

Substitutionsbehandlung in Haft

-

Erfahrungen in NRW

Prof. Dr. Norbert Scherbaum

Ärztlicher Direktor
LVR-Klinikum Essen

Kliniken und Institut der Universität Duisburg-Essen

Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Interessenskonflikte

Prof. Dr. N. Scherbaum

hat für Tätigkeiten in Advisory Boards, Vortragstätigkeit, Erstellung von Manuskripten sowie Erstellung von Weiterbildungsmaterial

Honorare von den Firmen AbbVie, Hexal, Janssen-Cilag, Lundbeck, MSD, Medice, Mundipharma, Reckitt-Benckiser/Indivior und Sanofi-Aventis erhalten. Er hat in den letzten 3 Jahren an Medikamentenprüfungen teilgenommen, die von der pharmazeutischen Industrie finanziert wurden.

Mitgliedschaften

- Arbeitsgruppe „Sucht und Drogen“ der Bundesärztekammer
- Sachverständigenausschuss [nach § 1 Abs.2 des BtMG und §7 des NpSG] im Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
- Beratungskommission zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger der Ärztekammer Nordrhein

Hintergrund

- Die Substitutionsbehandlung ist die Standardtherapie für Opioidabhängige.
- Opioidabhängige sind in Haftanstalten stark repräsentiert.
- Es gilt das Äquivalenzprinzip.

Dennoch:

Substitutionsbehandlung in Haftanstalten in NRW vor 10 Jahren selten.

Implementierungsstrategie

- unter Federführung des Ministeriums der Justiz des Landes NRW
- Elemente
 - Behandlungsempfehlung zur Substitutionsbehandlung
 - Qualifikation der Anstaltsärztinnen/-ärzte
 - Monitoring der Substitutionsbehandlung in den Haftanstalten

Ärztliche Behandlungsempfehlungen zur medikamentösen Therapie der Opioidabhängigkeit (1)

- unter Federführung des Ministeriums der Justiz des Landes NRW
- Arbeitsgruppe
 - Ministeriumsvertreter
 - Ärzte von Haftanstalten und Haftkrankenhaus
 - Vertreter der Landesärztekammern
- Zielgruppe: Anstaltsärztinnen/-ärzte
(Direktoren der Haftanstalten)

Ärztliche Behandlungsempfehlungen zur medikamentösen Therapie der Opioidabhängigkeit (2)

- Grundsätze
 - Opioidabhängigkeit ist eine behandlungsbedürftige Erkrankung.
 - Opioidabhängigkeit besteht in Haft fort.
 - Die Substitutionsbehandlung ist die „wichtigste Behandlungsmaßnahme“ der Opioidabhängigkeit.
 - Orientierung an der Richtlinie der Bundesärztekammer bei Thematisierung von Besonderheiten des Settings, z.B. Behandlungsziele, Behandlung nach Entlassung

Ärztliche Behandlungsempfehlungen zur medikamentösen Therapie der Opioidabhängigkeit (3)

Ziel der Behandlungsempfehlung (Präambel)

- „Die Indikation...wird...zurzeit vergleichsweise selten gestellt.“
- **„Wünschenswert wäre daher, die Anzahl der Substitutionsbehandlungen im Justizvollzug deutlich zu erhöhen.“**
- In Kraft getreten: 15.1.2010
- überarbeitete Version in Kraft getreten: 21.12.2018

Qualifikation der Anstaltsärztinnen/-ärzte

Nur wenige Ärzte erwerben in Studium und Facharztzeit (außer Psychiatrie) basale Kompetenzen in der Suchtmedizin.

Stigmatisierung der Betroffenen

Stigmatisierung des Faches

>> Zusatz-Weiterbildung Suchtmedizinische Grundversorgung:
obligatorisch für JVA-Ärzte

>> suchtmedizinische Themen bei Fortbildungsveranstaltungen für
Anstaltsärztinnen und -ärzte

Monitoring

- Monitoring betrifft Anteil der Substitutionspatienten unter den opiatabhängigen Häftlingen.
- Meldung durch die Haftanstalten 2x/Jahr
- Zahlen Gegenstand der Gespräche Anstaltsärztin/-arzt und Ministerium (1x/Jahr)

N.B. Monitoring als Maßnahme des Qualitätsmanagements

>> ärztliche Therapiefreiheit gilt unbestritten.

