

Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e.V.

28. Kongress
der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin

Wirkfaktor Behandler*in

1. - 3. November 2019 in Berlin

ABSTRACTSAMMLUNG

H4 Hotel Berlin Alexanderplatz

Deutsche Gesellschaft
für Suchtmedizin e.V.



ISD

Institut für interdisziplinäre
Sucht- und Drogenforschung

INHALT

Symposien	2
Suchtarbeit 4.0: Brauchen wir noch Behandler?.....	2
Was verändert sich durch die Digitalisierung?	2
Digitalisierung in der praktischen Versorgung	2
Update Suchtmedizin	3
Leitlinie Medikamentenabhängigkeit.....	3
Seminare.....	4
Motivierende Gesprächsführung (Motivational Interviewing: MI).....	4
Aversivtherapie bei Alkoholabhängigkeit.....	4
Psychiatrie für Nicht-Psychiater: Psychose: Was ist das? Wie behandelt man das?	5
Ärzte finden und binden – Wie gelingt das in der heutigen Zeit?.....	5
Suchtpatienten in der Allgemeinpraxis – der alternde Suchtpatient.....	6
Eingeschränkte Beweglichkeit: Kopf – Knochen	6
Demenz: Erleben – verstehen – begleiten. Ein Perspektivwechsel.....	6
Wenn die Knochen vor der Zeit schmerzen: Skeletterkrankungen bei Menschen mit Suchterkrankungen	6
BtMVV Änderungsverordnung – Wo stehen wir?.....	7
Evaluation der 3. BtMVVÄndV – Projektvorstellung und erste Erfahrungen.....	7
Opiatsubstitutionsbehandlung (OST) in Europa und Zentralasien.....	7
Opiat-Substitutionstherapie (OST) in Österreich	7
Warum ist die Opioidgestützte Behandlung in der Schweiz so erfolgreich?	8
BARRIERS OF THE SCALE-UP OF OPIOID SUBSTITUTION TREATMENT IN BELARUS.....	9
Opiatsubstitutionsbehandlung (OST) in Europa und Zentralasien. OST in der Kirgisischen Republik, Tadschikistan und Kasachstan.....	11
Freier Vortrag	12
Krankheitskosten der Opioidabhängigkeit in Deutschland	12
Poster	13
Checkpoint-S – Die digitale Substitutionsbegleitung	13

SYMPOSIEN

Suchtarbeit 4.0: Brauchen wir noch Behandler?

Was verändert sich durch die Digitalisierung?

Wolfgang Schmidt-Rosengarten

Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, Leiter des Referates Prävention und Suchthilfe

Die Digitalisierung ist ein disruptiver Prozess, der alle Lebens- und Arbeitsbereiche umfasst. Sie ist vergleichbar mit der Erfindung des Buchdrucks oder der Elektrizität. Die Digitalisierung unseres Lebens verändert unseren Lebensstil und unsere Kultur und bringt völlig neue Geschäftsmodelle in den Markt.

Niemand kann derzeit seriös vorhersagen, wie Angebote für suchtkranke Menschen in 20 Jahren aussehen werden und wer sie anbieten wird. Dafür vollzieht sich die technische Entwicklung zu rasant.

Als vorwiegend sprechende Disziplin, deren wichtigstes Kapital ein gelingender Beziehungsaufbau zu den Patientinnen und Patienten ist, fällt es Beschäftigten in der Suchthilfe einerseits schwer, sich vorzustellen wie digitale Assistenzsysteme in diesem Arbeitsfeld zur Anwendung kommen könnten, andererseits wachsen mit der fortschreitenden Digitalisierung Phantasien einer maschinengesteuerten Behandlung in der für den Menschen kein Platz mehr ist.

Gleichwohl gibt es bereits heute für bestimmte Formen psychischer Erkrankungen, wie z.B. Depressionen, ausreichend Befunde, die aufzeigen, dass eine Online-Therapie ähnlich erfolgreich sein kann wie eine Face to Face Behandlung.

Es werden sich durch die Digitalisierung aber nicht nur Kommunikationsstrukturen und Behandlungswege ändern. Viele Prozesse von der Personalplanung und Verwaltung über Informationsmanagement und Datenschutz bis hin zu Regelungen zum mobilen Arbeiten müssen neu gestaltet werden. Rahmenbedingungen, die ebenfalls auf das Verhältnis zwischen Behandler und Behandlerinnen und Patientinnen und Patienten ausstrahlen werden.

Digitalisierung in der praktischen Versorgung

Prof. Dr. med. Michael Lucht

Universität Greifswald, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Leitender Oberarzt

Sowohl Publikums- als auch Fachzeitschriften sind voller Verheißungen über die Digitalisierung der Medizin. Die Spanne reicht von Mustererkennungsalgorithmen zur Verbesserung der Diagnostik in der Radiologie oder Erkennung von Strukturen von Krebszellen bis hin zu Innovationen in der Therapie verschiedenster Erkrankungen. Ein Meilenstein war die erfolgreiche Evaluation und Einführung von Schlaganfallbehandlungsnetzwerken (Tempis-Studie).

