

Opiatabhängige in Substitutions- behandlung in Österreich: Ergebnisse einer Querschnittstudie

Alfred Springer, Alfred Uhl, Julian Strizek
Ludwig Boltzmann Institut für Suchtforschung

Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, einen systematischen Überblick über Erfahrungen mit der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger in Österreich zu geben. In dieser empirischen Studie wurde eine Stichprobe von substituierenden ÄrztInnen befragt und pro ÄrztIn 3 bis 10 PatientInnen inkludiert. Angaben über die PatientInnen wurden sowohl von diesen selbst als auch von den behandelnden ÄrztInnen in Fragebögen eingetragen. Insgesamt wurden 176 ÄrztInnen und 619 PatientInnen in die Studie einbezogen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie machen deutlich, dass hinsichtlich der Beurteilung der Substitutionsmedikamente ein differenziertes Bild vorliegt. Morphin retard wird von den ÄrztInnen hinsichtlich mehrerer Anwendungsparameter besonders günstig beurteilt und erweist sich als jene Substitutionsmedikation, die von den PatientInnen bevorzugt wird. Dem Buprenorphin wieder wird von den ÄrztInnen ein besonders niedriges Missbrauchspotential zugeordnet. Aus den differenzierten Erkenntnissen und Zuschreibungen ergibt sich, dass in der Gesamtbeurteilung Morphin retard und Buprenorphin vergleichbar positiv bewertet werden und die Bewertung des Methadon signifikant ungünstiger ausfällt. Das Methadon wird sowohl von den behandelnden ÄrztInnen als auch von den substituierten PatientInnen selbst am negativsten beurteilt. Inwieweit sich hier Eigenschaften der Substanzen auswirken bzw. inwieweit subjektive Zuschreibungen und tatsächlich vorhandene Erwartungen von PatientInnen und TherapeutInnen einfließen, kann allerdings mittels der vorliegenden Studie nicht beantwortet werden.

Eher unerwartet ist, dass die tatsächliche Dosierung im Zufriedenheitsurteil der PatientInnen keine Rolle zu spielen scheint. Möglicherweise kann dies mit dem Umstand erklärt werden, dass psychopathologisch und sozial auffällige PatientInnen, deren Lebenszufriedenheit generell niedriger ist, eher höhere Dosen erhalten als weniger auffällige und besser integrierte Personen.

Da freizügigere Mitgaberegeln üblicherweise an relativ unauffälliges, angepasstes Verhalten und berufliche Integration geknüpft sind, kann nicht verwundern, dass Personen, die ihre Substitutionsmedikamente wöchentlich oder seltener beziehen, in vielerlei Hinsicht zufriedener sind als VergleichspatientInnen.

Schlüsselwörter

Substitution, Österreich, Methadon, Morphin retard, Buprenorphin, gesetzliche Regelung, Zufriedenheit

1. Einleitung

Anfang der 80er-Jahre herrschte in Österreich eine doppelte Praxis der Substitutionsbehandlung in dem Sinne, dass eine „Erhaltungsbehandlung“ nie explizit verboten war und die Verabreichung einer ausreichenden Dosis an iatrogen (also durch eine ärztliche Behandlung) abhängig gewordene Personen weitgehend toleriert wurde. Die Verschreibung an PatientInnen, die auf illegalem Weg opiatabhängig geworden waren, war für die behandelnden ÄrztInnen hingegen mit hohem Risiko verbunden und konnte zur polizeilichen Anzeige oder einem Disziplinarverfahren bei der Standesorganisation führen (Eisenbach-Stangl & Uhl 1992).

Nach einem die Substitution positiv darstellenden Fakultätsgutachten erfolgte der erste Substitutionserlass (1987) betreffend „orale Substitutionsbehandlung von i.v.-Drogenabhängigen“, der der Substitutionsbehandlung in Österreich erstmals eine eindeutige rechtliche Legitimationsbasis verlieh. Das Suchtgiftgesetz wurde dabei so interpretiert, dass Substitution, „wenn deren Anwendung medizinisch indiziert ist und mit anderen Arzneien das Auslangen nicht gefunden werden kann“, als „ultima ratio“, zulässig ist. Es erfolgte zwar keine explizite Empfehlung mit Methadon zu substituieren – in der Praxis wurde aber in diesem Zusammenhang fast ausschließlich Methadon verordnet.

Im zweiten Substitutionserlass (1991) wurde Methadon als Mittel der ersten Wahl definiert, wobei allerdings andere Substitutionsmittel nicht verbindlich ausgeschlossen wurden. Von da an setzte sich sukzessive die Überzeugung durch, dass die Substitutionsbehandlung ein wesentliches Element der Behandlung von Opiatabhängigen darstellt und daher möglichst flächendeckend angeboten werden sollte (Springer et al. 1992).

Im dritten Substitutionserlass (1998) wurde Methadon als Mittel der ersten Wahl bestätigt und gleichzeitig die ursprünglich sehr eng gesetzten Indikationsbedingungen für den Beginn einer Substitutionsbehandlung erweitert, sowie die Kriterien für die Aufrechterhaltung einer Substitutionsbehandlung gelockert. Substitution galt inzwischen nicht mehr als „ultima ratio“, sondern als breit anerkannte Behandlungsform für Opiatabhängige, die zu einer Abstinenzbehandlung nicht oder noch nicht bereit bzw. nicht in der Lage waren. Die Versorgung der Süchtigen mit dem Angebot einer Substitutionsbehandlung, die anfänglich auf einige Regionen Österreichs beschränkt war, ist bis zum Substitutionserlass (1998) österreichweit flächendeckend gegeben.

Eine wesentliche Veränderung in der Substitutionslandschaft ergab sich in Österreich, als 1993 erste klinische Versuche mit Morphin retard als Substitutionsmittel ge-

macht wurden und dieses schließlich Ende 1998 mit der Indikation Substitution zugelassen wurde. Auch Buprenorphin wurde fast zeitgleich mit Morphin retard für diese Indikation zugelassen und beide Substanzen gewannen rasch an Stellenwert.

Da im ersten Erlass festgelegt worden war, dass Substitutionsbehandlungen an die Suchtüberwachungsstelle (SÜSt) zu melden sind, liegen von Anfang an Daten über die Anzahl und einige demographische Merkmale der substituierten PatientInnen vor. Die Meldungen und Abmeldungen zur Substitutionsbehandlung erfolgten aber nicht verlässlich, weswegen die offiziellen Substitutionsstatistiken hinsichtlich ihrer Genauigkeit nicht überschätzt werden sollten.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, einen systematischen Überblick über Erfahrungen mit der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger in Österreich zu geben. Im vorliegenden Bericht liegt der Schwerpunkt auf den Erfahrungen und Beurteilungen der verschiedenen zur Substitutionstherapie zugelassenen Medikamente; ein anderer auf dieser Studie basierender Artikel (Springer et al. 2009) geht auf die Rahmenbedingungen der Substitutionsbehandlung ein, wobei ebenfalls Daten von substituierten PatientInnen und von substituierenden ÄrztInnen einbezogen werden.

2. Studie

2.1 Fragestellung

Die vorliegende Studie zielt darauf ab, die Substitutionspraxis in Österreich aus der Sicht der behandelnden ÄrztInnen und aus der Sicht der PatientInnen zu beleuchten und im weiteren zu analysieren, wie die zur Verfügung stehenden Substitutionsmedikamente von den beteiligten Personen eingeschätzt und beurteilt werden.

2.2 Design

Um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten, sollte eine möglichst repräsentative Stichprobe von substituierenden ÄrztInnen aus österreichischen Ordinationen oder einschlägigen Institutionen (Einrichtung gem. § 15 SG) gezogen werden. Als Inklusionskriterium wurde festgelegt, dass nur solche ÄrztInnen einzuschließen seien, die im Falle einer Ordination mehr als 2 SubstitutionspatientInnen und im Falle einer Behandlungseinrichtung mehr als 4 SubstitutionspatientInnen betreuten. Die in die Studie inkludierten ÄrztInnen sollten wiederum zwischen 3 und 5 PatientInnen in der Reihenfolge ihres Erscheinens in der Praxis in die Studie aufnehmen. Für ÄrztInnen, die sowohl in der eigenen Ordination als auch in einer Institution substituierten, verdoppelte sich diese Zahl auf 6 bis 10 Patienten.

