

Recherche zum Thema:

"Anteil, Missbrauch und Folgen der Substitution mit retardierten Morphinen in Österreich"

zusammengefasst von Dr. med. Martin Sprenger MPH
letzte Aktualisierung: 12.03.2004

EINFÜHRUNG

Am 22. Jänner 2003 wurde der Autor erstmals im Rahmen seiner Tätigkeit als Allgemeinmediziner für die Caritas Marienambulanz mit einer Anfrage bezüglich möglicher Nebenwirkungen beim intravenösen Konsum von retardierten Morphinen konfrontiert. Gestellt wurde die Frage von einer 18-jährigen Drogenkonsumentin, die ihre morgendlichen Wadenschmerzen auf den „Wachsanteil“ zurückführte, der bei der Auflösung des zur oralen Einnahme vorgesehenen Substitutionsmittels zurückbleibt und teilweise intravenös mitinjiziert wird. Es folgten längere Gespräche mit DrogenkonsumentInnen, Streetworkern, ÄrztekollegInnen und Drogenkoordinatoren. Fundierte Antworten ergaben sich dadurch keine, jedoch hörte der Autor viele Vermutungen, Befürchtungen, aber auch Bagatellisierungen. Nachdem von Seiten der DrogenkonsumentInnen großes Interesse an mehr Information geäußert wurde, führte der Autor im Frühjahr 2003 eine einfache Literatursuche durch und erstellte auf dieser Basis ein Infoblatt für die Kontaktstelle der Drogenstreetworker in Graz, um vor möglichen gesundheitlichen Folgen, die durch den intravenösen Konsum von Tabletten oder Kapseln, die für oralen Gebrauch bestimmt sind, zu warnen. Wohl wissend, dass es sich dabei nur um den Anfang einer professionellen Recherche zum Thema „Nebenwirkungen beim intravenösen Konsum retardierter Morphine?“ handeln konnte, wurde Kontakt mit dem Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG)¹ aufgenommen und es folgte eine Diskussion des Themas unter Teilnahme der Caritas Drogenstreetworker, der Drogenkoordinatoren von Graz und der Steiermark, sowie dem Team der „Rollenden Ordination“.

Anfang 2004 konnte die im Jänner 2003 gestellte Frage noch immer nicht zufrieden stellend beantwortet werden. In dieser Phase kam es zu einer Vernetzung von nachdenklich gewordenen Personen aus Wien, Graz, Innsbruck und Vorarlberg, um gemeinsam an der Beantwortung zu arbeiten.

ZIELE DER RECHERCHE

Diese Recherche dient dazu folgende Fragen zu beantworten:

1. In welchem Ausmaß hat der Anteil von retardierten Morphinen in der Substitution in Österreich in den letzten Jahren zugenommen?
2. In welchem Ausmaß werden retardierte Morphine intravenös konsumiert?
3. Welche Gesundheitsgefahren bestehen beim intravenösen Konsum von retardierten Morphinen?

METHODIK

1. Die elektronische Datenbank Medline wurde auf relevante Artikel seit 1990 durchsucht. Keywords: talcum, intravenous
2. Suche im Internet nach relevanten Informationen
3. Zusammenführung von Unterlagen und Beiträgen, die von den Netzwerkpartnern für die Beantwortung der Fragen im Zeitraum Jänner 2004 bis März 2004 zur Verfügung gestellt wurden.

Bemerkung: Die Recherche wurde als unabhängige private Initiative, d.h. ohne Auftrag einer öffentlichen Stelle und ohne jegliche finanzielle Unterstützung durchgeführt.

HINTERGRUND

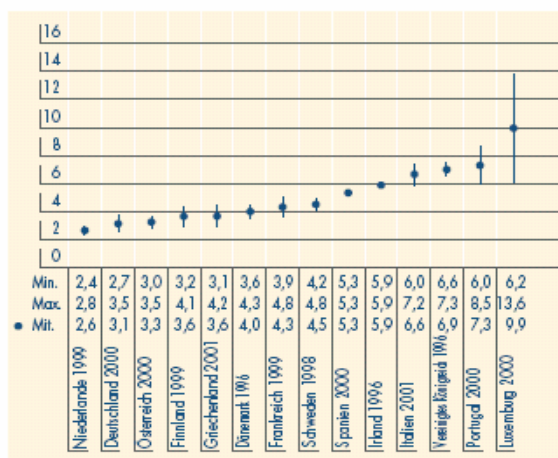
Der Jahresbericht 2003 der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) definiert problematischen Drogenkonsum als:

„injizierender Drogenkonsum oder andauernder/regelmäßiger Konsum von Opiaten, Kokain und/oder Amphetaminen.“²

Der Jahresbericht beruht auf Informationen, die der EBDD von den Focal Points des Europäischen Informationsnetzwerkes zu Drogen und Drogenabhängigkeit (REITOX) der Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) und Norwegens (das seit 2001 an der Arbeit der EBDD beteiligt ist) in Form eines nationalen Berichts zur Verfügung gestellt werden. REITOX-Focal Point in Österreich ist seit 1995 der Arbeitsbereich „Drogen“ des ÖBIG. In enger Zusammenarbeit mit dem EU-Netzwerk werden dort auf österreichischer Ebene Aktivitäten zum Ausbau des nationalen Monitoringsystems sowie zur Qualitätssicherung im Drogenbereich durchgeführt.

Zwar ist in der Europäischen Union die Zahl der problematischen Drogenkonsumenten insgesamt niedrig, doch ist ihr Anteil an den sich aus dem Drogenkonsum ergebenden gesundheitlichen und sozialen Problemen unverhältnismäßig groß. Nationale Schätzwerte für den problematischen Drogenkonsum liegen zwischen zwei und zehn Fällen je 1.000 Erwachsene (d. h. zwischen 0,2 und 1 %). Ungefähr die Hälfte der „problematischen Drogenkonsumenten“ in der EU sind vermutlich injizierende Drogenkonsumenten, d. h. ca. 500.000 bis 750.000 der geschätzten 1-1,5 Millionen problematischen Drogenkonsumenten in der EU.³

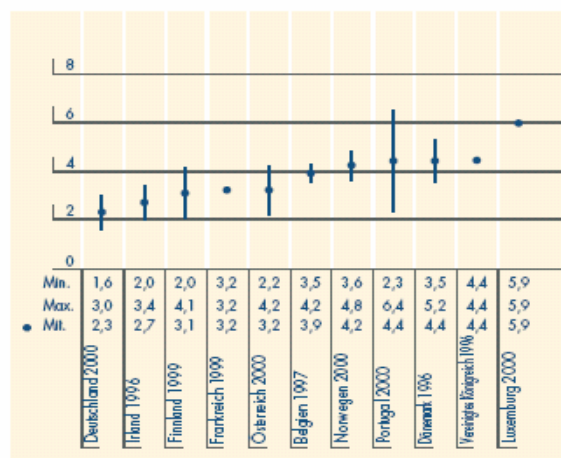
Abbildung 4: Schätzungen des problematischen Drogenkonsums in einzelnen Mitgliedstaaten der EU (jüngste Einjahresprävalenz je 1 000 Einwohner im Alter von 15 bis 64 Jahren)



Anmerkungen: Die Zahlen zeigen die kombinierte Länderbandbreite der verschiedenen Schätzungen. Sie können auf verschiedenen Methoden und Datenquellen beruhen und sollten daher mit Vorsicht interpretiert werden (spezifische Schätzungen und alle Einzelheiten sind in den statistischen Tabellen der Online-Version zu finden). Der Punkt gibt die mittlere Schätzung an, während die Linie die Unsicherheitsbandbreite des 95%-Vertrauensintervalls darstellt. Je länger die Linie, desto breiter ist die Bandbreite der Prävalenzschätzungen (liegt für Spanien und Irland nicht vor). Alle Schätzungen sind mit der EBDD-Definition des problematischen Drogenkonsums vereinbar. Die schwedische Schätzung wurde an diese Definition angepasst.

