

Stellenwert der Opioidsubstitutionstherapie in der Behandlung schwer Suchtkranker

„Konsumierende Jugendliche – ein gemeinsamer Blick“

10. Kinder- und Jugendpsychiatrie Kongress Innsbruck,

26. und 27. Jänner 2024

Dr. Raphael Linser
B3 – Fachstation für Drogentherapie
LKH Hall, Psychiatrie B



Überblick

- Substanzkonsum in der Adoleszenz, ein „physiologisches Risikoverhalten“
- unproblematischer vs. risikoreicher Drogenkonsum
 - + Exkurs Opioide & Opiatabhängigkeit
- was ist die OST und was bewirkt sie?
 - + wann ist sie auch bei konsumierenden Jugendlichen sinnvoll
- Herausforderungen

Substanzkonsum im Jugendalter, ein „physiologisches“ Risikoverhalten

in Österreich haben

- 85% der 14-17 Jährigen Erfahrungen mit Alkohol (Anzenberger et al., 2022)¹
- 30 - 50% der 15-jährigen Schüler haben bereits Tabak konsumiert (Anzenberger et al., 2022)¹
- im illegalen Drogenbereich haben bei den 15-24 Jährigen
 - + 30 – 40% Cannabiserfahrung (Busch et al., 2022)²
 - + 5 – 6% Stimulanzien (Kokain, Amphetamine, „Ecstasy“) konsumiert (Busch et al., 2022)²
 - + 1 – max. 2% Erfahrung mit Opioiden bzw. mit NPS (Busch et al., 2022)²

Substanzkonsum kann bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben helfen (Raithel, 2013)³

↔ aber auch Gefahr der dysfunktionalen Problembewältigung, v.a. bei fehlenden bio-psycho-sozialen Ressourcen (S. Sting, 2018)⁴ mit Gefahr der Abhängigkeitsentwicklung.

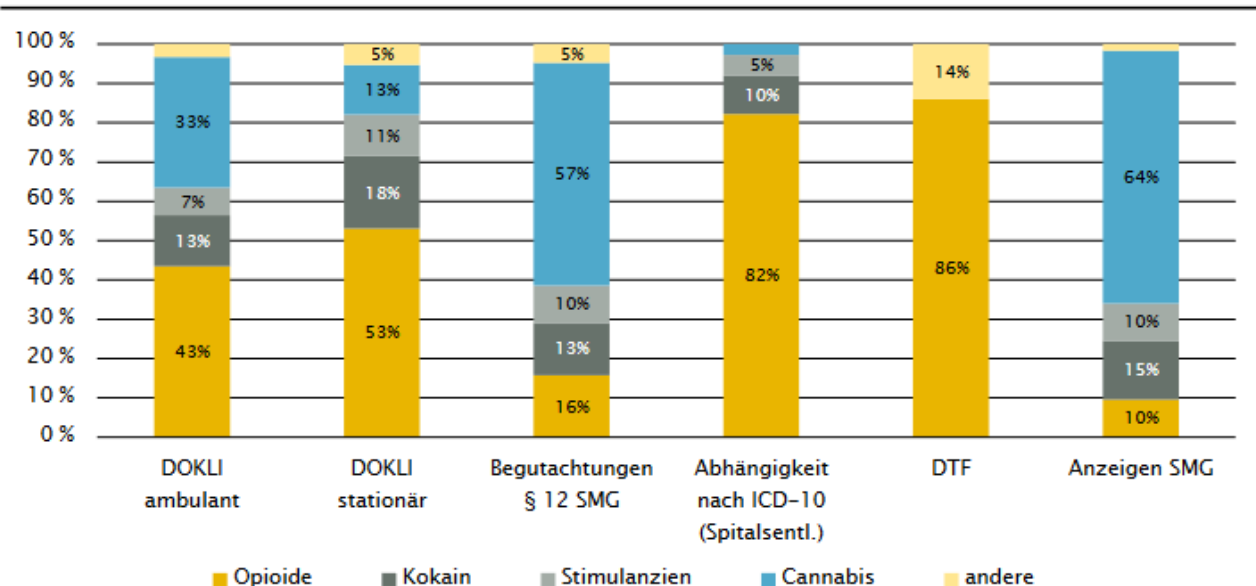
Der verantwortungsvolle Umgang mit Drogen kann selbst als Entwicklungsaufgabe angesehen werden. (Jungblut, 2004)⁵

