



**Bayerische Akademie
für Sucht- und
Gesundheitsfragen**
BAS Unternehmungsgesellschaft
(haftungsbeschränkt)

Landwehrstr. 60-62
80336 München
Tel.: 089.530 730-0
Fax: 089.530 730-19
E-Mail: bas@bas-muenchen.de
Web: www.bas-muenchen.de

Registergericht München:
HRB 181761

Geschäftsführung:
Dr. med. Beate Erbas

Bankverbindung:
Bank für Sozialwirtschaft AG
IBAN:
DE44 7002 0500 0008 8726 00
BIC/Swift: BFSWDE33MUE

Gesellschafter:
Bayerische Akademie für Suchtfragen
in Forschung und Praxis BAS e.V.

Empfehlungen zur substitutionsgestützten Behandlung bei Minderjährigen

3. überarbeitete und ergänzte Auflage, März 2022

Autoren (alphabetische Reihenfolge):
Erbas B, Gift S, Koller G, Pogarell O, Seiler J

1 Hintergrund

Während die Substitutionsbehandlung bei erwachsenen Opioidabhängigen gut evaluiert und als Behandlungsmethode anerkannt ist, ist die Studienlage bei Jugendlichen und Heranwachsenden bislang begrenzt. In den letzten Jahren kamen angesichts der Opioidkrise einige Untersuchungen aus USA und Kanada hinzu, wobei die dortige Situation kaum mit den hiesigen Verhältnissen vergleichbar ist.

Es ist unumstritten, dass auch bei Minderjährigen eine opioidgestützte Substitutionsbehandlung in bestimmten Fällen hilfreich sein kann. Gleichzeitig soll die Chance einer Veränderungsmotivation durch eine frühzeitige Entgiftung gewahrt und andere Hilfsmaßnahmen in ausreichendem Maße ausgeschöpft werden. Somit wäre bei diesem Personenkreis der Leitgedanke „So selten wie möglich und so oft wie nötig“ angezeigt. Das gilt insbesondere dann, wenn andere Therapiekonzepte nicht die erforderliche Stabilisierung erzielen konnten.

Erfahrene Expertinnen und Experten aus Sucht- und Jugendhilfe sowie Substitution geben auf den folgenden Seiten einen Überblick über Voraussetzungen und rechtliche Rahmenbedingungen sowie Zielsetzungen, Strategien und Methoden für diese Behandlungsform. Aus Sicht von Condrobs e.V. ist die Zahl der opioidkonsumierenden oder substituierten Jugendlichen in der Jugendhilfe in den Jahren 2010 bis 2019 stark zurückgegangen. Auffällig ist aber, dass seit 2020 die Betreuungszahlen wieder stark angestiegen sind. Auch gibt es keine Routine in der Substitution Jugendlicher. Somit müssen neue Kooperationen geschlossen und Standards wieder ins Behandlungssystem eingebracht werden.

Dieses Papier soll für Ärztinnen und Ärzte aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Suchtmedizin und für Mitarbeitende des Jugend- und Suchthilfesystems hilfreiche Anhaltspunkte liefern.

2. Kriterien für die Indikationsstellung einer substitutionsgestützten Behandlung bei Jugendlichen (im Sinne eines Heilversuchs)

Die substitutionsgestützte Behandlung jugendlicher Opiatabhängiger muss aufgrund fehlender arzneimittelrechtlich zugelassener Präparate zunächst grundlegend als Heilversuch angesehen werden. Hier ist die Möglichkeit für eine flexible, bedarfsgerechte, am Einzelfall orientierte Entscheidung für oder gegen eine substitutionsgestützte Behandlung das Wichtigste.