Quellen: Nationale Knotenpunkte im Rahmen des EBDD-Projekts: „National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995-2000“, CT.00.RTX.23, Lissabon, EBDD, 2003. Koordinierung: Institut für Therapieforschung, München.

Abbildung 5: Schätzungen des injizierenden Drogenkonsums in Mitgliedstaaten der EU (jüngste Einjahresprävalenz je 1 000 Einwohner im Alter von 15 bis 64 Jahren)



Anmerkungen: Die Zahlen zeigen die kombinierte Länderbandbreite der verschiedenen Schätzungen. Sie können auf verschiedenen Methoden und Datenquellen beruhen und sollten daher mit Vorsicht interpretiert werden (spezifische Schätzungen und alle Einzelheiten sind in den statistischen Tabellen der Online-Version zu finden). Der Punkt gibt die mittlere Schätzung an, während die Linie die Unsicherheitsbandbreite des 95%-Vertrauensintervalls darstellt. Je länger die Linie, desto breiter ist die Bandbreite der Prävalenzschätzungen (liegt für Frankreich, Luxemburg und das Vereinigte Königreich nicht vor).

Quellen: Nationale Knotenpunkte im Rahmen des EBDD-Projekts: „National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995-2000“, CT.00.RTX.23, Lissabon, EBDD, 2003. Koordinierung: Institut für Therapieforschung, München.

(Quelle: EBDD, Jahresbericht 2003. 19.)

In Österreich zeigt sich beim problematischen Drogenkonsum eine Entwicklung in Richtung veränderter Substanzmuster vor allem im Rahmen des polytoxikomanen Konsums. Dies bezieht sich einerseits auf die steigende Bedeutung von aufputschenden Substanzen und andererseits auf die zunehmende Ablöse von Heroin durch Morphine beim Opiatkonsum. Die Zahl der Personen mit problematischem Drogenkonsum wird in Österreich auf 20.000 bis 30.000 geschätzt.⁴

Neue Wege in der Drogensubstitution, Pressekonferenz, 14. Jänner 1999, Wien

„Opiatabhängigkeit Experten begrüßen erweitertes Therapiespektrum. Bislang stand für die Substitution in erster Linie Methadon zur Verfügung. Inzwischen weiß man aber, dass nicht alle Abhängigen gleich gut auf diese Substanz ansprechen. Manche Patienten leiden unter schweren und unangenehmen Nebenwirkungen, andere wieder werden übermäßig gedämpft und lethargisch. Andere Drogen wie z. B. Kokain werden dann eingenommen, um derartige Effekte zu kompensieren. In manchen Fällen führen die Nebenwirkungen sogar dazu, dass die Patienten aus dem Substitutionsprogramm aussteigen und die Therapie abbrechen. Ein Wechsel auf eine andere Substanz ist, wie OA Dr. Gabriele Fischer, Leiterin der Drogenambulanz an der Universitätsklinik für Psychiatrie, Wien, betonte, erst seit dem Einsatz von retardiertem Morphin möglich. Weil die Wirkdauer vergleichbar lang ist wie bei Methadon, die Nebenwirkungen aber in den Hintergrund treten, stellen retardierte Morphinerivate einen entscheidenden Fortschritt in der medizinischen Behandlung der Opiatabhängigkeit dar. Nebenwirkungen wie starkes Schwitzen, Gewichtszunahme, Wasser-Retention im Gewebe, Depressionen, Antriebslosigkeit, Stimmungsschwankungen und andere psychische Störungen haben bei der Substitution mit Methadon die angestrebte Resozialisierung oft erschwert. Verbesserte Therapiemethoden, so G. Fischer, sollten daher allen Suchtkranken, die häufig gesellschaftlicher Diskriminierung ausgesetzt sind, helfen, nicht durch mangelnde Therapiestandards einer wiederum diskriminierenden Behandlung unterzogen zu werden. Morphin statt Methadon - vorteilhafte neue Drogensubstitution. Von den vermutlich mehr als 20.000 drogensüchtigen Österreichern erhielten 1998 insgesamt 3.082 eine Drogensersatztherapie. Derzeit wird für die Drogensubstitution vor allem noch Methadon eingesetzt. Immer mehr setzen sich allerdings die Vorteile von retardiertem Morphin durch, weswegen die Substanz sogar nun weltweit erstmals in Österreich unter dem Handelsnamen Substitol® behördlich in der Indikation zur Drogensubstitution zugelassen wurde. Damit gelang es, eine klare Abgrenzung zwischen Schmerz- und Substitutionstherapie zu schaffen. Das Morphinsulfat-Präparat wird unter Kontrolle an die Süchtigen abgegeben und hat eine Langzeitwirkung von 24 Stunden. Das hat den Vorteil, dass es nur einmal täglich eingenommen werden muss. Eine Einnahme unter der Aufsicht des abgebenden Apothekers - wie es das neue Suchtmittelgesetz vorschreibt - ist infolgedessen relativ einfach durchzuführen. Auch Univ.-Prof. Dr. Alfred Springer, Leiter des Boltzmann-Institutes für Suchtforschung in Wien, erwartet von der derzeitigen Entwicklung einen entscheidenden Fortschritt in der medizinischen Behandlung der Opiatabhängigkeit: Da Heroin im Körper rasch zu Morphin verstoffwechselt wird, ist der Wirkstoff des neuen Morphinpräparates genau jene Substanz, an die sich der Körper des Süchtigen im Verlauf seiner Abhängigkeitsentwicklung gewöhnt hat. Sogar bei schwerer Leberinsuffizienz ist die Verabreichung des Morphinsulfates völlig ungefährlich. Dies wiegt umso mehr, als Drogenabhängige häufig an Hepatitis C leiden. Gerade bei Leberinsuffizienz ist Methadon aber nicht ungefährlich, so Univ.-Prof. Mag. Dr. Eckhard Beubler vom Institut für Experimentelle und Klinische Pharmakologie in Graz, und wies in diesem Zusammenhang auf einige mit Methadon dokumentierte Todesfälle hin. Nicht zuletzt hofft auch die Exekutive, dass durch eine höhere Akzeptanz der Therapie mit dem neuen Morphinpräparat eine Entspannung in der Szene der Begleit- und Beschaffungskriminalität eintritt. Weltweit erste Zulassung Das neue Präparat Substitol mit dem Wirkstoff Morphinsulfat-pentahydrat steht seit 1. Jänner 1999 in Kapselform mit den Stärken 120 mg und 200 mg zur Verfügung. Der Metabolismus ist sehr einfach: Es wird an seinen zwei Hydroxylgruppen glukuronidiert und die Konjugationsprodukte werden mit dem Harn ausgeschieden. Eine Kumulation, wie das bei Methadon der Fall sein kann, findet daher nicht statt. Die Substanz ist bewährt, führt zu weniger Nebenwirkungen als die bisherige Standardtherapie, reduziert durch seine Einmalgabe das Missbrauchsrisiko und lässt im Vergleich zur Standardtherapie einen deutlich geringeren Zusatzkonsum von psychotropen Substanzen erwarten.“⁵

