Substitutionsgestützte Behandlung in der Grundversorgung

Autor(en): **Gammeter, Hans / Meili, Daniel**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **39 (2013)**

Heft 1

PDF erstellt am: **31.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-800020

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Substitutionsgestützte Behandlung in der Grundversorgung

Mit der Erarbeitung von offiziellen medizinischen Empfehlungen für substitutionsgestützte Behandlungen SGB für Opioidabhängige und der zunehmenden Vereinheitlichung der kantonalen Rahmenbedingungen verbesserte sich die Zugänglichkeit und die Qualität der SGB in der Grundversorgung der Schweiz weiter. Gefährdet wird diese Versorgung aber durch den vorhersehbaren Mangel an HausärztInnen, die derzeit das zentrale Standbein der Suchtmedizin darstellen. Gefragt sind neue Konzepte, damit substanzabhängige Menschen nicht erneut medizinisch marginalisiert werden.

Hans Gammeter
Dr. med. Allgemeine Medizin FMH, Tropen- und Reisemedizin FMH, Kantonsarzt Stv., Präsident FOSUMOS, Oberer Graben 32, CH-9001 St. Gallen, www.fosumos.ch, hans.gammeter@sg.ch

Daniel Meili
Dr. med. Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Rämistrasse 33, CH-8001 Zürich, Vorstandsmitglied Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin SSAM, www.ssam.ch, dmeili@hispeed.ch

Schlagwörter:
Substitution | Grundversorgung | Opioidabhängigkeit | Suchtmedizin | Empfehlungen | HausärztIn |

Einleitung

HausärztInnen sind die zentrale Stütze der suchtmedizinischen Versorgung in der Schweiz. Sie betreuen ca. 60% aller Opioidabhängigen mittels Substitution, bzw. substitutionsgestützter Behandlung SGB. Zusätzlich gewährleisten sie deren allgemeinmedizinische Grundversorgung. Als Substitutionsmittel wird derzeit vorwiegend Methadon eingesetzt, auch wenn der breitere Einsatz von anderen Substanzen angezeigt wäre. Spezialisierte suchtmedizinische Zentren spielen vor allem in den grösseren Agglomerationszentren und für die Diacetylmorphin-Substitution (Heroingestützte Behandlung, HeGeBe) eine Rolle.
Die kantonalen Regelungen zur Substitution und deren Anwendung durch die ÄrztInnen waren über Jahrzehnte sehr unterschiedlich. Mit der Erarbeitung der medizinischen Empfehlungen für substitutionsgestützte Behandlungen SGB bei Opioidabhängigkeit durch die Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin SSAM im Jahr 2007 wurde schweizweit die Grundlage für wissenschaftlich begründete rechtliche Rahmenbedingungen und einheitlichere Behandlungen geschaffen. Die Empfehlungen wurden 2012 vollständig aktualisiert.[1] Für den nicht-medizinischen Bereich (Soziales und Beratung) fehlen leider entsprechende Leitlinien.
Die baldige Pensionierung vieler substituierender HausärztInnen, der erwartete Mangel an NachfolgerInnen und die verminderte Motivation von jüngeren GrundversorgerInnen an der SGB (s.u.) macht die Entwicklung neuer Behandlungskonzepte nötig, um die Grundversorgung Opioidabhängiger auch zukünftig zu gewährleisten.

Entwicklung der Empfehlungen für SGB

Trotz vieler fundierter Erkenntnisse zur Substitution (Substanzverschreibung) und zur SGB (Kombination von Substitution und somatischen, psychiatrisch/psychotherapeutischen und sozialen Angeboten) seit der Einführung von Methadon in den 1960er Jahren waren bis zum Beginn dieses Jahrhunderts weltweit sämtliche Behandlungs-Guidelines ein Gemisch von wissenschaftlichen, moralisch und politisch motivierten Aussagen und Anweisungen. Obwohl schon seit vielen Jahren bekannt ist, dass Opioidabhängigkeit eine chronische Erkrankung darstellt und nur eine Minderheit der PatientInnen eine langfristige Abstinenz erreicht, blieb die Substitution weitgehend eine Therapie zweiter Wahl hinter der abstinenzorientierten Behandlung bzw. das Ziel der Abstinenz stand auch bei einer SGB hierarchisch an erster Stelle.