Im Hinblick auf eines der Hauptziele der Substitutionsbehandlung, nämlich auf die Stabilisierung der Verhältnisse im Sinne der Schadensminderung (Harm Reduction), lassen sich folgende Rahmenbedingungen formulieren:

2.1 Voraussetzungen

- a) Die Opioidabhängigkeit muss zweifelsfrei festgestellt sein. Episodischer Heroinkonsum ist aus suchtmmedizinischer Sicht keine Grundlage für eine regelmäßige Substitution, da auf diese Weise tatsächlich eine Opioidabhängigkeit etabliert werden kann. Episodischer Konsum muss weitestgehend anamnestisch diagnostisch ausgeschlossen werden. Als Entscheidungsgrundlage sollte eine Diagnostik nach ICD-10 herangezogen werden.
- b) Das Behandlungsziel der Schadensminimierung lässt sich nachweislich nicht auf anderweitige Weise erreichen. Dies muss in einem Hilfeplangespräch mit Einschluss aller mit dem Fall betrauten Fachstellen der Jugend- und Suchthilfe festgestellt werden. Hier sollte das Zusammenwirken von Suchtmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Erziehungsberechtigten Standard sein.
- c) Bei fehlendem Nachweis einer manifesten Opioidabhängigkeit sind präventive Maßnahmen erforderlich. Beispielsweise kann ein mehrwöchiger Therapieplan unter absteigender Dosierung des Substitutionsmittels mit dem Ziel der Abstinenz einer Chronifizierung vorbeugen. Die Möglichkeit flexibler besonders begründeter Einzelfallentscheidungen, die einvernehmlich getroffen werden, soll gegeben sein.

2.2 Zielgruppen

Alle Fälle sind als Einzel- bzw. Sonderfälle zu betrachten, bei denen einzelne oder auch mehrere der folgenden Merkmale vorhanden sein können:

- Psychiatrische Komorbidität
- Breites Spektrum der konsumierten Drogen immer in Verbindung mit Opioiden
- Hochriskanter Drogenkonsumstil
- Schwere körperliche Erkrankungen mit möglicherweise vitaler Gefährdung
- Schwere Bindungsstörungen
- Schwere soziale Desintegration nach sozialpädagogischer Fachdiagnose
- Überbrückungssituationen vor Entzugsbehandlung bzw. Entwöhnungstherapie
- Schwangerschaft

3. Ziele

Der Hilfeplan soll die betroffenen Jugendlichen, Eltern und Sorgeberechtigte sowohl über die Möglichkeit einer Substitutionsbehandlung, über Behandlungsalternativen als auch über die Unvorhersehbarkeit des Therapieverlaufs gründlich aufklären.

Vorrangig aus Sicht der Patientinnen und Patienten:

- Sicherung des Überlebens
- Verhinderung von sozialer Desintegration
- Verhinderung von körperlichen Folgeschäden
- Behandlung von Komorbidität/Verbesserung des gesundheitlichen Gesamtzustandes
- Stabilisierung im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich
- Reduktion eines multiplen Konsums
- Distanzierung von der Drogenszene und Lösen von Abhängigkeitsverhältnissen (z.B. Prostitution)
- Aufbau von Veränderungsmotivation
- Aufbau einer sozialen Perspektive, z.B. durch Wiederaufnahme von schulischer und/oder beruflicher Ausbildung sowie Sicherung der Wohnsituation
- Entwicklung von Behandlungsmotivation
- Schrittweises Erzielen einer Suchtmittelfreiheit

Neben den o. g. Punkten kommen aus Sicht der Behandelnden hinzu:

- Kontaktaufbau und -sicherung zu den Betroffenen
- Stabilisierung und Sicherung des Überlebens
- Möglichkeiten zur Krisenintervention
- Aufbau und Ausbau von Ressourcen und ressourcenorientierte Vorgehensweise
- Behandlung der häufig vorhandenen psychischen und somatischen Komorbidität
- Unterstützung bei der Wiedereingliederung

4. Anforderungen an das Hilfesystem

Bei den oben genannten Zielgruppen ist immer von einer bestehenden Kindeswohlgefährdung auch der fast Volljährigen auszugehen. In diesem Fall greift das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG). Eine Information und Einbeziehung des öffentlichen Trägers der Jugendhilfe (Jugendamt) ist indiziert. Außerdem besteht ein Beratungsanspruch gegen den öffentlichen Träger nach §8b SGB 8.