FRAGE 1: IN WELCHEM AUSMASS HAT DER ANTEIL VON RETARDIERTEN MORPHINEN IN DER SUBSTITUTION IN ÖSTERREICH IN DEN LETZTEN JAHREN ZUGENOMMEN?

Die beiden wichtigsten Behandlungsmodalitäten bei illegalem Drogenkonsum sind die medikamentengestützte Behandlung und die abstinenzorientierte Behandlung. Die medikamentengestützte Behandlung findet fast ausschließlich ambulant statt, während eine abstinenzorientierte Behandlung entweder stationär oder in ambulanten Einrichtungen durchgeführt werden kann. Beide Behandlungsformen beinhalten eine Substitutionstherapie. In der EU werden zur Substitution nur Agonisten (z.B. Methadon) oder kombinierte Antagonisten-Agonisten (z.B. Buprenorphin) verwendet, während Antagonisten (z.B. Naloxon) gegebenenfalls in der Entzugsbehandlung eingesetzt werden.

Methadon ist die in der EU weitaus am häufigsten verwendete Substitutionssubstanz.

Tabelle 3: Entwicklung der Substitutionsbehandlung in den 15 Mitgliedstaaten und in Norwegen.

	Geschätzte Zahl der substituierten Personen (*)		Veränderung (in %)
	1997/1998	2001/2002	
Belgien	6 617	7 000	5,8
Dänemark	4 298	4 937	14,9
Deutschland (†)	45 300	49 300	8,8
Griechenland	400	1 060	165,0
Spanien	51 000	78 806	54,5
Frankreich	53 281	85 757	61,0
Irland	2 859	5 865	105,1
Italien	77 537	86 778	11,9
Luxemburg (‡)	931	1 007	8,2
Niederlande	13 500	13 500	0
Österreich	2 966	5 364	80,8
Portugal	2 324	12 863	453,5
Finnland	200	400	100,0
Schweden	600	621	3,5
Vereinigtes Königreich (‡)	28 776	35 500	23,4
Norwegen	204	1 853	808,3
Insgesamt	290 793	390 611	34,3

(*) Bei einigen Ländern beziehen sich die Ziffern auf die Anzahl der Klienten, bei einigen anderen Ländern auf die geschätzte Zahl der Behandlungsplätze.
(†) In Deutschland umfassen die Zahlen auch mit Dihydrocodein substituierte Patienten, schätzungsweise etwa 8 800 Personen im Jahr 1998 und 3 700 im Jahr 2000.
(‡) Im Rahmen des staatlichen Methadon-Projekts wurden 1998 und 2001 jeweils 186 bzw. 156 Klienten registriert, während 745 bzw. 849 die Substitutionstherapie mit ihrem Hausarzt durchführten.
(§) Nur England und Wales.
Quellen: EBDD-Jahresbericht 1998 (mit Daten von 1997 oder davor) und Nationale Berichte 2001 und 2002.

Tabelle 3 des Jahresberichtes 2003 der Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht vergleicht die Daten zur Substitutionsbehandlung aus 1997/1998 mit den neuesten Informationen aus den Mitgliedstaaten. Dabei wird deutlich, dass die allgemeine Verfügbarkeit der medikamentengestützten Behandlung stark zugenommen hat. Der Gesamtzuwachs auf EU-Ebene liegt bei ca. 34 % innerhalb von rund 5 Jahren. Aus allen Ländern wird über eine Evaluierung der Drogenbehandlung und Forschung in diesem Bereich berichtet.

(Quelle: EBDD, Jahresbericht 2003. 50.)

Laut Jahresbericht 2003 der EBDD ist Subutex® (Buprenorphin) die in Frankreich und Finnland seit Jahren meistverwendete Substitutionssubstanz und wird auch von Privatärzten in Portugal und Luxemburg verordnet. In Belgien, Dänemark, Deutschland, Griechenland, Spanien, Österreich und im Vereinigten Königreich wird Buprenorphin in weit geringerem Umfang als Methadon eingesetzt.⁶

Auch im mit 1. Jänner 1998 in Kraft getretenen österreichischen Suchtmittelgesetz, BGBl I, Nr. 112/1997 (SMG), steht:

„Bei der Substitutionsbehandlung gilt Methadon grundsätzlich als das Mittel der ersten Wahl. Andere Substitutionsmittel wie z.B. retardierte Morphine, Codeine oder Buprenorphin sollen nur bei nachvollziehbarer und objektivierbarer Unverträglichkeit von Methadon oder bei Auftreten von massiven Nebenwirkungen verschrieben werden.“

Das nationale Monitoring der Substitutionsbehandlungen wird in Österreich vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) wahrgenommen und basiert auf den Meldungen der behandelnden Ärzte. Als wesentliches Problem zur Beurteilung der Datenqualität nennt das ÖBIG Fehler bei der Meldung des Endes von Substitutionsbehandlungen. Dadurch kommt es zu Fehlern in der Statistik, da Personen trotz Beendigung ihrer Substitutionsbehandlung in die Statistik eingehen.

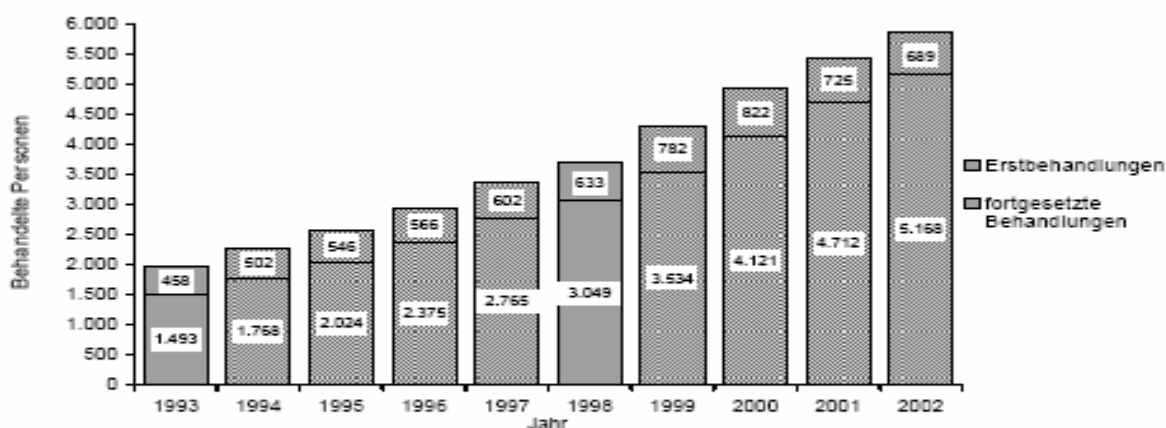
Tabelle 3.1: Vergleich der Daten des BMGF und regional verfügbare Daten zu den in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen

	BMGF	Regional	Differenz
Oberösterreich (Stichtag 31.12.2002)	347	386	39
Tirol (Stichtag 31.12.2001)	207	447	240
Vorarlberg (Im Jahr 2002 behandelte Personen)	438	357	81
Wien (Stichtag 1.11.2002)	2.978	3.840	862

Quellen: BMGF - Abt. III/B/11, ÖBIG-eigene Berechnungen; OÖ: Suchtkoordination OÖ 2003; Tirol: Oberarzbacher 2002; Vorarlberg: Dittrich et al. 2003b; Wien: FSW 2003d

(Quelle: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Bericht zur Drogensituation 2003. Wien 2003. 25.)

Abbildung 3.1: Entwicklung der Zahl der jährlichen Meldungen von aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in Österreich nach Erst- und fortgesetzten Behandlungen, 1993 - 2002



Anmerkung: Fortgesetzte Behandlungen sind Behandlungen, die vor dem jeweiligen Jahr begonnen wurden, oder wiederholte Behandlungen von Personen, welche früher schon einmal in Substitutionsbehandlung waren. Erstbehandlung bedeutet, dass die entsprechenden Personen bisher noch nie in Substitutionsbehandlung waren. Die Diskrepanzen zu den Zahlen in den Berichten der Vorjahre ist durch verspätete Meldungen von Substitutionsbehandlungen zu erklären.

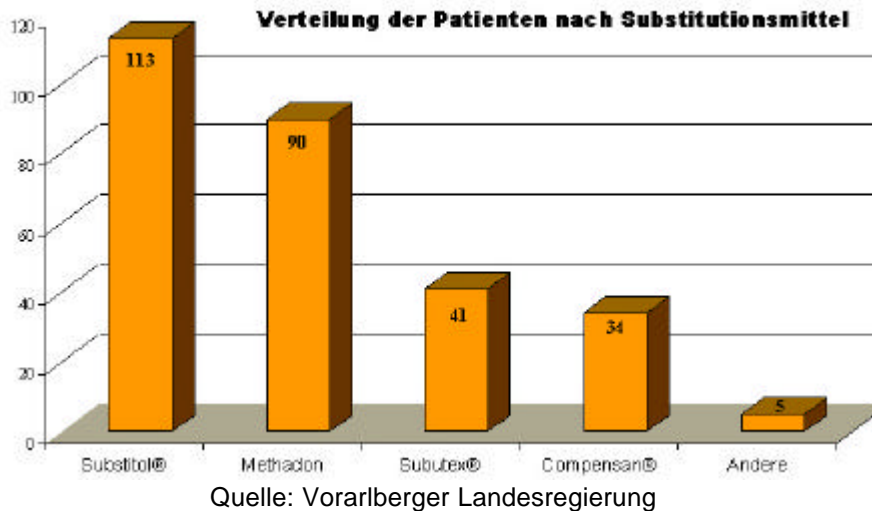
Quellen: BMGF, ÖBIG-eigene Berechnungen

(Quelle: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Bericht zur Drogensituation 2003. Wien 2003. 25.)

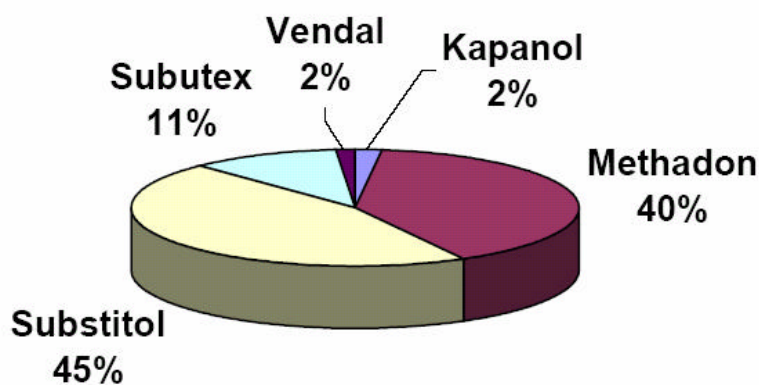
Unter der Annahmen, dass es 20.000 bis 30.000 Personen in Österreich mit problematischem Drogenkonsum gibt, beträgt der Anteil der Substituierten (Erstbehandlungen + fortgesetzte Behandlungen) 20 - 30%.

Laut Bericht zur Drogensituation 2003 des ÖBIG sank der Prozentsatz von Methadon Österreichweit auf 29,5% im Jahr 2002 (2000: 53,4%).⁷ Daraus ergibt sich, dass derzeit ca. 40-50% aller Substituierten in Österreich (ca. 2500 – 3000 Personen) retardierte Morphine erhalten.

Dies bestätigen die Zahlen aus Vorarlberg, wo mit Stand 31. Dezember 2002 98 Personen (71 m/27 w) in der Substitutionsbehandlung registriert waren, davon 42 Erstmalsaufnahmen (30 m/12 w). 41 waren mit Subutex® (Buprenorphin) und 90 mit Methadon substituiert. Die größte Gruppe mit 113 Personen erhielt Substitol® (Morphinsulfat-Pentahydrat).



In Oberösterreich standen mit Stichtag 31.12.2001 329 Personen (232 m/97 w) in Substitutionsbehandlung. 132 (Zahlen 2000: 136) erhielten Methadon, 151 (114) Substitol®, 35 (37) erhielten Subutex®, 5 (6) wurden mit Vendal® und 6 (7) Kapanol®.⁸

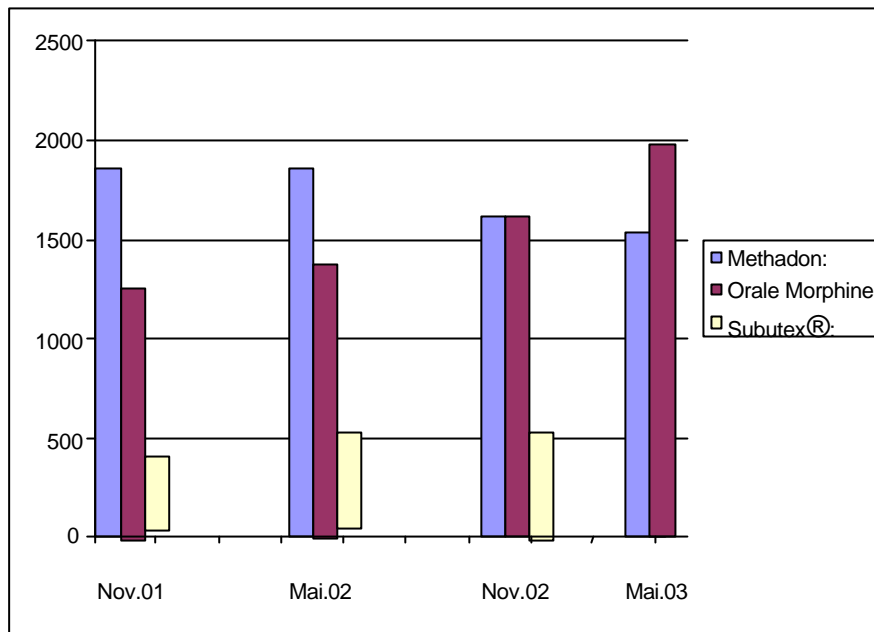


(Quelle: Suchtbericht 2002 für das Land Oberösterreich)