In der Psychiatrie gibt es ebenfalls überzeugende Wirkungsnachweise für Apps zur Behandlung von Depressionen und Suchterkrankungen. Allerdings ist neben einigen herausragenden Projekten eine Vielzahl von Studien mit geringer Fallzahl zu finden, außerdem scheint der Weg von der Forschung in die Praxis sehr schwierig zu sein. Eine flächendeckende oder routinemäßige Anwendung findet bis heute nicht statt. Probleme der Translation psychiatrischer digitaler Anwendungen werden am Beispiel einer eigenen Studie zur Nachsorge von Alkoholabhängigkeit dargestellt. In der Studie wurden 462

Patientinnen und Patienten nach erfolgter stationärer Entgiftung über 1 Jahr kontinuierlich mit SMS weiterbetreut.

Schließlich erfolgt ein Blick auf Nebenwirkungen digitaler Gesundheitsanwendungen und deren Akzeptanz bei Behandlern und Nutzern.

Update Suchtmedizin

Leitlinie Medikamentenabhängigkeit

Prof. Dr. Anil Batra

Universitätsklinik Tübingen, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Stellv. Ärztlicher Direktor, Leiter der Sektion Suchtmedizin und Suchtforschung

Etwa 2.65 Mio. Menschen der deutschen Allgemeinbevölkerung weisen einen klinisch auffälligen Medikamentenkonsum (Schädlicher Konsum (F1x.1), Missbrauch (F55) oder eine Abhängigkeit (F1x.2)) auf (Epidemiologischer Suchtsurvey 2015).

Seit Mai 2018 wird unter Federführung der DGPPN und der DG Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) mit Unterstützung der DGS sowie zahlreichen anderen Fachgesellschaften und Experten unter Moderation des Ärztlichen Zentrums für Qualitätssicherung (ÄZQ), eine S3 Leitlinie zu Medikamentenbezogenen Störungen entwickelt (Itg. Batra / Havemann-Reinecke).

Arbeitsgruppen bearbeiten die Bereiche: Begriffsbestimmungen, Benzodiazepine, Opiode, Cannabinoide als Medizin, Gabapentinoide, Nicht opioide Analgetika Stimulanzien, Mischformen, Kinder von Abhängigen, Prävention, Komorbiditäten, und Versorgungskoordination.

In zwei Konsensuskonferenzen im Januar und September 2019 wurden die Inhalte diskutiert und die meisten Empfehlungen konsentiert.

Die Leitlinie soll Anfang 2020 veröffentlicht werden.

Die vorbereitenden und aktuellen Recherchen zeigen einen Mangel belastbarer Daten zur Epidemiologie, Diagnostik und Therapie von Medikamentenmissbrauch, -abusus und -abhängigkeit bezogenen Störungen. Die Studienlage ist für viele Fragestellungen dürftig und wenig handlungsweisend, zahlreiche klinische Fragestellungen mussten im interdisziplinären Erfahrungsaustausch erarbeitet werden. Vorgestellt werden wichtige Einordnung der Begrifflichkeiten und erste Ergebnisse aus der AG Benzodiazepine.

SEMINARE

Motivierende Gesprächsführung (Motivational Interviewing: MI)

Dr. Thomas Kuhlmann

Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach

Motivational Interviewing (MI) dient der Herausarbeitung von Ambivalenzkonflikten und der Förderung der Veränderungsbereitschaft der Klienten diese Konflikte selbst aktiv zu bearbeiten. MI basiert auf einer empathischen Grundhaltung, dem Herausarbeiten von Widersprüchen und Ambivalenzkonflikten ohne Wertung; besondere Bedeutung hat der elastische Umgang mit Widerstand ohne jegliches Argumentierens und Werten seitens des Therapeuten und die Förderung von Zuversicht.

Ziel ist, Ambivalenzkonflikte aufzudecken und zu verstehen, den Patienten zu unterstützen seine Ambivalenzkonflikte wahrzunehmen und seine Veränderungsbereitschaft zu fördern, ausgehend von seiner konkreten Lebenssituation. Das bedeutet

- Veränderungen z. B. im Lebensstil sind nur mit und durch, nicht aber für, ohne oder gar gegen den Betroffenen möglich,
- Störungen und Widerstand im Gesprächsverlauf sind eine Herausforderung an den Therapeuten sein Vorgehen zu ändern und
- Patienten sind von Ambivalenz geprägt sowohl gegenüber dem Status quo als auch Veränderungen ihres Lebensstils, diese Ambivalenz ist Dreh- und Angelpunkt der Intervention.

Die Wirksamkeit von MI und MI-gemäßer Kurzintervention ist inzwischen vielfach untersucht und nachgewiesen worden. Im Trainingskurs werden konzeptioneller Ansatz sowie Prinzipien und Strategien vorgestellt, in praktischen Übungen vertieft und reflektiert mit dem Ziel, Ansatzpunkte für die eigene Wahrnehmung von Veränderungsmotivation zu erarbeiten und den elastischen Umgang mit Widerstand zu fördern.

