



A Sandoz Brand

Versorgung von Suchtpatienten im Alter

Referent: Dr. med. Dipl.-Chem. Konrad F. Cimander
Kompetenzzentrum Suchtmedizin und
Infektiologie, KO.S.I. Hannover

Datum: 12.10.2018, 16:00 bis 17.30 Uhr

CONFLICT OF INTEREST

Der Referent erhielt Vortrags- und Beraterhonorare sowie Reisekosten zu Kongressen von den Firmen AbbVie, Bristol-Myers Squibb, Gilead, Hexal, INDIVIOR, MSD, Mundipharma und Sanofi-Aventis.

DISCLAIMER

Dieser Vortrag wurde vom präsentierenden Redner angefertigt und spiegelt dessen Meinung wider. Diese muss nicht mit der Meinung von Hexal übereinstimmen.

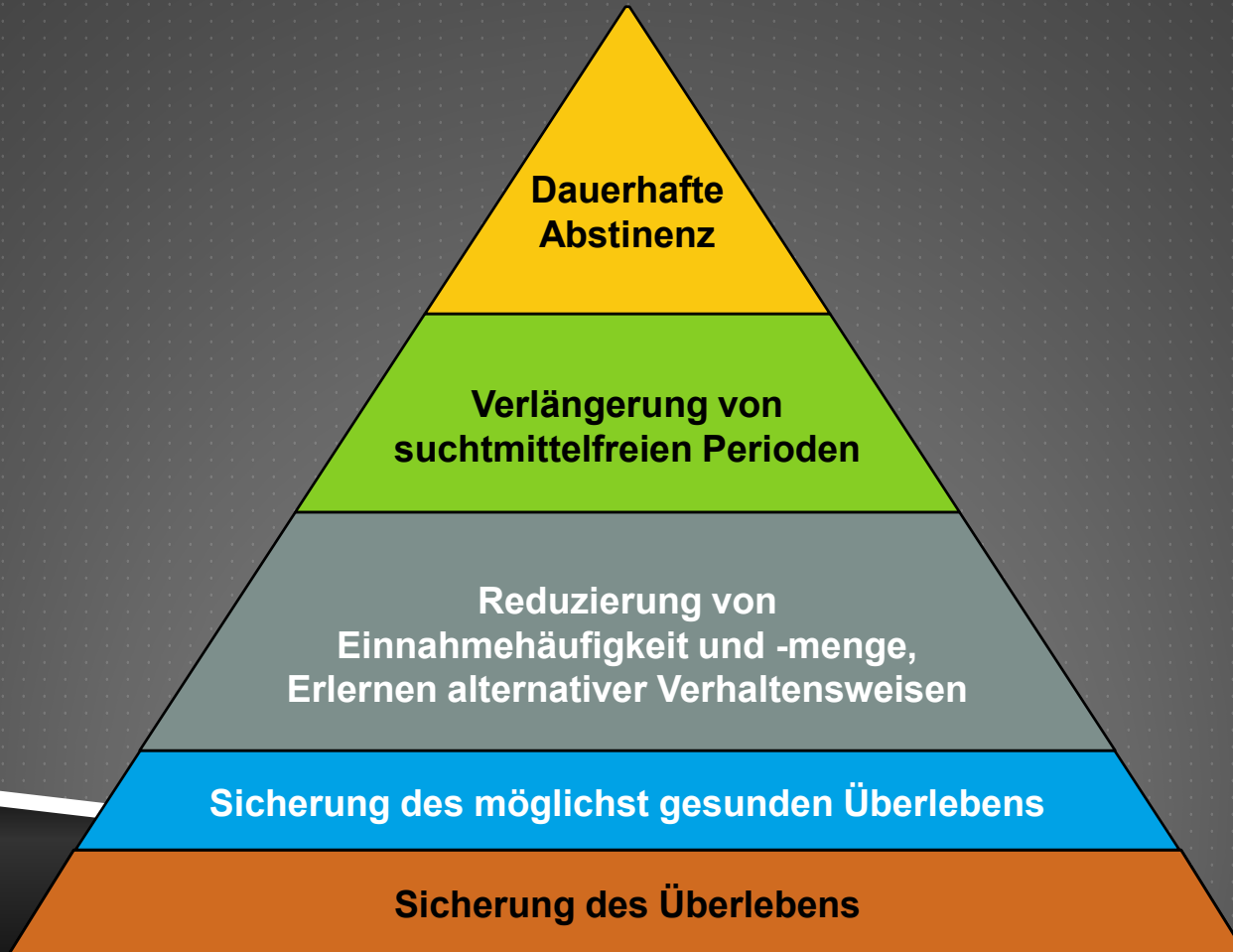
AMBULANTE ALTERSSTRUKTUR DER PATIENTEN MIT EINER OPIOIDABHÄNGIGKEIT

- 16,6 % im Bereich bis 29 Jahren
- 70,2 % im Bereich von 30 – 50 Jahren
- 13,2 % im Bereich über 50 Jahren

und sie werden Dank der Substitution immer älter!

Quelle: DSHS Jahresbericht 2016

WORUM GEHT ES BEIM IMMER ÄLTER WERDENDEN PATIENTEN?



GRUNDSÄTZLICHE VORBEMERKUNGEN SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG

Beste zu kontrollierende Patientengruppe überhaupt

Fast alle Patienten sind umfassend diagnostiziert

Sehr gute Verlaufsbeobachtungen möglich

‘Goldstandard‘ in der Behandlung

DER ÄLTER WERDENDE PATIENT

- ▶ Zunahme der Begleiterkrankungen und der damit verbundenen Komedikationen
- ▶ Normale Komorbidität rückt in den Vordergrund
- ▶ Substitution wird zunehmend stabiler und einfacher
- ▶ Häufiger Take-Home-Bedingungen erfüllt

SOMATISCHE BEGLEITERKRANKUNGEN

- Krankheiten des Nervensystems (psychiatrische Störungen, Polyneuropathien, Epilepsie)
- Krankheiten des Verdauungssystems (Gastritis, Refluxösophagitis, Ulcera)
- Krankheiten des Atmungssystems (COPD, Asthma bronchiale, Lungen-Ca, atypische Pneumonien)
- Herz-Kreislauf- Erkrankungen (Hypertonie, Herzrhythmusstörungen, Kardiomyopathien)