Richtlinie der Bundesärztekammer (1)

Dürfen aktuell nicht Opiate (v.a. Heroin) konsumierende Abhängige überhaupt eine Substitutionsbehandlung beginnen?

BÄK-Richtlinie 2002: Substitution in Haft nicht thematisiert
Feststellung des aktuellen Opiatgebrauches im
Drogenscreening vor Beginn der Behandlung
(Kap. 5)

Richtlinie der Bundesärztekammer (2)

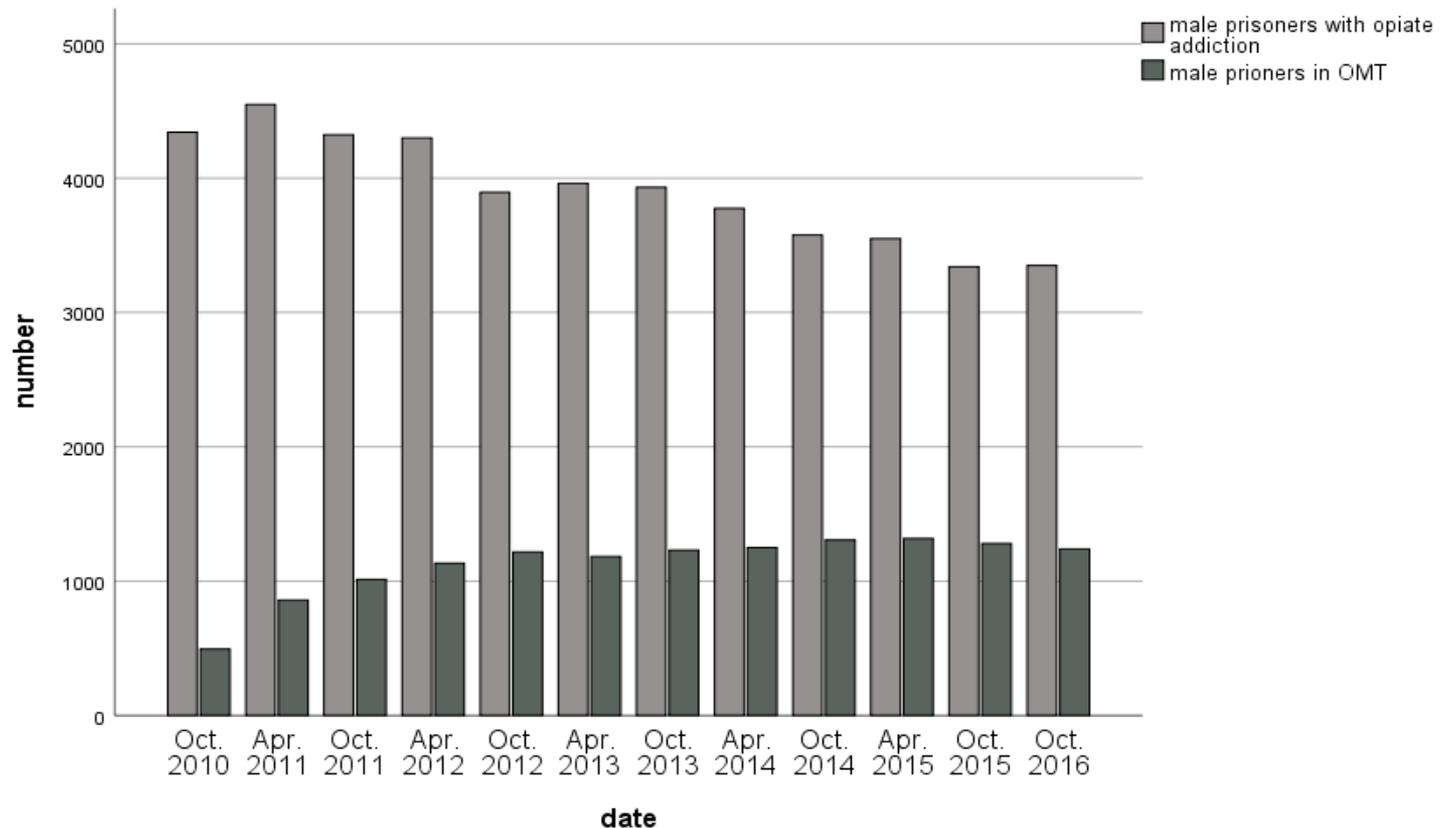
BÄK-Richtlinie 2010: "In begründeten Einzelfällen kann eine Substitutionsbehandlung auch nach ICD F11.21 (Opiatabhängigkeit, gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung – wie z. B. Krankenhaus, therapeutische Gemeinschaft, Gefängnis) eingeleitet werden."
(Kap. 2)