Auch in der Schweiz bestanden lange Zeit viele Ungereimtheiten in rechtlicher Hinsicht und in der Behandlungspraxis. Die «Methadonberichte» (1984,[2] 1989[3] und 1995[4]) stellten die Basis für die kantonalen rechtlich bindenden Rahmenbedingungen dar. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG erarbeitete die SSAM 2007 erstmals «Medizinische Empfehlungen für substitutionsgestützte Behandlungen (SGB) bei Opioidabhängigkeit» nach Kriterien der evidenzbasierten Medizin, d.h. nach wissenschaftlichen Kriterien und unter Einbezug der breiten praktischen Behandlungserfahrungen.
2009 wurde ein Meilenstein erreicht, der medizinisch und politisch wesentlich zur weiteren Koordination und Qualitätsverbesserung der SGB beitrug: Basierend auf den Empfehlungen der SSAM einigten sich das BAG, die Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte der Schweiz VKS und die SSAM erstmals auf gemeinsame Empfehlungen.[5] Sie dienten in der Folge als Basis für standardisierte Empfehlungen für kantonale Behandlungsrichtlinien und für die Übernahme der Behandlungskosten durch die Krankenkassen.

Ausgehend von der Pionierarbeit des Forum Suchtmedizin Ostschweiz FOSUMOS[6] wurde für die Anwendung bei der täglichen Arbeit der Grundversorgenden, von der Arbeitsgemeinschaft der suchtmedizinischen Netzwerke der Schweiz – neben FOSUMOS

sind dies FOSUMIS,[7] COROMA,[8] ticino addiction[9] – auf der Plattform www.praxis-suchtmedizin.ch ein dreisprachiges Handbuch für SGB entwickelt. Seit der Gründung dieser Netzwerke vor etwa 10 Jahren verfolgen diese das Ziel, den Hausarzt/die Hausärztin in seiner/ihrer suchtmedizinischen Arbeit zu unterstützen. Dabei wird versucht, für die HausärztInnen relevante Informationen und Fortbildungsinhalte anzubieten und diese – wenn möglich – durch suchtmedizinisch aktive HausärztInnen und nichtärztliche Suchtfachpersonen als ModeratorInnen zu vermitteln um die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu fördern. Bereits bestehende Qualitätszirkel der GrundversorgerInnen wie auch die regelmässigen Fortbildungsveranstaltungen der Spitäler für die GrundversorgerInnen eignen sich dafür hervorragend.

Seit 2007 erschienen verschiedene internationale Leitlinien, die die Erkenntnisse der Schweizer Empfehlungen bestätigten und den zentralen Stellenwert der SGB in der Behandlung Opioidabhängiger festigten. So z.B. die Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation WHO,[10] der World Federation of Societies of Biological Psychiatry WFSBP[11] und dem National Institute for Health and Clinical Excellence NICE.[12] Methadon und Buprenorphin gehören heute zu den essentiellen Basismedikamenten, empfohlen durch die WHO.

2012 wurde eine Aktualisierung der Empfehlungen für die Schweiz durch die SSAM vorgenommen, welche die grosse Anzahl neu erschienener Publikationen berücksichtigt, kapitelweise eine ausführliche wissenschaftliche Referenzierung beinhaltet und der zukünftigen Entwicklung Rechnung trägt.[13]

Einige Schwerpunkte der Empfehlungen

Ethik und Menschenrechte

Um der Stigmatisierung und Ausgrenzung der Opioidabhängigen entgegenzuwirken, deren Krankheit oft nicht als solche anerkannt wird, wird das Recht auf Behandlung dieser Krankheit nach Kriterien der international verbindlichen Grundrechte des Menschen abgehandelt.[14]

Chronische Erkrankung

Analog zu anderen chronischen Erkrankungen, wird die SGB nicht mehr als Sonderfall einer Behandlung, sondern als «normale» medizinische Therapie mit Berücksichtigung aller Begleitumstände betrachtet. Falls von PatientInnen erwünscht, soll der Weg in die Abstinenz sinnvoll begleitet, aber keinesfalls erzwungen oder vorausgesetzt werden.

Diversifizierung der Substitute

Da Methadon nicht für alle Opioidabhängigen günstig wirkt, sehr unangenehme oder auch gefährliche Nebenwirkungen verursachen kann (z.B. Herzrhythmusstörungen), ist in solchen Fällen der alternative Einsatz anderer Substitutionssubstanzen sinnvoll. Derzeit zugelassen sind Buprenorphin und Diacetylmorphin (pharmazeutisch hergestelltes Heroin). Neu wird Morphin berücksichtigt, das sich im Zulassungsprozess befindet und heute nur limitiert eingesetzt werden kann. Ebenfalls Erwähnung findet Levomethadon (wirksamer Bestandteil von Methadon), welches ein günstigeres Nebenwirkungsprofil aufweist als Methadon und möglicherweise Zulassung finden wird. Für HausärztInnen ist diese Diversifizierung oft noch Neuland, da sie über Jahre nur mit Methadon arbeiteten. Diese Substanzen sollten in der Basisversorgung einen wichtigeren Stellenwert erhalten, um die SGB zu optimieren.