- Definition Hilfesystem: Alle am Hilfeplan aktiv Beteiligten wie Jugendhilfe, Suchthilfe, Mediziner und Eltern = „Hilfeteam“
- Enge Kooperation und Vernetzung zwischen medizinischen Bereich, Suchthilfe und Jugendhilfe ist

erforderlich und sollte in gegenseitigem Einvernehmen verbindlich festgelegt und institutionalisiert werden. Ein Maßnahmenplan, der die Vorgehensweise von Justiz, Beratungsstellen, städtischen Ämtern und Medizinern regelt, ist hier sinnvoll.

- Der Umfang der Einbeziehung der Sorgeberechtigten sollte verbindlich im Hilfeplan festgelegt werden. Spezielle Beratung und Betreuung Jugendlicher in Drogenberatungsstellen oder in sucht-spezifischer Jugendhilfe mit und ohne Elterngruppen ist notwendig.
- Einbindung von Kinder-/Jugendpsychiatrie bzw. -medizin zur multiaxialen Diagnostik nach ICD-10 als Grundlage der Hilfeplanung und zur Behandlung psychiatrischer, somatischer und sozialer altersspezifischer Begleiterkrankungen und -probleme
- Möglichst Qualifikation und Erfahrung aller Beteiligten in der Behandlung jugendlicher Substanzabhängiger
- Eine schriftliche Schweigepflichtsentbindung gegenüber den an der Hilfeplanung beteiligten Stellen durch die Patientin/den Patienten und Sorgeberechtigten sollte Voraussetzung für die Aufnahme in die Substitution sein
- Ein Case-Manager, der die Maßnahmen koordiniert, ist aus dem Kreis der beteiligten Helfer zu bestimmen. Aufgabenfeld des Case-Managers ist die Entwicklung des individuellen Hilfeplans und die Zielerreichung (vgl. 3 Ziele)
Auch hier sollte verbindlich die öffentliche Jugendhilfe einbezogen werden, da sie hier ihren hoheitlichen Auftrag ausführen und geeignete Hilfsangebote installieren kann.
- Sehr gut bewährt hat sich eine Intensive Sozialpädagogische Einzelbetreuung (sog. ISE-Maßnahme) mit Clearingfunktion im Rahmen der Jugendhilfe.

5. Praktische Umsetzung

Grundsätzlich sind alle medizinischen, rechtlichen und kassenärztlichen Vorgaben zur Substitution zu berücksichtigen. Diagnostik und Therapie erfolgen auf Grundlage eines biopsychosozialen Modells.

5.1 Programme und Strategien

- Keine Substitution ohne Hilfeplanung und Einbeziehung der öffentlichen Jugendhilfe
- Genauer zeitstrukturierter Zielplan für ca. drei Monate mit monatlichen Ergebniskontrollen und regelmäßiger Information der Hilfeplanpartner ist unumgänglich. Es ist vorab festzulegen, wer die Ergebniskontrollen durchführt.
- Therapieziele sind flexibel der jeweiligen Situation anzupassen, sollten realistisch gewählt und einzelfallbezogen formuliert werden. Eine forcierte Abstinenzorientierung kann die Morbidität bzw. Mortalität erhöhen.
- Regionale Besonderheiten und Bedingungen für die Umsetzung der Programme und Strategien vor Ort müssen berücksichtigt und ein gewisser Freiraum muss für die Realisierung ermöglicht werden. Die Einzelheiten sind vom „Hilfeteam“ festzulegen.

-
- Auf geschlechtsspezifische Komponenten bei Suchtmittelkonsum von Jugendlichen soll bei der Ausgestaltung eines substitutionsgestützten Behandlungskonzeptes geachtet werden.
 - Ressourcenorientiertheit und Stärkung des Selbsthilfepotenzials als wichtige Voraussetzungen für die Therapiegestaltung
 - Chancen zur (auch ambulanten) Entgiftungsbehandlung sollten aufgegriffen werden.

5.2 Medizinischer Bereich

- Engmaschige Beikonsumkontrolle mit therapeutischer Aufarbeitung
- Statt Methadon ggf. Buprenorphin als Substitutionsmittel wegen günstigerem Wirkungsprofil, geringerer Entzugsproblematik und höherer toxikologischer Sicherheit
- Kurzfristiger und niedrigschwelliger Zugang zur Entgiftung, sobald hierfür Behandlungsbereitschaft besteht. Dafür sind jugendspezifische Entgiftungsplätze und ggf. abstinentzbegleitende Therapien erforderlich.