BÄK-Richtlinie 2017: „In begründeten Fällen kann eine Substitutionsbehandlung auch bei derzeit nicht konsumierenden opioidabhängigen Patienten – z.B. Inhaftierte mit hohem Rückfall- und Mortalitätsrisiko – eingeleitet werden.“
(Kap 2).

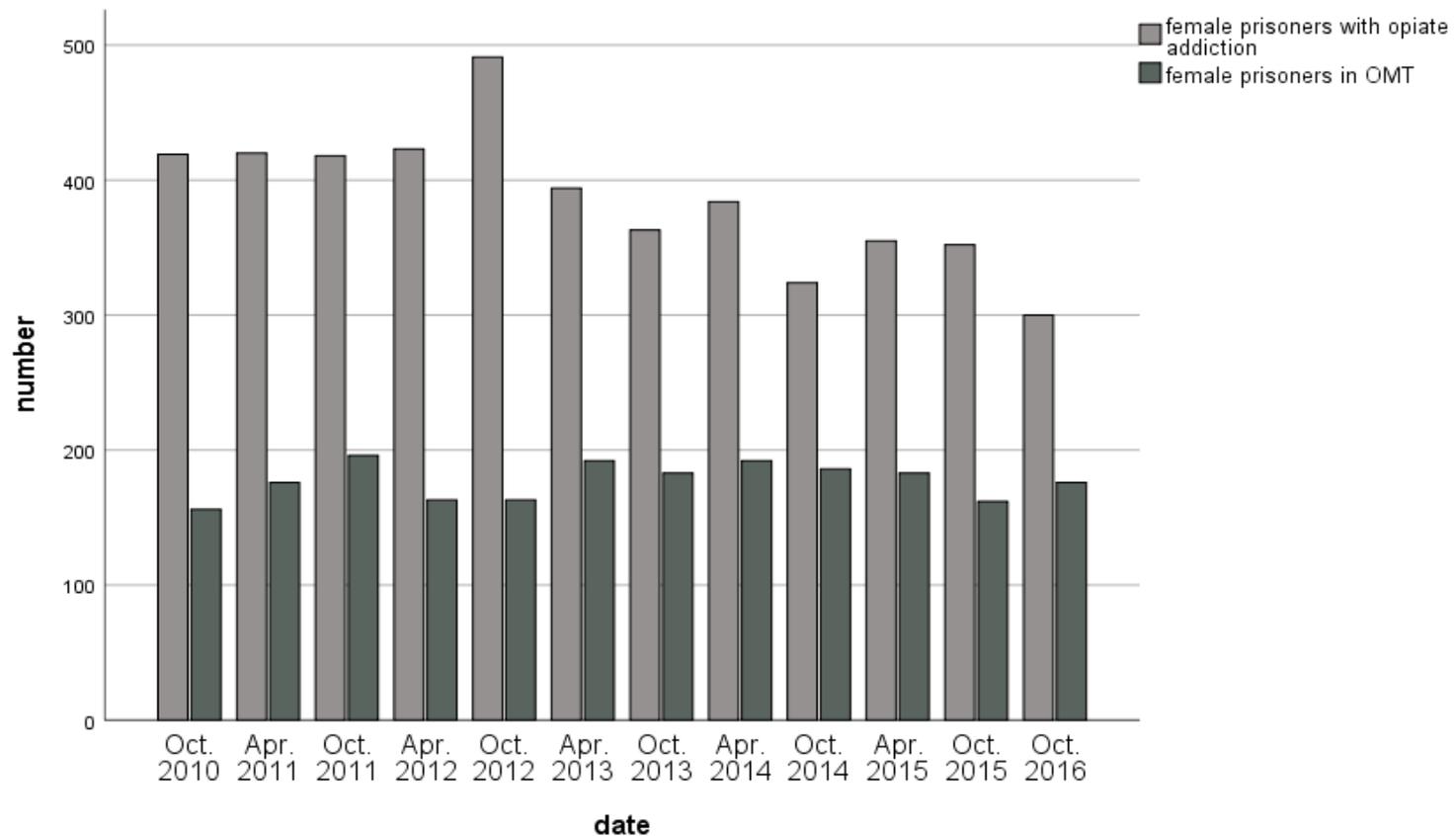
Entwicklung der Substitutionsbehandlung in Haftanstalten in NRW