Seit 1985 haben wird Mundidol® retard in der Schmerztherapie eingesetzt. Seit 1993 wurden an der Universitätsklinik für Psychiatrie im Wiener AKH Erfahrungen mit Mundidol® retard in der Substitution gesammelt und publiziert. Für diese neue Indikation von Mundidol® retard wurde die Wirkungsdauer des Präparats auf 24 Stunden verlängert. Dieses nun 24 Stunden wirksame retardierte Präparat wurde als Substitol® retard in der Substitutionstherapie und als Mundidol uno® in der Schmerztherapie eingesetzt. Es sind zwar identische Präparate der gleichen Firma, die unterschiedliche Bezeichnung ermöglicht aber eine klare Abgrenzung zwischen Substitutions- und Schmerztherapie. Im Oktober 1998 wurde für Substitol® retard in Österreich die weltweit erste Zulassung eines retardierten Morphins in der oralen Substitutionsbehandlung von Patienten mit Opiatabhängigkeit erreicht.

In Wien hat sich das Verhältnis von Methadon, Subutex® und oralen Morphinen seit November 2001 deutlich zugunsten von Substitol® verändert.⁹

	Nov.01	Mai 02	Nov.02	Mai 03
Methadon:	1869	1871	1637	1538
Orale Morphine:	1269	1385	1617	2061 ¹⁰
Subutex®:	374	485	547	



Die Zahl von Jugendlichen in Substitutionsbehandlung hat sich in Wien zwischen Mai 2002 und Mai 2003, dem Wegfall der bis dahin geltenden speziellen Indikationsstellung für diese Altersgruppe, von 52 auf 136 mehr als verdoppelt.¹¹

Dr. Salvatore Giacomuzzi et al. führten 2003 in Tirol eine anonyme Befragung von 158 ambulant substituierten OpiatklientInnen durch. Ziel der Befragung war die Erfassung der aktuellen Konsumform von Drogen.¹²

Ergebnisse: Das Alter des Drogenerstkonsums lag bei den Männern bei 15,1 (2,4) und bei den Frauen bei 15,2 (3,5) Jahren. Lebensalter und Einstiegsalter bei Drogenkonsum korrelierten signifikant positiv. Cannabis stellte mit 55,8% der Angaben der befragten Opiatklienten die häufigste Einstiegsdroge dar, gefolgt von Alkohol mit 33,8%, Opiaten mit 17,6% und Nikotin mit 11,8%. Auffallend bei den Klienten im Substitutionsprogramm war der Beikonsum von Benzodiazepinen zu 44,7% bei Männern und 39,7% bei Frauen, von Cannabis (74,5% Männer; 52,4% Frauen) sowie von Retard-Morphinen (41,4% Männer; 33,3% Frauen). Kokain wurde in den letzten 6 –12 Monaten signifikant weniger oft von Männern (63,8%) als von Frauen (90,5%) zusätzlich konsumiert. 93,3% aller Befragten stufen ein Nachbetreuungsprogramm nach erfolgtem Entzug sowie 71,9% spezielle Betreuungsprogramme für Designerdrogen als sehr wichtig ein.

Folgerung: Die vorliegende Studie unterstützt die Annahme eines sinkenden Einstiegsalters in den Drogenerstkonsum. Aufgrund der Ergebnisdaten bzgl. Einstiegsalters, polytoxikomaner Konsummuster und geschlechtsspezifischen Aspekten kann davon ausgegangen werden, dass Zielsetzungen von Substitutionsprogrammen sich nur erreichen lassen, wenn die vorhandenen Programme adäquat auf Szenebedingungen adaptiert sind und mit anderen Drogenhilfssystemen kooperieren.

Die Frage, ob der Anteil von retardierten Morphinen in der Substitution in Österreich zugenommen hat, lässt sich mit einem klaren JA beantworten. Warum der Anteil von retardierten Morphinen dermaßen zugenommen hat lässt sich nicht so einfach beantworten, dürfte aber auf das Zusammentreffen von mehreren Faktoren zurückzuführen sein.

1. Perfektes Marketing und Lobbying der Pharmaindustrie
2. Gezielte Förderung von retardierten Morphinen durch Schlüsselpersonen der Drogenbehandlung in Fachpublikationen¹³ und bei Fachveranstaltungen.
3. Ideale Bedürfnisbefriedigung der Drogenszene mit einer Substanz, die weit über die Ziele einer Substitutionstherapie hinausgehend verwendet bzw. missbraucht werden kann.

IN WELCHEM AUSMASS WERDEN RETARDIERTE MORPHINE INTRAVENÖS KONSUMIERT?

Im Jahresbericht 2003 der EBDD findet sich in Bezug auf die missbräuchliche Verwendung von Buprenorphin nur ein kleiner Hinweis:

„... Schweden hingegen bereitet Einschränkungen für die Verschreibung von Buprenorphin vor, und in Finnland hat sich durch den illegalen Konsum von Buprenorphin Behandlungsbedarf ergeben. Es wurde über einige Todesfälle im Zusammenhang mit Buprenorphin und Sedativa berichtet.“¹⁴

Im Bericht zur Drogensituation 2003 des ÖBIG gibt es zwei Textstellen die sich mit der Problematik rund um den Missbrauch von retardierten Morphinen beschäftigen:

