

Substitutionsmittel und Beikonsum bei Opiatabhängigen

Eine explorative Studie unter besonderer Berücksichtigung von retardierten Morphinen in der Substitutionsbehandlung

E. Madlung
D. Dunkel
C. Haring

Substitution Treatment and Additional Consumption of Legal and Illegal Drugs in Opioid Addicts – An Exploratory Study with Special Reference to Slow-release Morphine in Substitution Treatment

Zusammenfassung

Anliegen: Ziel der Studie ist es, den Zusammenhang zwischen zwei der in Österreich am häufigsten verwendeten Substitutionsmedikamenten (Methadon und retardiertes Morphin) und dem Konsumverhalten Opiatabhängiger unter realen Versorgungsbedingungen zu untersuchen. **Patienten:** Eine klinische Stichprobe von opiatabhängigen Patienten in Entzugsbehandlung (n = 191) wurde über ihre Konsumgewohnheiten während der letzten 6 Monate vor der Aufnahme in eine Entzugsbehandlung befragt. **Ergebnisse:** Die mit retardierten Morphinen substituierten Patient/Innen gaben einen geringeren Beikonsum von Heroin (22,4% vs. 35,1%), Kokain (40,9% vs. 58,3%) und Benzodiazepinen (74,1% vs. 88,9%) als die mit Methadon substituierten Patient/Innen an. **Schlussfolgerungen:** Die Ergebnisse bestätigen erste Studien über einen reduzierten Zusatzkonsum in der Substitutionsbehandlung mit retardierten Morphinen sowie deren große Akzeptanz durch Opiatabhängige.

Schlüsselwörter

Opiatabhängigkeit · Substitution · Beikonsum · Morphine

Abstract

Objective: Comparison of patients receiving methadone or slow-release morphine in substitution treatment with regard to possible differential patterns of additional consumption of legal and illegal drugs. **Methods:** Patients (n = 191; methadone: n = 37; slow-release morphine: n = 116; buprenorphine: n = 14; codeine: n = 2), before entering a drug detoxification treatment program, were asked about their drug consumption habits during the last 6 months. Due to the exploratory character of the study, only descriptive statistics have been applied. **Results:** Patients receiving slow-release morphine in substitution treatment reported lower rates of additional heroine (22.4% vs. 35.1%), cocaine (40.9% vs. 58.3%) and benzodiazepine (74.1% vs. 88.9%) consumption than those receiving methadone. Due to small group sizes, rates for patients receiving buprenorphine or codein were not interpreted. **Conclusions:** The findings support other studies that slow-release morphine might offer an alternative in substitution treatment that is highly appreciated by patients.

Key words

Opioid addiction · substitution · consumption · slow-release morphine

Einleitung

Dass die Substitutionsbehandlung mit Methadon den Konsum illegaler Drogen reduziert, das Risiko einer HIV-Infektionen verringert und sich positiv auf delinquentes Verhalten auswirkt, gilt im Wesentlichen als gesichert und wird durch viele Studien belegt [1–6].

Im klinischen Alltag sind wir jedoch auch mit der subjektiven Unzufriedenheit und mit objektiv unbefriedigenden Therapieverläufen von vielen Methadonpatient/Innen konfrontiert. Belastende Nebenwirkungen und unbefriedigende Wirkung beeinträchtigen die Akzeptanz und führen zu vorzeitigen Behandlungsbeendigungen [1, 7–11]. Auch gibt es zunehmend Kritik an der Qualität vieler

Institutsangaben

Psychiatrisches Krankenhaus des Landes Tirol, Primariat B, Hall, Österreich

Korrespondenzadresse

Dr. Ekkehard Madlung · Psychiatrisches Krankenhaus des Landes Tirol · Thurnfeldgass 14 · 6060 Hall, Österreich · E-mail: ekkehard.madlung-kratzer@tilak.at

Bibliografie

Suchttherapie 2006; 7: 18–23 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2006-926532
ISSN 1439-9903