Datum	Gesamtzahl der Häftlinge im Jahr/Stichtag	Zahl der Häftlinge mit Opiatabhängigkeit	Zahl der Häftlinge in Substitutions- therapie	Anteil der Häftlinge mit Opiatabhängig- keit in Substitutions- therapie (in %)
2008	17,301	4,201	139	3
2009	17,124	n/a	n/a	n/a
Okt., 2010	16,828	4,701	751	16
Apr., 2011	17,263	4,968	1,035	21
Okt., 2011	17,021	4,741	1,209	26
Apr., 2012	17,410	4,722	1,297	27
Okt., 2012	17,203	4,385	1,380	31
Apr., 2013	17,003	4,355	1,374	32
Okt., 2013	16,710	4,294	1,413	33
Apr., 2014	16,575	4,159	1,441	35
Okt., 2014	15,954	3,900	1,493	38
Apr., 2015	15,926	3,905	1,500	38
Okt., 2015	15,640	3,693	1,442	39
Apr., 2016	16,432	3,650	1,415	39
Okt., 2017	15,781	n/a	1,603	n/a

Anteil männlicher Häftlinge mit Opiatabhängigkeit in Substitutionsbehandlung



Anteil weiblicher Häftlinge mit Opiatabhängigkeit in Substitutionsbehandlung



Diskussion der Implementierung

- Annäherung der Substitutionsquote in Haft in NRW (etwa 40%)
an GKV-Bereich (knapp 50%)
- Varianz zwischen den Haftanstalten sehr ausgeprägt
(z.B. 4/2015 zwischen 12% und 80%).
- Gründe von Häftlingen gegen eine Substitution
- vermehrter Aufwand für die Haftanstalt
- positive Nebeneffekte für eine Haftanstalt

Perspektiven

- Modellprojekt im Rahmen des Aktionsplan gegen Sucht

(LVR-Klinikum Essen und Ministerium der Justiz des Landes NRW)

„Verbesserung der Überleitung von Insassen von Justizvollzugsanstalten mit substanzbezogenen Störungen in suchtmmedizinische Behandlung nach Haftentlassung“

- Einsatz des Opiatblockers Naltrexon
- Substitutionsbehandlung und Maßregelvollzug (§64 StGB)

Untersuchung der stationär nach §64 behandelten Patienten in Nordrhein zur Einstellung zur Substitutionsbehandlung

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**

Historischer Hintergrund

- Epidemischer Heroinkonsum in Deutschland ab 60er Jahre
- Drogenhilfesystem zunächst sozialpädagogisch dominiert
- abstinenzorientierte rehabilitative Behandlung
 - nur von einem Teil der Betroffenen angenommen
 - nur bei einem Teil der Behandelten erfolgreich
- zunehmende gesundheitspolitische Diskussion
 - HIV-Epidemie
 - Drogentote
 - öffentliche Drogenszenen (z.T. in innerstädtischen Einkaufszonen)

Historischer Hintergrund

- Substitutionsbehandlung anfänglich umstritten
trotz Erfahrung z.B. in USA seit 60er Jahren
Vorwürfe: „Medikalisierung“, „Ruhigstellung“, „Verhinderung von Therapie“