Aversivtherapie bei Alkoholabhängigkeit

Prof. Dr. Ulrich Zimmermann

kbo Klinikum München Ost, Klinik für Suchtmedizin und Psychotherapie

Die Wirksamkeit von Disulfiram kann als gesichert angesehen werden und wird in der aktuellen S3-Therapieleitlinie „Alkoholbezogene Störungen“ mit dem Evidenzlevel 1b angegeben. In Deutschland gab der einzige Hersteller im Jahr 2011 die Zulassung aus technischen Gründen zurück, weshalb die Therapieleitlinie nur eine ‚kann‘-Empfehlung formuliert (Empfehlungsgrad 0). Disulfiram kann jedoch legal aus dem europäischen Ausland importiert und zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit eingesetzt werden. Dies ist vor allem dann indiziert, wenn Patienten trotz leitliniengerechter Vorbehandlung keine Abstinenz erreichen oder wenn bereits ein einziger Rückfall lebensbedrohliche Komplikationen erwarten ließe. Gegenwärtig setzen in Deutschland 29 psychiatrische Ambulanzen weiterhin Disulfiram ein. Sie haben sich zum „Netzwerk alkoholaversive Pharmakotherapie“ zusammengeschlossen, unterstützen sich gegenseitig in klinischen und rechtlichen Fragen, sammeln bzw. erstellen notwendige Arbeitsmaterialien etablieren ein System zur Qualitätskontrolle der Behandlung. Die hierbei gewonnene klinische Erfahrung ist durchwegs gut, sofern das Medikament im Rahmen einer intensiven Behandlung mit mehrmals wöchentlichen Vorstellungen eingesetzt und seine Einnahme überwacht wird. Im Seminar werden aktuelle Erfahrungen alkoholaversiver Therapie bei verschiedenen Subgruppen alkoholabhängiger Patienten vorgestellt sowie erste Ergebnisse zur Qualitätskontrolle berichtet.

Psychiatrie für Nicht-Psychiater: Psychose: Was ist das? Wie behandelt man das?

Marcus Gertzen

Klinikum für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU

Bei psychotischen Erkrankungen handelt es sich um psychische Störungen mit großer Tragweite für Patienten, Behandler und Gesellschaft. Obwohl sie zu den wichtigsten Erkrankungen für Ärzte in psychiatrischen Niederlassungen und Krankenhäusern zählen, erfolgen häufig Erstkontakte mit nicht-psychiatrischen Ärzten, was die Wichtigkeit von Grundkenntnissen dieser Erkrankungen auch für Nicht-Psychiater unterstreicht. Dennoch bestehen auf Grund der komplexen Interaktion und Therapie diesbezüglich immer wieder große Unsicherheiten.

Themen dieses Vortrags sind die Vermittlungen von Grundkenntnissen der Psychopathologie sowie der Ätiologie, Pathophysiologie, dem Krankheitsverlauf und der Behandlung von Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis mit Betonung der Schizophrenie und der substanzinduzierten Psychose. Ein Fokus liegt hierbei auf alltags- und praxisrelevanten Inhalten sowie der Diskussion und Abwägung der Chancen und Limitationen einer nicht-psychiatrischen Therapieeinleitung bei Patienten mit psychotischen Erkrankungen.

Ärzte finden und binden – Wie gelingt das in der heutigen Zeit?

Dr. med. Katharina Schoett¹, Dr. med. Deborah Scholz-Hehn², Christiane Rogge³

¹ *Chefärztin der Abt. für Suchtmedizin, Ökumenisches Hainich Klinikum Mühlhausen/ Thür.*

² *Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf*

³ *Ökumenisches Hainich Klinikum Mühlhausen/ Thür.*

Hintergrund: Es ist kein Geheimnis, dass es in der Suchtmedizin, ebenso wie in anderen Bereichen des Gesundheitswesens, in den letzten Jahren zu einem erheblichen Fachkräftemangel gekommen ist. Viele ärztliche Kollegen bemerken dies inzwischen im eigenen Arbeitsumfeld – sei es durch die Zunahme des zu bewältigenden Arbeitsumfangs oder die schwierige Suche nach neuen Mitarbeitern. Daraus resultierende Versorgungsprobleme beschäftigen viele von uns.

Gleichzeitig können diejenigen, die bereits die Mehrarbeit im Alltag bewältigen müssen, nur wenig Zeit aufwenden, um sich mit den Hintergründen dieser Problematik zu beschäftigen. Hier setzt der zweiteilige Workshop an.

Teil 1: Wie gewinne ich Ärzte für den Bereich Suchtmedizin?

Dieser Workshop dient dazu, ein größeres Verständnis zu entwickeln, was in der Praxis der Gewinnung von Ärzten sinnvoll ist. Dabei gilt es u.a. die aktuelle Situation des Arbeitsmarktes, die Schwerpunktsetzungen des Medizinstudiums und die Arbeitswünsche junger Kollegen zu analysieren.

Teil 2: Wie bleiben Kollegen im Beruf?

Mindestens genauso wichtig wie die Gewinnung neuer Kollegen erscheint die Schaffung von Arbeitsbedingungen, die dafür sorgen, dass Mitarbeiter im Unternehmen gehalten werden. Dies führt langfristig oft zur Einsparung von Ressourcen und Verbesserung des Betriebsklimas, wobei im Workshop entsprechende Maßnahmen vorgestellt werden.

Ziel und Umsetzung: Der Kongressbeitrag erschließt das Thema mit fachlichem Input sowie pragmatischen Workshopelementen, wobei durch die Moderatorinnen 3 unterschiedliche Erfahrungshorizonte konstruktiv eingebracht werden. Er bietet Raum für kollegialen Austausch und ein interaktives Vorgehen, so dass Ergebnisse gemeinsam erarbeitet werden. Nicht die Referentinnen

werden fertige Strategien und Lösungen präsentieren – viel mehr gilt es, gemeinsam mit den Teilnehmenden herauszufinden, was funktioniert und was nicht.