Evaluationsstudien. Neben methodologischen Schwächen werden mitunter auch Zweifel an der Effektivität bzw. an dem, was für effektiv angesehen wird, geäußert [12]. Selbst in Ländern mit breiten Angeboten an Methadonsubstitutionsbehandlungen ist es bisher nicht gelungen, mehr als 50–60% der Opiatabhängigen für diese Behandlung zu gewinnen [13]. Die nach wie vor große Anzahl unbehandelter Drogenabhängiger und die damit verbundenen Kosten für das öffentliche Gesundheits- und Sozialsystem [14] haben dazu geführt, dass weltweit nach alternativen pharmakologischen Behandlungsmöglichkeiten gesucht wird. Dazu zählen die wissenschaftlichen Studien einer kontrollierten Heroinverschreibung in mittlerweile einer Reihe von Ländern, aber auch die Etablierung von Buprenorphin [13] als Substanz in der Substitutionsbehandlung. Eine einzigartige Situation haben wir in Österreich mit der breiten Anwendung von retardierten Morphinen in der Substitutionsbehandlung. Nachdem sich seit Ende der 80er-Jahre ein gut zugängliches Netz an Methadonbehandlungsmöglichkeiten entwickelt hatte, wurden mit Ende der 90er-Jahre zunehmend retardierte Morphine in die Behandlung eingeführt. Derzeit wird rund die Hälfte der österreichischen Substituierten mit retardierten Morphinen behandelt und rund jeweils ein Viertel mit Methadon und Buprenorphin [15].

Während die wissenschaftliche Auswertung der österreichischen Erfahrungen erst am Beginn steht, hat die öffentliche Diskussion zu diesem Thema – wie in der Suchttherapie seit jeher bekannt – einmal mehr den Charakter einer ideologischen Auseinandersetzung erhalten; unterstützt auch dadurch, dass derzeit noch wenige valide wissenschaftliche Daten für retardierte Morphine in dieser Indikation vorliegen.

Unsere Arbeit hat das Ziel, das Konsumverhalten Opiatabhängiger in Substitutionsbehandlung, auf deren Verlauf wir keinerlei Einfluss hatten, unter den spezifischen österreichischen Behandlungsbedingungen (Verfügbarkeit von Methadon-, Morphin- und Buprenorphinbehandlungen) darzustellen. Darüber hinaus wird in dieser Arbeit eine unbehandelte Kontrollgruppe (Nichtsubstituierte) mit sich in Behandlung befindlichen Patient/Innen verglichen.

Material und Methode

Im Jahr 2004 wurden 207 Patient/Innen an der Drogenentzugstation des Psychiatrischen Krankenhauses des Landes Tirol (Hall) aufgenommen. Für die Aufnahme stellen wir keine Vorbedingungen (niedrigschwelliger Zugang) und bieten eine homologe Entgiftung mit intensiver psychosozialer Begleitung während des 3–4-wöchigen Aufenthaltes an. Im Rahmen des Aufnahmegesprächs wurde der Substanzkonsum in den letzten 6 Monaten standardisiert erhoben. Die hier vorgestellten Daten beziehen sich ausschließlich auf die selbst berichteten Angaben von Patient/Innen. Mehrfachaufnahmen wurden nur dann in die Auswertung aufgenommen, wenn zwischen den Aufenthalten mindestens 6 Monate lagen. Insgesamt konnten die Angaben von 191 Patient/Innen herangezogen werden, um das selbst erinnerte Konsumverhalten vor Beginn (Zeitraum 6 Monate) einer Drogenentzugsbehandlung zu untersuchen.

Da es sich um eine explorative Studie handelt, wird ausschließlich mit deskriptiven statistischen Verfahren gearbeitet.

Ergebnisse

Insgesamt wurden n = 191 Patient/Innen nach ihrem Konsum während der letzten 6 Monate vor der Aufnahme in die Entzugsbehandlung befragt. Knapp zwei Drittel der Befragten waren männlich (64,4%). Das Durchschnittsalter der Gesamtstichprobe war knapp 28 Jahre (M = 27,9, SD = 7,2), wobei die Patientinnen im Schnitt etwa um 2 Jahre jünger waren als die Patienten. Der weitaus größte Teil aller Patient/Innen (87,8%) befand sich vor der Aufnahme der Drogenentzugsbehandlung in ambulanter Substitutionsbehandlung. Einen Überblick über die Charakteristika der Stichprobe, insbesondere die Anteile der verwendeten Substitutionsmedikamente und deren durchschnittliche Dosierung, bietet Tab. 1.