5.3 Psychosozialer Bereich

- Eine psychosoziale Betreuung soll angeboten werden.
- Individuelle psychotherapeutische Maßnahmen sind nach medizinischer Stabilisierung wünschenswert, um Grundlagen für alle weiteren Maßnahmen schaffen zu können.
 - Enge Einbindung der Bezugspersonen (systemische Sichtweise)
- Verbindliche Begleitung durch intensive Jugendhilfe, z.B. § 35 SGB 8 (Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung) oder § 32 SGB 8 (Sozialpädagogische Familienhilfe)

Weiterhin wünschenswert:

- Jugendeinrichtungen für drogengefährdete Klienten mit therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten

6. Rechtsrahmen

- Eine Einwilligungserklärung der Erziehungsberechtigten ist erforderlich. Es sind kaum Notsituationen vorstellbar, die eine sofortige Substitution rechtfertigen.
- Die Rahmenbedingungen des BtMG, der BtMVV und die Richtlinien der Bundesärztekammer (siehe unten) sind sorgfältig zu beachten.
- In der *Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger* heißt es unter Punkt 2. **Allgemeine Voraussetzungen für die Einleitung und Fortführung einer substitutionsgestützten Behandlung ...:**
„Für die individuelle Indikationsstellung und Einleitung einer substitutionsgestützten Behandlung sind die Besonderheiten des Patienten zu berücksichtigen. Besondere Sorgfalt bei der Indikationsstellung ist bei Jugendlichen und Heranwachsenden sowie bei erst kürzer abhängigen Patienten geboten und in der Behandlungsdokumentation zu begründen. Eine psychosoziale Betreuung sollte bei dieser Zielgruppe regelhaft mit einbezogen werden. ...“
- Das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) ist zu berücksichtigen.

7. Finanzierung

- Grundsätzlich können erzieherische Hilfen im Rahmen des SGB 8 nach den Richtlinien der Jugendhilfe beansprucht werden, wobei der Therapiebeginn nicht durch die Abklärung der Finanzierung verzögert werden sollte.
- Die Kassenfinanzierung der Substitutionsbehandlung auch bei Jugendlichen ist durch die *Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung*, Punkt 2 Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger in § 3 Absatz 6 geregelt.

ANHANG (Stand März 2022)

1. Überblick über Publikationen zur Behandlung opioidabhängiger Jugendlicher und Heranwachsender

Borodkovsky et al.: Buprenorphine treatment for adolescents and young adults with opioid use disorders: a narrative review. J Addict Med. 2018; 12(3): 170–183.
doi:10.1097/ADM.0000000000000388.

→ Narratives Review, welches randomisierte kontrollierte Studien (n=3) sowie Beobachtungsstudien (n=9) zu Buprenorphin mit und ohne Naloxon zur Behandlung opioidabhängiger Jugendlicher vorstellt.

Demographische Charakteristika:

- Prävalenz (Lebenszeit, 12-Monate und die letzten 30 Tage) für Heroingebrauch bei jungen männlichen Erwachsenen doppelt so hoch wie bei weiblichen
- Hohe Komorbidität psychischer Störungen (20-80 %), v.a. Depression u. Angststörungen
- hohe 30-Tage-Prävalenz für Cannabisgebrauch (60-74 %) und Cannabisabhängigkeit
- Konsumierende verordnungsfähiger Opioide verwenden mehr zusätzliche Substanzen als heroinkonsumierende Jugendliche (4,3 vs. 2,8).
- Heroinkonsumierende sind stärker abhängig als Opioidkonsumierende

RCT-Ergebnisse:

- Behandlungsdauer längstens 12 Wochen
- Opioid-Abstinenzrate steigt mit der Länge der Behandlungsdauer (4, 8 und 12 Wochen)
- Retentionsquote nimmt mit der Behandlungsdauer ab (Woche 4: 84 %; Woche 8: 74 % und Woche 12: 70 %)
- Jugendliche mit zwei bis drei Take-home-Tagen pro Woche hatten höheren Anteil opioidnegativer Urine (43,2 % vs. 8,6 %) und höhere Retentionsraten (46,7 % vs. 17,3 %).
- Schmerzbelastung war mitentscheidend für die Höhe der Buprenorphindosis (extrem: durchschnittlich 19,7 mg, etwas: 15 mg und keine: 12,8 mg)

Beobachtungsstudien:

- Längere Beobachtungszeiträume bis zu einem Jahr
- 25-50 % der Jugendlichen, die die Behandlung abbrechen, kommen innerhalb eines Jahres wieder.

Buprenorphinbehandlung plus psychosoziale Unterstützung:

- In den RCTs waren Verhaltenstherapien mit zwei bis drei Sitzungen pro Woche verpflichtend zur Buprenorphin-Medikation.

- In Beobachtungsstudien wurden stationäre Patientinnen und Patienten u.a. zur Teilnahme an AA¹- oder NA²-Programmen angeregt.

Empfehlungen:

Einstellung und Dosis: Graduelle Einstellung wie bei Erwachsenen, bis keine Entzugssymptome bzw. Craving mehr vorhanden ist. Die in den RCTs verwendeten Dosierungen schwankten zwischen 2 und 32 mg täglich- je nach Abhängigkeitsschwere und bestehender Schmersymptomatik.

Behandlungsdauer: Die optimale Behandlungsdauer mit Buprenorphin ist unbekannt. Minimum 12 Wochen für 16-Jährige, in Beobachtungsstudien wurden Behandlungszeiten von bis zu einem Jahr beschrieben.

Abdosierung: Eher langsam, nur bei stabilen äußeren Verhältnissen und fortgesetzten Monitoring auch nach Abschluss der Abdosierung.

Take home Buprenorphin: Es fehlen Daten, wie wichtig die eigenverantwortliche Einnahme gegenüber anderen notwendigen Behandlungskomponenten ist. Besonders zu Behandlungsbeginn oder bei jungen Abhängigen, die ein strengeres Behandlungsregime benötigen, sollte auf TH verzichtet werden.

Psychosoziale Behandlung: Wird durch Buprenorphin-Behandlung erst ermöglicht, wenn weder Craving noch Entzugserscheinungen bestehen. Ziel: Entwicklung von Fähigkeiten zur Bewältigung und Rückfallprävention

Camenga et al.: Medication for maintenance treatment of opioid use disorder in adolescents: A narrative review and assessment of clinical benefits and potential risks. JOURNAL OF STUDIES ON ALCOHOL AND DRUGS / JULY 2019: 393-402

→ Insgesamt wenig Evidenz zur Wirksamkeit und Sicherheit der medikamentösen Behandlung der Opioidabhängigkeit bei Jugendlichen

- Methadon: Wegen restriktiver Verordnungspraxis (schriftliche Genehmigung durch Eltern/Sorgeberechtigten, mindestens zwei fehlgeschlagene Entgiftungsversuche innerhalb von 12 Monaten) selten bei Jugendlichen verwendet
- Buprenorphin: Bezieht sich auf die gleichen RCTs wie Borodkovsky et al. (siehe oben)
- Naltrexon: Insgesamt geringe Fallzahlen. Gefahr bei Verwendung der oralen Form, wenn die Behandlungadhärenz nicht sicher gegeben ist und bereits eine verringerte Opioidtoleranz eingetreten ist: Atemdepression bei niedrigeren Opioiddosen als früher gewohnt
Nur für streng abstinenzorientierte Behandlung geeignet.

¹ Anonyme Alkoholiker

² Narcotics Anonymous

Carney et al.: Medication Treatment of Adolescent Opioid Use Disorder in Primary Care. *Pediatr Rev.* 2018 January ; 39(1): 43–45. doi:10.1542/pir.2017-0153.