Komorbide Störungen

Die meisten komorbiden Störungen, d.h. gleichzeitiges Vorliegen weiterer Erkrankungen, lassen sich gleich oder sehr ähn-

lich behandeln wie bei Erkrankten ohne Abhängigkeit. Dies bezieht sich sowohl auf psychische Störungen (z.B. Schizophrenie, Depression, Angst, Trauma), wie auch auf somatische Erkrankungen, insbesondere HIV und Hepatitiden, die sich unter SGB ebenso erfolgreich behandeln lassen, wie bei Nichtabhängigen, selbst bei komplexen Koinfektionen (z.B. gleichzeitiges Vorliegen von HIV und Hepatitis). Auf Interaktionen der Medikamente, auch mit dem Substitutionsmittel und zusätzlichem Substanzkonsum, ist besonders zu achten.

Alter

Das durchschnittliche Alter der in Substitution stehenden PatientInnengruppe ist steigend. Im Laufe des nächsten Jahrzehnts wird eine beachtliche Gruppe auf die Infrastruktur der Altersmedizin (SPITEX, Alters- und Pflegebetreuungseinrichtungen) angewiesen sein. Hierfür sind heute einzuleitende Massnahmen erforderlich.[15]

SGB im Spital und im Gefängnis

Bei Spitalaufenthalt (somatisch oder psychiatrisch) ist eine Fortführung oder die Einleitung einer SGB sinnvoll oder gar notwendig, da ein erzwungener Entzug eine Behandlung gefährdet. Auch im Gefängnis, wo Insassen dasselbe Recht auf Behandlung einer Krankheit haben wie in Freiheit, muss die SGB als selbstverständliche Option der Behandlung Opioidabhängiger zur Verfügung stehen und fachgerecht durchgeführt werden können.[16]

Soziales

Da es sich bei den Empfehlungen um medizinische Empfehlungen handelt, wird dem wichtigen sozialarbeiterischen/sozialpädagogischen Aspekt nur so weit Rechnung getragen, wie es für ÄrztInnen zur interdisziplinären Zusammenarbeit wichtig ist. Die Erarbeitung schweizweit gültiger Empfehlungen im Umgang mit Opioidabhängigen im Sozialbereich wäre zu begrüssen.

Demographie der medizinischen Grundversorger

So wie die Kohorte der PatientInnen unter SGB älter wird, nimmt auch das Alter der substituierenden HausärztInnen zu. Etliche der jetzt in diesem Bereich engagierten GrundversorgerInnen begannen als Pioniere per «learning by doing», lange bevor es fachlich fundierte Empfehlungen gab. Die meisten nutzten Fortbildungsangebote. Die kontinuierliche, über Jahre dauernde, bei Bedarf auch niederschwellige Beziehungsarbeit zwischen PatientIn und Arzt/Ärztin gilt als einer der Erfolgsfaktoren von SGB. In den letzten Jahren kam es durch erste Pensionierungen zu einer Konzentration von SGB-PatientInnen bei einzelnen GrundversorgerInnen. Im Kanton St. Gallen bspw. führen zwar noch 205 PraktikerInnen die insgesamt 730 SGB durch. Über 50% dieser ÄrztInnen sind aber über 55-jährig und 10 ÄrztInnen betreuen 247, also etwa 33% aller PatientInnen. Kürzliche Erfahrungen zeigten, dass PraxisnachfolgerInnen nicht gewillt sind, eine grössere Anzahl von SGB-PatientInnen zu übernehmen.

Kernkompetenz: chronische Krankheiten

Die in der Grundversorgung Tätigen beschäftigen sich schwergewichtig mit chronischen Krankheiten, deren Behandlung oft durch Behandlungsunterbrüche durch die PatientInnen erschwert werden oder die unheilbar langsam zum Tod führen (Diabetes, Herzkrankheiten, Tumorleiden). Insofern sind ihnen die Charakteristika einer SGB grundsätzlich nicht fremd.