Zentrale Instrumente der Erhebung waren Face-to-Face Interviews von für diese Aufgabe geschulten InterviewerInnen mit den ÄrztInnen, sowie 3 weitere Fragebögen zur Erhebung von Daten der betreuten PatientInnen. Das persönliche Interview wurde auf Basis eines ÄrztInnenfragebogens durchgeführt, in dessen Anschluss weitere

Unterlagen bei den ÄrztInnen deponiert und Anweisungen zum Ausfüllen der schriftlichen Befragungsbögen für die einzubeziehenden PatientInnen hinterlassen wurden. Die PatientInnenbefragung bestand aus insgesamt drei Fragebögen, mit denen unterschiedlich umzugehen war: Der PatientInnenfragebogen 1 wurde durch den/die behandelnde/n ÄrztIn anhand von Anamnesedaten ausgefüllt. Zum Ausfüllen des PatientInnenfragebogens 2 war hingegen eine direkte Befragung der PatientInnen nötig, die Beantwortung des PatientInnenfragebogens 3 erfolgte eigenständig durch die PatientInnen.

2.3 Studiendurchführung

Insgesamt standen 1.206 Adressen von ÄrztInnen bzw. Einrichtungen zur Verfügung; dabei handelt es sich um 1.111 Kundenadressen von Fessel GfK sowie 95 neu recherchierte Adressen. Diese Liste reduzierte sich auf 1064 Adressen, weil in 142 Fällen eine falsche Adresse vorlag beziehungsweise die angeschriebenen ÄrztInnen nicht mehr in dieser Einrichtung oder Praxis arbeiteten. 383 der verbleibenden ÄrztInnen führten keine SubstitutionspatientInnen und weitere 60 ÄrztInnen erfüllten die Aufnahmekriterien nicht, da sie weniger SubstitutionspatientInnen hatten, als in den Einschlusskriterien festgelegt wurde. Damit stand eine Grundgesamtheit von 621 zu befragenden ÄrztInnen zur Verfügung.

424 ÄrztInnen dieser Zielpopulation nahmen aus unterschiedlichen Gründen nicht an der Studie teil. Gründe dafür waren: kein Interesse oder keine Zeit, Krankheit, Urlaub beziehungsweise weil ihnen, als Angestellte in Institutionen, die Teilnahme von höherer Stelle verboten worden war. 21 weitere ÄrztInnen nahmen nicht teil, ohne dass ein Ausfallgrund genannt wurde. Mit den verbleibenden 176 ÄrztInnen konnten Interviews geführt werden. Von diesen stellten 43 keine PatientInnenprotokolle zur Verfügung und von den restlichen 133 ÄrztInnen lieferten 15 weniger als die pro ÄrztIn mindestens projektierten 3 PatientInnenprotokolle ab. 10 ÄrztInnen lieferten mehr als die maximal projektierten 5 PatientInnenprotokolle, was damit zu erklären ist, dass letztere sowohl in einer Privatpraxis als auch in einer Einrichtung substituierten und daher – den Vorgaben entsprechend – aus beiden Situationen PatientInnenprotokolle beisteuerten. Letztlich ergab sich ein Rücklauf von 619 PatientInnenprotokollen, bei denen zumindest einer der drei PatientInnenfragebögen ausgefüllt wurde. Konkret wurde bei 618 PatientInnen der PatientInnenfragebogen 1, bei 606 der PatientInnenfragebogen 2 und bei 544 der PatientInnenfragebogen 3 retourniert.

Die von uns befragten ÄrztInnen substituierten nach eigenen Angaben insgesamt 6926 PatientInnen, das sind 66% der im Jahr 2007 in Österreich insgesamt substituierten PatientInnen.

Das Kriterium der Auswahl der ersten 3 bzw. 5 PatientInnen nach Reihenfolge des Eintreffens sollte garantieren, dass PatientInnen zufällig ausgewählt wurden und nicht durch Überlegungen der ÄrztInnen – etwa durch die Einschätzung der Fähigkeit, PatientInnenfragebogen 3 selbständig ausfüllen zu können – selektiert wurden. Ob

diese Vorgabe auch immer eingehalten wurde, kann nicht beurteilt werden.

Der Zeitraum der Datenerhebung erstreckte sich von Juni bis September 2006.

2.4 PatientInnen-Stichprobe

72% der in die Studie einbezogenen PatientInnen waren männlichen und 28% weiblichen Geschlechts. 10% waren jünger als 21 Jahre, 39% zwischen 21 und 30 Jahre alt, 31% zwischen 31 und 40 Jahre und 18% zwischen 41

und 50 Jahre alt, 2% waren älter als 50 Jahre. 93% waren österreichische Staatsbürger und 7% Ausländer. 36% der PatientInnen waren bis zu einem Jahr ohne Unterbrechung bei dem bzw. der aktuellen ÄrztIn in Substitutionsbehandlung, 16% zwischen ein und zwei Jahren, 27% zwischen zwei und fünf Jahren, 18% zwischen fünf und 10 Jahren sowie 3% mehr als 10 Jahre. Weitere Merkmale der Stichprobe werden in Tab. 1 dargestellt, jedoch an dieser Stelle nicht ausführlich besprochen. (Für eine genauere Diskussion dieses Aspektes der Untersuchung vergleiche Springer & Uhl 2009).

Tab. 1: Deskription der PatientInnen-Stichprobe

Alter	Gesamt	m	w	ANOVA	Me.	Bupr.	Mor. ret.	ANOVA
N	588	424	164	-	138	100	334	-
Mittelwert	32	32	31	n.s.	32,6	28,4	32,3	**
Minimum	16	16	17	-	17,0	16,0	17,0	-
Maximum	76	76	58	-	52,0	51,0	61,0	-
Dauer des problematischen Opiatkonsums (in Jahren)	Gesamt	m	w	ANOVA	Me.	Bupr.	Mor. ret.	ANOVA
N	513	370	143	-	117	85	294	-
Mittelwert	11	11	11	n.s.	12,3	8,3	11,6	**
Minimum	0	0	0	-	0,0	0,0	0,0	-
Maximum	37	37	33	-	33,0	37,0	37,0	-
Derzeitige Substitutionsmedikation seit ... Jahren	Gesamt	m	w	ANOVA	Me.	Bupr.	Mor. ret.	ANOVA
N	563	405	158	-	127	96	327	-
Mittelwert	3	3	3	n.s.	3,9	2,0	2,9	**
Minimum	1	1	1	-	1,0	1,0	1,0	-
Maximum	20	20	17	-	20,0	6,0	16,0	-
Weitere Variablen	Gesamt	m	w	Chi ²	Me.	Bupr.	Mor. ret.	Chi ²
HIV-Infektion ¹	24%	22%	28%	n.s.	24%	17%	25%	n.s.
Hepatitis-B-Infektion ¹	33%	33%	35%	n.s.	37%	27%	33%	n.s.
Hepatitis-C-Infektion ¹	57%	57%	55%	n.s.	58%	38%	61%	**
Affektive Erkrankung (Depression, Manie) ¹	35%	33%	42%	n.s.	32%	31%	37%	n.s.
Angststörungen ¹	28%	25%	34%	*	24%	20%	30%	n.s.
Pathologische Entwicklung (Neurotische Störungen) ¹	21%	20%	24%	n.s.	19%	19%	21%	n.s.
Allgemeinzustand ²	8%	8%	10%	n.s.	9%	5%	8%	n.s.
Ernährungszustand ²	8%	8%	8%	n.s.	8%	3%	9%	n.s.
Zahnstatus ²	24%	27%	18%	*	27%	9%	26%	**
Kleidung ²	4%	4%	4%	n.s.	4%	2%	5%	n.s.
Hygiene ²	5%	5%	5%	n.s.	6%	2%	6%	n.s.
Lehre, Matura od. Uni.	50%	51%	47%	n.s.	45%	57%	51%	n.s.
Pflichtschulabschluss	50%	49%	53%	n.s.	55%	43%	49%	n.s.
fixer suchtkranker Partner	20%	16%	30%	**	23%	14%	21%	n.s.
kein fixer Partner	60%	64%	51%	**	60%	60%	64%	n.s.
Kinder (ja)	29%	26%	36%	**	35%	22%	26%	n.s.
Methadon	24%	23%	28%	n.s.	-	-	-	-
Buprenorphin	17%	18%	15%	n.s.	-	-	-	-
Morphin retard	59%	60%	57%	n.s.	-	-	-	-
Dosierung niedrig ³	32%	30%	38%	*	56%	39%	20%	**
Dosierung mittel ³	49%	49%	49%	*	32%	45%	57%	**
Dosierung hoch ³	19%	21%	13%	*	12%	15%	23%	**

Anmerkung: Varianzanalyse (ANOVA) bzw. Pearsons Chi²-Test, * = signifikant 5%, ** = signifikant 1%, n.s. = nicht signifikant

¹ sowohl bei den somatischen als auch bei den psychischen Begleiterkrankungen wurden nur die drei am häufigsten genannten Erkrankungen berücksichtigt

² Anteil an Einschätzungen „schlecht“ oder „sehr schlecht“

³ Grenzen für die Einteilung in niedrige, mittlere oder hohe Dosierung in mg: Methadon (≤60; 61<119; ≥120), Buprenorphin (≤6; 7<19; ≥20) Morphin retard (≤300; 301<799; ≥800)

2.5 Methodik

Die statistischen Auswertungen erfolgten mit SPSS 15.0. Mittelwertunterschiede wurden mittels Varianzanalysen für abhängige bzw. unabhängige Stichproben sowie Pearson Chi-Quadrat-Tests zufallskritisch überprüft. Ergaben sich signifikante Unterschiede erfolgten paarweise Vergleiche zwischen den Einzelwerten unter Anwendung der Bonferroni-Korrekturmethode für multiples Testen.