Bei Einführung der Substitutionsbehandlung

- unsichere/kompromisshaften Zielsetzung
„maintenance-to-abstinence“
„long-term maintenance“
(harm-reduction)
- unsichere/kompromisshaften Behandlungsstruktur
Ausgabe des Substitutes durch Arzt
obligate psychosoziale Betreuung

BUB – Richtlinien (G-BA)

**„Oberstes Ziel
der Behandlung
ist die Suchtmittelfreiheit“**

33-Jahreskatamnese Opiatabhängiger (Hser et al., 2001)

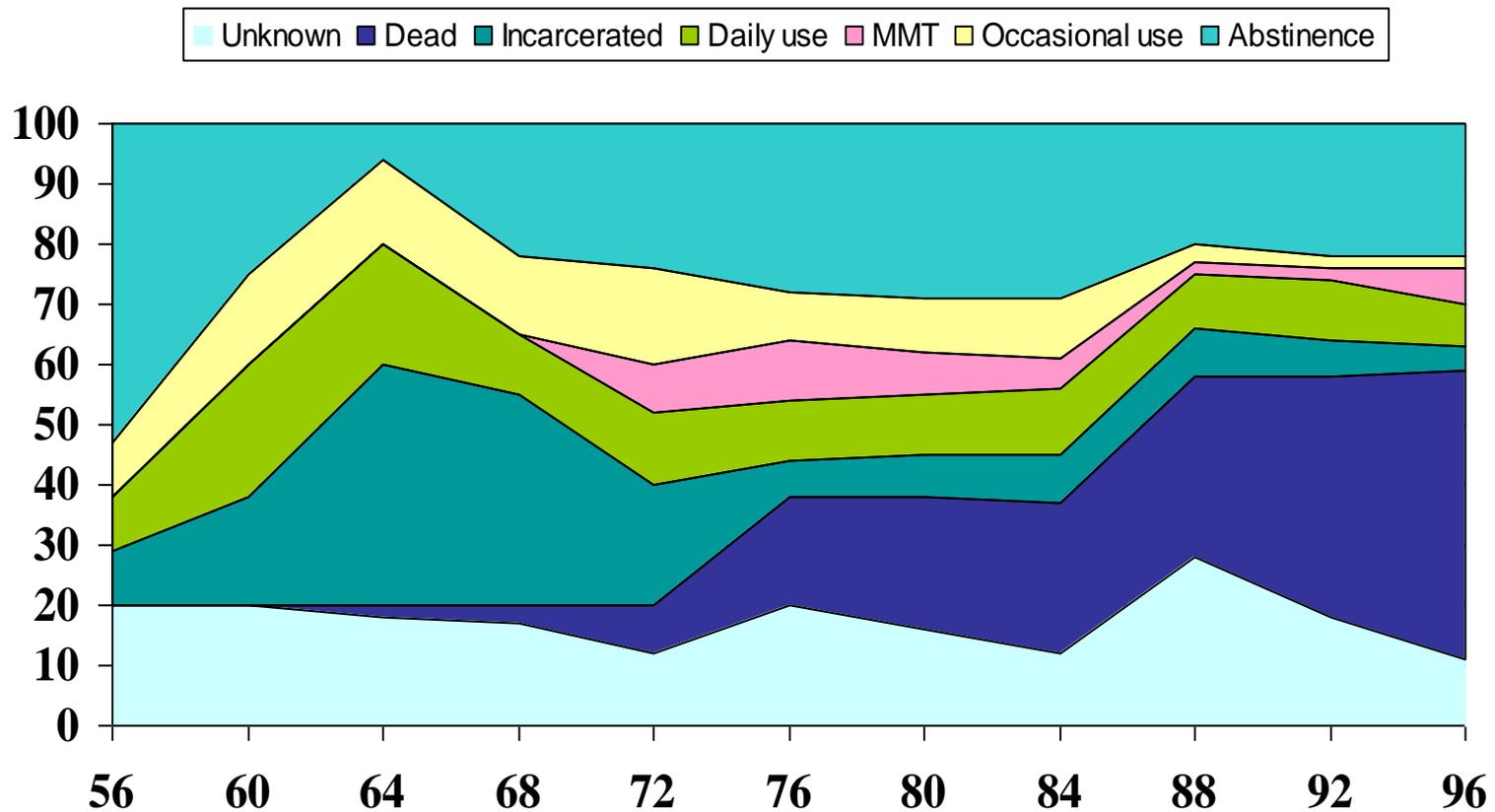


Abb. mit Dank an Prof. Dr. W. van den Brink

Aktuelle Aufgabe

Anpassung der Regularien (BtMVV, BÄK-Richtlinien, G-BA-Richtlinien)