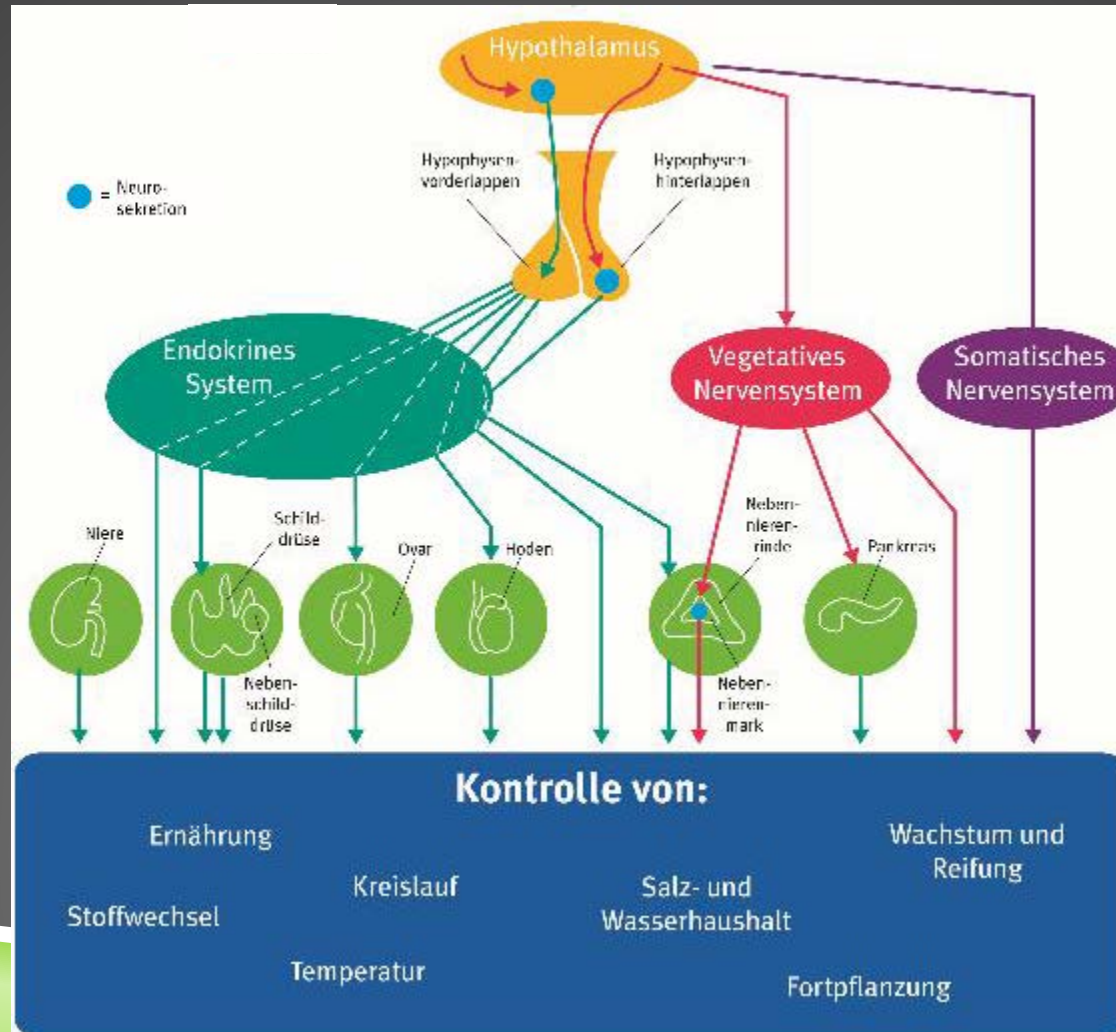
SOMATISCHE BEGLEITERKRANKUNGEN

- Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (Schilddrüsen-
disfunktion, akute und chronische Pankreatitis, Diabetes mellitus,
Fettstoffwechselstörungen, Metabolisches Syndrom, Leberzirrhose, HCC)
- Krankheiten des Bewegungsapparates (Osteoporose, Rückenschmerzen,
Gelenkerkrankungen, Spondylodiszitis)
- Verletzungsfolgen
- Infektionserkrankungen bei i.v. - Drogenusern

HERAUSFORDERUNG BEI SOMATISCHER KOMORBIDITÄT

- Interdisziplinäre Zusammenarbeit notwendig, weil...
- Nicht jeder kann und weiß alles gleich gut
- Zusammenarbeit hilft bei Therapieentscheidungen
- Terminvergaben erfolgen in der Regel zügiger
- Praxis und Klinik viel enger kooperieren müssen

HORMONSTOFFWECHSEL SPIELT EINE ENTSCHEIDENDE ROLLE



SUBSTITUTION UND HORMONSTOFFWECHSEL

- ▶ Auftreten eines sekundären (hypogonadotropen) Hypogonadismus
- ▶ Verringerung des Testosteronspiegels durch Inhibition der GnRH-Faktoren LH (luteinisierendes Hormon) und FSH
- ▶ unter Langzeittherapie mit Methadon erhöhte Libido- oder Potenzstörungen

SUBSTITUTION UND HORMONSTOFFWECHSEL

- ▶ Störung des Glukosestoffwechsels durch Testosteron-Mangel
- ▶ Verminderte Insulinsekretion mit konsekutiver Hyperglykämie

SUBSTITUTION UND HORMONSTOFFWECHSEL

Weitere Folgen:

- ▶ möglicher Typ 2-Diabetes durch verringerte Insulin-Sensitivität
- ▶ viszerale Fettleibigkeit
- ▶ Insulinresistenz