Merkmal	männlich n (%)	weiblich n (%)	gesamt n (%)
Geschlecht	123 (64,4)	68 (35,6)	191 (100,0)
Substitutionsbehandlung			
ja	108 (87,8)	61 (89,7)	169 (88,5)
nein	15 (12,2)	7 (10,3)	22 (11,5)
Substitutionsmedikament			
kein Medikament	15 (12,2)	7 (10,3)	22 (11,5)
Methadon	18 (14,6)	19 (27,9)	37 (19,4)
Morphin	78 (63,4)	38 (55,9)	116 (60,7)
Buprenorphin	11 (8,9)	3 (4,4)	14 (7,3)
Codein	1 (0,8)	1 (1,5)	2 (1,0)
	M (SD)	M (SD)	M (SD)
mittlere Dosis (mg)			
kein Medikament	–	–	–
Methadon	72,78 (32,37)	54,74 (20,98)	63,5 (28,25)
Morphin	489,36 (156,69)	486,05 (191,57)	488,2 (168,07)
Buprenorphin	13,09 (5,47)	5,33 (2,31)	11,4 (5,89)
Codein	480,00 (-,-)	600,00 (-,-)	540,0 (-,-)
Alter	28,8 (7,3)	26,4 (6,7)	27,9 (7,2)

Tab. 1 Charakteristika der Stichprobe

Geschlechtsspezifische Differenzen lassen sich hinsichtlich des Substitutionsstatus nicht beobachten. Auffallend ist hingegen der fast doppelt so hohe Anteil mit Methadon substituierter Patientinnen (27,9%) im Vergleich zu den männlichen Befragten (14,6%). Ebenso ist eine deutlich niedrigere durchschnittliche Dosierung von Methadon bei Frauen erkennbar. Wegen der geringen Fallzahlen werden die Ergebnisse der mit Buprenorphin substituierten Patient/Innen in den Tabellen aufgeführt, jedoch werden diese nicht weiter kommentiert werden. Die Angaben zu Codein entfallen in den weiteren Tabellen.

Unterscheidet man Patient/Innen danach, ob sie sich vor Aufnahme der Entzugsbehandlung in Substitutionsbehandlung befinden oder nicht, so lässt sich festhalten, dass der Konsum von Heroin und Kokain in der Gruppe der Nichtsubstituierten häufiger ausfiel als in der Gruppe der Substituierten, egal welches Substitutionsmedikament verabreicht wurde. Es ist zusätzlich zu beobachten, dass Substituierte deutlich seltener einen täglichen oder mehrmals wöchentlichen Konsum von Heroin und Kokain angeben.

Ein Vergleich jener substituierten Patient/Innen, welche die zwei am häufigsten in der Substitution eingesetzten Substanzen einnahmen (Methadon und retardierte Morphine), zeigt bei den mit Methadon substituierten Patient/Innen einen höherem Beikonsum von Heroin, Kokain und Benzodiazepinen. Der Anteil des Morphinbeikonsums bei mit Methadon Substituierten lag dabei um etwa 20% höher als bei Patient/Innen, welche mit Morphin substituiert wurden. Umgekehrt ließ sich jedoch kein Beikonsum von Methadon in der Gruppe der mit retardierten Morphinen Substituierten nachweisen (Tab. 2).

Ebenso erhöht ist die intravenöse Applikationsform für Heroin und Kokain in der Gruppe der Nichtsubstituierten, dies insbesondere im Verhältnis zu den mit Morphin substituierten Patient/Innen. Darüber hinaus berichten aber auch mit Methadon Substituierte im Vergleich zu mit Morphin substituierten Patient/Innen höhere Raten intravenöser Applikationsformen bei Heroin und insbesondere bei Kokain.

Es zeigt sich jedoch auch, dass intravenöse Konsumformen in der Gruppe der mit Morphin Substituierten weit verbreitet sind: Mehr als die Hälfte der mit Morphin substituierten Patient/Innen gaben an, ihr Substitutionsmedikament intravenös zu applizieren (Tab. 3).

Die Einschätzung eines höheren Beikonsums bei Nichtsubstituierten und mit Methadon Substituierten im Vergleich zu Patient/Innen, welche mit Morphinen substituiert wurden, wird ebenfalls durch die durchschnittliche Anzahl zu irgendeinem Zeitpunkt konsumierter unterschiedlicher Substanzen während der letzten 6 Monate bestätigt. Patienten in Morphin-Substitution wiesen den niedrigsten Mittelwert des Konsums unterschiedlicher Substanzen während der letzten 6 Monate auf. Das gleiche Ergebnis zeigte sich für den täglichen bzw. mehrmals wöchentlichen Beikonsum während der letzten 6 Monate. Während der tägliche Beikonsum unterschiedlicher Substanzen bei mit Morphin in der Substitution behandelten Patient/Innen deutlich sinkt, bleibt er bei Methadonapplikation in der Substitution so gut wie unverändert (Tab. 4).