3. Ergebnisse

3.1 Bewertung der Substitutionsmedikamente aus Sicht der ÄrztInnen

Die ÄrztInnen waren ersucht worden, ihre Erfahrungen mit Methadon, Buprenorphin und Morphin retard anhand von 11 Dimensionen zu beurteilen (Tab. 2). Von den 176 befragten ÄrztInnen gaben 97 zu allen drei Substanzen ein Urteil ab, 59 nicht zu allen drei Substitutionsmedikamenten und 20 zu keinem Substitutionsmedikament. Nur erstere konnten für Vergleiche zwischen den Substanzen herangezogen werden. Da auch diese 97 ÄrztInnen nicht alle Fragen pro Substanzgruppe beantwortet hatten, ergeben sich pro Vergleich Fallzahlen zwischen 89 und 97 Personen. Über die 11 Urteile hinweg wurde pro Substanz ein Mittelwert über die vorhandenen Werte gebildet (Index „Durchschnittsurteil“).

Wie man Tab. 2 entnehmen kann, gab es keine statistisch signifikanten Unterschiede im Urteil der ÄrztInnen über die drei Substitutionsmedikamente hinsichtlich des Einsatzes bei PatientInnen mit problematischem Beikonsum (G), mit gleichzeitig verordneten Benzodiazepinen (I) und mit polytoxikomanem Konsummuster (K). Generell schneidet Methadon im ÄrztInnenurteil am schlechtesten ab. In keinem einzigen Fall wurde Methadon signifikant besser beurteilt als eines der beiden anderen Substitutionsmedikamente.

Buprenorphin und Morphin retard schnitten im durchschnittlichen ÄrztInnenurteil (A-K) gleich gut ab, wobei sich aber bezüglich der Einzelurteile pro Situation ein differenzierteres Bild ergab. Morphin retard schneidet nach Urteil der ÄrztInnen am besten ab, wenn es um die Unterdrückung der Entzugssymptome (A), die Haltekraft (C) und die Patientenpräferenz (F) geht. Signifikant besser als Methadon, aber nicht signifikant unterschiedlich werden Buprenorphin und Morphin retard beurteilt, wenn es um die Reduktion des Verlangens (B), das Ausmaß psychischer Nebenwirkungen (D), die Patientencompliance (E) und um die Anwendung bei PatientInnen geht, denen gleichzeitig andere psychoaktive Substanzen verordnet werden (J). Signifikant schlechter schneidet Morphin retard nur im ärztlichen Urteil hinsichtlich des Missbrauchspotentials ab (H), wobei hier wieder Buprenorphin signifikant besser beurteilt wird als Methadon.

Tab. 2: Ärzturteil über Substitutionsmedikamente

	Buprenorphin	Methadon	Morphin ret.	n	gesamt	Meth. vs. Bupr.	Meth. vs. Morph. ret.	Bupr. vs. Morph. ret.
A) gute Unterdrückung der Entzugssymptome	77	72	87	95	**	n.s.	**	**
B) Gute Reduktion des Verlangens	76	65	80	94	**	**	**	n.s.
C) Gute Haltekraft (wenig Therapieabbrüche)	68	60	76	95	**	*	**	*
D) Geringe psychische Nebenwirkungen	81	47	73	94	**	**	**	n.s.
E) Patientencompliance	72	58	76	95	**	**	**	n.s.
F) Patientenpräferenz	58	39	86	93	**	**	**	**
G) Auch für PatientInnen mit problematischem Beikonsum einsetzbar	60	64	64	94	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
H) Geringes Missbrauchspotential	78	69	33	94	**	*	**	**
I) Anwendung bei Pat. mit gleichzeitig verordneten Benzodiazepinen	64	67	69	89	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
J) Anwendung bei Pat. mit gleichzeitig verordneten anderen psychoaktiven Substanzen	75	64	72	95	**	**	*	n.s.
K) gute Eignung bei diagnostizierter Polytoxikomanie	61	66	60	96	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
A-K) Index „Durchschnittsurteil“	70	61	70	97	**	**	**	n.s.

Anmerkung: Varianzanalyse für abhängige Stichproben, paarweise Vergleiche Bonferroni-adjustiert.

* = signifikant 5%, ** = signifikant 1%, n.s. = nicht signifikant

transformierte Skala: 0 = „Urteil: sehr schlecht“ bis 100 = „Urteil: sehr gut“

Aus Anschaulichkeitsgründen wird der höchste Wert fett und unterstrichen dargestellt.

Unterscheidet sich der höchste Wert nicht signifikant vom mittleren Wert und unterscheiden sich beide signifikant vom niedrigsten Wert, so werden sowohl der höchste Wert als auch der folgende Wert entsprechend gekennzeichnet.

Alle drei Substanzen werden von den ÄrztInnen, abgesehen von zwei Ausnahmen, deutlich im positiven Bereich – also mit einem Wert über 50 Punkten – gesehen. Im negativen Bereich liegen nur die Urteile hinsichtlich Patientenpräferenz (F) und psychischer Nebenwirkungen bei Methadon mit 39 bzw. 47 Punkten, sowie das Missbrauchspotential bei Morphin retard (H) mit 33 Punkten.

Die ÄrztInnen wurden auch gefragt, welche der drei Substitutionsmedikamente sie in welchen Situationen bevorzugen, wobei folgende sechs Situationen angeboten wurden: "schwere körperliche Erkrankung", "schwe-

re psychische Störung", "lange Substitutionsdauer", "Abhängigkeit kürzer als 2 Jahre", "Lebensalter unter 18 Jahre", "Schwangerschaft" (Tab. 3). Von den 176 befragten ÄrztInnen gaben je nach Situation 104 bis 137 ein entsprechendes Urteil ab. Zwischen 8% und 16% gaben an, bezüglich der 6 Situationen keine Unterschiede zwischen den 3 Substitutionsmedikamenten zu machen.

Bei der zufallskritischen Überprüfung der Unterschiede wurden nur jene ÄrztInnen berücksichtigt, die einem der drei Substitutionsmedikamente den Vorzug gegeben hatten.

Tab. 3: Bewertung der Substitutionsmedikamente unter Berücksichtigung patientenbezogener Situationen

	Buprenorphin	Methadon	Morphin ret.	keine Unterschiede	n	gesamt	Bupr. vs. Meth.	Bupr. vs. Morph. ret.	Meth. vs. Morph. ret.
A) schwere körperliche Erkrankung	25%	14%	47%	15%	129	**	n.s.	*	**
B) schwere psychische Störung	26%	23%	35%	16%	131	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
C) lange Substitutionsdauer	21%	31%	34%	15%	137	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
D) Abhängigkeit kürzer als 2 Jahre	60%	15%	14%	11%	136	**	**	**	n.s.
E) Lebensalter unter 18 Jahre	54%	20%	18%	8%	122	**	**	**	n.s.
F) Schwangerschaft	40%	19%	31%	10%	104	*	*	n.s.	n.s.

Anmerkung: Pearson Chi-Quadrat-Test, paarweise Vergleiche Bonferroni-adjustiert.

*=signifikant 5%, **=signifikant 1%, n.s.= nicht signifikant

Prozentanteil der ÄrztInnen, die in der jeweiligen Situation dem bestimmten Substitutionsmedikament den Vorzug gegeben hatten. Die Prozentangaben sind Zeilenprozent, d.h. die Summe pro Zeile ist jeweils 100%, wobei es aufgrund von Rundungen zu minimalen Abweichungen kommen kann.