SUBSTITUTION UND HORMONSTOFFWECHSEL

- ▶ Hyperlipidämie
- ▶ im Extremfall ein Metabolisches Syndrom
- ▶ Osteoporose
 - erhöhtes Frakturrisiko besonders bei Männern

THERAPEUTISCHES VORGEHEN OSTEOPOROSE

- ▶ Laboruntersuchung (Blutentnahme morgens, zirkadianer Rhythmus)
 - Gesamt-Testosteron (Norm: 12,1-31,2 nmol/l)
 - Freies Testosteron (männlich 40-59 Jahre) 7,2-23,0 pg/ml
 - 25-OH-Vitamin D3 (physiologisch sicher ausreichend: 30-70 ng/ml)
- ▶ Therapie: Testosteron-Depot
Vitamin D3 Tbl. 1000 I.E
- ▶ Knochendichtemessung (DXA/DEXA-Scan)

SUBSTITUTION UND KOMEDIKATION

- ▶ Nahezu alle Medikationen können bei kontrollierter Einnahme verabreicht werden
- ▶ Interaktionen sind gut beherrschbar und in der Regel minimal
- ▶ alle Substitutionsmittel führen bei Opioidabhängigkeit zu hervorragenden Therapie-Ergebnissen und sind
„Standard of Care“

KARDIALE ÜBERWACHUNG – EIN ZENTRALES THEMA

- ▶ EKG-Kontrollen sollten integrativer Bestandteil sein
- ▶ QT-Verlängerung im Focus
- ▶ Bei abnormem QT-Verlängerungen können potentiell lebensbedrohliche ventrikuläre Herzrhythmus-Störungen auftreten
- ▶ Risikoeinschätzung medikamenteninduzierter Verlängerung des QT-Intervalls

KOMEDIKATION UND KARDIALE RISIKEN

- ▶ Substitutionsmittel können dosisabhängig kardiale Risiken aufweisen
- ▶ Komedikationen mit QT-Verlängerung möglichst vermeiden (z. B. TZAs, Neuroleptika, neurotrope Mittel z. B. Pregabalin)
- ▶ Diskussion bei zusätzlicher Einnahme mit dem Patienten notwendig

INTERAKTIONSPROBLEMATIK UND PHARMAKOKINETIK

- ▶ Einschätzung inhibitorischer und induktorischer Wirkungen besonders beim Isoenzym CYP450 3A4 (nur geringer Einfluss von CYP450 2D6)
- ▶ Viele Komedikationen (z. B. ART, ADs u.a.) nehmen Einfluss auf die Plasmaspiegel der Substitutionsmittel

INTERAKTIONSPROBLEMATIK UND PHARMAKOKINETIK

Folge:

- ▶ Wirkungsverstärkung (erhöhte Toxizität) oder Wirkungsabschwächung (Entzugssymptomatik)
- ▶ UAWs (z. B. kardiotope Wirkungen oder Resistenzentwicklungen bei HIV-Therapien)

INTERAKTIONSPROBLEMATIK UND PHARMAKOKINETIK

Zur Abschätzung möglicher Interaktionen helfen freiverfügbare Apps oder immer aktuelle Internetseiten

- liverpool hiv ichtart
- liverpool hep ichtart

www.hiv-druginteractions.org

www.hep-druginteractions.org

www.druginteractions.org

www.interaktionsdatenbank.de

ONE FITS FOR ALL...?

- ▶ D/L-Methadon
- ▶ Levomethadon
- ▶ Buprenorphin
- ▶ Buprenorphin/Naloxon
- ▶ retardiertes Morphin

Wohl kaum..!

DIE GRÜNDE FÜR DIE AUSWAHL SIND SO VIELFÄLTIG WIE DIE PATIENTEN SELBST...