Diskussion

Nach Angaben des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheit (ÖBIG) waren 2003 rund 70% der Opiatabhängigen in keiner Behandlung [15]. In der untersuchten Gruppe (alle Aufnahmen zu einer körperlichen Entgiftung im Jahre 2004) waren lediglich 11% im letzten halben Jahr vor Beginn der Entzugsbehandlung nicht substituiert. Daraus könnte man ableiten, dass Substituierte eine höhere Bereitschaft zeigen, einen Abstinenzversuch zu wagen. Allerdings lässt das Konsumverhalten der Patient/Innen vor ihrer stationären Aufnahme nicht auf eine in Richtung Abstinenz orientierte Reduktion des Konsums schließen. Vergleicht man unser Ergebnis mit Untersuchungen des Konsumverhaltens von Patient/Innen in Substitution, die keine Entzugsbehandlung geplant haben, so findet sich kein wesentlicher Unterschied, im Gegenteil zeigen unsere Patient/Innen teilweise sogar ein exzessiveres Konsumverhalten [5, 16, 17]. Dies wird auch im direkten Vergleich von Substitutionspatient/Innen aus derselben geografischen Region bestätigt [18]. Gerra et al. fanden, dass Patient/Innen, die bereits mehrfach eine stationäre Behandlung aufsuchten, in Methadonsubstitutionsbehandlungen einen höheren Beikonsum aufweisen [19]. Möglicherweise ist gerade dieser problematische Konsum für Patient/Innen die auslösende Motivation, sich zu einer (niedrigschwelligen) Entzugsbehandlung zu entschließen.

Wesentliches Ziel der Substitutionsbehandlung ist es, den unkontrollierten und riskanten Konsum von illegalem Heroin zu reduzieren und es Patient/Innen damit zu ermöglichen, Abstand vom „Szenenleben“ und den damit zwangsläufig verbundenen Aktivitäten zu gewinnen [20]. Dass dieses Ziel mit der Substitution erreicht wird, konnte in vielen Studien nachgewiesen werden [4, 5] und wird auch durch unsere Ergebnisse bestätigt. 75% der Substituierten hatten im letzten halben Jahr keinen Kontakt zu Heroin, lediglich 8% konsumierten Heroin täglich. Mattick berichtet im Cochrane Review von 16% bis 29% Heroinkonsumenten in Methadonbehandlungen und Dobler-Mikola fand nach einjähriger Methadonsubstitution in der Schweiz immer noch in 82% Heroinkonsum (16% täglich) [5, 16]. Allerdings gibt fast die Hälfte der substituierten österreichischen Befragten einen zusätzlichen, nicht verordneten Konsum von retardierten Morphinen an. Dieses Ausmaß an Morphinkonsumenten ist nur in Österreich bekannt und es finden sich dazu keine vergleichbaren Erfahrungen.

Die hohe Konsumrate von Kokain in unseren Substitutionsbehandlungen entspricht internationalen Erfahrungen. Leri gibt den Anteil der Kokainkonsumenten mit 50% bis 60% an, Dobler-Mikola spricht von 57% Kokainkonsumenten in der Schweiz [16, 17].

Alle hier zitierten Vergleiche des Heroin- und Kokainkonsums in anderen Ländern beziehen sich auf Methadonsubstitutionsbehandlungen. Geringer sind die Angaben über den Zusatzkonsum bei den österreichischen Morphinsubstituierten. Noch weniger Konsum findet sich nur in Studien mit Heroin Behandelten [16]

Das Phänomen des polytoxikomanen Konsumverhaltens ist insgesamt noch nicht ausreichend untersucht. Als gesichert kann angenommen werden, dass Unterdosierungen in Substitutionsbehandlungen den Beikonsum fördern. Für Methadon ist dies gut belegt, Dosierungen zwischen 80 mg bis 100 mg haben sich gegenüber niedrigeren in den meisten Studien als effektiver erwiesen

Tab. 2 Substitutionsstatus und Intensität des Beikonsums von Substanzen innerhalb der letzten 6 Monate