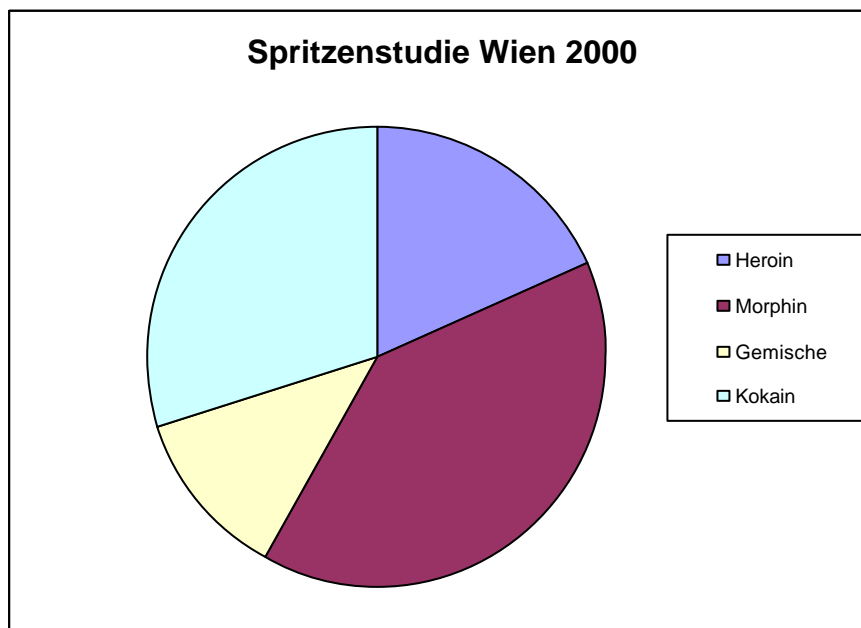
„Aus Vorarlberg, Tirol und Graz wird weiters über die zunehmende Bedeutung von Morphinen im Schwarzhandel berichtet, während Heroin an Relevanz verliert. Dies entspricht Berichten der Vorjahre (vgl. ÖBIG 2002a) und wird auf Markt- bzw. Angebotsmechanismen zurückgeführt. Aus Graz wird beispielsweise berichtet, dass in Folge der Aktivitäten einer polizeilichen Sondereinsatzgruppe Heroin schwer verfügbar und wesentlich teurer wurde, wodurch die Abhängigen auf illegal bezogene Substitutionsmittel und Psychopharmaka ausweichen (Zeder, persönliche Mitteilung). In Vorarlberg und Tirol wird vermutet, dass durch den verstärkten Einsatz von Morphintabletten im Rahmen der Substitutionsbehandlung diese auch vermehrt auf den Schwarzmarkt gelangen. Darauf wird mit neuen Strategien der Substitutionsbehandlung reagiert (vgl. Kap. 11.2).“¹⁵

In Kapitel 11.2. „Substitutionsbehandlung“ wird noch einmal kurz darauf eingegangen:

„Die Rahmenbedingungen der Substitutionsbehandlung haben sich nicht wesentlich geändert. Vor allem als Reaktion auf die verstärkte Präsenz von Morphinen im Straßenhandel wird in Vorarlberg eine Adaptierung der Substitutionsbehandlung diskutiert.“¹⁶

Dr. Hans Haltmayer (Ärztlicher Leiter Ambulatorium Ganslwirt, Verein Wiener Sozialprojekte) et al. analysierten im Jahr 2000 die rückgetauschten Spritzen (753 Proben = 7 Tage) im Ganslwirt in Wien, mit folgendem Ergebnis:¹⁷

„In 17 % der Spritzen konnten Reste von Heroin festgestellt werden, in 37 % der Spritzen fand sich reines Morphin (Substitutionsmittel bzw. Schmerzmittel aus der pharmazeutischen Produktion), in 11 % fanden sich Gemische und in 28 % Kokain.“



Die offiziellen Ergebnisse der 2003 durchgeführten Spritzenstudie liegen noch nicht vor. Allerdings wurde inoffiziell bekannt, dass der Morphinanteil weiter gestiegen ist.

In Innsbruck wurde eine Analyse von Harnproben im Zeitraum 2000–2003 durchgeführt. Heroin (= Diacetylmorphin, halbsynthetisches Derivat von Morphin) wird durch Biotransformation in 6-Monoacetylmorphin (6-MAM) und anschließend in Morphin umgewandelt. 6-MAM wird in der unkonjugierten Form im Urin ausgeschieden und ermöglicht so, zumindest theoretisch, die Differenzierung zwischen Heroingebrauch und Einnahme von Morphin, Codein und anderen opiathaltigen Medikamenten.

Die Ergebnisse wurden für die Methadon- und die Buprenorphingruppe getrennt ausgewertet:

Urine samples	Methadon [%]					total positive %	Buprenorphine [%]					p-values between total positive percentages
	negative	weak pos	pos	strong pos			negative	weak pos	pos	strong pos	total pos %	
Amphetamine	96,3	0,7	0,4	2,6	3,7	95,0	1,1	0,0	3,9	5,0	0,374	
Benzodiazepine	37,8	1,8	2,0	58,5	62,2	59,5	1,5	1,8	37,1	40,5	0,000	
Cocaine	92,7	0,7	0,4	6,1	7,3	94,6	0,7	0,5	4,2	5,4	0,001	
Codeine	89,0	1,3	4,4	5,3	11,0	90,0	2,0	3,1	4,8	10,0	0,536	
Ethanol	82,3	6,7	4,1	6,9	17,7	91,1	4,2	2,1	2,6	8,9	0,000	
Methadone	4,0	1,5	6,9	87,7	-	95,4	0,7	2,1	1,8	4,6	-	
Morphine	36,3	12,4	16,6	34,7	63,7	36,4	16,7	18,9	28,0	63,6	1,000	
Dihydrocodeine	84,6	1,4	2,7	11,3	15,4	92,0	1,7	1,1	5,2	8,0	0,000	
Monoacetylmor	93,3	1,0	2,1	3,7	6,7	93,0	0,9	2,4	3,7	7,0	0,774	
Total	69,1	2,7	3,8	24,5	42,3	84,1	2,7	2,8	10,5	14,6	0,000	

Inwieweit der hohe Anteil an Morphinen in beiden Gruppen auf den intravenösen Konsum von retardierten Morphinen zurückzuführen ist, sollte zumindest diskutiert werden.

Die Frage, in welchem Ausmaß die in der Substitution eingesetzten retardierten Morphine intravenös konsumiert werden lässt sich nicht exakt beantworten. Basierend auf den oben angeführten Zahlen muss man aber davon ausgehen, dass 40-50% der mit retardierten Morphinen substituierten Personen (ca. 1000–1500) diese auch intravenös konsumieren. Schätzungen von Personen aus dem Feld (z.B. Streetworker, Substituierte) liegen um einiges höher zwischen 60 und 90%.

Es scheint, als ob sich die Drogenszene der Substitutionspolitik angepasst hat und sie in vielen Bereichen ad absurdum führt. Unbeantwortet blieb vielerorts nicht nur die Frage nach dem Ausmaß des Missbrauchs von Substitutionsmitteln und der Verwendung von Substitutionsmitteln zur Geldbeschaffung, sondern vor allem die immer drängendere Frage inwieweit das Substitutionsmittel per se als Einstiegsdroge dient.¹⁸ Sollte der Grund der überall beobachteten „Szenenverjüngung“ in einer deutlich niedrigeren Hemmschwelle eines original verpackten „Substitutionsmittels“ im Vergleich zu „Heroin“ liegen, dann ergäbe dies einen weiteren Aspekt unter dem die Substitution mit retardierten Morphinen kritisch zu betrachten wäre.

Während seiner Recherche stieß der Autor auf genügend Zitate von Personen aus der Drogenbehandlung in denen auf die Vorzüge und Gefahrlosigkeit von retardierten Morphinen hingewiesen wird. Selbst wenn retardierte Morphinpräparate in Kapsel- oder Tablettenform, die auf dem Schwarzmarkt erhältlich sind, für KonsumentInnen im Hinblick auf Reinheit und Dosis gegenüber Schwarzmarktheroin von Vorteil sind, ist das Entschuldigung genug, die gesundheitlichen Gefahren die durch den intravenösen Konsum von retardierten Morphinen entstehen könnten, nie hinterfragt zu haben?