an den Stand des Wissen (z.B. Prognose, Häufigkeit und Behandlung komorbider psychischer und substanzbezogener Störungen) zur Substitutionsbehandlung

in Hinblick auf Therapieziele, - plan, - dauer etc.

Kontext: u.a. Rechtsunsicherheit der Substituierenden

Probleme der Aufrechterhaltung der Versorgung

PREMOS-Studie

§5 BtMVV

alt

- erstes genanntes Therapieziel:
Betäubungsmittelabstinenz
- Zielgruppe: opiatabhängige Patienten
- Konsiliarregelung:
bis zu 3 Patienten
- Einrichtungen, die eine Substitution durchführen dürfen:
Praxis
Krankenhaus
Apotheke

neu (ab 30.05.2017)

- Abstinenz ein Ziel neben z.B. Sicherung des Überleben
- Zielgruppe: opioidabhängige Patienten
- Konsiliarregelung:
bis zu 10 Patienten
- Einrichtungen, die eine Substitution durchführen dürfen:
Praxis
Krankenhaus
Apotheke
stationäre Rehabilitation
Alten-/ Pflegeheim
Hospiz
Ambulanter Pflegedienst

§5 BtMVV

alt

- Richtlinienkompetenzen der BÄK nur bedingt konkretisiert

neu (ab 30.05.2017)

- Richtlinienkompetenzen der BÄK:
 - Erstellung des Therapiekonzeptes
 - ...Voraussetzung für Verabreichung eines Substitutes
 - ...Erforderlichkeit psychosozialer Maßnahmen
 - ...Bewertung des Therapieverlaufs
 - ...Dokumentationsanforderungen

Zielsetzung der Änderungen der BtMVV

Herauslösen ärztlicher Aufgaben aus Regulierung durch BtMVV

PLUS

Übertragen der Verantwortung für die Definition der ärztlichen Aufgaben an Bundesärztekammer

- ⇒ strafrechtliche Bewertung der Substitutionstherapie normalisiert (i. S. des Schutzes des Behandlers)
- ⇒ weiterhin mögliche juristische Sanktionen bei Behandlungsfehlern (wie bei Behandlung anderer Krankheiten)
- ⇒ aber nicht mehr via BtMVV und BtMG wegen therapeutischer Ziele, Umgang mit komorbiden substanzbezogenen Störungen etc.

Neue BÄK-Richtlinien

Neue BÄK-Richtlinien

Rechtsgrundlage (§5 [12] BtMVV)

„Die Einhaltung des allgemein anerkannten Standes der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft wird vermutet, wenn und soweit Feststellungen ... [gemeint der BÄK-Richtlinien] beachtet worden sind.“

Wissenschaftliche Grundlage

- Ausführliche und systematische Literaturrecherche
- Stand 28.04.2017

Therapieziele (1)

Ziele der substitutionsgestützten Behandlung sind:

1. Sicherstellung des Überlebens,
2. Stabilisierung und Besserung des Gesundheitszustandes,
3. Unterstützung der Behandlung somatischer und psychischer Begleiterkrankungen,
4. Reduktion riskanter Applikationsformen von Opioiden,
5. Reduktion des Konsums unerlaubt erworbener oder erlangter Opioiden,
6. Reduktion des Gebrauchs weiterer Suchtmittel,

Therapieziele (2)

7. Abstinenz von unerlaubt erworbenen oder erlangten Opioiden,
8. Verringerung der durch die Opioidabhängigkeit bedingten Risiken während einer Schwangerschaft sowie während und nach der Geburt,
9. Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität,
10. Reduktion der Straffälligkeit,
11. Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und am Arbeitsleben

Quelle: Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger, April 2017, S. 6 / 10

