zu handeln sind grundsätzliche Aspekte bei der Arbeit mit Hilfesuchenden.

Wie auch in anderen Bereichen gründet sich die Arbeit mit Betroffenen in der Suchthilfe auf:

- eine wertschätzende, akzeptierende und verständnisvolle Grundhaltung,
- Respekt vor den unterschiedlichen Lebensentwürfen von Menschen,
- professionelles Wissen und Erfahrung; beides ist für die erfolgreiche Betreuung und Behandlung von Hilfesuchenden unerlässlich.

Die Angebote im Rahmen der OST sollen unabhängig von ethnischen Zugehörigkeiten, Geschlecht oder Religion zur Verfügung stehen. Spezifische Angebote sollen auch anonym und kostenlos genutzt werden können. Die Inanspruchnahme soll an keine Bedingungen geknüpft werden, vorausgesetzt werden jedoch die Einhaltung von Regeln (z. B. Hausordnung) und ein Mindestmaß an Verbindlichkeit.

14.2.1 EMPOWERMENT

Die Klientinnen/Klienten sollen als „Kundige“ verstanden werden, also als Personen, die dazu in der Lage sind ihre Probleme und deren potentielle Lösungen in Angriff zu nehmen.

Sie sollen ermutigt und befähigt werden, an die Möglichkeit der Veränderung zu glauben um ein selbstbestimmtes und selbstverantwortliches Leben führen zu können. Dabei darf nicht übersehen werden, dass psychisch kranke Menschen in akuten Krisensituationen oft nicht in der Lage sind, adäquate eigene Entscheidungen zu treffen und besondere Hilfestellungen benötigen.

14.2.2 FREIWILLIGKEIT

Die Teilnahme an den Angeboten soll eigenmotiviert und freiwillig sein. Ausnahmen ergeben sich, wenn erhebliche Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt. Professionistinnen/ Professionisten entscheiden gemeinsam mit den Betroffenen über Frequenz, Inhalt und Dauer.

14.2.3 VERTRAULICHKEIT

Die Privatsphäre der Klientinnen/Klienten muss gewahrt werden. Die berufsgruppen-spezifischen und suchtmittelrechtlichen Verschwiegenheitspflichten sind zu beachten (siehe Kapitel 14.7). Kooperationspartner/-innen sind über diesen Umgang mit der Verschwiegenheit zu informieren.

14.2.4 RESSOURCEN- UND LÖSUNGSORIENTIERUNG

Die angebotenen Dienstleistungen sollen sich an den Problemlagen sowie am Bedarf und an den Bedürfnissen der Betroffenen und ihrer sozialen Umfeldern orientieren, d. h. die Klientinnen/Klienten werden dort abgeholt, wo sie stehen. Sie sollen mit ihren Stärken und Neigungen wahrgenommen werden. Aufbauend auf ihren eigenen Ressourcen (körperliche, emotionale, kognitive, soziale) und denen ihrer jeweiligen Lebenswelten (Familie, Arbeit/Schule, Freundeskreis) sollen sie gestärkt werden, um eigene Lösungskompetenzen zu entwickeln. Die Lösungsorientierung soll im Vordergrund stehen.

14.2.5 VIELFALT UND DIFFERENZ, DIVERSITÄT, GENDER-MAINSTREAMING

Die Professionistinnen/Professionisten sind den Menschenrechten verpflichtet und richten sich grundsätzlich an jede Interessentin/jeden Interessenten der Zielgruppen, unabhängig von Herkunft, Hautfarbe, Geschlecht, Alter, Familienstand, Religion, ethnischer Zugehörigkeit, politischer Überzeugung, sozioökonomischem Status, sexueller Orientierung oder körperlicher, geistiger oder psychischer Behinderung. Unterschiede und Vielfalt werden

als Bereicherung verstanden. Gleichstellung und Geschlechterperspektive sind sowohl Handlungsgrundsätze als auch Ziel und integraler Bestandteil der Angebote.

14.2.6 ENTSTIGMATISIERUNG VON SUCHT

Der Umgang der Gesellschaft mit dem Phänomen Sucht hat direkt und indirekt Auswirkungen auf die Arbeit mit den Betroffenen. Daraus ergibt sich auch die Notwendigkeit für Professionistinnen/Professionisten aus ihren Fachkenntnissen heraus Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit im Sinne von Entstigmatisierung zu betreiben.

14.2.7 VERNETZTES ARBEITEN

Vernetztes Arbeiten ist ein wesentlicher Grundsatz bei der Betreuung von Betroffenen. Kooperation und Vernetzung sichern ein auf die Bedürfnislagen betroffener Menschen optimal abgestimmtes und differenziertes Angebot. Bei Änderungen im Betreuungssetting ist auf die Betreuungskontinuität zu achten (Übergabemanagement, z. B. Haftentlassung, stationäre Aufenthalte, Arztwechsel).

14.3 QUALITÄTSSICHERUNG

Alle an der OST beteiligten Professionistinnen/Professionisten haben ihre berufsgruppen-spezifischen Fort- und Weiterbildungsverpflichtungen einzuhalten. Zur Sicherung der Qualität soll die psychosoziale Betreuung in nach § 15 SMG im Bundesgesetzblatt kundgemachten Einrichtungen stattfinden.

Die Qualitätszirkel bieten eine strukturierte Auseinandersetzung mit Alltagshandlungen in der OST mit dem Ziel eines kollegialen fachliche Austausches, eine verbesserte Vernetzung in der Region sowie die Bildung eines multidisziplinären Netzwerks. In diesem Sinne wird empfohlen, alle an der Opioidsubstitution mitwirkenden Professionistinnen/Professionisten (Ärztinnen/Ärzte, Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, Sozialarbeiter/-innen, Amtsärztinnen/Amtsärzte, Apotheker/-innen, Mitarbeiter/-innen der Suchtberatung etc.) zu diesem Qualitätszirkel einzuladen.

14.4 DEFINITION VON OST

Professionelle OST schließt dem aktuellen Verständnis nach, neben der Indikationsstellung, Einstellung und Verschreibung der Medikation, grundsätzlich qualifizierte medizinische, psychologische und soziale Angebote mit ein. Diese sollen im Rahmen jeder OST

grundsätzlich zur Verfügung stehen, aber im Einzelfall nur dann zum Einsatz kommen, wenn sie indiziert sind.

In einem umfassenden Verständnis zählen zu den „qualifizierten Angeboten im Rahmen der OST“ nicht nur ärztliche sondern auch nicht-ärztliche Angebote, wobei die nicht-ärztlichen Angebote oft auch unter psychosoziale Angebote zusammengefasst werden. Diese inkludieren klinisch-psychologische Beratung und Betreuung, Psychotherapie, soziale Arbeit sowie qualifizierte Angebote durch Personen anderer Quellenberufe, die keiner der angeführten Professionen entsprechen (wie Juristinnen/Juristen, Sozialpädagoginnen/-pädagogen etc.). Diese Differenzierung zwischen ärztlichen und anderen – im weiteren Sinn dem psychosozialen Feld zugehörigen – Leistungen im Rahmen der Opioidsubstitution weicht vom § 11 Abs. 2 SMG ab; sie entspricht aber dem international üblichen Verständnis, das daher der nachfolgenden Darstellung psychosozialer Angebote im Rahmen der OST zu Grunde gelegt wird.