Wie man Tab. 3 entnehmen kann, wurde von jenen befragten ÄrztInnen, die eines der drei Substitutionsmedikamente bevorzugten, im Falle schwerer körperlicher Erkrankungen (A) signifikant öfter Morphin retard der Vorzug gegeben (47%) und im Falle kurzer Abhängigkeit (D), einem Lebensalter unter 18 Jahren (E) oder einer Schwangerschaft (F) signifikant öfter Buprenorphin (60% bzw. 54% bzw. 40%). In letzterem Fall, die Schwangerschaft betreffend, unterscheidet sich die Zahl der ÄrztInnen, die Buprenorphin vorzogen, allerdings nicht signifikant von jenen, die Morphin retard präferierten (40% vs. 31%). Methadon wurde in keiner der Situationen den anderen Substitutionsmedikamenten gegenüber als bevorzugt beurteilt.

3.2 Aktuelle Substitutionsmedikation

Da die Zufriedenheit mit einem Medikament nicht nur von der Substanz selbst abhängig ist und man vermuten kann, dass auch die Abgabemodalitäten „Dosierung“ und „Mitgaberegulung“ einen Einfluss auf die Patienten-Zufriedenheit haben, wurde zunächst der Zusammenhang zwischen den Variablen „aktuelles Substitutionsmedikament“, „Dosierung“ und „Mitgaberegulung“ analysiert.

Für diese Analyse wurde die Dosierung des Substitutionsmedikamentes in äquivalente Kategorien („Niedrigdosierung“ vs. „Mitteldosierung“ vs. „Hochdosierung“) zusammengefasst. Als „Niedrigdosierung“ werteten wir

bei Buprenorphin Dosierungen bis inkl. 6 mg, bei Methadon bis inkl. 60 mg und bei Morphin retard bis inkl. 300 mg. Als „Hochdosierung“ galt bei Buprenorphin eine Dosierung ab 20 mg, bei Methadon ab 120 mg und bei Morphin retard ab 800 mg. Die „Mitteldosierung“ lag zwischen diesen Werten.

Eine Kreuztabellierung der aktuell verwendeten Substitutionsmedikamente mit der Dosierung ergab signifikante Unterschiede (Tab. 4). Niedrigdosierungen finden sich am häufigsten bei Methadon (56% der Fälle) und am seltensten bei Morphin retard (20% der Fälle). Diese Unterschiede sind signifikant auf dem 1%-Niveau. Beim paarweisen Vergleich unterschied sich die Dosierung bei Morphin retard signifikant (1%) von den beiden anderen Substitutionsmedikamenten, der diesbezügliche Unterschied zwischen Buprenorphin und Methadon erreichte allerdings keine statistische Signifikanz.

Auch die Kreuztabellierung zu den aktuell verwendeten Substitutionsmedikamenten mit Mitgaberegulung ergab signifikante Unterschiede (Tab. 5). Dass den PatientInnen Wochendosen oder Dosen für noch längere Zeiträume mitgegeben wurden, kam am häufigsten bei Buprenorphin vor (45%) und am seltensten bei Morphin retard (24%). Unterschiede sind signifikant auf dem 1%-Niveau. Beim paarweisen Vergleich ergaben sich nur zwischen den beiden Extremgruppen Buprenorphin vs. Morphin retard signifikante Unterschiede.

Tab. 4: Aktuelle Dosis

	Niedrigdosierung	Mitteldosierung	Hochdosierung	n
Buprenorphin	39%	45%	15%	99
Methadon	56%	32%	12%	145
Morphin retard	20%	57%	23%	341
gesamt	32%	49%	19%	585
Gesamttabelle				**
Buprenorphin vs. Methadon				n.s.
Buprenorphin vs. Morphin retard				**
Methadon vs. Morphin retard				**

Anmerkung: Pearson Chi-Quadrat-Test, paarweise Vergleiche Bonferroni-adjustiert.

*=signifikant 5%, **=signifikant 1%, n.s.= nicht signifikant

Die Prozentangaben sind Zeilenprozent, d.h. die Summe pro Zeile ist jeweils 100% wobei es aufgrund von Rundungen zu minimalen Abweichungen kommen kann.

Tab. 5: Mitgabe

	täglich	mehrmals wöchentlich	wöchentlich oder seltener	n
Buprenorphin	49%	5%	45%	97
Methadon	66%	6%	29%	143
Morphin retard	64%	12%	24%	335
gesamt	62%	9%	29%	575
Gesamttabelle				n.s.
Buprenorphin vs. Methadon				n.s.
Buprenorphin vs. Morphin retard				**
Methadon vs. Morphin retard				n.s.

Anmerkung: Pearson Chi-Quadrat-Test, paarweise Vergleiche Bonferroni-adjustiert.

*=signifikant 5%, **=signifikant 1%, n.s.= nicht signifikant

Die Prozentangaben sind Zeilenprozent, d.h. die Summe pro Zeile ist jeweils 100% wobei es aufgrund von Rundungen zu minimalen Abweichungen kommen kann.

3.3 Beurteilung der Substitutionsmedikamente aus Sicht der PatientInnen

Für die Auswertung der Zufriedenheit mit den Substitutionsmedikamenten standen von den 619 in die Studie eingeschlossenen PatientInnen nur 504 Fragebögen zur Verfügung, da der PatientInnenfragebogen P3 von 75 PatientInnen nicht ausgefüllt und für weitere 40 PatientInnen kein Substitutionsmedikament angegeben war oder eines, das nicht zu den drei Hauptkategorien Methadon, Buprenorphin oder Morphin retard zählte.

Nachdem sich herausgestellt hatte, dass die Dosierungen und Mitgaberegungen für die drei Substitutionsmedikamente unterschiedlich ausgefallen waren (Tab. 4 und Tab. 5) und damit zu rechnen war, dass die PatientInnen die Beurteilung der Substitutionsmedikamente, deren Dosierungen und der Mitgaberegungen nicht unabhängig von den jeweils anderen beiden Faktoren durchführen würden, auch wenn sie dazu aufgefordert worden waren, erschien es zweckmäßig Dreiwegvarianzanalysen (Methode: orthogonalen Effekte) zu rechnen, um den Einfluss der potentiellen Störfaktoren statistisch kontrollieren zu können.

Wie man Tab. 6 entnehmen kann, findet sich bei den PatientInnen die höchste Zufriedenheit mit dem Substitutionsmedikament in der Gruppe der mit Morphin retard Substituierten und die geringste in der Methadongruppe. Beim paarweisen Vergleich erreicht allerdings nur der Unterschied zwischen den Extremgruppen (Buprenorphin vs. Morphin retard) statistische Signifikanz. Zu beachten ist, dass die durchschnittliche Zufriedenheit mit 79 Punkten, auf einer Skala von 0 bis 100, recht hoch war.

Bezüglich der kontrollierten Variable „Dosierung“ ergaben sich keine nennenswerten Unterschiede – die ebenfalls kontrollierte Variable „Mitgaberegung“ wirkte sich allerdings auch bezüglich des Urteils über die Substanz aus, wobei jene mit täglicher Mitgaberegung mit 80 Punkten am wenigsten zufrieden mit dem Substitutionsmedikament waren und jene, die das Substitutionsmedikament für eine Woche oder länger mitbekamen, sich am zufriedensten äußerten (87 Punkte). Auch hier erreichte beim paarweisen Vergleich nur der Unterschied zwischen den Extremgruppen statistische Signifikanz.

Tab. 6: Zufriedenheit mit dem aktuell verwendeten Substitutionsmedikament

Zufriedenheit mit Substitutionspräparat hinsichtlich der Substanz					
Effekt: aktuelles Substitutionsmedikament		Effekt: aktuelle Dosierung		Effekt: Mitgaberegung	
Buprenorphin	84	Niedrigdosierung	83	täglich	80
Methadon	79	Mitteldosierung	85	mehrmals wöchentlich	84
Morphin retard	88	Hochdosierung	84	wöchentlich od. seltener	87
ges	**	ges	n.s.	ges	n.s.
Bupr. vs. Meth.	n.s.	N.D. vs. M.D.	n.s.	tägl. vs. mm. wöch.	n.s.
Bupr. vs. Morph. ret.	n.s.	N.D. vs. H.D.	n.s.	tägl. vs. wöch.	**
Meth. vs. Morph. ret.	**	M.D. vs. H.D.	n.s.	mm. wöch. vs. wöch.	n.s.

Anmerkung: Dreiwegvarianzanalyse für unabhängige Stichproben, paarweise Vergleiche Bonferroni-adjustiert.

*=signifikant 5%, **=signifikant 1%, n.s.= nicht signifikant

N.D. = „Niedrigdosierung“, M.D. = „Mitteldosierung“, H.D. = „Hochdosierung“

transformierte Skala: 0 = „Urteil: überhaupt nicht zufrieden“ bis 100 = „Urteil: sehr zufrieden“.