Suchtpatienten in der Allgemeinpraxis – der alternde Suchtpatient

Eingeschränkte Beweglichkeit: Kopf – Knochen

Demenz: Erleben – verstehen – begleiten. Ein Perspektivwechsel

Barbara Klee-Reiter

Beratung – Coaching – Training, Mitglied in der Deutschen Expertengruppe Demenz (DED)

Die kognitiven Einschränkungen, die mit einer Demenzerkrankung einhergehen, beeinträchtigen die Betroffenen in ihrer Kompetenz, den Alltag zu bewältigen. Ebenso ist die Fähigkeit, Kontakte zu initiieren und Beziehungen angemessen zu gestalten, beeinträchtigt. In der Folge haben Menschen insbesondere mit einer Sucht- und Demenzerkrankung ein hohes Risiko, viel zu wenig nützliche Kontakte und Beziehungen zu erleben. Für diese Personen hat das gravierende, negative Auswirkungen. Gerade in der existentiellen Krise, in der sich diese Personen befinden, sind Beziehungen, in denen das Gefühl entsteht, als Person wertgeschätzt, verstanden und angenommen zu sein, ein wesentlicher Faktor für Stabilität und relativer Lebensqualität.

Mit Hilfe der Methode demenz balance-Modell© Barbara Klee-Reiter haben Sie die Möglichkeit einen Einblick in die Innenwelt von Menschen mit Demenz zu erhalten und die Auswirkung der Demenz aus der Perspektive der betroffenen Person zu erleben.

Wenn die Knochen vor der Zeit schmerzen: Skeletterkrankungen bei Menschen mit Suchterkrankungen

Dr. med. Konrad Isernhagen

Gemeinschaftspraxis Gotenring, Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin

Patienten – besonders ältere Patienten – in Substitutionstherapie beklagen überproportional häufig Schmerzen, die deren Lebensqualität erheblich beeinträchtigen (Dunn, K.E., et al. 2014). Bei ungefähr 50 % der Schmerzpatienten waren der Bewegungsapparat und hier besonders die unteren Extremitäten betroffen (Bolz, M.: et al., 2017). Neben den septischen Arthritiden als geläufige Komplikation des i. v. Drogenkonsums werden degenerative Gelenkerkrankungen mit zunehmendem Alter wahrscheinlicher, eine oft unterschätzte Ursache von frühzeitigen starken Gelenkschmerzen dürften aber aseptische Knochennekrosen (aKn) sein. Als Risikofaktor für aKn wird in der Literatur Alkoholkonsum in ca. 30 % aller Fälle genannt (Vardhan H, et al. 2018), es besteht eine Abhängigkeit von Menge und Dauer des konsumierten Alkohols. Vorwiegend betroffen ist das Hüftgelenk (Hüftkopfnekrose), grundsätzlich können aber alle Gelenke betroffen sein (Wei Sun, et al. 2016), ebenso kommen nicht selten doppelseitige und/oder multifokale aKn vor. Der Altersgipfel für Hüftkopfnekrosen liegt bei ca. 40 Jahren. In den Frühstadien der aKn ist die Diagnose schwierig, da röntgenologische Veränderungen eher unspezifisch sind, erst in irreversiblen Spätstadien zeigen sich charakteristische Auffälligkeiten. Die Prognose der aKn ist schlecht, meist führt die Erkrankung zu schweren sekundären Arthrosen, die einen Gelenkersatz erfordern. Bei Patienten mit einem erheblichen Alkoholproblem (>320 g/Woche) sollte der Hausarzt*ärztin bzw. der Suchtmediziner* in die Möglichkeit einer aseptischen Knochennekrose erwägen. Vereinzelt wird über aseptische Knochennekrosen auch durch Konsum anderer Substanzen (Heroin, Kokain, Metamphetamin) berichtet (Ramczykowski T. 2018).

BtMVV Änderungsverordnung – Wo stehen wir?

Evaluation der 3. BtMVVÄndV – Projektvorstellung und erste Erfahrungen

Dr. Silke Kuhn, Kirsten Lehmann, PD Dr. Uwe Verthein

Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Einleitung: Die 3. Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVVÄnd) vom Mai 2017 gründet sich auf zwei übergeordneten Zielen. Zum einen soll die Versorgung Substituierter gemäß dem anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft sowie die Behandlungsqualität gewährleistet bleiben. Zum anderen sollen mehr Ärzte zur Durchführung einer Substitutionsbehandlung, vor allem in ländlichen Gebieten, gewonnen werden. Dafür wurden u.a. ein höheres Maß an Rechtssicherheit für substituierende Ärztinnen und Ärzte hergestellt und medizinisch-therapeutische Aspekte über die BÄK-Richtlinie geregelt.

Methode: Die Evaluation der BtMVVÄndV wird vom Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS) mit Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Zeitraum von März 2019 bis Februar 2022 durchgeführt. Die Evaluation berücksichtigt mögliche Effekte aus der Versorgungsperspektive sowie aus Sicht der Patientinnen und Patienten. Die Evaluation ist modular aufgebaut und umfasst:

1. Systematische Erhebung und Auswertung routinemäßig erfasster Informationen länderübergreifend als auch für einzelne Bundesländer (für die Jahre 2017 bis 2020)
2. Quantitative und qualitative Befragung substituierender Ärztinnen und Ärzte sowie nicht substituierender Ärztinnen und Ärzten mit suchtmmedizinischer Weiterbildung (zu 2 Erhebungszeitpunkten)
3. Quantitative Befragung von substituierten Patientinnen/Patienten
4. Quantitative Befragung von Apothekerinnen und Apothekern
5. Experteninterviews zu BtM-Sicherheitsaspekten.