14.5 PSYCHOSOZIALE ANGEBOTE IM RAHMEN DER OST

14.5.1 ZIELGRUPPEN

Die Zielgruppe für Angebote im Rahmen der OST stellt eine sehr heterogene Gruppe dar, die sich nur sehr unbefriedigend typologisieren lassen. Das geht von Klientinnen/Klienten, die sich gut an Regeln halten und verantwortungsvoll mit der medikamentösen Behandlung umgehen können bis zu solchen, die hier nur über geringe Fähigkeiten verfügen; von sozial gut integrierten Klientinnen/Klienten bis zu solchen, bei denen starke soziale Instabilität besteht; von materiell gut abgesicherten Klientinnen/Klienten bis zu solchen die täglich um das Überleben kämpfen müssen; von psychisch und somatisch weitgehend gesunden Klientinnen/Klienten bis zu solchen, die durch ein hohes Maß an somatischer und/oder psychiatrischer Komorbidität belastet sind. Häufig sind jene, die in einer dieser Dimensionen wenig belastet sind auch in den anderen Bereichen weniger belastet, das muss aber nicht sein. Aus diesem Grund ist es nicht zweckmäßig, Klientinnen/Klienten stereotyp zu typologisieren. In jedem Einzelfall sind alle relevanten Bereiche zu überprüfen und dort, wo es notwendig ist, gezielt Unterstützungsmaßnahmen anzubieten.

14.5.2 ARTEN DER PSYCHOSOZIALEN ANGEBOTE

Die psychosozialen Angebote für Menschen in OST umfassen alle ambulanten und stationären Formen der präventiven, schadensminimierenden, begleitenden, aufsuchenden und nachgehenden Beratung, Betreuung, Vermittlung, Krisenintervention und/oder Behandlung im Einzel- sowie Gruppensetting. Sie können kurz-, mittel- oder längerfristig

unter lockeren oder sehr verbindlichen Rahmenbedingungen und Strukturen für Menschen in OST angeboten und durchgeführt werden. Schadensminimierende Angebote wie Spritzenabgabe und –tausch sind aus Gründen der Infektionsprophylaxe unter allen Umständen zu gewährleisten.

14.5.3 ZIELE DER PSYCHOSOZIALEN ANGEBOTE

Das generelle Ziel ist die Inklusion und Stabilisierung, sowie die soziale Integration mit Teilhabe an allem, was zum Leben notwendig und wichtig ist, um eine Verbesserung der Lebensqualität zu ermöglichen.

Weitere Ziele sind:

- Sicherung des Überlebens (Senkung der Mortalität) mit möglichst geringer sozialer Desintegration und Gesundheitsschädigung (Schadensminimierung),
- Unterstützung in der Erreichung der individuellen Ziele der Klientinnen/Klienten,
- Auseinandersetzung mit der eigenen Lebenssituation. Dies ist erst dann möglich, wenn es für die Klientinnen/Klienten als erstrebenswert und erreichbar angesehen wird. Die ausschlaggebende Komponente bei der Entscheidung zu Veränderungen ist die Bereitschaft (d. h. Motivation) zur dieser Veränderung. Wesentlicher Punkt ist die Motivation zur Inanspruchnahme der psychosozialen Behandlungs- und Betreuungsangebote, zur Verhaltensänderungen, zur Aufrechterhaltung der OST, zur Inanspruchnahme einer Psychotherapie, und wenn möglich auch zu einem abstinenter Leben.

14.5.4 INHALTE DER PSYCHOSOZIALEN ANGEBOTE

Die psychosozialen Angebote umfassen insbesondere folgende Themen:

- Lebensunterhalt/Existenzsicherung
- Wohnsituation
- Safer Use-Beratung
- Ausbildung/Arbeit, Berufliche (Re-)Integration
- Verschuldung/Überschuldung
- strafrechtliche Situation
- psychische und physische Gesundheit
- Soziales Umfeld/Familie
- Alltag gestalten/gesellschaftliche Teilhabe

Interventionsformen im Rahmen der psychosozialen Angebote sind insbesondere:

- Anamnese und Abklärung

- Krisenintervention
- Informationsvermittlung
- Begleitung und Hilfestellungen bei der Ressourcenerschließung
- Hilfe bei der Vermittlung in andere Einrichtungen (ambulant, stationär: z. B. Entzug, Therapie etc.)
- Einzelfallhilfe/Casework
- Gruppenangebote
- Hilfe bei der Strukturierung des Alltags
- Motivationsarbeit
- Anleitung zu Reflexion und Selbstreflexion

14.5.5 PEER-ANSATZ UND SELBSTORGANISATION

Betroffene sollen bei der Lobbying-Arbeit in eigener Sache unterstützt werden, da sie selbst am besten über ihre Bedürfnisse Bescheid wissen. Besonders im Zusammenhang mit Schadensminimierung (Infektions- und Überdosierungsprophylaxe) hat sich der „Peer-Ansatz“ (= gezielte Ausbildung von Betroffenen) bewährt.

14.6 ANGEBOTE FÜR SPEZIFISCHE ZIELGRUPPEN

Grundsätzlich sollen die Zielsetzungen sowie die inhaltliche Gestaltung der Interventionsangebote zielgruppenspezifisch (Jugendliche, Migrantinnen/Migranten, Schwangere, ältere Patientinnen/Patienten, physischer und psychischer Komorbidität, HIV- und Hepatitis C-Infektion usw.) ausgerichtet sein. In Zukunft soll bei der Indikationsstellung die Komorbidität und/oder Immobilität der betroffenen Menschen mehr Beachtung finden.

14.6.1 JUGENDLICHE OPIOIDKONSUMENTINNEN/-KONSUMENTEN

Jugendliche Opioidkonsumentinnen/-konsumenten unterscheiden sich von Erwachsenen vor allem dadurch, dass ihr Konsum vielfach noch nicht in einer schweren Abhängigkeit geführt hat und die Sichtbarkeit einer psychiatrischen Komorbiditäten noch größer ist. Diese wird im Suchtverlauf durch die Folgen der Suchterkrankung zunehmend überdeckt. Es empfiehlt sich daher bei Jugendlichen altersspezifische Probleme einzuschätzen und entsprechende entwicklungspezifische Maßnahmen anzubieten sowie auszuschöpfen. Wesentlich ist die Einbeziehung des nahen sozialen Umfeldes und die entsprechende Einbindung in ein niedrigschwelliges, zeitnahes und nachgehendes Angebot.