Bewertung des Therapieverlaufs

- Die Bewertung des Therapieverlaufs orientiert sich an den mit dem Patienten vereinbarten Therapiezielen (und nicht an einer abstrakten Zielvorgabe).
- Monitoring während des Behandlungsverlaufes:
 - klinischer Eindruck
 - gegebenenfalls unter Hinzuziehung laborchemischer ParameterIn Hinblick:
 - a) Einnahme des Substitutes in der verordneten Weise
 - b) Einnahme anderer psychotroper Substanzen einschließlich Alkohol

Akuter Konsum weiterer psychotroper Stoffe

- Klinische Frage: Besteht hierdurch das Risiko einer gesundheitlichen Schädigung?
- Procedere:
 - Gabe einer reduzierten Dosis des Substituts,
 - evtl. aktueller Verzicht auf Gabe eines Substitutes

Konsum weiterer psychotroper Stoffe

- Klinische Evaluation der Ursachen (also nicht automatische „disziplinarische Entlassung“)
 - Destabilisierung der individuellen Lebenssituation?
 - Inadäquate Dosis des Substituts?
 - Bestehen komorbide somatische oder psychische Erkrankungen (einschließlich komorbide substanzbedingte Abhängigkeiten)?

=> Therapiekonzept, evtl. Einbezug weiterer Berufsgruppen

Beendigung und Abbruch der substitutionsgestützten Behandlung (1)

Eine Substitutionstherapie soll vorzeitig beendet werden

- bei schwerwiegenden Kontraindikationen
- bei fortgesetzt schwerwiegenden Konsum psychotroper Substanzen

Zudem:

Eine vorzeitige Beendigung der Behandlung durch den Arzt kann dann begründet sein, wenn der Patient sich wiederholt und anhaltend nicht an getroffene Vereinbarungen hält.

Beendigung und Abbruch der substitutionsgestützten Behandlung (2)

Allerdings:

- erhöhtes Gefährdungspotenzial für die Gesundheit des Patienten bei Behandlungsabbrüche
- daher: grundsätzlich möglichst langfristige Substitutionsbehandlung
- daher: Prüfung vor einer vorzeitigen Beendigung, ob Non-Adhärenz

Resultat der zu behandelnden Suchterkrankung

oder komorbider Störungen ist.

Quelle: Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger, April 2017, S. 15

Beendigung und Abbruch der substitutionsgestützten Behandlung (3)

Bei unvermeidlichem Behandlungsabbruch

- Suche nach geeigneten Behandlungsalternativen und Anschlussmaßnahmen
- Vorheriges Ausschöpfen anderer Interventionsmöglichkeiten bzw.

Optimierung des Therapiekonzeptes, z. B. durch Dosisanpassungen oder Einbezug einer psychosozialen Betreuung, sowie Versuche eines Wechsels des Patienten in ein anderes ambulantes oder stationäres Therapieangebot.

Kommentar:

>> Patienten mit Non-Adhärenz oft besonders psychisch belastet und hilfebedürftig

Quelle: Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger, April 2017, S. 15

Beendigung und Abbruch der substitutionsgestützten Behandlung (4)

Analog:

- Therapieabbruch nicht allein aus einer akuten Situation heraus erfolgen, Vielmehr: zuvor wiederholte Verstöße gegen getroffene Vereinbarungen
- Abwägung von möglichem Nutzen und Schaden eines Therapieabbruchs
- Berücksichtigung der Situation gegebenenfalls in häuslicher Gemeinschaft mitlebender Kinder
- Bei Abbruch:
 - Aufklärung des Patienten über körperliche, psychische und soziale Folgewirkungen
 - Angebot der Möglichkeit zu einem geordneten Entzug vom Substitutionsmittel
 - Möglichst: Überweisung an einen weiterbehandelnden Arzt oder in eine stationäre Entzugsbehandlung

Quelle: Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger, April 2017, S. 15/ 16

Schlussfolgerungen (1)

„Philosophie“:

Substitutionstherapie

als langfristige (grundsätzlich nicht zeitlich limitierte)
Behandlung

von psychisch und somatisch multimorbiden Patienten
mit verringerter Lebenserwartung außerhalb der Behandlung

=> Auch die Beendigung ist rechtfertigungspflichtig