Substitutionsstatus	n (%)	(Bei) Konsum ¹			
		kein Konsum letzte 6 Monate n (%)	täglich/ mehrmals pro Woche n (%)	mehrmals pro Monat n (%)	
keine Substitutionsbehandlung	22 (11,5)	Methadon	18 (81,8)	1 (4,5)	3 (13,6)
		Morphin	8 (36,4)	10 (45,5)	4 (18,2)
		Buprenorphin	21 (95,5)	1 (4,5)	0 (0,0)
		Codein	19 (86,4)	2 (9,1)	1 (4,5)
		Tramal	20 (90,9)	2 (9,1)	0 (0,0)
		Heroin	7 (31,8)	11 (50,0)	4 (18,2)
		Benzodiazepine	7 (31,8)	13 (59,1)	2 (9,1)
		Kokain	8 (36,4)	11 (50,0)	3 (13,6)
		Cannabis	7 (31,8)	11 (50,0)	4 (18,2)
		Alkohol	12 (54,5)	6 (27,3)	4 (18,2)
Methadon	37 (19,4)	Methadon	17 (77,3)	3 (13,6)	2 (9,1)
		Methadon	36 (97,3)	1 (2,7)	0 (0,0)
		Morphin	13 (35,1)	19 (51,4)	5 (13,5)
		Buprenorphin	37 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
		Codein	32 (86,5)	4 (10,8)	1 (2,7)
		Tramal	36 (97,3)	1 (2,7)	0 (0,0)
		Heroin	24 (64,9)	4 (10,8)	9 (24,3)
		Benzodiazepine	4 (11,1)	31 (86,1)	1 (2,8)
		Kokain	15 (41,7)	13 (36,1)	8 (22,2)
		Cannabis	11 (29,7)	23 (62,2)	3 (8,1)
Morphin	116 (60,7)	Alkohol	21 (58,3)	12 (33,3)	3 (8,3)
		Amphetamine/XTC	31 (86,1)	1 (2,7)	4 (11,1)
		Methadon	115 (99,1)	0 (0,0)	1 (0,9)
		Morphin	66 (56,9)	46 (39,7)	4 (3,4)
		Buprenorphin	116 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
		Codein	105 (90,5)	2 (1,7)	9 (7,8)
		Tramal	115 (99,1)	0 (0,0)	1 (0,9)
		Heroin	90 (77,6)	8 (6,9)	18 (15,5)
		Benzodiazepine	30 (25,9)	71 (61,2)	15 (12,9)
		Kokain	68 (59,1)	13 (11,3)	34 (29,6)
Buprenorphin	14 (7,3)	Cannabis	38 (33,0)	58 (50,4)	19 (16,5)
		Alkohol	70 (60,9)	26 (22,6)	19 (16,5)
		Amphetamine/XTC	102 (87,9)	4 (3,4)	10 (8,6)
		Methadon	13 (92,9)	0 (0,0)	1 (7,1)
		Morphin	9 (64,3)	4 (28,6)	1 (7,1)
		Buprenorphin	13 (92,9)	1 (7,1)	0 (0,0)
		Codein	14 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
		Tramal	14 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
		Heroin	11 (78,6)	1 (7,1)	2 (14,3)
		Benzodiazepine	1 (7,1)	9 (64,3)	4 (28,6)
		Kokain	7 (50,0)	4 (28,6)	3 (21,4)
		Cannabis	6 (42,9)	7 (50,0)	1 (7,1)
		Alkohol	6 (42,9)	6 (42,9)	2 (14,3)
		Amphetamine/XTC	13 (92,9)	1 (7,1)	0 (0,0)

¹ Bei fehlenden Angaben werden die gültigen Prozente angegeben.

[17, 19, 21 – 23]. Studien über den Vergleich von unterschiedlichen Dosierungen bei den retardierten Morphinen liegen noch kaum vor, Erfahrungswerte geben 600–800 mg Tagesdosen als adäquat an [24]. Im Vergleich zu diesen Angaben liegen die von uns erhobenen Durchschnittsdosen für Methadon und retardierte Morphine im unteren Bereich. Wir gehen nicht davon aus, dass diese niedrigen Dosierungen in Zusammenhang mit der bevorstehenden Entzugsbehandlung zu sehen sind, da sich unser Untersuchungszeitraum auf das halbe Jahr davor bezieht. Zudem

werden diese Dosierungen auch in anderen österreichischen Untersuchungen berichtet [25]. Diese suboptimale Dosierung könnte durchaus für den hohen Beigebrauch in unserer Untersuchungsgruppe mitverantwortlich sein. Leri et al. geben einen Überblick von Arbeiten zum Kokainkonsum bei Opiatabhängigen und kommen zum Schluss, dass ein möglicher Grund der zusätzlichen Kokaineinnahme in der fehlenden (zu geringen) euphorisierenden Wirkung von Methadon und Buprenorphin zu finden ist [17]. Dementsprechend konnten auch die Untersuchungen