→ 2016 Empfehlung der American Academy of Pediatrics: 3 Substitutionsmedikamente

- Buprenorphin: Pädiater sollen diese nur in Kombination mit Naloxon verschreiben
- Naltrexon: Als täglich einmal oral einzunehmende Tablette oder Ein-Monat-Depotinjektion
- Methadon: strikte Regulierungen, daher eher unüblich in USA
- Behandlungsprotokoll:
 Kinderärzte der Primärversorgung, insbesondere im ländlichen Raum einbeziehen, die das Medikament verordnen und die Behandlung überwachen + psychologische/sozialpädagogische Betreuung (mental health practitioner) zur Durchführung einer Verhaltenstherapie
 Nach Möglichkeit nur Sichtvergabe
 Urinkontrollen, erst wöchentlich, dann in zunehmenden Abständen
 Assessment für Komorbiditäten und ggf. Behandlung
 Schulungen für Überdosierungs-Notfälle und Naloxonverordnung für alle Patienten und ihre Familien

Hadland: How Clinicians caring for youth can address the opioid-related overdose crisis: *J Adolesc Health.* 2019 August: 65(2): 177-180. doi:10.1016/j.jadohealth.2019.05.008.

→ Kommentar mit Empfehlungen zum Vorgehen bei Jugendlichen in der Opioidkrise:

Hintergrund:

- Im Zeitraum von 1999 bis 2016 sind Überdosierungen bei US-amerikanischen Jugendlichen um 95 % (verschreibungspflichtige Opioide), 405 % (Heroin) bzw. 2925 % (Fentanyl) angestiegen.
- Junge Erwachsene haben im Vergleich zu anderen Altersgruppen den höchsten Anstieg an Mortalität durch Überdosis zu verzeichnen.
- Ein Drittel aller Patientinnen und Patienten, die wegen ihrer Opioidabhängigkeit behandelt wurden, gaben an, bereits vor dem 18. Lebensjahr Opioide konsumiert zu haben

Empfehlungen:

- Erhöhung der Anzahl an Kinder- und Jugendärzten mit der Befähigung, Buprenorphin zu verordnen
- Stigmatisierende Ansprache in den Ambulanzen durch alle Teammitglieder vermeiden
- Umfassendes Training für Ärzte aller Fachrichtungen, um Suchtprobleme adäquat anzusprechen

Levy S. Youth and the Opioid Epidemic.. *Pediatrics*. 2019;143(2):e20182752

→ Überblick über das amerikanische Versorgungssystem für opioidabhängige Jugendliche mit Vorschlägen zur Bewältigung der Opioidkrise:

- Amerikanische Akademie für Pädiatrie (AAP) empfiehlt für Jugendliche und junge Erwachsene Opioidsubstitution, da diese effektiv Opioidgebrauch reduziert.
- Empfohlen wird Buprenorphin für Patientinnen und Patienten ab 16 Jahren.
- Vorschlag in der Primärversorgung tätige Kinderärzte wegen des geeigneten Zugangsweges einzubeziehen

Pilarinos A, Bromberg DJ, Karamouzian M: Access to Medications for Opioid Use Disorder and Associated Factors Among Adolescents and Young Adults. A Systematic Review. *JAMA Pediatr*. 2022;176(3):304-311. doi:10.1001/jamapediatrics.2021.4606

→ Systematisches Review, welches 37 Studien (knapp 180.000 Jugendliche und junge Erwachsene, 84 % weiblich, 24,4 Jahre alt im Mittel) aus einem Zeitraum von 1992-2021 auswertete:

- Zugang zur medikamentösen Therapie (Methadon, Buprenorphin und Naltrexon) insgesamt bei dieser Zielgruppe seltener als bei Erwachsenen
- Jugendliche erhalten eher Naltrexon oder die Kombination aus Buprenorphin mit Naloxon
- Regionale Versorgungsunterschiede (Nord/Süd) fanden sich für Italien und die USA
- Darüber hinaus untersucht wurde der Zusammenhang zwischen medikamentöser Behandlung der Opioidabhängigkeit und Faktoren rund um das Gesundheits- und Sozialsystem, Fragen der Ethnizität, des sozioökonomischen Hintergrunds und des Geschlechts sowie Kontakte mit dem Justizsystem und der Art der konsumierten Substanzen