Tab. 7: Zufriedenheit mit der aktuellen Dosierung

Zufriedenheit mit Substitutionspräparat hinsichtlich der Dosierung					
Effekt: aktuelles Substitutionsmedikament		Effekt: aktuelle Dosierung		Effekt: Mitgaberegung	
Buprenorphin	86	Niedrigdosierung	87	täglich	79
Methadon	85	Mitteldosierung	87	mehrmals wöchentlich	85
Morphin retard	86	Hochdosierung	83	wöchentlich od. seltener	93
ges	n.s.	ges	n.s.	ges	**
Bupr. vs. Meth.	n.s.	N.D. vs. M.D.	n.s.	tägl. vs. mm. wöch.	n.s.
Bupr. vs. Morph. ret.	n.s.	N.D. vs. H.D.	n.s.	tägl. vs. wöch.	**
Meth. vs. Morph. ret.	n.s.	H.D. vs. H.D.	n.s.	mm. wöch. vs. wöch.	n.s.

Anmerkung: Dreiwegvarianzanalyse für unabhängige Stichproben, paarweise Vergleiche Bonferroni-adjustiert.

*=signifikant 5%, **=signifikant 1%, n.s.= nicht signifikant

N.D. = „Niedrigdosierung“, M.D. = „Mitteldosierung“, H.D. = „Hochdosierung“

transformierte Skala: 0 = „Urteil: überhaupt nicht zufrieden“ bis 100 = „Urteil: sehr zufrieden“.

Tab. 8: Zufriedenheit mit Mitgabe

Zufriedenheit mit Substitutionspräparat hinsichtlich der Mitgaberegung					
Effekt: aktuelles Substitutionsmedikament		Effekt: aktuelle Dosierung		Effekt: Mitgaberegung	
Buprenorphin	74	Niedrigdosierung	76	täglich	60
Methadon	80	Mitteldosierung	80	mehrmals wöchentlich	83
Morphin retard	78	Hochdosierung	76	wöchentlich od. seltener	89
ges	n.s.	ges	n.s.	ges	**
Bupr. vs. Meth.	n.s.	N.D. vs. M.D.	n.s.	tägl. vs. mm. wöch.	**
Bupr. vs. Morph. ret.	n.s.	N.D. vs. H.D.	n.s.	tägl. vs. wöch.	**
Meth. vs. Morph. ret.	n.s.	H.D. vs. H.D.	n.s.	mm. wöch. vs. wöch.	n.s.

Anmerkung: Dreiwegvarianzanalyse für unabhängige Stichproben, paarweise Vergleiche Bonferroni-adjustiert.

*=signifikant 5%, **=signifikant 1%, n.s.= nicht signifikant

N.D. = „Niedrigdosierung“, M.D. = „Mitteldosierung“, H.D. = „Hochdosierung“

transformierte Skala: 0 = „Urteil: überhaupt nicht zufrieden“ bis 100 = „Urteil: sehr zufrieden“.

Ursprünglich lag die Vermutung nahe, dass die Zufriedenheit mit dem Substitutionsmedikament in engem Zusammenhang mit der Dosierung steht, allerdings ergaben sich diesbezüglich keine signifikanten Unterschiede, ganz im Gegenteil, die hochdosierte Gruppe lag bezüglich Zufriedenheit sogar insignifikant unter den anderen beiden Gruppen (Tab. 7).

Bezüglich der kontrollierten Variable „aktuelles Substitutionsmedikament“ ergaben sich keine nennenswerten

Unterschiede – die ebenfalls kontrollierte Variable „Mitgaberegung“ wirkte sich allerdings auch bezüglich des Urteils über die Dosierung aus, wobei jene PatientInnen mit täglicher Mitgaberegung mit 79 Punkten am wenigsten zufrieden waren und jene, die das Substitutionsmedikament für eine Woche oder länger mitbekamen, sich am zufriedensten äußerten (93 Punkte). Auch hier erreichte beim paarweisen Vergleich nur der Unterschied zwischen den Extremgruppen statistische Signifikanz.

Nachdem der Einfluss der Mitgaberegulung bereits indirekt auf die Zufriedenheit mit dem Substitutionsmedikament (Tab. 6 und Tab. 7) durchgeschlagen hatte, war nahe liegend, dass dieser Effekt bei der direkten Frage nach der Zufriedenheit mit der Mitgaberegulung besonders stark ausfallen würde – was sich auch bestätigte. Die Zufriedenheit der PatientInnen mit täglicher Einnahme war mit 60 Punkten deutlich niedriger als in den beiden anderen Gruppen (Tab. 8).

Bezüglich der kontrollierten Variablen „aktuelles Substitutionsmedikament und Dosierung“ ergaben sich keine nennenswerten Unterschiede.

Tab. 9: Wunsch nach Umstellung des Substitutionsmedikaments

		n	Wunsch das Medikament	
			beizubehalten	zu ändern
aktuelles Substitutionsmedikament	Methadon	119	68%	32%
	Buprenorphin	89	80%	20%
	Morphin retard	296	95%	5%

Anmerkung: Pearson Chi-Quadrat-Tests Bonferroni-adjustiert
 Buprenorphin vs. Methadon: n.s.
 Buprenorphin vs. Morphin retard: signifikant 1%
 Methadon vs. Morphin retard: signifikant 1%

Einen unmittelbaren Eindruck, darüber wie zufrieden die PatientInnen mit dem verordneten Substitutionsmedikament waren, bietet Tab. 9. Bei allen drei Substitutionsmedikamenten wollte die überwiegende Mehrzahl der PatientInnen die Medikation beibehalten. Umsteigen auf ein anderes Medikament wollten bei Methadon 32%, bei Buprenorphin 20% und bei Morphin retard nur 5%.

3.4 Beikonsum

30 ÄrztInnen haben hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit von Beikonsum keinerlei Angaben gemacht, 43 nicht zu allen drei Substitutionsmedikamenten und 104 zu allen drei Substanzen mindestens ein Urteil abgegeben. Da auch letztere 104 ÄrztInnen wiederum nicht bezüglich aller Kategorien hinsichtlich des Beikonsums Antworten gaben, ergeben sich pro Vergleich unterschiedliche Häufigkeiten zwischen 83 und 104 Angaben. Über die 5 Beikonsumkategorien hinweg wurde pro Substitutionsmedikament ein Mittelwert gebildet (Index „Durchschnittsurteil“).

Außer in Bezug auf Amphetamine gab es bezüglich aller Beikonsumwahrscheinlichkeiten signifikante Unterschiede in der Beurteilung durch die ÄrztInnen (Tab. 10). Durchschnittlich wurde Buprenorphin signifikant weniger stark mit Beikonsum in Zusammenhang gebracht (A-E). Methadon und Morphin retard unterschieden sich hier nicht signifikant voneinander. Dieses Muster gilt im Besonderen auch für Kokain (A), Opiate (B) und nicht verordnete Benzodiazepine (D). Abwei-

chende Ergebnisse finden sich bezüglich Alkohol (E), der als Beikonsumsubstanz signifikant öfter mit Methadon in Zusammenhang gebracht wurde und bezüglich Amphetaminen, die mit keinem der drei Substitutionsmedikamente signifikant häufiger assoziiert wurden.

Tab. 10: Globales ÄrztInnenurteil über Beikonsumwahrscheinlichkeit pro Substitutionsmedikament

	Buprenorphin	Methadon	Morphin ret.	n	gesamt	Meth. vs. Bupr.	Meth. vs. Morph. ret.	Bupr. vs. Morph. ret.
A) Kokain	39	54	53	83	**	**	n. s.	**
B) Opiate	35	54	49	94	**	**	n. s.	**
C) Amphetamine	39	44	44	82	n. s.			
D) Benzodiazepine außer Verschreibung	54	66	64	95	**	**	n. s.	**
E) Alkohol	49	63	54	94	**	**	**	n. s.
A-E) Durchschnittsurteil	43	56	53	104	**	**	n. s.	**

Anmerkung: Varianzanalyse für abhängige Stichproben, paarweise Vergleiche Bonferroni-adjustiert.
 *=signifikant 5%, **=signifikant 1%, n.s.= nicht signifikant
 transformierte Skala: 0 = „Urteil: gar nicht wahrscheinlich“ bis 100 = „Urteil: sehr wahrscheinlich“. Aus Anschaulichkeitsgründen wird der höchste Wert fett und unterstrichen dargestellt. Unterscheidet sich der höchste Wert nicht signifikant vom mittleren Wert und unterscheiden sich beide signifikant vom niedrigsten Wert, so werden sowohl der höchste Wert als auch der folgende Wert entsprechend gekennzeichnet.