unproblematischer Konsum vs. risikoreicher Drogenkonsum

Risikoreicher Drogenkonsum (Definition lt. EMCDDA)

ist der „wiederholte Drogenkonsum, welcher Schaden (Abhängigkeit, aber auch andere gesundheitliche, psychologische oder soziale Probleme) für die Person verursacht oder sie einem hohen Risiko einen solchen zu erleiden aussetzt.“

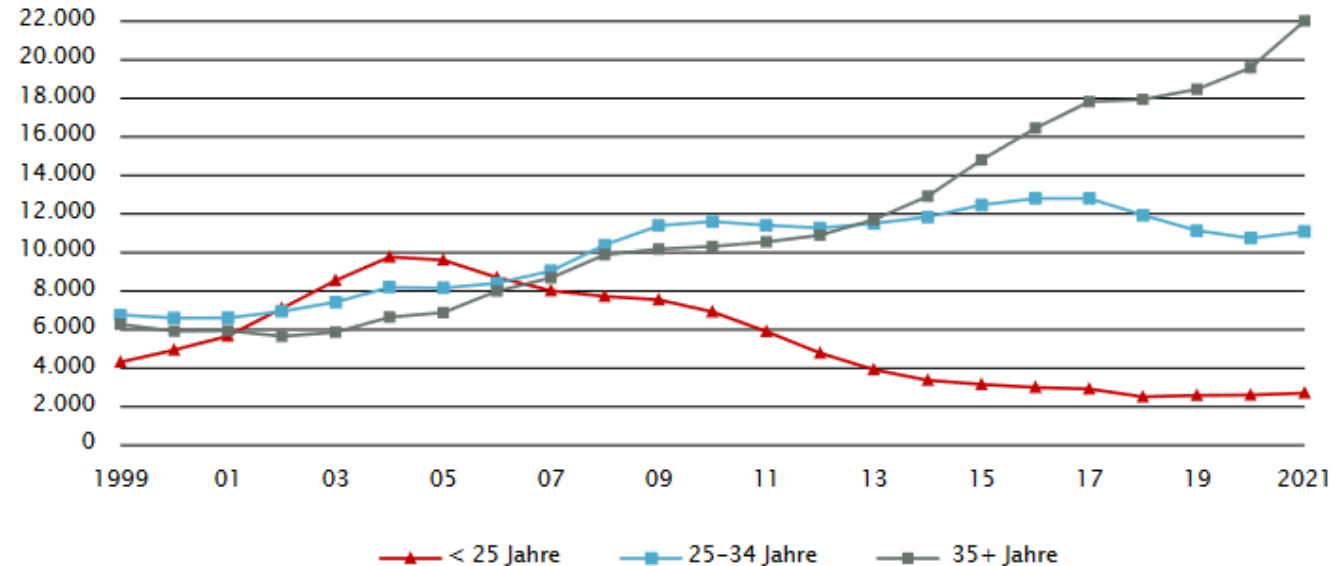
Anteil der (Leit-)Drogen nach Setting und bei direkt drogenbezogenen Todesfällen, 2021



risikoreicher Drogenkonsum wird klar von Opioiden dominiert (Anzenberger et al., 2022)¹

Risikoreicher Drogenkonsum im Zeitverlauf:

Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden
in Absolutzahlen nach Altersgruppen, 1999–2021



Anmerkung: Für den Zeitraum von 1999 bis 2020 wurde das „gleitende Mittel“ aus jeweils 3 Jahren (z. B. für 1999 der Mittelwert aus den Jahren 1998 bis 2000) herangezogen, für 2021 der Schätzwert für 2021 (aktuellste Schätzung).