Ergebnisse: Die Module des Evaluationskonzeptes und erste Ergebnisse der Auswertung von Dokumentationsdaten sowie der Befragung substituierender Ärztinnen und Ärzte werden vorgestellt.

Schlussfolgerungen: Durch dieses Projekt werden Erkenntnisse zur Entwicklung der Substitutionsbehandlung in Deutschland erwartet, die über die Wirkungen der Neuregelung der BtMVV Aufschluss geben.

Opiatsubstitutionsbehandlung (OST) in Europa und Zentralasien

Opiat-Substitutionstherapie (OST) in Österreich

Dr. Hans Haltmayer

Ärztlicher Leiter der Suchthilfe Wien gGmbH, Beauftragter der Stadt Wien für Sucht- und Drogenfragen; Wien

Epidemiologie

In Österreich beträgt die Zahl der Personen mit risikoreichem Drogenkonsum unter Beteiligung von Opioiden geschätzte 35.000 bis 38.000. Neun Prozent dieser Personen sind unter 25 Jahre alt. Zu beobachten ist ein Anstieg der 35+ Altersgruppe bei einem seit 2007 kontinuierlichen Rückgang der Altersgruppe unter 25 Jahren.

Patienten in OST

Die Opioid-Substitutionstherapie (OST) stellt die mit Abstand häufigste Behandlungsform bei Abhängigkeit von Opioiden dar. In den letzten Jahren haben sich die Behandlungszahlen kontinuierlich und in beträchtlichem Ausmaß erhöht. Während sich die geschätzte Anzahl der Personen mit problematischem Drogenkonsum (Opioiden) seit 2000 in etwa verdoppelt hat, erhöhte sich die Anzahl der Personen in OST um das Fünffache.

2017 befanden sich 18.632 Personen in OST, 8.410 davon in Wien. Die Opioid-Substitutionstherapie ist in Österreich gut etabliert und liegt je nach Region mit einer In-Treatment-Rate zwischen 49 und 53 Prozent im EU-Durchschnitt. Dass die In-Treatment-Rate in den letzten Jahren gesunken ist (2016: 61%; 2017: 51%), dürfte auf methodische Gründe zurückzuführen sein und nicht auf einen tatsächlichen Rückgang der Coverage.

Stellenwert von Oral Slow Release Morphin (SROM)

In Österreich kommen in der OST fünf Wirksubstanzen zur Anwendung: Buprenorphin, Buprenorphin/Naloxon, Levomethadon, Methadon-Razemat und SROM. Bezüglich des Einsatzes von SROM in der Substitutionsbehandlung (seit 1998) hat Österreich eine Vorreiterrolle. Morphin-Sulfat und Morphin-Hydrochlorid sind mit Heroin (Diacetylmorphin) chemisch eng verwandt und daraus leitet sich eine agonistische Wirkung am μ -Rezeptor ab, die von vielen Patienten sehr gut angenommen wird. Dieses Wirkspektrum und die im Vergleich zu Methadon geringer ausgeprägten Nebenwirkungen trugen u.a. zu einer raschen Verbreitung bei. In sieben von neun Bundesländern ist SROM der am häufigsten verschriebene Wirkstoff, in fünf davon liegt der Verschreibungsanteil über 50%.

Applikationsform

Anders als beispielsweise in der Schweiz oder in Deutschland ist die Applikationsform (noch) auf die orale Form beschränkt. Die Erweiterung des therapeutischen Angebotes um andere Applikationsformen (intravenös, Depot, Inhalation) wäre eine wichtige Weiterentwicklung.

Gesetzliche Rahmenbedingungen

Mit der Novelle des Suchtmittelgesetzes und der Suchtgiftverordnung wurde 2018 ein legislatives und inhaltliches Paket verabschiedet, bei dem der Gesetzestext mit dem „State of the art“ der OST abgestimmt und von allen Vorgaben befreit wurde, die Ärzte in ihrem Handeln nach dem Stand der Wissenschaft behindern würden.

Ein weiteres wichtiges Ziel der Novellierung war eine klare Abgrenzung zwischen dem ärztlichen Verantwortungsbereich und den behördlichen (amtsärztlichen) Aufgaben, die in der Kontrolle der Verschreibungen bestehen, vor dem Hintergrund, dass die mit einer potenziellen Weitergabe der Arzneimittel verbundene Fremdgefährdung möglichst gering gehalten werden soll.

Warum ist die Opioidgestützte Behandlung in der Schweiz so erfolgreich?