Den Angaben in Tab. 10 kann man entnehmen, dass Beikonsum mit allen Beikonsumkategorien bei allen drei Substitutionsmedikamenten als weit verbreitet angesehen wird.

In Tab. 11 sieht man, dass nach dem Urteil der behandelnden ÄrztInnen im letzten Monat 71% der PatientInnen Beikonsum und 34% regelmäßigen Beikonsum betrieben haben. Um welche Substanzen es dabei geht, kann man Tab. 12 entnehmen. Interessant ist dabei, dass sich das Urteil der ÄrztInnen, die global bei Buprenorphin-Substitution besonders wenig Beikonsum annehmen (Tab. 10), anhand Ihrer Angaben über konkrete einbezogene PatientInnen nicht bestätigte (Tab. 11). Weder bezüglich der Zahl der zusätzlich genommenen Substanzen noch bezüglich des Umstandes, ob zusätzliche Substanzen genommen wurden, ergaben sich in Tab. 11 signifikante Unterschiede, den Beikonsum der Klientel betreffend. Deutlich mehr Beikonsum wurde nur bei PatientInnen berichtet, bei denen die Substitutionsmedikamente hoch dosiert wurden und bei

jenen, die täglich oder mehrmals pro Woche ihre Substitutionsmedikamente bezogen.

Betrachtet man die Ergebnisse aus Tab. 11 in Hinblick auf die unterschiedlichen Beikonsumkategorien (Tab. 12), so zeigt sich, dass mit Buprenorphin substituierte PatientInnen signifikant öfter zusätzlich Heroin- und Methadonkonsum angaben und dass Methadonsubstituierte nach eigenen Angaben signifikant öfter zusätzlich Methadon und andere Opiate/Analgetika einnahmen. Mit Morphin retard substituierte PatientInnen

schnitten bezüglich des Beikonsums nach Eigenangaben am besten ab. Hinsichtlich der anderen berücksichtigten Substanzen ergaben sich hier keine signifikanten Unterschiede.

Unterteilt man die PatientInnen nach der Höhe der Dosierung, so zeigt sich, dass niedrig dosierte PatientInnen nach eigenen Angaben besonders oft zusätzlich Heroin konsumierten und hochdosierte PatientInnen signifikant öfter Methadon, dämpfende Psychopharmaka und Alkohol.

Tab. 11: Beikonsum laut ÄrztInnenangaben pro einbezogenen PatientInnen

Faktoreinfluss		Substanzkonsum					
		Beikonsum: Anzahl der Substanzen	Regelm. Beikonsum: Anzahl der Substanzen	N	PatientInnen mit Beikonsum	PatientInnen mit regelm. Beikonsum	N
derzeitiges Substitutions- medikament	Buprenorphin	2,0	0,7	93	71%	31%	98
	Methadon	1,8	0,7	140	71%	40%	142
	Morphin ret.	1,5	0,5	328	70%	32%	339
	gesamt	n.s.	n.s.		n.s.	n.s.	
	Bupr. vs. Meth.						
	Bupr. vs. Morph. ret.						
	Meth. vs. Morph. ret.						
Tagesdosis in Kategorien	niedrig	1,5	0,4	181	68%	32%	186
	mittel	1,7	0,6	273	68%	33%	279
	hoch	2,1	0,8	107	81%	42%	108
	gesamt	*	*		*	n.s.	
	N.D. vs. M.D.	n.s.	n.s.		n.s.		
	M.D. vs. H.D.	n.s.	n.s.		*		
	N.D. vs. H.D.	*	*		n.s.		
Mitgaberegung	täglich	2,2	0,8	347	74%	40%	358
	mm. wöchentlich	1,7	0,6	52	79%	42%	53
	wöchentlich	1,4	0,4	162	61%	20%	173
	gesamt	**	**		**	**	
	tägl. vs. mm. wöch.	n.s.	n.s.		n.s.	n.s.	
	mm. wöch. vs. wöch.	n.s.	n.s.		n.s.	**	
	tägl. vs. wöch.	**	**		**	**	
Gesamt	1,7	0,6	606	71%	34%	606	

Anmerkung: Dreiwegvarianzanalyse für unabhängige Stichproben und Pearson Chi-Quadrat-Tests, paarweise Vergleiche Bonferroni-adjustiert.

*=signifikant 5%, **=signifikant 1%, n.s.= nicht signifikant

N.D. = „Niedrigdosierung“, M.D. = „Mitteldosierung“, H.D. = „Hochdosierung“

Aufgrund von fehlenden Werten weicht die Anzahl an gültigen Werten der 3 unabhängigen Variablen von den 606 insgesamt einbezogenen Fällen ab. Für die Dreiwegvarianz ergeben sich zusätzliche fehlende Werte, da diese für die Berechnung listenweise ausgeschlossen werden mussten.

Aus Anschaulichkeitsgründen wird der höchste Wert fett und unterstrichen dargestellt. Unterscheidet sich der höchste Wert nicht signifikant vom mittleren Wert und unterscheiden sich beide signifikant vom niedrigsten Wert, so werden sowohl der höchste Wert als auch der folgende Wert entsprechend gekennzeichnet.

Bei jenen, die ihre Substitutionsmedikamente täglich beziehen mussten, wurde der Beikonsum von anderen Opiaten/Analgetika, dämpfenden Psychopharmaka und Cannabis signifikant höher als bei den Vergleichspersonen angegeben, was nicht verwunderlich ist, da großzügigere Mitgaberegungen üblicherweise an berufliche Integration und geringeren Beikonsum geknüpft werden.

Die in die Studie einbezogenen ÄrztInnen wurden auch über ärztlich verordnete zusätzliche psychiatrische Medikation für ihre PatientInnen befragt (Tab. 13). Dabei zeigte sich, dass den mit Methadon und Morphin retard substituierten PatientInnen Fälle (23% bzw. 22%) auch Benzodiazepine verordnet wurden und dass das bei PatientInnen mit hoher Dosierung der Substitutionsmedikamente gebräuchlicher war als bei VergleichspatientInnen.

Tab. 12: Art der zusätzlich konsumierten Substanzen – Beikonsum

Faktoreinfluss		Letztmonatsprävalenz – Beikonsum										N
		Heroin	Methadon	and. Opiate/ Analgetika	dämpfende Psychofarm.	Kokain	Amphetamine	Cannabis	Halluzinogene	Schnüffelstoff e	Alkohol	
derzeitiges Substitutions- medikament	Buprenorphin	20%	8%	19%	24%	18%	8%	41%	7%	4%	45%	98
	Methadon	18%	0%	29%	37%	14%	5%	35%	3%	2%	39%	142
	Morphin ret.	8%	5%	14%	33%	11%	5%	37%	5%	2%	45%	339
	gesamt	**	*	**	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	
	Bupr. vs. Meth.	n.s.	**	n.s.								
	Meth. vs. Morph. ret.	**	**	**								
	Bupr. vs. Morph. ret.	**	n.s.	n.s.								
Tagesdosis in Kategorien	niedrig	18%	1%	22%	25%	13%	3%	31%	3%	1%	39%	186
	mittel	<u>9%</u>	6%	17%	32%	14%	6%	41%	5%	4%	43%	279
	hoch	<u>12%</u>	6%	20%	47%	13%	6%	40%	6%	4%	55%	108
	gesamt	*	*	n.s.	**	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	*	
	N.D. vs. M.D.	*	*		n.s.							n.s.
	M.D. vs. H.D.	n.s.	n.s.		*							n.s.
	N.D. vs. H.D.	n.s.	*		**							*
Mitgaberegulung	täglich	13%	5%	23%	39%	15%	7%	42%	6%	3%	45%	358
	mm. wöchentlich	13%	2%	17%	28%	8%	2%	26%	2%	2%	53%	53
	wöchentlich	10%	2%	10%	21%	11%	3%	29%	3%	2%	39%	173
	gesamt	n.s.	n.s.	**	**	n.s.	n.s.	*	n.s.	n.s.	n.s.	
	tägl. vs. mm. wöch.			n.s.	n.s.			n.s.				
	mm. wöch. vs. wöch.			n.s.	n.s.			n.s.				
	tägl. vs. wöch.			**	**			*				
Gesamtmittelwert		12%	4%	19%	32%	13%	5%	37%	5%	3%	44%	606

Anmerkung: Pearson Chi-Quadrat-Test, paarweise Vergleiche Bonferroni-adjustiert.

*=signifikant 5%, **=signifikant 1%, n.s.= nicht signifikant

N.D. = „Niedrigdosierung“, M.D. = „Mitteldosierung“, H.D. = „Hochdosierung“

Die Prozentangaben geben an, wieviele von den mit einer bestimmten Substanz Substituierten die entsprechende Zusatzmedikation erhielten.