14.6.2 SCHWANGERE OPIOIDABHÄNGIGE

Auch die Gruppe der schwangeren Opioidabhängigen ist sehr inhomogen, daher sind auch die Anforderungen an das Hilfesystem sehr unterschiedlich. Der Bedarf kann somit umfassen:

- Informationen über die Zeit rund um die Geburt, Auswirkungen der Substanzen auf die Frau und das Baby ebenso die finanziellen Ansprüche,
- die Unterstützung bei der Schaffung einer kindgerechten Lebenswelt,
- das Halten der Frau in der OST und falls nötig die Reduktion/Beendigung des Beikonsums,
- die Abklärung möglicher körperlichen Begleiterkrankung,
- die Anbindung an das Geburtskrankenhaus,
- ev. die Unterstützung der Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt und
- ganz besonders die emotionale Unterstützung im Bezug auf das familiäre Umfeld, die Auseinandersetzung und mögliche Ambivalenz mit der Mutterrolle, Schuldgefühle etc.

Die Vernetzung des Helfersystems unter Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen ist in diesem Bereich besonders notwendig. So können Frauen gut durch die Schwangerschaft begleitet und Folgeerscheinungen für das Kind minimiert werden.

14.6.3 OPIOIDABHÄNGIGE ELTERN UND ERZIEHUNGBERECHTIGTE

Arbeit an der Erziehungs- und Elternfähigkeit ist im Sinne der Suchtprävention, und damit im Interesse des Kindeswohls, auch eine Aufgabe der Sucht- und Drogenhilfe. Hier sind spezielle Angebote in Kooperation mit der Kinder- und Jugendhilfe sinnvoll. Die Elternkompetenz können Sucht- und Drogenhilfeeinrichtungen nur bedingt beurteilen, sie könne aber über die Stabilität des Konsumverhaltens und die psychische Gesundheit der Eltern Aussagen treffen, sie erhalten Einblicke in die Familienwelt und können diese Eindrücke, falls nötig im Rahmen der Kooperation, an die Kinder- und Jugendhilfe weitergeben.

14.6.4 ÄLTERE OPIOIDSUBSTITUIERTE

Durch vielerlei schadensminimierende Maßnahmen und dem Ausbau des Sucht- und Drogenhilfenetzwerkes wurde die Lebensqualität sowie die Lebensdauer von Drogenkonsumentinnen/-konsumenten erhöht. Daraus resultiert ein Anstieg von älteren Patientinnen/Patienten. Hierbei gilt es zu berücksichtigen, dass ältere Suchtkranke häufig von Einsamkeit, sozialer Isolation und eingeschränkter Mobilität betroffen sind.

Entsprechende psychosoziale Angebote sollen deshalb auf Partizipation und gesellschaftliche Teilhabe abzielen, z. B. durch tagesstrukturierende Programme sowie adäquate Beschäftigungs- und Erwerbsmöglichkeiten.

Weiters gibt es einen erhöhten Bedarf an mobilen Betreuungsdiensten sowie entsprechenden Plätzen in Alters- und Pflegeheimen, in denen auch die Opioidersatzbehandlung gewährleistet wird (werden kann). Für ambulante/mobile als auch stationäre Angebote soll das Betreuungspersonal suchtspezifische Kenntnisse aufweisen. Vermehrte Kooperation mit der Geriatrie und Gerontopsychiatrie ist notwendig.

14.6.5 MIGRANTINNEN/MIGRANTEN

Personen mit Migrationserfahrung werden in der Suchthilfe als eigene Zielgruppe mit spezifischen Bedürfnissen für die Angebotsgestaltung wahrgenommen. Dabei ist anzuerkennen, dass Migrantinnen/Migranten keine homogene Gruppe darstellen. Sie verfügen etwa über unterschiedliche Sprachkenntnisse und Migrationserfahrungen (z. B. Arbeitsmigration vs. Flucht), gehören unterschiedlichen Altersgruppen an (z. B. Jugendliche der sog. „zweiten“ oder „dritten“ Generation) und leben gemäß unterschiedlicher kultureller und ethnischer Bezugsrahmen. Diese Faktoren können sich auf den spezifischen Konsum von Substanzen, den Umgang mit dem Thema Abhängigkeit sowie Erwartungen an Therapien auswirken und sollen in einer „interkulturellen Suchtarbeit“ reflektiert werden. Entsprechende Angebote sollen darum mehrsprachig, wenn erforderlich mit professioneller Übersetzung, und kultursensibel ausgerichtet sein.

14.6.6 KOMORBIDITÄT, HIV, HEPATITIS C – ERKRANKUNGEN USW.

Drogenkonsumentinnen/-konsumenten haben ein erhöhtes Risiko, sich Infektionskrankheiten und anderen chronische Folgeerkrankungen zuzuziehen. Aufgrund der physischen Verfassung der Klientinnen/Klienten, die die Teilnahme an den regulären Angeboten oftmals erschwert oder nicht zulässt, sollen die psychosozialen Angebote auf den spezifischen Bedarf dieser Klientinnen-/Klientengruppe ausgerichtet sein. Entsprechende Angebote sollen mobiler bzw. nachgehender gestaltet werden.

Komorbidität betrifft sowohl körperliche als auch psychische/psychiatrische Erkrankungen. Diese können Ursache für die Suchterkrankung, Ergebnis oder sowohl als auch sein. Die Erfassung der psychischen Komorbiditätserkrankung bei einer vorliegenden Suchtmittelabhängigkeit ist wichtig, da diese Klientinnen/Klienten aufgrund kognitiver Beeinträchtigungen und/oder aus mangelnder Einsicht bezüglich des Zusammenhangs zwischen psychischen Beschwerden und den Suchtmittelkonsum, die Folgen ihres

Substanzkonsums nicht klar einschätzen können. Darüber hinaus reagiert diese Klientinnen-/Klientengruppe oft stärker bzw. sensibler auf psychotrope Substanzen (z. B. Rezidiv der Psychose) was zu negativen Therapieergebnissen führen kann. Die Behandlung von komorbiden Klientinnen/Klienten erfordert eine langfristige integrierte Betreuung durch verschiedene Angebote. Beim Vorliegen von psychischen Komorbiditätserkrankungen kann Psychotherapie als Behandlungsmethode zur Stabilisierung beitragen.

14.6.7 ANGEHÖRIGE VON OPIOIDSUBSTITUIERTEN

Im Sinne einer umfassenden psychosozialen Arbeit mit Opioidabhängigen können, in Absprache mit den Substituierten, deren Angehörige in den Betreuungsprozess einbezogen werden. Das Angebot für Angehörige erstreckt sich von Information zur OST über kurzfristige Beratung bis hin zu Psychotherapie. Zusätzlich werden Angehörige im Zusammenleben mit suchtkranken Menschen gestärkt und psychische Belastungen, die oft aus diesem Umstand resultieren, vermindert. Angehörigenberatung im Rahmen psychosozialer Angebote kann somit einen wichtigen Beitrag für einen langfristigen Therapieerfolg leisten.