Dr. med. univ. Patrick Köck

Stv. Oberarzt im Janus (Heroingestützte Behandlung), Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

Aktuell befinden sich in der Schweiz knapp 17000 Patienten (davon etwa 70% männlich und 30 % weiblich) in opiatgestützter Behandlung. Eine gesetzliche Grundlage eine Opiatsubstitutionstherapie gibt es in der Schweiz seit 1975. Die rasante Zunahme des intravenösen Heroinkonsums, sowie die damit einhergehende Belastung für das Gesundheitssystem, Sozialsystem und die Allgemeinbevölkerung spitzte sich jedoch im Anfang der 90er Jahre zu. Um diesen Problemen entgegenzuwirken wurde schliesslich, durch interdisziplinäre Zusammenarbeit der Gesetzgebung und Medizin, das Modell der Schadensminderung im Sinne einer 4-Säulen-Politik ausgebaut. Seit 1994 wird daher die auch die diacetylmorphingestützte Behandlung (per oral und intravenös) schweizweit angeboten. Es zeigten sich dadurch eine konstante Verbesserung der psychischen und körperlichen

Gesundheit sowie der sozialen Situation der Patienten. Zusätzlich konnte, die mit der Opiatabhängigkeit bisher assoziierte Kriminalität deutlich reduziert werden. Zur Zeit werden in der Schweiz ca. 1800 Patienten in 22 ambulanten Zentren und in einem Gefängnis mit Diaphin® behandelt. Aktuelle Bestrebungen und Bemühungen spezialisierter Behandlungszentren der Opiatestützten Behandlungen sind es, jedem Patienten die beste Therapieform zum geeignetsten Zeitpunkt zu ermöglichen. Es besteht die schweizweite Tendenz der Behandlungszentren ihre Angebote zu eine hochindividualisierten integrativ-psychiatrischen Therapie auszubauen. Der Vortrag gibt einen Abriss über die historische Entwicklung und aktuelle Herausforderungen der opiatgestützten Therapie in der Schweiz.

BARRIERS OF THE SCALE-UP OF OPIOID SUBSTITUTION TREATMENT IN BELARUS

Dr. Oleg Aizberg, A. Alexandrov

Belarussische Medizinische Akademie, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Minsk, Belarus, Assistenzprofessor

Introduction. HIV epidemic in the Belarus is driven by injecting drug use (40% of all cases and one third of new in the 2015) and concentrated among peoples who inject drugs (PWID) (14% in 2014). OST started in Belarus in 2007 as pilot project within the Global Fund (GF) project. By the end of 2018 there are 21 OST sites working all over the country and covering about 1000 PWID. About 30% of the OST patients are living with HIV, and OST is key tool to enhance adherence to antiretroviral therapy. In 2010, the Ministry of health (MoH) passed the Clinical Protocol of OST and approving OST as part of the drug treatment. OST is inexpensive with the total price 1.3 USD per patient per day includes services (0.3 USD), medication (0.6 USD) and security (0.4 USD). The 2013 report indicates that introduction of OST in the Gomel oblast, contributed to the reduction of PWID number not in treatment, crime, unemployment and mortality, cases of HIV and HCV, improved access to ARV. The cost-benefit analysis shows that 1 USD invested into OST reduces public costs of 10 USD. From end of 2014, OST services were partly covered by governmental funds (salary, security, transportation). Methadone was purchased by the GF. OST is provided by government drug treatment facilities but only two out of 19 provide psychosocial services and in cooperation with the NGO. In the other OST sites, only medical care is provided. Current coverage is very low (5% of the 18 450 estimated opioid injecting and 1,3 % of the 75 000 estimated PWID population) since the effective impact on the HIV epidemic need a much larger coverage (20-40% mid-level). The national target for OST by 2018 is 4900 PWID.

Methods. In order to improve the quality of the OST programs functioning and to ensure attracting and retaining customers in the service we made assessment of the OST services in Belarus. We analyzed national legislation including OST clinical protocols, visited every OST site, interviewed OST clients and teams and PWID not included on OST.

Results. OST sites vary significantly in terms of their well-functioning, adherence and enrolment rates. These develop a risk of decreasing number of OST patients and increase HIV prevalence among PWID due to return to street opioids. Legislation barriers of low adherence and low enrolment on OST include criminalization of drug use, obligatory registration of PWID in narcology clinics, obligatory transfer of PWID personal data from narcology clinic to police. Legal requirements for the security at OST sites, as well as storing and transportation are regulated and strictly controlled by Minister of Interior (Mol) comprise up to 31% of the OST costs. There are some political ambivalence both in the health (head of MOH said that the results of the OST program are positive, and MoH plan to continue these services by increasing financing from the state's budget, but due to excessive security requirements for using of methadone, direct control of law enforcement, opening new OST sites viewed as an inappropriate option by heads and staff at policlinics, infectious disease and TB treatment centers) and law enforcement (head of Mol expressed his own negative view on methadone

but local law enforcement supported OST as an intervention, which reduce crimes) agencies. OST patients are, upon arrest, denied continuation of treatment in the police detention centers and prisons. The integration of OST into the overall health care system is unsatisfactory: most of OST sites are drug treatment dispensaries and only one is in Gomel regional TB clinic which provides services for IDUs with HIV-infection, who are on TB treatment. OST are performed only in some towns in Belarus and in Minsk with 5000 registered opioid addicts only 150 received OST.

OST patients have the same status as illegal drug users, who are not in treatment. Current registration of drug users are a barrier to initiating OST as such registration does not allow taking up some jobs and having a driver's license.