Aus Anschaulichkeitsgründen wird der höchste Wert fett und unterstrichen dargestellt. Unterscheidet sich der höchste Wert nicht signifikant vom mittleren Wert und unterscheiden sich beide signifikant vom niedrigsten Wert, so werden sowohl der höchste Wert als auch der folgende Wert entsprechend gekennzeichnet.

3.5 Lebensqualität und subjektive Befindlichkeit

Die PatientInnen waren aufgefordert worden ihre subjektive Befindlichkeit anhand der SCL-27-R (Symptom Checklist SCL 27 R) zu beschreiben, die depressive Symptome, dysthymische Symptome, vegetative Symptome, agoraphobische Symptome, soziale Phobien und Symptome des Misstrauens erfasst. Tab. 14 bietet einen Überblick zu den unterschiedlichen Symptomen sowie zur Gesamtskala: die Angaben aller einer Dimension zugehörigen Items wurden summiert (=durchschnittliche Summe) und durch die Anzahl an Items dividiert (=durchschnittlicher Skalenswert). Werden nur diejenigen Angaben berücksichtigt, die ein Item zumindest als „ein wenig“ belastend beurteilt haben (=durchschnittlich Anzahl an Items >0) ergibt sich der Schweregrad der Belastung (letzte Spalte).

Die PatientInnen waren auch aufgefordert worden, den Fragebogen WHOQOL-BREF (Fragen zur gesundheitlichen Lebensqualität, WHO 2004) auszufüllen, der die Lebenszufriedenheit in den Bereichen physisches und psychisches Wohlbefinden, Zufriedenheit mit sozialen Beziehungen und Zufriedenheit mit der Umwelt erfasst. Hier zeigten sich keine erheblichen Unterschiede bezüglich der Substitutionsmedikamente, Dosierung und Mitgaberegulung. Niedrigdosierte PatientInnen zeigten sich mit ihrer körperlichen Situation signifikant zufriedener als die Vergleichspersonen, was sich auch auf den Gesamtwert auswirkte. PatientInnen, die ihre Substitutionsmedikamente wöchentlich oder seltener abholten, waren in allen Bereichen signifikant zufriedener als Vergleichspersonen (Tab. 15).

Tab. 13: Ärztlich verordnete Begleitmedikation mit Psychopharmaka

Faktoreinfluss		Zusatzmedikation			
		Antidepressiva	Benzodiazepine	andere Psychopharmaka	N
derzeitiges Substitutionsmedikament	Buprenorphin	20%	4%	16%	98
	Methadon	15%	23%	19%	142
	Morphin ret.	18%	22%	21%	339
	gesamt	n.s.	**	n.s.	
	Bupr. vs. Meth.		**		
	Meth. vs. Morph. ret.		n.s.		
	Bupr. vs. Morph. ret.		**		
Tagesdosis in Kategorien	niedrig	17%	17%	16%	186
	mittel	17%	15%	22%	279
	hoch	21%	31%	23%	108
	gesamt	n.s.	**	n.s.	
	N.D. vs. M.D.		n.s.		
	M.D. vs. H.D.		**		
	N.D. vs. H.D.		*		
Mitgaberegulation	täglich	18%	19%	21%	358
	mm. wöchentlich	20%	29%	18%	53
	wöchentlich	15%	16%	18%	173
	gesamt	n.s.	n.s.	n.s.	
	tägl. vs. mm. wöch.				
	mm. wöch. vs. wöch.				
	tägl. vs. wöch.				
Gesamtmittelwert		18%	19%	20%	606

Anmerkung: Pearson Chi-Quadrat-Test, paarweise Vergleiche Bonferroni-adjustiert.

*=signifikant 5%, **=signifikant 1%, n.s.= nicht signifikant

N.D. = „Niedrigdosierung“, M.D. = „Mitteldosierung“, H.D. = „Hochdosierung“

Die Prozentangaben geben an, wieviele von den mit einer bestimmten Substanz Substituierten die entsprechende Zusatzmedikation erhielten. Aus Anschaulichkeitsgründen wird der höchste Wert fett und unterstrichen dargestellt. Unterscheidet sich der höchste Wert nicht signifikant vom mittleren Wert und unterscheiden sich beide signifikant vom niedrigsten Wert, so werden sowohl der höchste Wert als auch der folgende Wert entsprechend gekennzeichnet.

Tab. 14: Durchschnittliche Werte der subjektiven Befindlichkeit für die Gesamtstichprobe

SKALA	Anzahl Items	Ø Summe	Ø Skalenwert (GSI)	Ø Anzahl Items >0	Ø Schweregrad der Belastung
Depressive Symptome	4	3,00	0,75	1,51	1,59
Dysthyme Symptome	4	3,73	0,93	1,98	1,54
Vegetative Symptome	6	4,84	0,81	2,42	1,62
Agoraphobe Symptome	5	2,53	0,51	1,72	1,26
Symptome sozialer Phobie	4	3,47	0,87	1,69	1,63
Symptome v. Misstrauen	4	3,73	0,93	1,83	1,72
SCL-27	27	21,42	0,79	10,76	1,61

Anmerkung: 0 = „kein Leidensdruck“ bis 4 = „hoher Leidensdruck“

Tab. 15: Lebensqualität

Faktoreinfluss		WHOQOL-BREF				
		Physisch	Psychisch	Soz. Bez.	Umwelt	Global
derzeitiges Substitutionsmedikament	Buprenorphin	64,1	61,4	59,1	66,0	62,9
	Methadon	58,8	60,5	60,5	63,3	58,1
	Morphin ret.	62,6	64,2	59,3	66,3	60,4
	gesamt	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
	Bupr. vs. Meth.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
	Bupr. vs. Morph. ret.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
	Meth. vs. Morph. ret.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Tagesdosis in Kategorien	niedrig	66,1	63,5	58,9	67,0	63,6
	mittel	62,2	62,1	60,0	66,1	61,2
	hoch	57,1	60,6	60,0	62,6	56,5
	gesamt	*	n.s.	n.s.	n.s.	*
	N.D. vs. M.D.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
	M.D. vs. H.D.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
	N.D. vs. H.D.	*	n.s.	n.s.	n.s.	*
Mitgaberegulung	täglich	58,3	57,3	56,4	62,1	56,0
	mm. wöchentlich	59,8	60,4	58,7	63,9	61,4
	wöchentlich	67,3	68,5	63,7	69,6	63,8
	gesamt	**	**	**	**	**
	tägl. vs. mm. wöch.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
	mm. wöch. vs. wöch.	n.s.	*	n.s.	n.s.	n.s.
	tägl. vs. wöch.	**	**	**	**	**
Gesamtmittelwert		61,8	62,1	59,6	65,2	60,4

Anmerkung: Dreiwegvarianzanalyse für unabhängige Stichproben, paarweise Vergleiche Bonferroni-adjustiert.

*=signifikant 5%, **=signifikant 1%, n.s.= nicht signifikant

N.D. = „Niedrigdosierung“, M.D. = „Mitteldosierung“, H.D. = „Hochdosierung“

0 = „kein Leidensdruck“ bis 4 = „hoher Leidensdruck“.

In Tab. 16 wurden analog zur Auswertung des WHOQOL-BREF Werte für Subgruppen und paarweise Vergleiche zwischen diesen berechnet: Sieht man davon ab, dass Methadonsubstituierte mehr depressive Symptome zeigten als die VergleichspatientInnen, so zeigte sich darüber hinaus, dass jene, die ihre Substitutionsmedikamente einmal pro Woche oder seltener bekamen, die psychopathologisch gesündesten PatientInnen waren.

4. Zusammenfassung und Diskussion

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie machen deutlich, dass hinsichtlich der Beurteilung der Substitutionsmedikamente ein differenziertes Bild vorliegt. Morphin retard wird von den ÄrztInnen hinsichtlich mehrerer Anwendungsparameter besonders günstig beurteilt und erweist sich als jene Substitutionsmedikation, die von den PatientInnen bevorzugt wird. Dem Buprenorphin wieder wird von den ÄrztInnen ein besonders niedriges Missbrauchspotential zugeordnet. Aus den differenzierten Erkenntnissen und Zuschreibungen ergibt sich, dass in der Gesamtbeurteilung Morphin retard und Buprenorphin vergleichbar positiv bewertet werden und die Bewertung des Methadon signifikant ungünstiger

ausfällt. Das Methadon wird sowohl von den behandelnden ÄrztInnen als auch von den substituierten PatientInnen selbst am negativsten beurteilt. Inwieweit Einschätzungen auf tatsächlichen Eigenschaften der Substanzen beruhen bzw. inwieweit subjektive Zuschreibungen und Erwartungshaltungen von PatientInnen und TherapeutInnen einfließen, kann basierend auf der vorliegenden Studie nicht beantwortet werden.