i. v. Applikation andere Substanzen (Beikonsum)¹

Tab. 3 Intravenöse Applikation von Substanzen

		ja		nein	
keine Substitutionsbehandlung	22 (11,5)	Morphin	9 (40,9)	13 (59,1)	
		Heroin	11 (50,0)	11 (50,0)	
		Kokain ²	8 (40,0)	12 (60,0)	
Methadon	37 (19,4)	Morphin	22 (59,5)	15 (40,5)	
		Heroin	11 (29,7)	26 (70,3)	
		Kokain	11 (37,9)	11 (62,1)	
Morphin	116 (60,7)	Morphin	42 (36,2)	74 (63,8)	
		Heroin	24 (20,7)	92 (79,3)	
		Kokain	18 (19,1)	76 (80,9)	
Buprenorphin	14 (7,3)	Morphin	2 (14,3)	12 (85,7)	
		Heroin	2 (14,3)	12 (85,7)	
		Kokain	3 (25,0)	9 (75,0)	
i. v. Applikation des Substitutionsmedikaments					
Methadon	37 (19,4)		0 (0,0)	37 (100,0)	
Morphin	116 (60,7)		64 (55,7)	51 (44,3)	
Buprenorphin	14 (7,3)		1 (7,1)	13 (92,9)	

¹ Bei fehlenden Angaben werden die gültigen Prozente angegeben. Andere Substanzen als die aufgeführten wurden nicht oder sehr selten intravenös konsumiert.

² Die Gesamtzahl gültiger Antworten bei Kokain beläuft sich auf n = 157.

Tab. 4 Substitutionsstatus und mittlere Anzahl konsumierter unterschiedlicher Substanzen innerhalb der letzten 6 Monate¹

Substitutionsstatus	n	überhaupt konsumiert	täglicher bzw. mehrmals wöchentlicher Konsum
		M (SD)	M (SD)
keine Substitutionsbehandlung	22	4,45 (1,74)	3,23 (1,31)
Methadon	37	4,00 (1,43)	3,92 (1,28)
Morphin	116	3,68 (1,50)	2,57 (1,07)
Buprenorphin	14	4,29 (1,07)	3,29 (1,44)

¹ Bei Patienten/Innen, welche sich in Substitution befanden, wurde das Substitutionsmedikament in die Gesamtzahl unterschiedlicher konsumierter Substanzen nur dann eingerechnet, wenn das Substitutionsmedikament nicht auch zusätzlich konsumiert wurde, da sich die Anzahl unterschiedlicher konsumierter Substanzen durch Doppelkonsum der gleichen Substanz nicht erhöht. Das heißt, wenn eine Person mit Morphin substituiert wurde und gleichzeitig angab, auch Morphin zusätzlich zur verordneten Menge zu konsumieren, so wurde die Substanz Morphin nur einmal gezählt. Wurde z. B. Morphin als Substitutionsmedikament konsumiert, jedoch nicht noch zusätzlich, dann wurde Morphin ebenfalls einmal als Substanz gezählt. Gleiches gilt für den Fall, dass z. B. Morphin nur im Beikonsum angegeben wurde.

zur heroingestützten Behandlung in der Schweiz zeigen, dass mit Heroin der Kokaingebrauch deutlicher reduziert werden konnte als mit Methadon [16]. Wenn sich unsere Ergebnisse bestätigen, könnte dies in ähnlicher Weise auch mit retardierten Morphinen erreicht werden.

Unberücksichtigt bleibt in unserer Untersuchung, dass die von uns befragten Patient/Innen durch unterschiedliche Ambulanzen und niedergelassene Ärzte und Ärztinnen vorbehandelt wurden, mit unterschiedlichen Angeboten an psychosozialer Begleitbetreuung. Diese kann jedoch erheblichen Einfluss auf den Beikonsum haben [26]. Interessant ist aber auch die umgekehrte Überlegung, inwieweit Substitutionsmittel Einfluss auf die Be-

gleitbehandlung haben können. So berichtet Dobler, dass die größere Akzeptanz des Substitutionsmittels Heroin auch zu einer höheren Behandlungsbereitschaft führt und damit zu einer vermehrten Inanspruchnahme von psychosozialer Betreuung [16]. Ob in Österreich für die retardierten Morphine Ähnliches gilt, wurde von uns nicht erhoben.

Wahrscheinlich ist es eine der wichtigsten Aufgaben von zukünftigen Forschungen, Kriterien zu finden, anhand derer festgestellt werden kann, für welche Patient/Innen welche Substanzen hilfreich sein können [27]. Dies gilt auch für die retardierten Morphine, bei denen wir zwar mittlerweile über eine große klinische Erfahrung verfügen, aber noch über wenige, gute kontrollierte Studien. Erste Untersuchungen bestätigen unsere Ergebnisse eines reduzierten Konsumverhaltens und einer hohen Akzeptanz durch Opiatabhängige [25, 28–31].