- ▶ individuelle Drogen-Geschichte
- ▶ Soziales Umfeld
- ▶ Familiäres Umfeld
- ▶ Berufliches Umfeld
- ▶ seine Zielsetzungen

ABER ES GIBT NOCH MEHR.... DEN PATIENTEN

- ▶ seine Bedürfnisse in jeglicher Hinsicht
- ▶ sein Plan vom Leben
- ▶ seine gelernten Rituale und Konditionierungen
- ▶ seine Motivation Dinge ändern zu wollen
- ▶ und die kognitiven Fähigkeiten es zu tun

ABER ES GIBT NOCH MEHR... DEN ARZT

- ▶ seine grundsätzlichen medizinischen Kenntnisse
- ▶ seine Erfahrungen mit den Substitutionsmitteln
- ▶ seine persönlichen Einstellungen und Präferenzen
- ▶ sein therapeutisches Setting
- ▶ sein wirtschaftliches Denken und Handeln

DAS ERGEBNIS...

- ▶ in einem persönlichen Arzt-Patienten-Verhältnis erfolgt die Auswahl
 - ▶ werden die Ziele festgelegt :
 - ▶ Sicherung des Überlebens, ‚harm reduction‘,
Verringerung des problematischen Konsums
psychotroper Substanzen,
‚Drogenfreiheit‘ unter Substitution,
Wiederherstellung sozialer und beruflicher Kompetenzen,
Drogenfreiheit

UND DAMIT KOMMEN WIR ZU

„BITTE MITMACHEN : SUBSTITUTIONSTHERAPIE
IN DEUTSCHLAND“

AKTUELLE SITUATION

- ▶ Die überwiegende Anzahl der Opioidabhängigen wird von Allgemeinmedizinerinnen und Hausarzt-Internisten substituiert.
- ▶ Rund 2.600 Ärzte sind derzeit aktiv in der Substitutionstherapie tätig (BfArM : Januar 2018).
- ▶ Das durchschnittliche Alter beträgt 61 Jahre.
- ▶ Jährlich scheiden rund 3.000 Allgemeinmediziner - darunter viele Substitutionsärzte – aus der GKV – Versorgung aus.
- ▶ Ca. 900 Allgemeinmediziner kommen neu ins System.

AKTUELLE SITUATION BIS 10/2017

- ▶ Seit 2011 stagnierend, derzeit 78.800 Patienten in Substitution (Stichtag 1. Juli 2017, BfArM Januar 2018)
- ▶ Von den 2.600 Ärzten (Zahl seit dem Höchststand 2007 rückläufig) sind 548 Ärzte in Konsiliarregelung tätig.
- ▶ Die rechtlichen Rahmenbedingungen (BtMG, BtMVV) erschweren die Substitution gravierend und führen dazu, dass immer weniger Ärzte sich dazu entschließen, diese Therapie anzubieten.
- ▶ Zunahme der Drogentoten bundesweit in den letzten 4 Jahren

AKTUELLE SITUATION III

- ▶ Trotz einer großen Anzahl von Ärzten mit der Fachkunde ‚Suchtmedizinische Grundversorgung‘ (geschätzt über 9.000) können nur wenige neue Ärzte zum Einstieg in die Substitutions-Therapie gewonnen werden.
- ▶ Es gibt vielfältige Gründe dafür (rechtliche, organisatorische, betriebswirtschaftliche).
- ▶ Trotz ‚Standard of Care‘ leidet die Behandlung von Drogenkranken immer noch unter Imageproblemen.

MASSNAHMEN

- ▶ Verbesserung der rechtlichen und medizinischen Rahmenbedingungen
- ▶ Größere Unterstützung (Ärzttekammern, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, Politik, Gesellschaft) der substituierenden Ärzte
- ▶ ein von Empathie und Verständnis getragenes Menschenbild der schwerstabhängigen multimorbiden Patienten
- ▶ intensiver Ausbau des Suchthilfesystems auf allen Ebenen (Prävention, Beratung, ambulante und stationäre medizinische Versorgung)

DIE NEUE WELT NACH 2/10/17 - DIE ÄNDERUNG DER BTMVV IST IN KRAFT GETRETEN

- ▶ Regelungen zu Sachverhalten, die unmittelbar ärztlich-therapeutische Bewertungen betreffen, werden aus dem Rahmen bundesrechtlicher Regelungen der BtMVV in die Richtlinienkompetenz der BÄK überführt.
- ▶ Substitutionsärzte werden damit in vielen Bereichen bei fehlerhaftem Verhalten nicht mehr strafrechtlich verfolgt.
- ▶ Fehler können jetzt unter Umständen nur noch berufsrechtlich geahndet werden.
- ▶ Verfolgungsmöglichkeiten der Justiz werden so erheblich eingeschränkt.