Unerwarteter Weise scheint die aktuell angewendete Dosierung im Hinblick auf das Zufriedenheitsurteil der PatientInnen keinen Einfluss zu haben. Dies kann möglicherweise dadurch erklärt werden, dass psychopathologisch und sozial auffällige PatientInnen mit einer generell niedrigeren Lebenszufriedenheit eher höhere Dosen erhalten als weniger auffällige und besser integrierte Personen.

Da eine freizügigere Mitgaberegulung zumeist bei eher unauffälligem, angepasstem Verhalten sowie bei beruflicher Integration erfolgt, ist es wenig verwunderlich, dass PatientInnen, die ihre Substitutionsmedikamente wöchentlich oder seltener beziehen, in vielerlei Hinsicht zufriedener sind als Vergleichspersonen.

Tab. 16: Subjektive Befindlichkeit

Faktoreinfluss		SCL-27_R							
		SCL-27 GSI	SCL-27 PSDI	depressive Symptome	dysthymische Symptome	vegetative Symptome	agoraphobische Symptome	soziale Phobien	Symptome von Misstrauen
derzeitiges Substitutionsmedikament	Buprenorphin	0,77	1,55	0,75	0,85	0,82	0,46	0,81	0,91
	Methadon	0,90	1,69	0,96	1,08	0,94	0,63	0,90	0,99
	Morphin ret.	0,77	1,62	0,73	0,92	0,79	0,48	0,82	0,91
	gesamt	n.s.	n.s.	*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
	Bupr. vs. Meth.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
	Bupr. vs. Morph. ret.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
	Meth. vs. Morph. ret.	n.s.	n.s.	*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Tagesdosis in Kategorien	niedrig	0,74	1,58	0,75	0,91	0,73	0,48	0,82	0,87
	mittel	0,80	1,56	0,79	0,91	0,84	0,48	0,89	0,93
	hoch	0,89	1,72	0,89	1,02	0,99	0,60	0,81	1,01
	gesamt	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	*	n.s.	n.s.	n.s.
	N.D. vs. M.D.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
	M.D. vs. H.D.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
	N.D. vs. H.D.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	*	n.s.	n.s.	n.s.
Mitgaberegulung	täglich	0,92	1,68	0,88	1,06	0,95	0,62	0,99	1,04
	mm. wöchentlich	0,91	1,66	0,98	1,05	1,00	0,59	0,91	1,01
	wöchentlich	0,61	1,52	0,58	0,73	0,61	0,35	0,62	0,76
	gesamt	**	*	**	**	**	**	**	**
	tägl. vs. mm. wöch.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
	mm. wöch. vs. wöch.	*	n.s.	*	n.s.	**	n.s.	n.s.	n.s.
	tägl. vs. wöch.	**	*	**	**	**	**	**	**
Gesamtmittelwert	0,81	1,62	0,81	0,95	0,85	0,52	0,84	0,94	

Anmerkung: Dreiwegvarianzanalyse für unabhängige Stichproben, paarweise Vergleiche Bonferroni-adjustiert.

*=signifikant 5%, **=signifikant 1%, n.s.= nicht signifikant

N.D. = „Niedrigdosierung“, M.D. = „Mitteldosierung“, H.D. = „Hochdosierung“

0 = „kein Leidensdruck“ bis 4 = „hoher Leidensdruck“.

Summary

Objective of this publication is to provide a systematic overview on the experiences of opioid dependent patients in maintenance therapy in Austria. In an empirical study a sample of prescribing physicians was interviewed and per physician between 3 and 10 patients included into the study. Information concerning the patients was provided both by the patients themselves and by the treating physicians. A total of 176 physicians and 619 patients were used for the study.

The results of this study illustrate a differentiated picture concerning prescribing drugs. Slow release morphine is perceived most favourable by the physicians concerning several aspects of application and is the drug most patients favour. buprenorphine is classified as substance with the lowest potential to be abused. Summing up the different findings and attributions slow release morphine and buprenorphine are judged equally positive. Methadone is perceived significantly less favourable by the prescribing physicians and by the patients themselves. This study cannot answer the question as to what degree these judgements can be explained by the pharmacological properties of the substances and

to what degree they are based on subjective expectations and attributions.

Rather unexpected is the fact that the actual dosage prescribed seems unrelated to the degree of patient satisfaction. A possible explanation is that patients with a higher degree of psychopathological and social problems, characterised by lower life-contentment, are being dosed higher than less conspicuous and better integrated individuals.

Since physicians usually accept more generous take home regulations for inconspicuous, well-adjusted patients working regularly, it is not unexpected that those receiving take home doses for a week or longer in many aspects are doing much better than those required to consume their maintenance drugs daily in front of a pharmacist.

Keywords

maintenance therapy, Austria, methadone, slow release morphine, buprenorphine, legal regulation, satisfaction

Danksagung:

Die Autoren dieser Studie bedanken sich bei den Ärztinnen und PatientInnen für ihre bereitwillige Teilnahme an der Studie und den guten Willen der Zusammenarbeit.

Diese Studie wurde von der Mundipharma Ges.m.b.H., Wien finanziell unterstützt.

Literatur

Busch, M. (2008): Substitution in Österreich. Sonderauswertung. Gesundheit Österreich GmbH Geschäftsbereich ÖBIG, Wien

Dole, V.P.; Nyswander, M.E. (1965): A Medical Treatment for Diacetylmorphine Addiction. JAMA, 193: 646-650

Eisenbach-Stangl, I.; Uhl, A. (1992): Geschichte und Praxis der Substitutionsbehandlung in Österreich. In: Bossong, H.; Stöver, H. (Hrsg.) (1992): Methadonbehandlung – ein Leitfaden. Campus, Frankfurt

Haas, S.; Busch, M.; Horvath, I.; Türscherl, E.; Weigl, M.; Wirl, Ch. (2008): Bericht zur Drogensituation 2008. Gesundheit Österreich GmbH Geschäftsbereich ÖBIG, Wien

Haas, S.; Busch, M.; Horvath, I.; Türscherl, E.; Weigl, M.; Wirl, Ch. (2008): Bericht zur Drogensituation 2008. Gesundheit Österreich GmbH Geschäftsbereich ÖBIG, Wien

Hardt, J.; Egle, U.; Kappis, B.; Hessel, A.; Brahler, E. (2004): Symptom-Checklist SCL-27 – Results of a representative German survey. Psychother Psychosom Med Psychol, 54: 214-23

Medizinische Fakultät der Universität Wien (1986): Fakultätsgutachten zur Substitutionsbehandlung 1984. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 9, 1/2: 32-37

Springer, A.; Uhl, A. (2009): Substitutionsbehandlung von Opiatabhängigen in Österreich. Eingereicht in Suchtmedizin in Forschung und Praxis

Springer, A.; Uhl, A.; Werner, E.; Warhanek, R.; Jaklitsch-Schmidt, E. (1992): 4 Jahre Methadonbehandlung in Österreich. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 15, 2: 3-10

Substitutionserlass (1987): Erlass über die orale Substitutionsbehandlung von i.v. Drogenabhängigen gem. § 5 SGG des Bundeskanzleramtes. GZ 61.551/14-VI/14/87, Wien

Substitutionserlass (1991): Zweiter Substitutionserlass des Bundeskanzleramtes vom Jänner 1991, betreffend orale Substitutionsbehandlung von Suchtkranken, GZ 61.551/20-VI/A/7a/90, Wien

Substitutionserlass (1998): Erlass "Orale Substitutionsbehandlung von Suchtkranken" des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen, GZ 21.551/6-VIII/B/12/98, Wien

Substitutionserlass (2007): Einführungserlass zur Neuordnung der Substitutionsbehandlung des Bundesministeriums für Gesundheit, Frauen und Jugend, GZ 21551/0014-III/6/2007, Wien

Uhl, A.; Springer, A.; Werner, E. (1992): Substitutionsbehandlung in Österreich. Originalarbeiten, Studien, Forschungsberichte des BMGK, Wien

WHO (2004): The World Health Organization. WHO Quality Of Life-BREF (WHOQOL-BREF). Available at: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whqolbref/en/ (accessed 27 July 2009)

Korrespondenzadresse

Univ. Prof. Dr. Alfred Springer
Ludwig Boltzmann Institut für Suchtforschung
Mackgasse 7-11
1230 Wien
Tel.: +43-(0)1-88010-112
E-Mail: alfred.springer@api.or.at