Ramos, Christal; Clemens-Cope, Lisa; Samuel-Jakubos, Haley; Basurto, Luis (2018): Evidence Based-Interventions for Adolescent Opioid Use Disorder. What might work for high-risk Ohio counties? Hg. v. Urban Institute. Online verfügbar unter <https://www.urban.org/research/publication/evidence-based-interventions-adolescent-opioid-use-disorder>

→ eine Art Leitfaden (69 Seiten): beschreibt u.a. evidenzbasierte Screening- bzw. Frühinterventions-Instrumente sowie evidenzbasierte Behandlungsverfahren für Jugendliche mit einer Opioidabhängigkeit

Seite 20: *“A recent study that examined the link between timely (i.e., within three months of diagnosis) receipt of OUD medication and retention in treatment among youths with OUD found that, compared with youths who received behavioral therapy only, those who were timely treated with buprenorphine were 42 percent less likely to discontinue care, those who were timely treated with naltrexone were 46 percent less likely to discontinue care, and those who were timely treated with methadone were 68 percent less likely to discontinue care (Hadland et al. 2018)....”*

Kriterien für qualitative hochwertige Behandlungsprogramme (Seite 20/21):

1. **Timeliness.** *The provider should see the adolescent within 48 hours (SAMSA 2018).*
2. **Medication.** *The program should offer FDA-approved medication treatments (including both buprenorphine and naltrexone, and methadone if the facility is licensed to dispense it) when appropriate.*
3. **Screening/assessment.** *Comprehensive adolescent patient assessment should include rapid service provision, reassessment, and monitoring of progress.*
4. **Attention to mental health.** *The provider should assess mental health needs, provide rapid service including medication or coordination with another service provider, reassessment, and monitoring of progress.*
5. **Comprehensive treatment.** *Comprehensive treatment integrates treatment with referrals to address physical health, infectious disease and sexual health, educational/vocational needs, juvenile justice system needs, prosocial connections, trauma care, and factors to promote resiliency.*
6. **Family involvement in treatment.** *Provider assesses family functioning and refers parents and household members to treatment when needed, and provides family therapy and opportunities for the family to obtain information and provide input.*
7. **Developmentally informed programming.** *Provider treats adolescent patients only with other adolescents, and provides opportunities for adolescents to provide input toward treatment and adolescent-specific features that address developmental issues, such as peer group influences, identity formation, and autonomy.*
8. **Strategies to engage and retain adolescents in treatment.**
9. **Staff qualifications and training.** *Staff have clinical skills and training in relevant fields and in adolescent development.*
10. **Person-first treatment.** *Treatment is culturally competent and person-first, including gender-specific group sessions and curricula and programming for vulnerable and marginalized youth.*
11. **Continuing care and recovery supports.** *Program provides transition to lower levels of care, relapse prevention services, family education, links to relevant community services, and monitoring and reengagement if needed.*
12. **Program evaluation.** *Program has comprehensive electronic medical records, program performance measures, independent evaluations, and service improvements related to evaluations.*

Smyth BP, Elmusharaf K, Cullen W: Opioid substitution treatment and heroin dependent adolescents: reductions in heroin use and treatment retention over twelve months BMC Pediatrics (2018) 18:151

→ Irische Kohortenstudie an substituierten minderjährigen Heroinabhängigen (< 18,5 Jahre, n=120) ohne weitere Differenzierung zwischen Methadon und Buprenorphin mit zwei Fragestellungen über eine Beobachtungsdauer von 12 Monaten:

Reduktion des Heroinkonsums und Verbleib in Behandlung

- Heroinkonsum: Die Heroinabstinenz nahm mit der Zeit zu, betrug nach drei Monaten 21 % und nach 12 Monaten 46 %.
- Verbleib in Behandlung. Insgesamt gab es 43 ungeplante Behandlungsabbrüche. 39 Patientinnen und Patienten blieben bis zum Ende des Beobachtungszeitraums in Behandlung. 29 ließen sich regulär abdosieren und acht wechselten zu einer anderen Substitutionseinrichtung. Ein Viertel mit Behandlungsabbruch nach drei Monaten, mehr Patientinnen und Patienten wechselten von ursprünglich Buprenorphin zu Methadon als umgekehrt
Schutzfaktoren für den Verbleib in Behandlung waren: keine (frühe) Elternschaft, Aufwachsen in einer Familie mit zwei Elternteilen, kein Kokainkonsum vor Behandlungsbeginn sowie Beziehung zu einem anderen Heroinkonsumierenden