Quelle: BMSGPK - Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

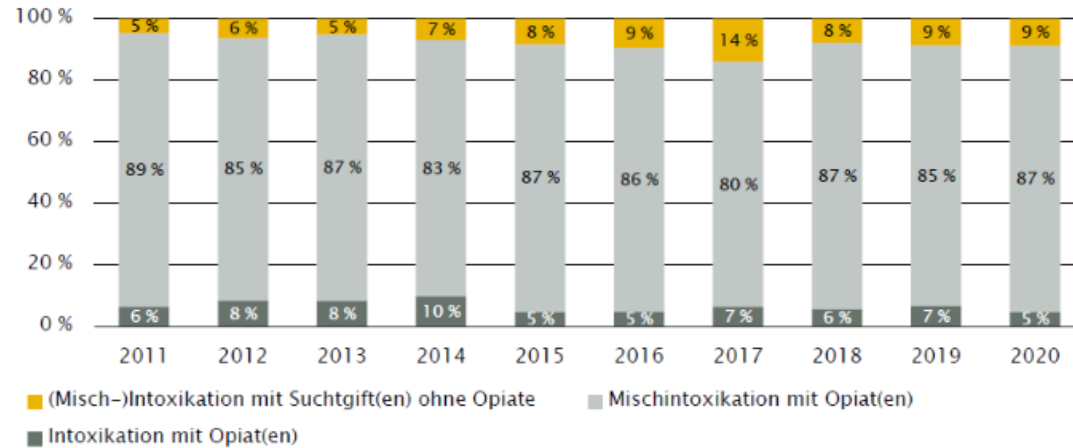
Derzeit kein Hinweis auf Verschärfung der Opioidproblematik: (Anzenberger et al., 2022)¹

→ Zahl der Jungen risikoreich konsumierenden in den letzten Jahren stabil

→ Opiatabhängige werden älter, was für die Zunahme der Gesamtprävalenz verantwortlich ist

Substanzen & Konsummuster bei direkt drogenbezogenen Todesfällen:

Prozentanteile an den direkt drogenbezogenen Todesfällen (mit Toxikologie) in Österreich nach Todesursache 2011–2020



Quellen: GÖG – Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel;
Berechnung und Darstellung: GÖG

2021: 235 tödliche Intoxikationen, davon

86% mit Beteiligung von Opioiden (nur 6% reine Opioidintoxikationen)

80% Mischintoxikationen mit + Psychopharmaka (75%)

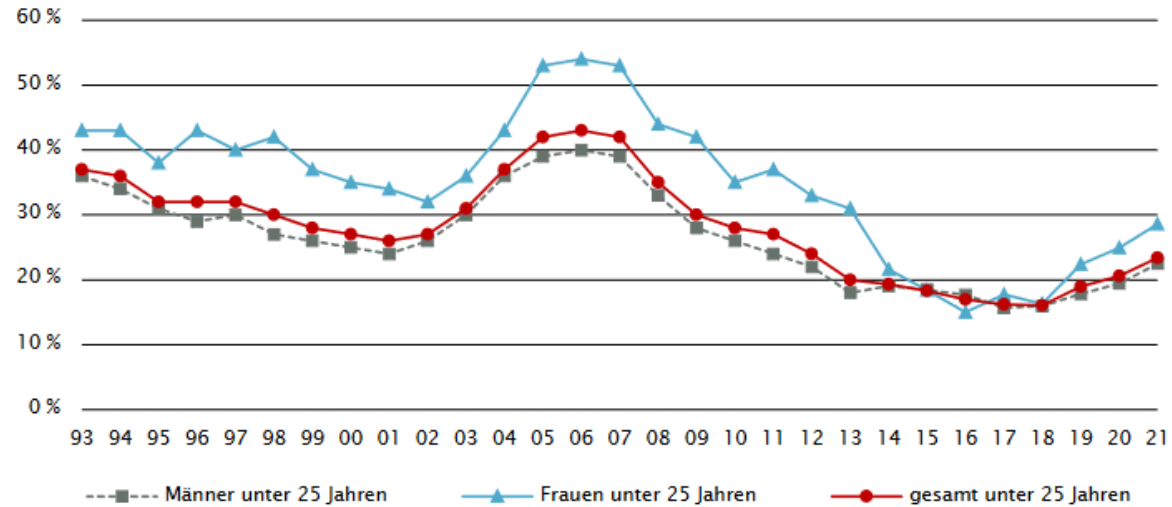
+ Alkohol (30%)