WELCHE GESUNDHEITLICHEN GEFAHREN BESTEHEN BEIM INTRAVENÖSEN KONSUM VON RETARDIERTEN MORPHINEN?

Die Matrix von retardierten Morphinen, wie auch die aller anderen retardierten Pharmazeutika, besteht aus Ethylzellulose, Hydriertem Pflanzenöl, Magnesiumstearat und **Talkum**.

Talkum ist ein Mineral (hydratisiertes Magnesiumsilikat), das als leichtes, weißes, weiches, wasserunlösliches, sich fettig anfühlendes Pulver als Schmier-, Gleit- und Fließregulierungsmittel bei der Tablettierung und Kapselfüllung von Medikamenten verwendet wird.

Beim Missbrauch von Substitutionsmitteln, die für den oralen Gebrauch bestimmt sind, wird entweder die äußere Schicht der Tablette entfernt bzw. die Kapseln geöffnet und die darin enthaltenen Pellets entleert, zerdrückt, zerrieben und in Wasser aufgelöst. Die nicht in Lösung gehenden Bestandteile bilden eine „Wachsschicht“, die mit Zigarettenfiltern entfernt bzw. abgefiltert wird. Die Restlösung wird als Suspension injiziert.

Wie viel Talkum in der Matrix retardierter Morphine enthalten ist und wie viel davon durch die „Maßnahmen“ von KonsumentInnen entfernt wird kann nur mittels einer biochemischen Untersuchung geklärt werden. Um mehr über die Gesundheitsgefahren beim intravenösen Konsum von Talkum zu erfahren genügt eine Literatursuche.

Wiederholung der im Frühjahr 2003 durchgeführten Literatursuche („dirty search“) am 02.02.2004 von Dr. Martin Sprenger:

Database: Medline

Keywords: talcum, intravenous

Suchstrategie: talcum and intravenous

85 Artikel gefunden, davon 51 relevant. 296 related article auf ersten Treffer.

Beschrieben werden in den abstracts folgende Langzeitfolgen von Talkumablagerungen (v.a. aufgrund intravenösen Konsums von mit Talkum gestrecktem Heroin, sowie intravenösen Konsums von Methylphenidate (Ritalin?)):

- Talkumablagerungen in der Netzhaut („talc retinopathy“) der Augen führten zu chronischen Augenentzündungen, in manchen Fällen sogar zur Erblindung.
- Fremdkörpergranulome, aufgrund von Talkumablagerungen in der Lunge („pulmonary granulomatosis“), führten in manchen Fällen zu schweren Atemwegserkrankungen
- Fremdkörpergranulome in der Niere und Leber („talc liver“) führten in manchen Fällen zu chronischen Nieren- und Leberschäden.

Bemerkung: Diese Literatursuche kann von jeder Person mit Internetzugang durchgeführt werden. www.ncbi.nlm.nih.gov ↗ Search: PubMed ↗ For: talcum and intravenous ↗ Go

Dauer: ca. 30sec

Im Februar 2004 wurde vom ÖBIG eine ausführlichere Literaturrecherche zum Thema „Gesundheitsgefahren durch intravenöse Applikation von Talkum“ durchgeführt:

Method: Die Literaturrecherche wurde vor allem mit Hilfe von MEDLINE durchgeführt. Sie ergab eine beträchtliche Anzahl an Artikeln aus zumeist US-amerikanischen, medizinischen Fachzeitschriften, von denen ein großer Anteil als Fallstudien klassifiziert wurde. Eine weitere beträchtliche Anzahl an Artikeln befasst sich im Wesentlichen mit Analyse bzw. Diagnosemethoden von verschiedenen Organschäden durch Talkum oder mit Behandlungsmöglichkeiten durch den Einsatz von Talkum. Aufgrund des fehlenden finanziellen Rahmens konnten nur Artikel, die im Internet oder in Wien verfügbar sind, herangezogen werden. Bei diesen Artikeln handelt es sich vor allem um Fallstudien, in denen über bis zu drei verschiedene Fälle berichtet werden. Es sind aber auch einige wenige Vergleichsstudien dabei, in denen eine größere Anzahl an Patienten berücksichtigt wurde.

Zusätzlich zur Literaturrecherche wurde versucht, über das REITOX-Netzwerk weitere Informationen, Studien, Erfahrungen, etc. zu diesem Thema zu erhalten. Informationen zum intravenösen-Konsum (i.v.-Konsum) von Tabletten für den oralen Gebrauch konnten jedoch

nur vom schwedischen Focal Point weitergegeben werden.

Schlussfolgerungen: Ein intravenöser Konsum von Tabletten oder Kapseln, die für oralen Gebrauch bestimmt sind, kann zu teilweise schweren und meist irreversiblen Schäden vor allem der Lunge, aber auch in anderen Organen wie z.B. Leber und Augen führen. Diese Organschäden lassen sich mit Hilfe verschiedener Diagnose- und Analysemethoden in den meisten der untersuchten Fälle eindeutig auf den unlöslichen Hilfsstoff Talkum zurückführen. Durch Talkum induzierte Schäden werden jedoch nicht nur durch den intravenösen Missbrauch von Substitutionsmitteln bedingt, sondern auch durch den mißbräuchlichen i.v.-Konsum von anderen Arzneimitteln, die für oralen Gebrauch bestimmt sind und als Hilfsstoff Talkum enthalten, sowie durch gestrecktes Heroin bzw. Kokain.

Obwohl die Auswirkungen von Talkum gut untersucht sind, gibt es noch offene Fragen: In welchem Ausmaß sind i.v.-Drogenkonsumenten von Organschäden durch Talkum betroffen? Es gibt derzeit keine exakten Zahlen dazu. Ein Grund dafür ist unter anderem, dass die Symptome unspezifisch sind und die Ursache nur durch eine genaue Differentialdiagnose festgestellt werden kann.

Welche Menge an injiziertem Talkum ist für die verschiedenen Schäden verantwortlich? Von vielen Experten wird vermutet, dass die Organschäden mit steigender Menge und Dauer des intravenösen Konsums zunehmen.

Welche Mengen an Talkum gelangen bei einer Injektion von aufgelösten Tabletten oder Kapseln verschiedener Arzneimittel (inklusive Substitutionsmittel), die für den oralen Gebrauch bestimmt sind, bzw. von gestrecktem Heroin oder Kokain in den Blutkreislauf?