2. Literaturüberblick

Borodovsky, Jacob T.; Levy, Sharon; Fishman, Marc; Marsch, Lisa A. (2018): Buprenorphine Treatment for Adolescents and Young Adults With Opioid Use Disorders: A Narrative Review. In: *Journal of Addiction Medicine* 12 (3), S. 170–183. DOI: 10.1097/ADM.0000000000000388.

Camenga DR, Colon-Rivera HA, Muvvala SB (2019): Medications for Maintenance Treatment of Opioid Use Disorder in Adolescents: A Narrative Review and Assessment of Clinical Benefits and Potential Risks. In: *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, S. 393–402.

Carney, Brittany L.; Hadland, Scott E.; Bagley, Sarah M. (2018): Medication Treatment of Adolescent Opioid Use Disorder in Primary Care. In: *Pediatrics in review* 39 (1), S. 43–45. DOI: 10.1542/pir.2017-0153.

Hadland, Scott E. (2019): How Clinicians Caring for Youth Can Address the Opioid-Related Overdose Crisis. In: *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine* 65 (2), S. 177–180. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2019.05.008.

Hadland, Scott E; Bagley, Sarah M; Rodean Jonathan (2018): Receipt of timely addiction treatment and association of early medication treatment with retention in care among youths with opioid use disorder (2018). In: *JAMA Pediatr.*; 172(11):1029-1037. doi:10.1001/jamapediatrics.2018.2143

Hadland, Scott E.; Wharam, J. Frank; Schuster, Mark A.; Zhang, Fang; Samet, Jeffrey H.; Larochele, Marc R. (2017): Trends in Receipt of Buprenorphine and Naltrexone for Opioid Use Disorder Among Adolescents and Young Adults, 2001-2014. In: *JAMA pediatrics* 171 (8), S. 747–755. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2017.0745.

Levy, Sharon (2019): Youth and the Opioid Epidemic. In: *Pediatrics* 143(2) (e20182752). Online verfügbar unter <https://doi.org/10.1542/peds.2018-2752>.

Lim, Jamie K.; Earlywine, Joel J.; Bagley, Sarah M.; Marshall, Brandon D. L.; Hadland, Scott E. (2021): Polysubstance involvement in Opioid Overdose Deaths in Adolescents and Young Adults, 1999-2018. Letter. In: *JAMA pediatrics* 175 (2), S. 194–196. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2020.3595.

Lofwall, Michelle R.; Yule Amy M (2018): The Treatment and Prevention of Adolescent Opioid and Prescription Misuse and Abuse. In: *Adolescent Substance Abuse*, S. 215–231.

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

Quinn, Patrick D.; Hur, Kwan; Chang, Zheng; Scott, Eric L.; Krebs, Erin E.; Bair, Matthew J. et al. (2018): Association of Mental Health Conditions and Treatments With Long-term Opioid Analgesic Receipt Among Adolescents. In: *JAMA pediatrics* 172 (5), S. 423–430. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2017.5641.

Ramos, Christal; Clemens-Cope, Lisa; Samuel-Jakubos, Haley; Basurto, Luis (2018): Evidence Based-Interventions for Adolescent Opioid Use Disorder. What might work for high-risk Ohio counties? Hg. v. Urban Institute. Online verfügbar unter <https://www.urban.org/research/publication/evidence-based-interventions-adolescent-opioid-use-disorder>.

Simkin, Deborah R.; Grenoble, Severin (2010): Pharmacotherapies for Adolescent Substance Use Disorders. In: *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 19 (3), S. 591–608.

Smyth, Bobby P.; Elmusharaf, Khalifa; Cullen, Walter (2018): Opioid substitution treatment and heroin dependent adolescents: reductions in heroin use and treatment retention over twelve months. In: *BMC pediatrics* 18 (1), S. 151. DOI: 10.1186/s12887-018-1137-4.