Data exchange with police highly stigmatizes OST patients and restricts their chances on social integration. Current MOH regulation defines the continuation of OST for patients who are hospitalized with infectious (HIV, TB) or any other disease. In most cases, a single daily methadone dose is transported by a medical personnel and a driver to other hospitals and contributes to the increased costs of OST. In some sites, hospitalized patient not received OST.

There is no possibility to receive medications for home use even by successful in treatment and socially fully integrated patients. Low OST promotion activities from both medical institutions and NGO are explained by preference of drug-free oriented approach in the opioid addiction treatment by authorities, society and health professionals. OST staff reported that reasons of low number of OST patients are change of drug scene (spreading of legal highs – new psychostimulants and cannabinoids) that increase number of polydrugusers and induces patients' violations of OST regimen. Majority of OST respondents advocated therapy especially patients with repeated and unsuccessful drug-free treatment attempts. Main reported problems are lack of work choice (due to registration) and OST program s working hours.

OST is inviting for IDUs not in treatment. They believe that participation in the program will give them opportunity quit illicit drug use and criminal activities, receive medical services, take work and return families. But fear of stigma and discrimination of been registered drug addict are main obstacles. Shortage of human resources and high staff turnover

Conclusions. For widening access of PWID to OST and scaling up of OST programs in Belarus it is necessary:

1. in order to reduce the overall OST costs, together with law enforcement officers (Mol etc) review legal acts in order to remove the excessive requirements for security of OST, allow continuation of OST in detention centers, allow stable and socially integrated OST patients take methadone to be used at home, and review the possibility of OST pilot projects in prisons, retain all necessary measures for preventing diversion of methadone as controlled narcotic medication.
2. open new OST sites in TB and infectious disease centers as well as establish integrated care delivery for PWID with HIV and TB by increasing links between drug addiction, HIV, TB inpatient and outpatient services.
3. remove the existing legal barriers in the provision of OST for PWID in governmental general health care settings (i.e. policlinic for new OST sites and hospitals as places for the continuation of OST) by funding from the state budget.
4. expand and further develop best-practice experience of providing psychosocial care, case management, and support for ART adherence alongside the medical care in OST sites, share best practice examples of low-threshold OST program from Minsk region drug treatment center and collaboration between TB/HIV/OST from Gomel in other affected regions.
5. together with law enforcement review national legal acts, which define the country's long term national drug policy against the main mission of International Drug Control Conventions to improve public health by access of patients to opioid medications for opioid dependence and pain, and through HIV, viral hepatitis, TB management among PWID.
6. define for the most affected regions specific OST indicators (coverage, enrolment, retention) and interventions.
7. simplify rules for entering OST programs (make X-ray examination, HIV, VH tests after not before diagnostic tool.

8. use drug tests as diagnostic tool not for punishment of patients, implement low-threshold treatment regimen.
9. Ministry of Health to procure OST as part of procurement plan and include methadone to the essential medicines list.

Scaling up access to OST now depends on political will to procure methadone and allocate resources and personnel for provision of OST. HIV will continue to spread until we have high number of untreated IDUs in the country.

Opiatsubstitutionsbehandlung (OST) in Europa und Zentralasien. OST in der Kirgisischen Republik, Tadschikistan und Kasachstan

Dr. Ingo Ilja Michels

University of Applied Sciences Frankfurt, ehem. Arbeitsstab der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Berlin

Die Staaten der zentralasiatischen Region – Kasachstan, Kirgisien, Tadschikistan, Turkmenistan und Usbekistan – sind eine Schlüsselregion geworden für internationale Aktivitäten, um mit der wachsenden Drogenproblematik umzugehen. Die Nachbarregion zu Afghanistan ist zunehmend mit dem Schmuggel von Opium, Heroin und Cannabis und neuerdings NPS konfrontiert und mit einer wachsenden Zahl von Drogenabhängigen, insbesondere injizierenden Heroinabhängigen. Nachdem das Problem zunächst geleugnet wurde, zeichnete sich dann für die Konsumenten von Heroin immer mehr strafrechtliche Verfolgung als gesellschaftliche Umgangsart mit diesem Phänomen ab, um nun schließlich – insbesondere unter dem Einfluss drohender Ausbreitung von Infektionsrisiken wie HIV und Hepatitis – als gesundheitliches und soziales Problem wahrgenommen zu werden. Die Zahl der Opiatkonsumenten, hauptsächlich von Heroin ist immens und schnell angewachsen seit Anfang der 1990er Jahre, es dürften mindestens 400.000 Heroinkonsumenten in der gesamten Region leben, von denen bislang nur ein kleiner Teil in das gesundheitliche und psychosoziale Versorgungssystem gelangt. Es befinden sich jetzt rund 2500 Klienten in einer Opiatsubstitutionsbehandlung (OST) (1450 in der kirgisischen Republik, die bereits 2002 ein erstes Programm begann, 680 in Tadschikistan und 353 in Kasachstan). Nur ein kleiner Teil der geschätzten Opiatabhängigen wird damit erreicht und überall ist das Programm noch immer umstritten (Suchtverlagerung, westliches Programm) und weitgehend abhängig von der Finanzierung durch den Global Fund. Dennoch gibt es wichtige Erfolge (Änderung der restriktiven Eingangshürden, „take-home“, Einführung von Buprenorphin neben Methadon, „single window“ Modelle zur Behandlung von HIV, HepC und TB, mobile Vergabe etc.) die vorgestellt werden. Unterstützung erfolgt auch durch deutsche und europäische erfahrene Experten, die Trainings durchgeführt haben im Rahmen des EU Central Asia Drug Action Programme (CADAP).