15. AUSBLICK

15. AUSBLICK

15.1 ERWEITERUNG DER ANGEBOTE IM SINNE DES KONZEPTS DER MEHRDIMENSIONALEN DIVERSIFIZIERUNG

Optimierung, Individualisierung und Diversifizierung gelten in internationalen Empfehlungen als Zielvorgaben für die Qualitätsstandards der OST. Im Konzept der mehrdimensionalen Diversifizierung ist vorgesehen, die Vielfalt der Angebote nicht auf die zur Substitution zugelassenen Arzneimittel zu beschränken, sondern auf die Einnahmemodalitäten zu erweitern.³⁵ Im Jahre 2011 nahmen in der EU und in der Schweiz etwa 2.500 Patientinnen/Patienten die heroingestützte Behandlung in Anspruch.

Die Ergebnisse der Begleitforschung sowie eines Cochrane-Reviews über die verfügbare Literatur zu diesen Projekte wurden von der EBDD 2012 veröffentlicht. Laut diesem Report beinhalten die Ergebnisse der Heroinprojekte starke Evidenz dafür, dass diese Art der Behandlung für die spezifische Gruppe therapieresistenter Heroinabhängiger eine der üblichen OST überlegene Methode ist. Diese Überlegenheit dokumentierte sich in der behandelten Population sowohl hinsichtlich eines deutlich verbesserten Gesundheitszustands und einer deutlich verbesserter Lebensqualität, wie auch hinsichtlich einer deutlichen Reduktion des Erwerbs und Gebrauchs illegal erworbenen Heroins, einer deutlichen Reduktion drogenbezogener Delinquenz und einer deutlichen Verbesserung der sozialen Funktionalität (z. B. hinsichtlich stabiler Wohnverhältnisse und höherer Beschäftigungsrate). Hinsichtlich der Mortalität ließen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Heroinbehandlung und der Standardsubstitution feststellen. Allerdings war es in der Heroingruppe häufiger zu tödlichen Überdosierungen gekommen.

Diese Therapieangebote verstehen sich nicht als Versorgungseinrichtungen, die Heroin an Heroinsüchtige abgeben, sondern als strikt regulierte Behandlungskonzepte, die darauf abzielen, eine besonders schwer erreichbare und behandelbare Gruppe von Patientinnen/Patienten in ein Behandlungssetting zu bringen.

Derartige Gruppen und Individuen existieren wohl in allen Ländern und Gesellschaften in denen außermedizinischer Opioidgebrauch betrieben wird. Die heroingestützte Behandlung erscheint aufgrund der verfügbaren Darstellungen und Bewertungen als vertretbare und gangbare Möglichkeit, die individuellen und gesellschaftlichen Probleme, die durch dieses Verhalten bewirkt werden, unter Kontrolle zu bringen.

³⁵ Der Erfolg der Konzepte, nach denen in den letzten 20 Jahren in 6 Ländern die OST mit Heroin durchgeführt wird, ist nicht zuletzt darauf zurück zu führen, dass in ihnen die mehrdimensionale Diversifizierung umgesetzt wird. Diese Therapieoption steht bislang langjährig Erkrankten und von den Standardangeboten nicht erreichten Opioidabhängigen in Dänemark, Deutschland, den Niederlanden, dem Vereinigten Königreich und in der Schweiz als Routinebehandlung zur Verfügung, während sie in Spanien und in Kanada im Kontext von Therapieexperimenten angeboten wird.

Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die Umsetzung des Konzepts der OST mit Heroin unter dem geltenden internationalen Drogenrecht sehr aufwendig und teuer ist.³⁶ Insofern scheint es gerechtfertigt und zweckmäßig für jene Gruppe, die als Zielpopulation der OST mit Heroin gilt, alternative Konzepte zu entwickeln, die vergleichbare Angebote einschließen (intravenöse Applikation, hohe Dosierung), aber aufgrund des legalen Status des angebotenen Opioids weniger Kontrolle erfordern.

15.2 WEITGEHENDE NORMALISIERUNG DES KONZEPTS

Als wesentliche Aufgabe, die es in der Zukunft zu bewältigen gilt, imponiert die Normalisierung der OST, die immer noch, trotz ihres nachgewiesenen Nutzens, kontroversiellen Interpretationen und Beurteilungen unterliegt. Auf Expertenebene besteht zwar Konsensus darüber, dass die OST ein erfolgreiches reguläres sozialmedizinisches Angebot ist, es ist aber noch nicht gelungen, dieser Auffassung im öffentlichen Diskurs ausreichend Geltung zu verschaffen. Eventuell resultieren die kontroversiellen Zuschreibungen an die OST auch aus der Außendarstellung der Methode. Üblicherweise werden als Erfolgsparameter der Behandlung Entwicklungen beschrieben, die letztlich nicht zwangsläufig aus einer spezifischen Wirkung der eingesetzten Arzneimittel zu resultieren scheinen, sondern sich auch dadurch ergeben können, dass allein schon die Anwendung der Methode eine Veränderung des legalen und sozialen Status der Drogengebraucher bewirkt. Die soziale Reintegration und gesundheitliche Verbesserung der Klientel ist dann als Effekt der Methode selbst zu bewerten und kann nicht als Beweis eines therapeutischen Effekts der angewandten Opioide gelten. Diese Verhältnisse gehen klar aus den Erkenntnissen über die OST mit Heroin hervor: obwohl die Substanz unverändert bleibt, bewirken die Veränderungen der sozialen und legalen Rahmenbedingungen des Gebrauchs erfreuliche Entwicklungen in wesentlichen Dimensionen.

Dadurch kann der Eindruck entstehen, dass die OST eher als verhaltenskorrigierende und sozialpolitische Maßnahme zu verstehen ist, woraus dann wieder missverständliche mediale Darstellungen und politische Auseinandersetzungen resultieren können. Dieser gesellschaftliche Prozess hat profunde Auswirkungen: er denormalisiert die Behandlung und beschränkt dadurch ihre Effizienz, und er trägt dazu bei, dass die Behandelten in weiten Bevölkerungskreisen nicht als normale Patientinnen/Patienten angesehen werden und in einem semidevianten Zustand leben müssen.

³⁶ Es kann auch eingewendet werden, dass es übermäßig reguliert und kontrolliert ist und die Bewegungsfreiheit und Emanzipationsmöglichkeit der Patientinnen/Patienten, die sich in OST mit Heroin befinden, in unzulässiger Weise beeinträchtigt wird.

15.3 Neubewertung der psychopharmakologischen Effizienz der Opioide

Die Notwendigkeit des Einsatzes der Opioide in der OST wird heute überwiegend damit begründet, dass auf diese Weise die Progredienz des Suchtverlaufs modifiziert werden kann. Die Bedeutung der spezifischen therapeutischen Qualitäten, die über diese Funktion hinausreichen und direkt am suchtkranken Individuum zur Geltung kommen, bleibt in der Außendarstellung weitgehend ausgespart. Diese Ausrichtung der Selbstdarstellung ist nicht zuletzt davon bedingt, dass offenkundig eine positive Darstellung der pharmakologischen Eigenschaften und Wirkungen der Opioide weitgehend vermieden wird. Darin unterscheidet sich die Selbstdarstellung von der sonst zur Bewerbung einer Therapiemethode üblichen Vorgangsweise und verfehlt das Normalisierungsziel. Aus der Forschungslage zur Behandlung der affektiven und emotiven Störungen ist jedoch bereits seit geraumer Zeit die Möglichkeit abzuleiten, eine neue Richtung im Bestreben zur Normalisierung der Behandlung und ihrer Patientinnen/Patienten einzuschlagen, die die Arzneimittelwirkung der Opioide ausreichend berücksichtigt. In der klinischen Psychiatrie geht seit der Mitte der 90er Jahre des vergangenen Jahrhunderts eine Neubewertung der psychopharmakologischen Effizienz der Opioide vor sich, deren Erkenntnisse auch für die OST gültig sind und demgemäß auf die Wirkungsbeschreibungen und Zielvorstellungen dieser Behandlungsmethode übertragen werden sollten.