Qualität der Behandlung

Die SGB soll dazu beitragen, eine instabile, dekompensierte Abhängigkeit in eine stabile, kompensierte Abhängigkeit über-

zuführen. Als dekompensiert gilt eine Abhängigkeit, wenn sie zentrale Lebensbereiche wie Selbstfürsorge, soziale Beziehungen ausserhalb der Szene von Abhängigen, Erwerbstätigkeit oder sinngebende Beschäftigung massgeblich einschränkt. Um diese Einschränkungen zu reduzieren, stehen folgende Zielsetzungen im Vordergrund: Die Verringerung der Mortalität, die Verbesserung der Gesundheitssituation, präventiv die Reduktion des Risikos neuer zusätzlicher Erkrankungen, die Erhöhung sozialer Kompetenzen und der sozialen Integration und die Steigerung der Lebensqualität. Die wichtigsten Qualitätskriterien sind das Verbleiben in der Behandlung und die Reduktion des Zusatzkonsums. Sowohl die klassischen HausärztInnen als EinzelkämpferInnen wie «disease management»-Ansätze, d.h. systematische Formen der Behandlung chronischer Krankheiten in modernen Formen der Grundversorgung können versuchen, ihre Behandlungen an diesen Zielsetzungen auszurichten.

Prozess- versus Strukturqualität

Die aktuelle Situation ist paradox. Die Zeit der Grabenkriege ist vorbei. Noch nie wussten wir so gut, wie SGB im medizinischen Bereich durchgeführt werden sollte und noch nie gab es so wenig Differenzen zwischen den involvierten AkteurInnen (suchtmedizinische Fachgesellschaft, nicht-ärztliche Suchtfachpersonen, BAG und KantonsärztInnen). Das kochbuchartige internetbasierte Handbuch, sowie die regelmässigen Fortbildungsangebote der suchtmedizinischen Netzwerke garantieren eine auf die Gewohnheiten der GrundversorgerInnen zugeschnittene Wissensvermittlung. Die KantonsärztInnen haben sich auf einen Richtlinien-Mustertext geeinigt, worin sie die gesetzlichen Bestimmungen und Richtlinien auf das administrativ notwendige Minimum beschränken und den behandelnden ÄrztInnen auf der Grundlage der SSAM-Empfehlungen möglichst viel therapeutische Freiheit gewähren (die Kantone sind aber frei, diesen Vorschlag zu übernehmen). Damit sind viele Voraussetzungen für eine optimale Prozessqualität gegeben. Und jetzt zeigen sich Schwächen in der Versorgungsstruktur: zu wenige, zunehmend überlastete GrundversorgerInnen, welche in Genuss der erwähnten Veränderungen kommen könnten. Das schlechte Image von SGB-PatientInnen, oft geprägt von Einzelfällen, macht es schwer, die nachrückende Ärzteschaft in der Grundversorgung für diese Aufgabe zu gewinnen. Dabei spielt auch das veränderte Selbstbild der neuen Grundversorgergeneration (unselbstständige Teilzeitarbeit, geringere Risikobereitschaft) und deren Sozialisierung (bspw. durch Ausbildung im Ausland) eine Rolle. Das bewährte Viersäulenmodell mit den Schwerpunkten Therapie, Prävention, Schadensminderung oder Harmreduction und Repression ist bei dieser Generation oft nicht mehr verinnerlicht.

Unterwegs zu neuen Strukturen

Die skizzierten Strukturprobleme sind noch nicht allen Kantonen bewusst, bzw. nehmen in der Prioritätenliste der Lösungsansätze zukünftiger Versorgungsprobleme in der Grundversorgung keinen Spitzenplatz ein. Die suchtmedizinischen Netzwerke (mitfinanziert durch die Kantone) sollten die KantonsärztInnen – verantwortlich für die Umsetzung des Betäubungsmittelgesetzes und damit die korrekte und flächendeckende Versorgung mit SGB – darauf aufmerksam machen und Situationsanalysen anbieten. Zusammen mit den KantonsärztInnen sollten die Netzwerke in Zukunft vermehrt gezielt GrundversorgerInnen zu SGB-Grundkursen einladen, wie dies bspw. in St. Gallen geschieht mit Veranstaltungen zu «SGB – State of the Art 201x», einem Modell, das sich sehr bewährt. Um einen minimalen Behandlungsstandard zu erreichen, kann es auch sinnvoll sein, die Bewilligung zur Abgabe von Substitutions-Substanzen vom Besuch eines Einführungskurses abhängig zu machen, wie dies der Kanton Zürich seit Jahren tut. Dabei soll die korrekte Behandlung der Opioidabhängigkeit als chronischer Krankheit vermittelt, aber auch auf spezifische Fragestellungen eingegangen werden wie Komedikation (z.B. Benzodiazepine), Motivierende Gesprächsführung, Umgang mit störenden Faktoren (Zahlungsmoral, Zuverlässigkeit bezüglich Terminen), Rolle der medizinischen PraxisassistentInnen, interdisziplinäre Zusammenarbeit etc.). Jüngere GrundversorgerInnen erleben es als Entlastung, wenn durch vermehrte Zusammenarbeit mit Apotheken, Suchtfachstellen und ambulanter Psychiatrie die Verantwortlichkeit aufgeteilt werden kann. Auch hier sind die suchtmedizinischen Netzwerke gefordert, die entsprechenden Prozesse einer integrierten SGB-Versorgung vorzubereiten und die beteiligten Fachleute darin einzuführen. Wichtig wäre auch, die finanzielle Abgeltung für die SGB durch HausärztInnen im TARMED dem Aufwand entsprechend festzulegen. Dies alles wird erleichtert durch zusätzliche Bestrebungen des BAG zur Steigerung der Attraktivität der Hausarztmedizin.[17] Durch eine optimale Motivation und Unterstützung sollte es möglich sein, für GrundversorgerInnen die «undankbare» Aufgabe der Suchtbehandlung wieder zu einer herausfordernden, attraktiven Behandlung zu machen.●