FREIER VORTRAG

Krankheitskosten der Opioidabhängigkeit in Deutschland

Neusser, S., Trautner, A., Wasem, J., Neumann, A.

EsFoMed, Essener Forschungsinstitut für Medizinmanagement GmbH

Hintergrund: Opioidabhängigkeit beeinträchtigt Gesundheit und Lebensqualität der Betroffenen. Bislang liegen nur wenige gesundheitsökonomische Analysen zu den Kosten der Erkrankung vor.

Ziel: Ziel des vorliegenden Projekts ist es, die Krankheitskosten der Opioidabhängigkeit populationsbasiert aus der Perspektive des deutschen Sozialversicherungssystems zu untersuchen.

Methoden: Opioidabhängigkeit wird in dieser Studie mit den Diagnosen ICD-10 F11. / T40.0-3 definiert. Erhoben werden die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie der Rentenversicherung für das Basisjahr 2016. Die Ausgaben der GKV werden über eine standardisierte, schriftliche Befragung der 47 größten Krankenkassen erhoben. Die Angaben zu den verschiedenen Bereichen werden für die gesamte Versichertengemeinschaft der GKV extrapoliert. Bei der DRV wurden die Leistungen für medizinische Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie die Erwerbsminderungsrente für Versicherte mit Opioidabhängigkeit angefragt.

Ergebnisse: Die Rücklaufquote der Befragung betrug 36,2% (17 von 47 Kassen). Die Prävalenz der Opioidabhängigkeit betrug insgesamt 0,20%. Hochgerechnet auf die GKV betragen die Gesamtausgaben aufgrund von Opioidabhängigkeit ca. 685.274.087 €. Dabei entfallen ca. 82.057.850 € auf Substitutionsmittel und etwa 125.859.733 € auf Krankenhausaufenthalte. Die Ausgaben der DRV betragen insgesamt ca. 26.738.449 €. Der größte Kostenanteil entfiel mit ca. 13.748.000 € auf die Ausgaben für Rehabilitationsmaßnahmen zur Entwöhnungsbehandlung, gefolgt von den Kosten für Erwerbsminderungsrenten (12.863.192 €).

Fazit: Trotz verschiedener Studien zu den Kosten der Opioidabhängigkeit, liegen für Deutschland aktuell wenige Erkenntnisse zu den Krankheitskosten vor. Die vorliegende Analyse trägt dazu bei, diese Lücke zu schließen. Limitationen bestehen darin, dass einzelne Leistungsbereiche etwa Notarzteinsätze nicht diagnosespezifisch erfasst werden konnten, so dass hier die Gefahr einer Überschätzung der Krankheitskosten besteht.

Conflict of interest: Dieses Projekt wurde mit einem unrestricted grant von Camurus gefördert.

POSTER

Checkpoint-S – Die digitale Substitutionsbegleitung

Luise Ladewig

Projekt Checkpoint-S

„Checkpoint-S“ ist eine kostenlose Android-App für opiatabhängige Menschen in Substitutionsbehandlung. Entwicklung und Einführung der App als digitales Tool für PatientInnen und BehandlerInnen sind Bestandteil eines gleichnamigen Forschungsprojekts an der Hochschule Merseburg.

Die Checkpoint-S-App bietet verschiedene Funktionen, mit denen sie PatientInnen im Alltag unterstützen will. Die App enthält in ihrer ersten Version verschiedene digitale Tagebücher, mit denen sich spezifische Bereiche des Lebens dokumentieren lassen: (1) Im Substitutionstagebuch können verschriebene Substitutionsmittel mit Dosis und Zeitpunkt der Einnahme festgehalten werden. (2) In einem weiteren Tagebuch kann das tägliche Befinden samt Gründen für die jeweiligen Aufs oder Abs registriert werden. (3) Im Konsumdruck-Tagebuch können PatientInnen festhalten, wie stark oder schwach ihr Craving ist. Auch hierzu können sie dokumentieren, was die Gründe sind und was ihnen in diesen Situationen geholfen hat. (4) Schließlich kann mittels des Beikonsum-Tagebuchs erfasst werden, wenn während der Substitutionstherapie gelegentlich oder regelmäßig legale oder illegale Drogen konsumiert werden.

Über auswertende Diagramme in den einzelnen Tagebuchbereichen kann geprüft werden, ob es bestimmte Regelmäßigkeiten und Auslöser gibt und welche hilfreichen Strategien sich bewähren. Mit diesen Rückmeldungen können sich PatientInnen ein besseres Verständnis für ihre ganz individuellen Prozesse in Zusammenhang mit Therapie, Konsumdruck, Beikonsum, körperlichen Beschwerden und emotionalen Schwankungen erarbeiten.

Die stetigen Dokumentationen in der App können auf Initiative der PatientInnen mit ihren BehandlerInnen geteilt werden. Dies erweitert die Chancen auf bedarfsgerechte individuelle Beratungsmöglichkeiten und passende Interventionsmöglichkeit.

Unterstützt wird das Forschungsprojekt durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung und die Ostdeutsche Arbeitsgemeinschaft für Suchtmedizin. Sponsoren sind Indivior, Hexal, und das MVZ Labor Dessau GmbH