In dieser Periode wird in der internationalen Grundlagenforschung und klinischen Forschung dem antidepressiven Potential der Opioide zunehmende Aufmerksamkeit geschenkt.³⁷ Derzeit wird der Einsatz der Opioide bei Formen der Depressionskrankheit überprüft, die sich gegenüber anderen therapeutischen Interventionen, von Behandlung mit antidepressiv wirksamen Arzneimitteln bis hin zur Elektroheilkraupfbehandlung als resistent erweisen. In derart gelagerten Fällen wird von verblüffenden Erfolgen beim Einsatz von Opioiden berichtet. In den USA kommt in dieser Indikation vor allem Buprenorphin bzw. die Kombination Buprenorphin/Naloxon zum Einsatz, in Deutschland wird auch Oxycodon mit vergleichbarem Erfolg eingesetzt.

Diese Rückbesinnung auf die psychoaktive Wirksamkeit der Opioide ermöglicht es, die OST als pharmakopsychiatrische Intervention zu definieren, die ein Wirkungsspektrum aufweist, das im erkrankten Individuum weit über die Ruhigstellung pathologischen Cravings und die

³⁷ In Deutschland wird diesbezügliche Forschung vor allem im Klinikum Duisburg-Essen betrieben. In Praxis und Forschung wird dementsprechend erneut auf eine therapeutische Möglichkeit hingewiesen, die seit Langem bekannt ist, durch die Entwicklung der neuen Antidepressiva seit den 50er Jahren des vergangenen Jahrhunderts aber in den Hintergrund gedrängt wurde. Anfangs wurde allerdings auch in dieser Periode noch die Anwendung von „Opiumkuren“ bei therapieresistenten Melancholien empfohlen; letztlich wurde aber die Anwendung der Opioide als Antidepressiva wegen ihres Abhängigkeitspotenzials als obsolet erklärt. Ein Motor der aktuellen Entwicklung ist folgerichtig die Verfügbarkeit biotechnologisch scheinbar missbrauchssicher aufbereiteter Zubereitungen auf dem Arzneimittelmarkt.

Verbesserungen des psychosozialen Zustands hinausreicht. In Anbetracht der Beziehung zwischen affektiver Störung und Suchtkrankheit und der gesundheitlichen und sozialen Lage der unbehandelten Opioidabhängigen, die die Entwicklung sekundärer affektiver Verstimmungen fördert, kann angenommen werden, dass in der OST den psychoaktiven affekt- und stimmungsregulierenden Qualitäten der Opioide wichtige Bedeutung zukommt, weil sie jene psychische Grundstabilisierung der Patientinnen/Patienten bewirken, die es erst ermöglicht, dass diese sich den Belastungen der Therapie unterwerfen. Auch die epidemiologischen Erkenntnisse zur extrem hohen Zahl an opioidabhängigen Menschen, die bereits vor Entwicklung dieser Störung durch Traumatisierung und Vernachlässigung Bindungsstörungen sowie Defizite in der Stress- und Affektregulierung erworben haben, können diese These stützen. Aus dieser Annahme ergeben sich die Verpflichtungen, einerseits die verfügbaren Erkenntnisse über die psychoaktive und affektregulierende Wirksamkeit der Opioide dazu zu nutzen, sie gezielt und strukturiert in der OST mit therapeutischer Zielsetzung einzusetzen und entsprechende Anwendungsforschung zu betreiben, andererseits aber auch den Aspekt der medizinisch-psychiatrischen Bedeutung der Opioidwirkung für die Qualität der OST in den öffentlichen Diskurs einzubringen. Diese Information erscheint geeignet, das Verständnis dafür zu fördern, dass die OST eine reguläre medikamentöse medizinische Intervention ist, die geläufige Interpretation der OST als eine soziale und sicherheitspolitisch intendierte Maßnahme infrage zu stellen und dadurch die Behandlung selbst, wie auch ihre Anbieter/-innen und Patientinnen/Patienten zu entstigmatisieren.

ANHANG: INTERESSENSLAGEN UND -KONFLIKTE DER ARBEITS- GRUPPENTEILNEHMERINNEN/ ARBEITSGRUPPENTEILNEHMER

- Selbstverständlich haben die Teilnehmerinnen/Teilnehmer persönliche, fachliche und wirtschaftliche Interessen. Seine Interessen zu verfolgen ist legitim, ist ein Menschenrecht, das auch den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Arbeitsgruppe nicht abzusprechen ist. Es kommt aber darauf an, transparent und reflektiert mit diesen Interessen umzugehen; wo es erforderlich schien, wurden Interessen deklariert und diskutiert. Auf dieser Basis sind die Ausführungen in der Leitlinie unabhängig von Lobbying seitens Pharmafirmen, persönlichen Forschungsinteressen, Interessen von Fachgesellschaften oder industriefinanzierten Informations- und Fortbildungssystemen, Interessen von konkurrenzierenden Anbietern therapeutischer Interventionen, sowie auch weltanschaulichen und anderen als gesundheitspolitischen Bezügen.
- Die Arbeitsgruppe wurde vom BMGF zur Erarbeitung von Qualitätsstandards einberufen. Die Eingeladenen vertraten in der Vergangenheit, z. T. auch in öffentlichen Medien, durchaus unterschiedliche Standpunkte. In den Diskussionen wurde, soweit möglich, ein Konsens erarbeitet; wo kein Konsens erzielt wurde, wird dies im Text ausgewiesen.
- Die Erkenntnisfindung in der Arbeitsgruppe beruht auf eigener Erfahrung und gründlicher kritischer Kenntnisnahme der verfügbaren Literatur. Ein Evidenzbegriff, der sich ausschließlich auf verfügbare Studien und ihre statistisch untermauerten Aussagen stützt wird kritisch gesehen: der Erfahrung von Expertinnen und Experten und ihrem (selbst-) kritischen Urteilsvermögen ist ebenfalls ein Wert beizumessen.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
CRC	Capture-Recapture
EBDD	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
IVDU	intravenöser Drogengebraucher
NAS	Neugeborenen-Abstinenzsyndrom
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖGABS	Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit
ÖGAM	Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin
ÖGKJP	Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie
ÖGPP	Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
OET	Opioid-Erhaltungstherapie
OST	Opioid-Substitutionstherapie
ÖVDF	Österreichischer Verein für Drogenfachleute
SGG	Suchtgiftgesetz
SMG	Suchtmittelgesetz
WIGAM	Wiener Landesgesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin

LITERATURVERZEICHNIS

AGES - Österreichische Agentur für Ernährungssicherheit. 2010. 17th Report of the Austrian HIV Cohort Study. Wien.