+ Kokain (20%), sonst. Stimulanzen (23%), NPS (<2%)

→ Mischkonsum mit Beteiligung von Opioiden ist besonders riskant!

Anteil junger Drogentoter (Überdosis) im Zeitverlauf

Anteil unter 25-Jähriger an drogenbezogenen Todesfällen nach Geschlecht, 1993–2021, gemittelter Drei-Jahres-Wert



Anmerkung: Beim aktuellsten Jahr wird der Rohwert dargestellt.

Quellen: ST.AT – Statistik des Bevölkerungsstandes, drogenbezogene Todesfälle; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zusammenfassung risikoreicher Drogenkonsum in Österreich

- risikoreicher Drogenkonsum wird klar von Opioiden dominiert
- der Mischkonsum mit Beteiligung von Opioiden ist besonders gefährlich und ist für ca. 80-90% der tödlichen Intoxikationen verantwortlich
- derzeit kein Hinweis auf Verschärfung (aber auch keine weitere Entspannung) der Opioidproblematik (i.S.v. vermehrten Neueinsteiger:innen) (Stand 2022)
- dennoch ist in den letzten Jahren ein Anstieg der tödlichen Überdosierungen zu beobachten (Einfluss der COVID-Pandemie?)

Exkurs Opioide und Opioidabhängigkeit

Opioide:

Sammelbegriff für chemisch heterogene Gruppe von Substanzen, die über Opioidrezeptoren eine morphinähnliche Wirkung erzielen

- Menschheit nutzt Opium seit Jahrtausenden als Heil- und Raschmittel, heutzutage in Medizin als Schmerzmittel unverzichtbar
- Opioide sind zentral dämpfend und wirken somit u.a. analgetisch (Schmerzunterdrückung), antitussiv (Hemmung Hustenreiz), ... aber auch
- hemmend auf Atemantrieb: dosisabhängig zunehmende Hemmung bis Atemlähmung (=Ursache für tödliche Intoxikationen, „Überdosis“)
- bei chronischem Gebrauch Toleranz- & Suchtentwicklung, aber geringe chronische Toxizität (bei vernünftigem Gebrauch keine Organschäden, Voraussetzung für OST)
- bei Absetzen/Entzug rascher Toleranzverlust, Gefahr von tödlicher Überdosierung!

Opiatabhängigkeit:

unkontrollierbares Verlangen Opioide zu konsumieren, ungeachtet der negativen gesundheitlichen und sozialen Folgen, bei Beendigung des Konsums tritt ein Entzugssyndrom auf (ICD-10)

Eckdaten für Österreich:

- 35.000 – 40.000 Opiatabhängige, davon etwas mehr als die Hälfte in OST
- 80% Männer, 8% unter 25 Jahre
- meistens i.R.e. polyvalenten Drogenkonsums
- bis zu 40% betreiben einen intravenösen Drogenkonsum (Busch et al., 2022)²

Auswirkungen der Opiatabhängigkeit

Opiatabhängigkeit ist eine schwere, meist chronisch verlaufende Erkrankung mit einem hohen Anteil an komorbiden Störungen (körperlich, psychisch, sozial) und einer hohen Mortalität, aber variablen Verläufen in Abhängigkeit von bestehenden Risiko- od. Schutzfaktoren.

Gesellschaftliche Marginalisierung und Kriminalisierung/Beschaffungskriminalität verstärken negative Krankheitsverläufe.