Besondere Aufmerksamkeit sollte das große Bedürfnis Opiatabhängiger nach i. v. Applikation auf sich ziehen, ist es doch jene Konsumform, die mit dem höchsten Risiko für Gesundheit und Mortalität verbunden ist. Gleichzeitig ist sie aber die billigste, einfachste und wirksamste Technik, um einen „Kick“ zu erzeugen, so dass der größte Teil der Opiatabhängigen (und zwar Nichtsubstituierte wie Substituierte) nicht darauf verzichten möchte. Selbst die teilweisen ausgeprägten und unangenehmen histaminergen Nebenwirkungen bei der intravenösen Morphinapplikation werden in Kauf genommen [24]. Lediglich ein Viertel der Befragten verzichtet auf jeglichen i. v. Konsum. Auch wenn die aktuelle und sehr kontrovers geführte Diskussion in Österreich sich hauptsächlich auf die retardierten Morphine beschränkt, zeigen unsere Zahlen, dass dieses „Problem“ auch für Heroin und Kokain gilt. Auch ist das hohe Ausmaß an i. v. Konsumenten kein österreichisches Phänomen. Für die entwickelten westlichen Länder wird angegeben, dass mehr als zwei Drittel der illegalen Opiatkonsumenten ihre Substanzen i. v. applizieren [32]. Unbestritten ist, dass über Maßnahmen zur Verhinderung möglicher gesundheitsschädlicher

Auswirkungen des häufigen i. v. Konsums nachgedacht werden muss. Aber zumindest ebenso intensiv sollte vonseiten der Suchtmedizin darüber nachgedacht werden, wie wir dem starken Bedürfnis unserer Patient/Innen nach i. v. Konsum therapeutisch gerecht werden können. Auch unter diesem Aspekt sollten die Versuche mit injizierbarem Heroin, aber auch mit Methadon gesehen werden [24, 33–36].

Eine große Anzahl von Evaluationsstudien für die Behandlung von Opiatabhängigen zeigt eindrücklich, dass es eine Einheitsbehandlung nicht geben wird. Ein gutes Behandlungssystem muss verschiedene Modalitäten hinsichtlich Substitutionsmittel, Konsummodalitäten und Begleitbetreuung anbieten. Allerdings sind weitere randomisierte, doppelblinde Untersuchungen dazu notwendig. Notwendig ist auch eine Änderung der Diskussion, weg von politisch-ideologischen Auseinandersetzungen hin zu Kriterien von Evidence-based Medicine. Die Erfahrungen in Österreich zeigen, dass retardierte Morphine in der Behandlung Opiatabhängiger eine wichtige Rolle spielen können.

Literatur

- Ball JC, Ross A. The effectiveness of methadone maintenance treatment. New York: Springer, 1991
- Farrell M, Ward J, Mattick R et al. Methadone maintenance treatment in opiate dependence: a review. *BMJ* 1994; 309: 997–1001
- Hartel DM, Schoenbaum EE. Methadone treatment protects against HIV infection: two decades of experience in the Bronx, New York City. *Public Health Rep* 1998; 113: 107–115
- Marsch LA. The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality: a meta-analysis. *Addiction* 1998; 93: 515–532
- Mattick RP, Breen C, Kimber J et al. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; 2: CD002209
- Raschke P, Verthein U, Janczak H et al. Substitutionstherapie. Ergebnisse langfristiger Behandlung von Opiatabhängigen. In: Lambertus (Hrsg). Freiburg, 1994
- Dyer KR, Wihte JM. Patterns of symptom complaints in methadone maintenance patients. *Addiction* 1997; 92: 1445–1455
- Hunt DE, Lipton DS, Goldsmith DS et al. „It takes your heart“: the image of methadone maintenance in the addict world and its effect on recruitment into treatment. *Int J Addict* 1985; 20: 1751–1771
- Longwell B, Betz T, Horton H et al. Weight gain and edema on methadone maintenance therapy. *Int J Addict* 1979; 14: 329–335
- Longwell B, Kestler RJ, Cox TJ. Side effects in methadone patients: a survey of self-reported complaints. *Int J Addict* 1979; 14: 485–494
- Seidenberg A, Honegger U. Methadon, Heroin und andere Opiode. Medizinisches Manual für die ambulante opioidgestützte Behandlung. Bern: Hans Huber, 1998
- Fischer B, Rehm J, Kim G et al. Eyes Wide Shut? – A Conceptual and Empirical Critique of Methadone Maintenance Treatment. *Eur Addict Res* 2005; 11: 1–14
- Fischer B, Rehm J, Kirst M et al. Heroin-assisted treatment as a response to the public health problem of opiate dependence. *Eur J Public Health* 2002; 12: 228–234
- Barnett PG. The cost-effectiveness of methadone maintenance as a health care intervention. *Addiction* 1999; 94: 479–488
- ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen). Bericht zur Drogensituation 2004. Wien, 2004
- Dobler-Mikola A, Pfeifer S, Müller V et al. Vergleich Methadon- und Heroinverschreibung in der Schweiz. *Suchttherapie* 2000; 1: 63–66