Alexandrov SG. 2004. Dynamics of time intervals evaluation in heroin addicts. Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii Imeni S.S. Korsakova, 104(3):21-24.

Amato L, Davoli M, Minozzi S, Ferroni E, Ali R, Ferri M. 2013. Methadone at tapered doses for the management of opioid withdrawal. Cochrane Database of Systematic Reviews, (2):CD003409.

Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S. 2011. Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. Cochrane Database of Systematic Reviews, (9):CD005031.

Amt der Kärntner Landesregierung, Hrsg. 2007. Diagnostik und Behandlung der Opioidabhängigkeit. Ein Leitfaden. Klagenfurt.

Baewert A, Gombas W, Schindler SD, Peterzell-Moelzer A, Eder H, Jagsch R, Fischer G. 2007. Influence of peak and trough levels of opioid maintenance therapy on driving aptitude. European Addiction Research, 13(3):127-135.

Bauer W. 2003. Charta zur ärztlichen Berufsethik. Schweizerische Ärztezeitung, 84(45):2339 und 2347-2349.

Baumgärtner Th. 2011. Alter und Sucht. Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen.

Beck T, Haasen C, Verthein U, Walcher S, Schuler C, Backmund M, Ruckes C, Reimer J. 2014. Maintenance treatment for opioid dependence with slow-release oral morphine: a randomized cross-over, non-inferiority study versus methadone. Addiction, 109(4):617-626.

Berglund M, Thelander S, Jonsson E, Hrsg. 2003 Treating Alcohol and Drug Abuse: An Evidence Based Review. Hoboken: Wiley-Blackwell.

Bundesministerium für Gesundheit. 2012. Leitlinie des Bundesministers für Gesundheit zum Umgang mit dem schädlichen Gebrauch und der Abhängigkeit von Benzodiazepinen bei Patientinnen und Patienten in Erhaltungstherapie mit Opioiden. Wien.

Bundeskanzleramt. <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10012723&ShowPrintPreview=True> (Zugriff 07.12.2016)

Bundesministerium für Justiz – Vollzugsdirektion: Leitlinien für die Beratung, Betreuung und Behandlung von suchtkranken Menschen in der österreichischen U-Haft, sowie im Straf- und Maßnahmenvollzug. Standards zur Durchführung. Stand 24.3.2015, BMJ-VD 52203/0004-VD2/2014.

Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie. http://www.bmvit.gv.at/verkehr/strasse/recht/fsg/erlaesse/downloads/leitlinien_gesundheit.pdf (Zugriff 07.12.2016)

Busch M, Grabenhofer-Eggerth A, Kellner K, Kerschbaum H, Wirl C. 2013. Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013. BMG. Wien.

Busch M, Haas S, Weigl M, Wirl C. 2007. Langzeitsubstitutionsbehandlung Opioid-abhängiger (Long term substitution treatment (maintenance treatment) of opioid dependent persons). Köln: DIMDI.

Caplehorn JR, Drummer OH. 1999. Mortality associated with New South Wales methadone programs in 1994: lives lost and saved. Medical Journal of Australia, 170(3):104-109.

Cochrane Drugs and Alcohol Group, Hrsg. 2010. Use of medication to treat depression in people with opioid dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews.

Cornish R, Macleod J, Strang J, Vickerman P, Hickman M. 2010. Risk of death during and after opiate substitution treatment in primary care: prospective observational study in UK General Practice Research Database. BMJ: British Medical Journal, 341:c5475.

Dassanayake T, Michie P, Carter G, Jones A. 2011. Effects of benzodiazepines, anti-depressants and opioids on driving: a systematic review and meta-analysis of epidemiological and experimental evidence. Drug Safety, 34(2):125-156.

Degkwitz P, Zurhold P. 2010. Die Bedarfe älterer Konsumierender illegaler Drogen: Zukünftige Anforderungen an Versorgungskonzepte in der Sucht- und Altenhilfe in Hamburg. Hamburg: Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz, Fachabteilung Drogen und Sucht.

Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin. 2014. Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS e.V.). Therapie bei Opiatabhängigkeit – Teil 1: Substitutionsbehandlung. Suchtmed, 16(1):7-20.

Dilling H, Mombour W, Hrsg. 2015. Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) - Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Hogrefe.

Dowling GJ, Weiss SR, Condon TP. 2008. Drugs of abuse and the aging brain. Neuropsychopharmacology, 33(2):209–218.

EBDD. 2005. Jahresbericht 2005: Stand der Drogenproblematik in Europa. Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften. Luxemburg

EBDD. 2013. Jahresbericht 2013: Stand der Drogenproblematik in Europa. Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften. Luxemburg

Eich-Höchli D, Opplinger R, Golay KP, Baumann P, Eap CB. 2003. Methadone maintenance treatment and St. John's Wort – a case report. Pharmacopsychiatry, 36(1):35.

Eiroa-Orosa FJ, Haasen C, Verthein U, Dilg C, Schäfer I, Reimer J. 2010. Benzodiazepine use among patients in heroin-assisted vs. methadone maintenance treatment: findings of the German randomized controlled trial. Drug and Alcohol Dependence, 112(3):226-233.

Eisenbach-Stangl I, Reidl, Chr. 2010. Ältere Drogenabhängige in Österreich und in der Bundeshauptstadt Wien. In Eisenbach-Stangl I, Spirig, H, Hrsg. Auch Drogenabhängige werden älter... Zur Lebenssituation einer Randgruppe. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Eisenbach-Stangl I, Spirig, H. 2010. Auch Drogenabhängige werden älter ... Zur Lebenssituation einer Randgruppe. Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung. Schweizerhaus Hadersdorf, Wien.

Elstner T, Fiala-Preinsperger S, Berger E. 2006. Entwicklungsbegleitung von Kindern substanzabhängiger Mütter – das Wiener Comprehensive Care Modell. Neuropsychiatrie, 20(2):109-117.

Eppich Ch. 2014. Checkliste Substitution. Suchtkoordination des Landes Steiermark. www.substituieren.at (Zugriff 07.12.2016).

Europäische Charta der Patientenrechte. <http://www.sante.public.lu/fr/publications/c/charte-europeenne-droits-patients-14-droits-fr-de-en1/charte-europeenne-droits-patients-14-droits-de.pdf> (Zugriff 07.12.2016).

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction EMCDDA. 2011. Guidelines for the treatment of drug dependence: a European perspective. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Ferri M, Minozzi S, Bo A, Amato L. 2013. Slow-release oral morphine as maintenance therapy for opioid dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews, (6):CD009879.

Fischer G, Kayer B. 2006. Substanzabhängigkeit vom Morphintyp – State-of-the-Art der Erhaltungstherapie mit synthetischen Opioiden. Psychiatrie & Psychotherapie, 2/2: 39–54.