Literatur

BAG - Bundesamt für Gesundheit (2009): Substitutionsgestützte Behandlungen bei Opioidabhängigkeit. Empfehlungen des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), der Schweizerischen Gesellschaft für Suchtmedizin (SSAM), der Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte Schweiz (VKS). www.tinyurl.com/d69sy55, Zugriff 28.12.2012.

Eidgenössische Betäubungsmittelkommission (1984): Methadonbericht, Suchtmittelersatz in der Behandlung Heroinabhängiger in der Schweiz. Beilage zum Bulletin des Bundesamt für Gesundheitswesen Nr. 3.

Eidgenössische Betäubungsmittelkommission (1989): Methadonbericht, Suchtmittelersatz in der Behandlung Heroinabhängiger in der Schweiz (zweite Auflage); Herausgegeben vom Bundesamt für Gesundheitswesen. Bern: Eidgenössische Druck- und Materialzentrale.

Eidgenössische Betäubungsmittelkommission (1995): Methadonbericht, Suchtmittelersatz in der Behandlung Heroinabhängiger in der Schweiz (dritte Auflage); Herausgegeben vom Bundesamt für Gesundheitswesen. Bern: Eidgenössische Druck- und Materialzentrale.

NICE - National Institute for Health and Clinical Excellence (2007): Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence, www.guidance.nice.org.uk.

Soyka, M./Kranzler, H.R./van den Brink, W./Krystal, J./Moller, H.J./Kasper, S. (2011): The world federation of societies of biological psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of substance use and related disorders. Part 2: Opioid dependence. World Journal of Biological Psychiatry 12: 160-87.

SSAM - Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin (2012): Medizinische Empfehlungen für substitutionsgestützte Behandlungen (SGB) bei Opioidabhängigkeit, www.ssam.ch

WHO - World Health Organization (2009): Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. www.tinyurl.com/dxmpwfz, Zugriff 08.12.2012.

Endnoten

1 Vgl. SSAM 2012.
2 Vgl. Eidgenössische Betäubungsmittelkommission (1984).
3 Vgl. Eidgenössische Betäubungsmittelkommission (1989).
4 Vgl. Eidgenössische Betäubungsmittelkommission (1995).
5 Vgl. BAG 2009.
6 www.fosumos.ch
7 Forum Suchtmedizin Innerschweiz, www.fosumis.ch
8 collège romand de médecine de l'addiction, www.romandieaddiction.ch
9 ticino(addiction), www.ticinoaddiction.ch
10 Vgl. WHO 2009.
11 Vgl. Soyka et al. 2011.
12 Vgl. NICE 2007.
13 Weiterführende Literatur zum Artikel vgl. Referenzen jeweils am Kapitelende der Langversion der Empfehlungen zur SGB, SSAM 2012.
14 Vgl. auch den Artikel von Bachmann in dieser Ausgabe.
15 Vgl. auch den Artikel von Hälg & Dürsteler-MacFarland in dieser Ausgabe.
16 Vgl. auch den Artikel von Chatterjee in dieser Ausgabe.
17 Vgl. auch den «Masterplan Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung» vom Bundesamt für Gesundheit BAG, www.tinyurl.com/bcgecrn, Zugriff 12.01.2013.