Auswirkungen

- auf körperlicher Ebene nicht durch chronisch toxische Wirkung der Opioiden, sondern u.a. durch
 - + i.v.-Konsum (→ Infektionen: Hepatitis, HIV, Abszesse, Endokarditis, Sepsis, ...)
 - + schwere Intoxikationen (→ erhöhte Unfallgefahr, Hypoxie)
 - + Folgen des Beikonsums (Rauchen, Alkohol, Stimulanzien)
 - + verminderte Selbstfürsorge (schlechter Zahnstatus, Ernährung, ...)
- auf psychischer Ebene häufig vorbestehende psychiatrische Grunderkrankungen, zusätzlich substanzbedingte psychische Störungen (z.B.: Psychosen infolge chron. Stimulanzienkonsum) und reaktive psychische Störungen bei Belastungen
- Auf sozialer Ebene führt eine unbehandelte Opiatabhängigkeit meistens zu deutlichen Defiziten in allen sozialen Funktionsbereichen wie Ausbildung, Arbeitsfähigkeit, familiäre und persönliche Beziehungen; es drohen Obdachlosigkeit, Beschaffungskriminalität, Prostitution und Haft

Insgesamt ist Mortalität deutlich erhöht: - unbehandelt bis 20-fach erhöht (Hser et al., 2015)⁸

- behandelt 4,5-fach erhöht (Busch et al., 2019)⁹

Was ist die Opioidsubstitutionstherapie?

- ist ärztliche Verordnung von legalen Medikamenten als Ersatz für illegal konsumierte Drogen
- Opiatabhängigkeit ergibt die Indikation zur Behandlung
- Primäres Ziel ist nicht das Erreichen einer Abstinenz, denn diese ist längerfristig nur für eine Minderheit (ca. 4%) zu erreichen und für alle anderen mit erheblichen Risiken (bis hin zum Tod durch Überdosis) verbunden (Wittchen et al., 2011)¹⁰
- es geht darum die körperlichen, psychischen und sozialen Folgeschäden möglichst zu verhindern und die Betroffenen dahingehend zu unterstützen ihr Leben in Richtung einer selbstbestimmten, sozial integrierten und deliktfreien Existenz zu entwickeln. Dazu sollte die OST in ein psychosoziales Behandlungssetting eingebettet sein.
- mit zunehmender Dauer der Substitutionsbehandlung werden diese Ziele immer besser erreicht

Was bewirkt die Opioidsubstitutionstherapie?

die OST führt in der Regel zur Stabilisierung der Betroffenen und hat darüber hinaus auch gesellschaftlichen Nutzen. evidence based ist:

- *Verringerung des Drogenkonsums*
 - + OST verringert den Konsum von Heroin und illegaler Opioiden signifikant und ist einer abstinentenorientierten Behandlung überlegen (Mattick et al., 2003)¹¹
 - + reduziert Benzodiazepinkonsum (Wittchen et al., 2011)¹⁰
 - + bzgl. Kokainkonsum widersprüchliche Datenlage (Busch et al., 2007)¹²
 - + Alkoholkonsum wird durch OST kaum pos. beeinflusst (Busch et al., 2007)¹²
- *Verringerung des Risikoverhaltens, gemessen an*
 - + Reduktion von i.v.-Konsum (Sorensen et al., 2000)¹³
 - + bei fortgesetztem i.v.-Konsum wird dieser weniger riskant betrieben (weniger needle sharing) (Thiede et al., 2000)¹⁴

- *Verbesserung der Gesundheit, gemessen an*
 - + verringerte HIV-Ansteckungsraten (Sorensen et al., 2000)¹³
 - + geringeres Risiko an Hepatitis B & C – Neuinfektionen (Steffen et al., 2002)¹⁵
 - + weniger Hospitalisierungen (Fugelstad et al., 1998)¹⁶
 - + Anbindung ans Gesundheitssystem wird oft erst durch eine OST möglich
- *Verringerung der Mortalität*
 - + Senkung der Mortalitätsrate auf ¼ im Vergleich zu Unbehandelten (Caplehorn et al., 1996)¹⁷
 - + insbes. das Risiko tödlicher Überdosierungen wird verringert (Brugal et al., 2005)¹⁸,
(Scherbaum et al., 2002)¹⁹
- *Verringerung der Kriminalität, gemessen an*
 - + signifikanter Reduktion von Verhaftungen (Stenbacka et al., 2003)²⁰
 - + weniger Gefängnisaufenthalten (Maddux et al., 1997)²¹
- *Verbesserung der Arbeitssituation (widersprüchliche Datenlage)*
 - + langjährig Substituierte sind beruflich besser integriert als Therapieabbrecher
(Appel et al., 2001)²²