GÖG/ÖBIG, Hrsg. 2008. Bericht zur Drogensituation in Österreich. Gesundheit Österreich GmbH/Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.

GÖG/ÖBIG, Hrsg. 2013. Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013. Wien.

GÖG/ÖBIG, Hrsg. 2014. Epidemiologiebericht Drogen 2014. Wien.

GÖG/ÖBIG, Hrsg. 2015. Epidemiologiebericht Drogen 2015. Wien.

GÖG/ÖBIG, Hrsg. 2016. Epidemiologiebericht Drogen 2016. Wien.

Hämmig R. 2004. Differentielle Behandlungsindikation: Indikation für Substitutionsbehandlung und Schadensminderung. Abhängigkeiten, 10:55-62.

Hämmig R, Köhler W, Bonorden-Kleij K, Weber B, Lebentrau K, Berthel T, Babic-Hohnjec L, Vollmert C, Höpner D, Gholami N, Verthein U, Haasen C, Reimer J, Ruckes C. 2014. Safety

and tolerability of slow-release oral morphine versus methadone in the treatment of opioid dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 47(4):275-281.

Hartikainen S, Lönnroos E, Louhivuori K. 2007. Medication as a risk factor for falls: critical systematic review. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 62(10):1172-1181.

Huissoud T, Rousson V, Dubois-Arber F. 2012. Methadone treatments in a Swiss region, 2001-2008: a registry-based analysis. *BMC Psychiatry*, 12:238.

Jaksch W. 2012. Substitutionsbehandlung und Schmerztherapie. 15. Substitutionsforum Mondsee.

Jones HE, Kaltenbach K, Heil SH, Stine SM, Coyle MG, Arria AM, O'Grady KE, Selby P, Martin PR, Fischer G. 2010. Neonatal Abstinence Syndrome after Methadone or Buprenorphine Exposure. *The New England Journal of Medicine*, 363(24):2320-2331.

Jusline. https://www.jusline.at/14_Alkohol_Sucht_und_Arzneimittel_FSG-GV.html (Zugriff 07.12.2016).

Jusline. [https://www.jusline.at/Fuehrerscheingesezt-Gesundheitsverordnung_\(FSG-GV\).html](https://www.jusline.at/Fuehrerscheingesezt-Gesundheitsverordnung_(FSG-GV).html) (Zugriff 07.12.2016).

Kocherlakota P. 2014. Neonatal abstinence syndrome. *Pediatrics*, 134(2):e547-e561.

Liebrenz M, Boesch L, Stohler R, Caflisch C. 2010. Agonist substitution--a treatment alternative for high-dose benzodiazepine-dependent patients? *Addiction*, 105(11):1870-1874.

Lines R. 2006. From equivalence of standards to equivalence of objectives: The entitlement of prisoners to health care standards higher than those outside prisons. *International Journal of Prisoner Health*, 2(4):269-280.

Liu N, Li B, Wilson FA, Ma Y, Hu X. 2005. Gender effect on the right-left discrimination task in a sample of heroin-dependent patients. *Psychopharmacology*, 181(4):735-740.

Liu N, Zhou D, Li B, Ma Y, Hu, X. 2006. Gender related effects of heroin abuse on the simple reaction time task. *Addictive Behaviors*, 31(1):187-190.

Lüdecke Ch, Sachsse U, Faure H. 2010. Sucht - Bindung – Trauma. Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext. Stuttgart: Schattauer.

Lyvers M, Yakimoff M. 2003. Neuropsychological correlates of opioid dependence and withdrawal. *Addictive Behaviors*, 28(3):605-611.

Maddux JF, Desmond DP. 1992. Methadone maintenance and recovery from opioid dependence. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 18(1):63-74.

Mathers BM, Degenhardt L, Phillips B, Wiessing L, Hickman M, Strathdee SA, Wodak A, Panda S, Tyndall M, Toufik A, Mattick RP; 2007 Reference Group to the UN on HIV and Injecting Drug Use. 2008. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *The Lancet*, 372(9651):1733-1745.

Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. 2003. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2):CD002209.

Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. 2009. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3):CD002209.

Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. 2014. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2):CD002207.

Mattick RP, Hall W. 1996. Are detoxification programmes effective? *Lancet*, 347(8994):97-100.

Mattick RP, Kimber J, Breen C, Davoli M. 2005 Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *The Cochrane Collaboration*. Hoboken: JohnWiley & Sons, Ltd.

Mattick RP, Kimber J, Breen C, Davoli M. 2012. Slow-release oral morphine as maintenance therapy for opioid dependence. *The Cochrane Collaboration*. Hoboken: John Wiley & Sons.

McCance-Katz EF, Sullivan L, Nallani S. 2010. Drug interactions of clinical importance among the opioids, methadone and buprenorphine, and other frequently prescribed medications: a review. *The American Journal of Addictions*, 19(1): 4–16.

McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD. 2000. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 284(13):1689-1695.

Meili D, Broers B, Bruggmann P, Fink A, Hämmig R. 2008. Medizinische Empfehlungen für substitions-gestützte Behandlungen (SGB) bei Opioidabhängigkeit – Erstellt durch die Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin/Swiss Society of Addiction Medicine (SSAM). *Suchtmed*, 10:29-53.

Mintzer MZ, Correia CJ, Strain EC. 2004. A dose–effect study of repeated administration of buprenorphine/naloxone on performance in opioid-dependent volunteers. *Drug and Alcohol Dependence*, 74(2):205-209.

Mitra S, Sinatra RS. 2004. Perioperative management of acute pain in the opioid-dependent patient. *Anesthesiology*, 101(1):212-227.

Moggi F. 2012. Behandlungsstrategien: Psychische Störungen und Sucht (Doppeldiagnosen).

<http://neurologie-psychiatrie.universimed.com/artikel/behandlungsstrategien-psychische-stoerungen-und-sucht-doppeldiagnosen> (Zugriff 07.12.2016).

Najavits L. 2002. *Seeking Safety: a Treatment Manual for PTSD and Substance Abuse: Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD and Substance Abuse*. Guilford Communication Series.

Nelson PK, Mathers BM, Cowie B, Hagan H, Des Jarlais D, Horyniak D, Degenhardt L. 2011. Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews. *Lancet*, 378(9791):571-583.

Nicholas S. 2009. *Community Treatment of Drug Misuse: More Than Methadone*. Cambridge: Cambridge University Press.

ÖGABS. 2009. Konsensus-Statement „Substitutionsgestützte Behandlung Opioid-abhängiger“. Suchtmedizin in Forschung und Praxis, 11(6):281-297.

Perry AE, Neilson M, Martyn-St James M, Glanville JM, McCool R, Duffy S, Godfrey C, Hewitt C. 2013. Pharmacological interventions for drug-using offenders. Cochrane Database of Systematic Reviews, (12):CD010862.

Pirastu R, Fais R, Messina M, Bini V, Spiga S, Falconieri D, Diana M. 2006. Impaired decision-making in opiate-dependent subjects: effect of pharmacological therapies. Drug and Alcohol Dependence, 83(2):163-168.