Aufgrund der zu erwartenden gesundheitlichen Folgen ist es angeraten, die in der Praxis bereits häufig durchgeführte Warnung vor intravenösem Konsum von Tabletten oder Kapseln, die für oralen Gebrauch bestimmt sind, zu intensivieren. Dies gilt nicht nur für Substitutionsmittel, sondern auch für andere, talkhaltige Arzneimittel. Da aber gerade der intravenöse Konsum von Substitutionsmitteln bekannt ist und von vielen Seiten thematisiert wird, sollte die Verwendung von talkhaltigen Substitutionsmitteln in der Substitutionsbehandlung diskutiert werden (Abschätzung der Vorteile gegenüber den gesundheitlichen Risiken). Bezüglich eventuell schädigender Auswirkungen von anderen unlöslichen Hilfsstoffen in Arzneimitteln bzw. Substitutionsmitteln, die für den oralen Gebrauch bestimmt sind, müsste eine weitere Recherche durchgeführt werden. Des Weiteren sollten bei der Diagnose von Erkrankungen im Zusammenhang mit Substanzkonsum bzw. bei der Behandlung und bei der Autopsie von i.v.-Drogenkonsumenten die durch Talkum induzierten Auswirkungen in Betracht gezogen werden.

ZUSAMMENFASSUNG

Seit 1993, als retardierte Morphine (Mundidol® retard) im AKH Wien erstmaligen in der Substitution eingesetzt wurden und der weltweit ersten und bis dato einzigen Zulassung von Substitol® retard im Jahr 1998, haben sie nicht nur das seit 1985 die Substitution dominierende Methadon in fast allen österreichischen Bundesländern verdrängt, sondern der österreichischen Substitutionsbehandlung auch einen weltweiten Sonderstatus verliehen.

Wie es dazu kam, dass heute in keinem anderen Land retardierte Morphine so massiv eingesetzt werden wie in Österreich lässt sich nicht exakt recherchieren, ist aber nicht zuletzt auf eine professionelle Vermarktung und ausgezeichnetes Lobbying zurückzuführen.

Ob der steigende Einsatz und Missbrauch von retardierten Morphinen den Hauptzielen der Substitution

1. Stabilisierung der drogenabhängigen Personen
2. Vermeidung von Begleiterkrankungen (z.B. AIDS, Hepatitis)
3. Vermeidung von illegalem Drogenkonsum
4. Reduktion der Co-Medikation
5. Vermeidung der gemeinsamen Nutzung von Injektionsnadeln
6. Vermeidung der Beschaffungskriminalität und Prostitution
7. Psychosoziale und finanzielle Rehabilitation
8. Raschere Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess
9. Möglichkeit von Reduktion und Entzug

nützt oder schadet sollte offen diskutiert werden.

Hinzukommen weitere offene Fragen:

1. Warum blieben die Warnungen von im Feld tätigen Personen solange ungehört und wurden nicht weiter hinterfragt?¹⁹
2. Warum wurde die jetzt durchgeführte Literatursuche und die noch durchzuführenden biochemischen Analysen nicht schon vor Jahren von den verantwortlichen Stellen in Auftrag gegeben?
3. Ist die nachvollziehbare und objektivierbare Unverträglichkeit von Methadon in Österreich wirklich so viel höher als in anderen europäischen Ländern, oder wird das Suchtmittelgesetz nicht eingehalten?
4. Beneiden uns andere Länder wirklich um den hohen Anteil von retardierten Morphinen in der Substitutionsbehandlung?
5. Ist ein beinahe 50% Anteil von retardierten Morphinen wirklich noch als Diversifikation in der Substitutionsbehandlung zu bezeichnen?
6. Ist der Missbrauch von retardierten Morphinen wirklich über eine Mitgaberegulierung steuerbar, oder ist die Szene nicht immer schlauer und motivierter als die professionellen Akteure?
7. Für wie viele Personen waren und sind retardierte Morphine der Einstieg in den problematischen Drogenkonsum?
8. In welchem Ausmaß sind Organschäden durch den intravenösen Konsum von retardierten Morphinen zu erwarten?
9. Wie hoch ist der Anteil von Drogentoten der auf den intravenösen Missbrauch von Substitutionsmittel zurückzuführen ist?
10. Welche juristischen Aspekte würden sich durch den Nachweis des Zusammenhanges zwischen dem Missbrauch von retardierten Morphinen und Gesundheitsschäden bei TeilnehmerInnen des staatlichen Substitutionsprogramms ergeben?
11. In welchem Ausmaß gelangen in der österreichischen Substitution eingesetzte retardierte Morphine auf den internationalen Schwarzmarkt?
12.?

LITERATUR

¹ Homepage: www.oebig.at

² Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Jahresbericht 2003. Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union und in Norwegen. 2003. www.emcdda.eu.int

³ Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Jahresbericht 2003. Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union und in Norwegen. 2003. 10. www.emcdda.eu.int

⁴ Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Bericht zur Drogensituation 2003. Wien 2003. 22.

⁵ Neue Wege in der Drogensubstitution, Pressekonferenz, 14. Jänner 1999, Wien. www.universimed.com (search: Substitol), aufgesucht am 12.03.04

⁶ Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Jahresbericht 2003. Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union und in Norwegen. 2003. 49. www.emcdda.eu.int

⁷ Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Bericht zur Drogensituation 2003. Wien 2003. 55.

⁸ Amt der Oberösterreichischen Landesregierung. Suchtbericht 2002 für das Land Oberösterreich.

⁹ Ärztekammer für Wien. Rundschreiben an alle Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin der Ärztekammer für Wien. 20. April 2003.

¹⁰ Laut Abschlussbericht der Arbeitsgruppe „Indikationsstellungen in der Substitutionsbehandlung i.v. Drogenkranker“ ist im Zeitraum zwischen Mai 2002 und Mai 2003 die Zahl der SubstitutionspatientInnen in Wien, die als Substitutionsmittel Methadon erhielten, von 1878 Personen auf 1538 Personen gefallen. Gleichzeitig stieg in diesem Zeitraum die Zahl der Substituierten, die als Substitutionsmitteln orale Morphinpräparate erhielten, von 1385 Personen auf 2061 Personen an.

¹¹ Abschlussbericht der Arbeitsgruppe „Indikationsstellungen in der Substitutionsbehandlung i.v. Drogenkranker“. Wien. 02. Dezember 2003.

¹² Giacomuzzi S., et. al. Aktuelle Konsumformen bei Drogenabhängigkeit – Implikationen für Substitutionsprogramme in ambulanten Einrichtungen und bei behandelten Ärzten. *Wiener Klinische Wochenschrift* 2004. **116**:

¹³ Zum Beispiel: Huber K. (Hrsg). Substitutionstherapie. Edition ÄrzteWoche 2001.

¹⁴ Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Jahresbericht 2003. Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union und in Norwegen. 2003. 49. www.emcdda.eu.int

¹⁵ Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Bericht zur Drogensituation 2003. Wien 2003. 21.

¹⁶ Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Bericht zur Drogensituation 2003. Wien 2003. 55.

¹⁷ Abschlussbericht der Arbeitsgruppe „Indikationsstellungen in der Substitutionsbehandlung i.v. Drogenkranker“. Wien. 02. Dezember 2003.

¹⁸ Dem Autor sind mehrere Fälle bekannt (Alter zwischen 13 und 16 Jahren), wo definitiv angegeben wurde, dass Substitol® als Einstiegsdroge diente.

¹⁹ v.a. Fr. Dr. Margarete Gross in Wien. Von allen in die Betreuung von DrogenkonsumentInnen involvierten allgemeinmedizinischen Praxen ist die Praxis von Fr. Dr. Margarete Gross in Wien die Größte Österreichs.