- Leri F, Bruneau J, Stewart J. Understanding polydrug use: review of heroin and cocaine co-use. *Addiction* 2003; 98: 7–22
- Giacomuzzi SM, Ertl M, Riemer Y et al. Aktuelle Konsumformen bei Drogenabhängigkeit – Implikationen für Substitutionsprogramme in ambulanten Einrichtungen und bei behandelnden Ärzten. *Wien Klin Wochenschr* 2004; 116: 119–127
- Gerra G, Ferri M, Polidori E et al. Long-term methadone maintenance effectiveness: psychosozial and pharmacological variables. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2003; 25: 1–8
- Uchtenhagen A. Substitutionsbehandlung. In: Uchtenhagen A, Zieglängsberger W (Hrsg). Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. München, Jena: Urban & Fischer, 2000
- Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Versino E et al. Methadone maintenance at different dosages for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; 3: CD002208
- McGlothlin WH, Anglin MD. Long-term follow-up of clients of high- and low-dose methadone programs. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38: 1055–1063
- Strain EC, Bigelow GE, Liebson IA et al. Moderate- vs high-dose methadone in the treatment of opioid dependence: a randomized trial. *JAMA* 1999; 281: 1000–1005
- Affentranger P, Seidenberg A, Hämmerling R et al. Morphin: Ein Opioid mit Überraschungen. In: Rihs-Middel M, Jacobshagen N, Seidenberg A (Hrsg). Bundesamt für Gesundheit, Bern, Schweiz. Ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Praktische Umsetzung und wichtigste Ergebnisse. Bern: Verlag Hans Huber, 2002
- Kraigher D, Jagsch R, Gombas W et al. Use of Slow-Release Oral Morphine for the Treatment of Opioid Dependence. *Eur Addict Res* 2005; 11: 145–151
- Amato L, Minozzi S, Davoli M et al. Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; 4: CD004147
- Wittchen HU, Apelt S, Christl B et al. Die Versorgungspraxis der Substitutionstherapie Opiatabhängiger (COBRA). *Suchtmed* 2004; 6: 80–87
- Fischer G, Jagsch R, Eder H et al. Comparison of methadone and slow-release morphine maintenance in pregnant addicts. *Addiction* 1999; 94: 231–239
- Eder H, Jagsch R, Kraigher D et al. Comparative study of the effectiveness of slow-release morphine and methadone for opioid maintenance therapy. *Addiction* 2005; 100: 1101–1109
- Kraigher D, Ortner R, Eder H et al. Slow-release morphine hydrochloride for maintenance therapy of opioid dependence. *Wien Klin Wochenschr* 2002; 114: 904–910
- Mitchell TB, White JM, Somogyi AA et al. Slow-release oral morphine versus methadone: a crossover comparison of patient outcomes and acceptability as maintenance pharmacotherapies for opioid dependence. *Addiction* 2004; 99: 940–945
- EMCDD (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). Annual report on the state of the drugs problem in the European Union Office for Official Publications of the European Communities. Luxembourg, 2000
- van den Brink W, Hendriks VM, Blanken P et al. Medical prescription of heroin to treatment resistant heroin addicts: two randomised controlled trials. *BMJ* 2003; 327: 310
- Perneger TV, Giner F, del Rio M et al. Randomised trial of heroin maintenance programme for addicts who fail in conventional drug treatments. *BMJ* 1998; 317: 13–18
- Rehm J, Gschwend P, Steffen T et al. Feasibility, safety, and efficacy of injectable heroin prescription for refractory opioid addicts: a follow-up study. *Lancet* 2001; 358: 1417–1423
- Strang J, Marsden J, Cummins M et al. Randomized trial of supervised injectable versus oral methadone maintenance: report of feasibility and 6-month outcome. *Addiction* 2000; 95: 1631–1645