Schäfer I, Krausz M, Hrsg. 2006. Trauma und Sucht. Konzepte - Diagnostik – Behandlung. Stuttgart: Klett-Cotta.

Schmidt V, Lang S, Hoffmann R, Dreher M, Kunz I, Preuss U, Wurst FM. 2012. Alter & Sucht. Zurück ins Leben – Hilfe bei Sucht im Alter. Bad Reichenhall und Salzburg.

Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin. 2013. Substitutionsgestützte Behandlung bei Opioidabhängigkeit: Eine Zusammenfassung der medizinischen Empfehlungen für substitutionsgestützte Behandlungen (SGB) bei Opioidabhängigkeit der SSAM (Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin) von 2012. Bundesamt für Gesundheit BAG.

Schoofs N, Riemer T, Bald LK, Heinz A, Gallinat J, BERPohl F, Gutwinski S. 2014. Methadone and levomethadone – dosage and side effects. Psychiatrische Praxis, 41(2):82-87.

Sees KL, Delucchi KL, Masson C, Rosen A, Clark HW, Robillard H, Banys P, Hall SM. 2000. Methadone maintenance vs 180-day psychosocially enriched detoxification for treatment of opioid dependence: a randomized controlled trial. JAMA: Journal of the American Medical Association, 283(10):1303-1310.

Simpson DD, Savage LJ. 1981-1982. Client types in different drug abuse treatments: comparisons of follow-up outcomes. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 8(4):401-418.

Smyth BP, Barry J, Keenan E, Ducray K. 2010. Lapse and relapse following inpatient treatment of opiate dependence. Irish Medical Journal, 103(6):176-179.

Soyka M, Hock B, Kagerer S, Lehnert R, Limmer C, Kuefner H. 2005. Less impairment on one portion of a driving-relevant psychomotor battery in buprenorphine-maintained than in methadone-maintained patients: results of a randomized clinical trial. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 25(5):490-493.

Soyka M, Horak M, Dittert S, Kagerer S. 2001. Less driving impairment on buprenorphine than methadone in drug-dependent patients? *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 13(4):527-528.

Spirig H, Gegenhuber B, Malfent D. 2010. Rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen der Versorgung älterer Drogenabhängiger in Österreich. In: Eisenbach-Stangl I, Spirig H. Auch Drogenabhängige werden älter... Zur Lebenssituation einer Randgruppe. Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung. Schweizerhaus Hadersdorf, Wien.

Spohr HL. 2014. Das Fetale Alkoholsyndrom: Alkohol, Schwangerschaft und Risiken für die Entwicklung des Kindes. Berlin: De Gruyter.

Springer A, Springer-Kremser M. 1996. Ethik in der Psychiatrie. In: Hutterer-Krisch R, Hrsg. Fragen der Ethik in der Psychotherapie Konfliktfelder, Machtmißbrauch, Berufspflichten Wien/New York: Springer.

Stallwitz A, Stöver H. 2007. The impact of substitution treatment in prisons – a literature review. *International Journal of Drug Policy*, 18(6):464-474.

Strand MC, Fjeld B, Marianne A, Morland J. 2011. Psychomotor relevant performance: 1. After single dose administration of opioids, narcoanalgesics and hallucinogens to drug naïve subjects, 2. In patients treated chronically with morphine or methadone/buprenorphine. DRUID Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines. Norwegian Institute of Public Health.

Substance Abuse and Mental Health Service Administration. 2004. DHHS Publication No. (SMA) 04-3939.

Sucht- und Drogenkoordination Wien gGmbH, Hrsg. 2016. Organisationshandbuch Wiener Sucht- und Drogenhilfenetzwerk – Die Multidimensionale Diagnostik. Wien.

Tretter F und Mitarbeiter. 2013. Leitgedanken zur Substitutionsgestützten Behandlung bei Jugendlichen. Positionspapier der Bayerischen Akademie für Suchtfragen BAS e.V. München.

Uchtenhagen A, Zieglgänsberger W, Hrsg. 2000. Suchtmedizin. München, Jena: Urban & Fischer.

Uhl A, Schmutterer I, Kobra U, Strizek J. 2013. Delphi-Studie zur Vorbereitung einer „nationalen Suchtpräventionsstrategie mit besonderem Augenmerk auf die Gefährdung von Kindern und Jugendlichen“. BMG.

Verstraete AG, Legrand SA. 2014. Drug use, impaired driving and traffic accidents. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Verthein U, Beck T, Haasen C, Reimer J. 2015. Mental symptoms and drug use in maintenance treatment with slow-release oral morphine compared to methadone: results of a randomized crossover study. European Addiction Research, 21(2):97-104.

Vesely C. 2013. Leitlinie zum „Off-Label-Use“ von Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. Neuropsychiatrie, 27(3):149-152.

Vogt I. 2012. Altern und Drogenkonsum – Problemlagen von Konsumenten von illegalen Drogen. Präsentation anlässlich LÜSA, 15. Jahre Leben – Arbeiten – ein Rückblick & Arbeitstagung 31. August 2012.

Vogt I, Hrsg. 2011. Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.

Vogt M, Küfner H, Weiler D. 2000. Katamnestische Ergebnisse zur ambulanten medizinischen Rehabilitation unter Methadon-Substitution. Suchtmedizin in Forschung und Praxis, 2(2):93-102.

Weizman T, Gelkopf M, Melamed Y, Adelson M, Bleich A. 2003. Treatment of benzodiazepine dependence in methadone maintenance treatment patients: a comparison of two therapeutic modalities and the role of psychiatric comorbidity. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 37(4):458-463.

Winklbaur B, Kopf N, Ebner N, Jung E, Thau K, Fischer G. 2008. Treating pregnant women dependent on opioids is not the same as treating pregnancy and opioid dependence: a knowledge synthesis for better treatment for women and neonates. *Addiction*, 103(9):1429-1440.

Wittchen, U, Bühringer G, Rehm J. 2011. Ergebnisse und Schlussfolgerungen der PREMOS-Studie. Effekte der langfristigen Substitution Opioidabhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcome. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis*, 13(5).

Wolter DK. 2011. Sucht im Alter – Altern und Sucht – Grundlagen, Klinik, Verlauf und Therapie. Stuttgart: Kohlhammer.

World Health Organization. 2004. WHO/UNODC/UNAIDS position paper. Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention. Geneva: WHO.

World Health Organization. 2007. WHO/UNODC/UNAID. Interventions to address HIV in prisons – Drug dependence treatments. Geneva: WHO.

World Health Organization.

http://www.who.int/substance_abuse/publications/Opioid_dependence_guidelines.pdf?ua=1
(Zugriff 07.12.2016).

Wöller W. 2006. Trauma und Persönlichkeitsstörungen: Psychodynamisch-integrative Therapie. Stuttgart: Schattauer.

Zanis DA, Woody GE. 1998. One-year mortality rates following methadone treatment discharge. *Drug and Alcohol Dependence*, 52(3):257-260.