DIE NEUE WELT NACH 2/10/17

- ▶ Erweiterung des Personenkreises, der Substitutionsmittel zum unmittelbaren Verbrauch überlassen kann:
 - stationäre Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation
 - Gesundheitsämter
 - Hospize
 - ambulante Pflegeeinrichtungen
 - Apotheken
 - Krankenhäuser
 - anerkannte Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe
 - begrenzt auf medizinisches, pharmazeutisches und pflegerisches Personal
- mit der jeweiligen Einrichtung ist eine schriftliche Vereinbarung über die Modalitäten der Substitution zu treffen (Verantwortlichkeiten, Kontrollen etc.)

WAS WIRD IN DER BÄK-RL NEU GEREGET?

- ▶ Die Voraussetzung zur Einleitung einer Substitutionstherapie
- ▶ Der Umgang mit möglichem Gebrauch weiterer psychoaktiver Stoffe
- ▶ Das Verschreiben des Substitutionsmittels zur eigenverantwortlichen Einnahme
 - ▶ Die Erforderlichkeit einer psychosozialen Betreuung
 - ▶ Die differenzierten Ziele der Substitutionsbehandlung

ZIELE DER SUBSTITUTION NACH 2/10/17

DIE NEUE HIERARCHIE

- ▶ Die Sicherstellung des Überlebens
 - ▶ Die Besserung und Stabilität des Gesundheitszustandes
 - ▶ Die Reduktion des Konsums von unerlaubt erworbenen oder erlangten Opioiden
 - ▶ Die Unterstützung der Behandlung von somatischen und psychischen Begleiterkrankungen
- ▶ Die Verringerung der durch Opioidabhängigkeit bedingten Risiken während der Schwangerschaft sowie während und nach der Geburt

WEITERE ZIELE BÄK-RICHTLINIEN

- ▶ Die Reduktion riskanter Applikationsformen von Opioiden
- ▶ Die Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität
 - ▶ Die Reduktion der Straffälligkeit
- ▶ Die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und am Arbeitsleben

WIE IST IN ZUKUNFT MIT ‚BEIKONSUM‘ UMZUGEHEN?

- ▶ Auch hier gilt die Richtlinienkompetenz der BÄK
- ▶ Der Arzt muss sich über den Umfang des Konsums weiterer psychotroper Substanzen einschließlich Alkohol informieren
- ▶ Der Arzt soll den Konsum berücksichtigen und ggf. therapieren
- ▶ Je nach der individuellen Situation und dem Krankheitsverlauf des Patienten entscheidet die ärztliche Kompetenz über die PSB, sollte aber nach RL regelhaft empfohlen werden

AM 6/9/2018 HAT DER GEMEINSAME
BUNDESAUSSCHUSS (GBA) DIE NEUE MVV –
RICHTLINIE FÜR DIE SUBSTITUTION DER NEUEN
BTMVV UND DEN BÄK – RICHTLINIEN ANGEPASST
UND IN KRAFT GESETZT!

Damit folgt das Recht der Wissenschaft und fördert
hoffentlich die Bereitschaft der Ärzte mehr Substitutionen durchzuführen!

Danke für
Ihre Aufmerksamkeit!

IWW

INSTITUT

SEMINARE & KONGRESSE

In Kooperation mit



A Sandoz Brand

IWW

INSTITUT

SEMINARE & KONGRESSE

Kontakt:

IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH

Max-Planck-Str. 7/9, 97082 Würzburg

Niederlassung:

Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen

Webinarbetreuung:

Wilma Hönscheid

Tel.: 02596/922 63

E-Mail: hoenscheid@iww.de

www.iww.de