- *Haltequote in Behandlung* (= Indikator für Behandlungserfolg)
 - + OST $\frac{2}{3}$ weniger Therapieabbrüche als abstinenzorientierte Therapien (Mattick et al., 2003)¹¹
 - + Abbruchrisiko 46% im Vergleich zu abstinenzorientierter Therapie (D'Ippoliti et al, 1998)²³

... weshalb die OST unbestritten als Therapie der Wahl zur Behandlung der Opioidabhängigkeit gilt, denn sie hat sich gegenüber abstinenzorientierten Therapieansätzen als überlegen erwiesen. (Fischer et al., 2006)²⁴

... sie ist als Erhaltungstherapie angelegt, Abstinenzversuche können mit Patienten versucht werden, wobei die dauerhafte Abstinez nach allgemeinen Erfahrungen ein wenig häufiger Verlauf ist (ÖGABS, 2017)²⁵ → niederschwellige Wiederaufnahme in OST muss möglich sein!

...und wann ist eine OST bei konsumierenden Jugendlichen sinnvoll?

- bei manifester Opiatabhängigkeit ist auch bei Jugendlichen die OST die Therapie der Wahl (ÖGABS, 2017)²⁵, mit dem primären Ziel der Schadensminimierung und Überlebenssicherung
- bei hochriskantem Drogenkonsum mit Beteiligung von Opioiden ohne manifeste körperliche Abhängigkeit
 - Dilemma OST: Schadensminimierung durch Verfestigung einer Abhängigkeit
 - sorgfältige Risikobeurteilung (anhand von Konsummuster, vorhandenen Ressourcen, Risiko- und Resilienzfaktoren und der Eigenmotivation)
 - wenn abstinenzorientierte Therapieangebote nicht angenommen werden (Therapieabbruch) oder gescheitert sind, ist bei hoher Risikoeinschätzung auch ohne manifeste Opiatabhängigkeit eine OST zur Abwehr schwerer Folgeschäden und zur Lebenserhaltung indiziert.

aktuelle Herausforderungen

Flächendeckende Versorgung mit OST in allen tiroler Bezirken

Aufrechterhaltung des derzeitigen Standards im Substitutionssystem (Erwachsenenbereich),
drohender Ärztemangel lässt Mangelversorgung befürchten (Substitutionsbericht Tirol 2021)

Etablierung eines spezialisierten kinder- und jugendpsychiatrischen Angebotes in der OST

Zunahme des Kokainkonsums, Behandlungsstrategien

Quellen:

- 1 Anzenberger, Judith; Busch, Martin; Klein, Charlotte; Priebe, Birgit; Schmutterer, Irene; Strizek, Julian (2022): Epidemiologiebericht Sucht 2022. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak. Gesundheit Österreich, Wien
- 2 Busch, Martin; Anzenberger, Judith; Brotherhood, Angelina; Klein, Charlotte; Priebe, Birgit; Schmutterer, Irene; Schwarz, Tanja (2022): Bericht zur Drogensituation 2022. Gesundheit Österreich, Wien
- 3 Raithel J. (2013). Jugendliches Risikoverhalten: Eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- 4 Sting S. Kompendium Kinder- und Jugendhilfe, K. Böllert (Hrsg.), Springer Fachmedien Wiesbaden, 2018: 901-920
- 5 Jungblut H.J. (2004): Drogenhilfe – Eine Einführung. Grundlagentexte Sozialpädagogik/Sozialarbeit, Beltz Juventa Verlag
- (6) ACE-Study
- (7) Nutt, D. J., King, L. A. and Phillips, L. D. (2010) *Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis*. The Lancet, 376(9752), pp. 1558–1565. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61462-6.
- 8 Y. I. Hser, E. Evans, C. Grella, W. Ling, D. Anglin: Long-term course of opioid addiction. In: Harvard review of psychiatry. Band 23, Nummer 2, 2015 Mar-Apr, S. 76–89
- 9 Busch M, Anzenberger J, Uhl A (2019). Mortalität von Menschen mit Opioidabhängigkeit. Suchtmed 21(6): 367–372
- 10 Wittchen, H.-U., Bühringer, G., & Rehm, J. (2011). Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatments – Effekte der langfristigen Substitution Opioidabhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcome. Dresden.
- 11 Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. The Cochrane database of systematic reviews (electronic resource) 2003; (2): CD002209.
- 12 Busch M, Haas S, Weigl M, Wirl C, Horvath I, Stürzlinger H (2007). Langzeitsubstitutionsbehandlung Opioidabhängiger. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Köln
- 13 Sorensen JL, Copeland AL. Drug abuse treatment as an HIV prevention strategy: a review. Drug and Alcohol Dependence 2000; 59(1): 17-31.
- 14 Thiede H, Hagan H, Murrill CS. Methadone treatment and HIV and hepatitis B and C risk reduction among injectors in the Seattle area. Journal of Urban Health-Bulletin of the New York Academy of Medicine 2000; 77: 331-345.

- 15 Steffen T, Blättler R, Baumann C, Durisch E, Gutzwiller F. Hepatitis B und C in der heroingestützten Behandlung. Suchttherapie 2002; 3(Suppl. 1): S11-S16.
- 16 Fugelstad A, Agren G, Romelsjo A. Changes in mortality, arrests, and hospitalizations in nonvoluntarily treated heroin addicts in relation to methadone treatment. Substance Use & Misuse 1998; 33(N14): 2803-2817.
- 17 Caplehorn JRM. Risk factors for non-HIV-related death among methadone maintenance patients. European Addiction Research 1996; 2(1): 49-52.
- 18 Brugal MT, Domingo-Salvany A, Puig R, Olalla G, Fuente L. Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and AIDS in a cohort of heroin users in Spain. 2005.
- 19 Scherbaum N, Specka M, Hauptmann G, Gastpar M. Senkt die Methadonsubstitutionsbehandlung die Mortalität Opiatabhängiger? Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie 2002; 70(9): 455-461.
- 20 Stenbacka M, Leifman A, Romelsjö A. The impact of methadone treatment on registered convictions and arrests in HIV-positive and HIV-negative men and women with one or more treatment periods. Drug and Alcohol Review 2003; 22(1): 27-34.
- 21 Maddux JF, Desmond DP. Outcomes of methadone maintenance 1 year after admission. Journal of Drug Issues 1997; 27(2): 225-238.
- 22 Appel PW, Joseph H, Kott A, Nottingham W, Tasiny E, Habel E. Selected in-treatment outcomes of long-term methadone maintenance treatment patients in New York State. The Mount Sinai Journal of Medicine, New York 2001; 68(1): 55-61.
- 23 D'Ippoliti D, Davoli M, Perucci CA, Pasqualini F, Bargagli AM. Retention in treatment of heroin users in Italy: the role of treatment type and of methadone maintenance dosage. Drug and Alcohol Dependence 1998; 52(2): 167-171.
- 24 Fischer G, Kayer B. Substanzabhängigkeit vom Morphintyp – State-of-the-Art der Erhaltungstherapie mit synthetischen Opioiden. Psychiatrie & Psychotherapie (2006) 2/2: 39-54.
- 25 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) (2017); *Leitlinie - Qualitätsstandards für die Opioidsubstitutionstherapie*, 1. Auflage

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Dr. Raphael Linser
raphael.linser@tirol-kliniken.at