

TEIL B: AUSGEWÄHLTE THEMEN

11 Entwicklung, Methoden und Umsetzung nationaler Behandlungs-Leitlinien

In Deutschland existieren Leitlinien unterschiedlicher Institutionen, Organisationen und Fachgesellschaften. Abgrenzungsprobleme zwischen Begriffen wie Standards, Leit- und Richtlinien sowie inhaltliche Überschneidungen und Unterschiede in Verbindlichkeit und Praxisrelevanz tragen zu einem sehr heterogenen Gesamtbild von „Leitlinien“ bei.

Die in diesem Kapitel berücksichtigten Leitlinien lassen sich nach drei Typen unterscheiden. (I) Der auch von der EBDD verwendeten Definition von Behandlungsleitlinien entsprechend, werden von den medizinischen Fachgesellschaften Leitlinien entwickelt. Unter dem Dach der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) begann im Jahr 2000 die Erarbeitung von Behandlungsleitlinien für substanzbezogene Störungen. Die Behandlungsleitlinien der AWMF werden nach einem standardisierten Verfahren anhand des wissenschaftlichen Kenntnisstandes entwickelt. (II) Neben diesen Behandlungsleitlinien existieren seit 2001 Richtlinien zur Substitutionsbehandlung von der Bundesärztekammer (BÄK). Sie dienen unter anderem auch einer Umsetzung verschiedener rechtlicher Voraussetzungen (von BtMG, BtMVV und AMG). Als Richtlinien haben sie eine höhere Verbindlichkeit und sind in Deutschland von hoher Praxisrelevanz. Inhaltlich finden sich Überschneidungen zu Behandlungsleitlinien der AWMF. (III) Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) entwickelte 2003 erstmals „Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Abhängigkeitserkrankungen“. Sie haben für Rehabilitationsleistungen, die von der Rentenversicherung finanziert werden, eine hohe Praxisrelevanz im Sinne der Qualitätssicherung.

In diesem Kapitel werden die drei Typen zunächst vorgestellt. In 11.1 wird dargelegt, mit welchem institutionellen Hintergrund die jeweilige Leitlinienentwicklung erfolgte und erfolgt, außerdem werden die Diskussionen in der Fachöffentlichkeit, die die Leitlinienentwicklung begleitete, kurz skizziert. In 11.2 erfolgt die inhaltliche Beschreibung der Leitlinien sowie einige Anmerkungen zur Weiterentwicklung bestehender Leitlinien. 11.3 befasst sich schließlich mit der Implementierung, Umsetzungsstrategien und Hindernissen. Dabei wird berücksichtigt, in welchen Zusammenhängen die jeweiligen Leitlinien eine Relevanz für Bereiche der Praxis haben.

11.1 Entwicklung und Rahmenbedingungen

11.1.1 AWMF-Leitlinien

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) wurde im Jahr 1962 von damals 16 Gesellschaften als gemeinnütziger Verein gegründet. Der Aufgabenbereich der AWMF, zu der derzeit 153 wissenschaftliche Fachgesellschaften gehören, umfasst u.a. Aufgaben wie die Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung oder die elektronische Publikation wissenschaftlicher Literatur. Seit dem Jahr 1995 koordiniert die AWMF auf Anregung des "Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesund-

heitswesen" die Entwicklung von Leitlinien für Diagnostik und Therapie durch die einzelnen Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften¹⁴⁰.

Als Leitlinien werden „systematisch entwickelte Aussagen zur Unterstützung der Entscheidungsfindung von Ärzten und ggf. anderen Gesundheitsberufen sowie Patienten für eine angemessene Vorgehensweise bei vorgegebenen Gesundheitsproblemen“ verstanden (AWMF & ÄZQ 2008). Die AWMF entwickelte zusammen mit dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) das „Deutsche Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI)“, welches erstmals 2005 veröffentlicht wurde und die Checkliste "Methodische Qualität von Leitlinien“ aus dem Jahr 2000 ersetzte. Das Instrument dient neben weiteren Manualen zur Leitlinienentwicklung der AWMF, der Qualitätssicherung bei der Entwicklung von Leitlinien (AWMF & ÄZQ 2008; AWMF Online: <http://www.awmf-online.de/>).

Seit September 2000 werden unter dem Dach der AWMF Behandlungsleitlinien für substanzbezogene Störungen federführend durch die beiden medizinischen Fachgesellschaften „Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht)“ und „Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)“ erarbeitet. Je nach Gegenstand der Leitlinien werden weitere Fachgesellschaften und Experten in den Entwicklungsprozess mit einbezogen.

AWMF-Leitlinien werden nach „Methodischen Standards der Entwicklung evidenz-basierter Leitlinien in Deutschland“ in einem 3-stufigen Prozess entwickelt. Auf informellem Konsens einer Expertengruppe basierende Leitlinien werden als Leitlinien der Entwicklungsstufe S1 beschrieben. Unsystematische Übersichtsarbeiten, die auf einem formalen Konsensverfahren basieren und an denen Mitglieder mehrerer Gruppen beteiligt sind werden als Leitlinien der Entwicklungsstufe S2 bezeichnet. Eine systematische Evidenzrecherche wird als Entwicklungsstufe S3 bezeichnet (Helou et al. 2000; Schmidt & Gastpar 2006).

Der aktuelle Stand der substanzbezogenen Behandlungsleitlinien wurde im Jahr 2006 publiziert (Schmidt & Gastpar 2006). Die Leitlinien sind auf dem Entwicklungsstand von Stufe 2 (zur derzeitigen Weiterentwicklung der Leitlinien vgl. Kapitel 11.2.8). In der Veröffentlichung sind neben den substanzbezogenen Behandlungsleitlinien zu „Cannabisbezogenen Störungen“, „Opioidbezogenen Störungen“ (Akutbehandlung und Postakutbehandlung), „Psychische und verhaltensbezogene Störungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene“ und „Medikamentenabhängigkeit (Sedativa, Hypnotika, Analgetika, Psychostimulanzien)“ auch Behandlungsleitlinien zu den Substanzen Alkohol und Tabak enthalten.

Die Leitlinien der AWMF haben begrenzte Gültigkeitsdauern. Die Gültigkeit der Leitlinien zur Behandlung substanzbezogener Störungen ist zum Anfang des Jahres 2010 abgelaufen. Die Überarbeitung der Leitlinien ist zum Zeitpunkt der Berichterstattung noch nicht abgeschlossen. Ein Zeitpunkt für den Abschluss des Verfahrens ist noch nicht bestimmt (zur Weiterentwicklung der Leitlinien vgl. Kapitel 11.2.8). Im Rahmen der nationalen Berichterstattung an die EBDD werden in diesem Sonderkapitel die bis Anfang des Jahres gültigen und aktuellsten Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften dennoch berücksichtigt.

¹⁴⁰ vgl. AWMF Online: <http://www.awmf-online.de/>

11.1.2 Substitutions-Richtlinien der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer (BÄK) vertritt als Spitzenorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung die berufspolitischen Interessen der Ärztinnen und Ärzte in der Bundesrepublik Deutschland. Ein Großteil der Substitutionsbehandlungen wird in Deutschland durch niedergelassene Ärzte¹⁴¹ durchgeführt.

Die Bundesärztekammer wurde erstmals im Jahr 2001 durch die 15. BtMÄndV vom Gesetzgeber beauftragt, nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft, Richtlinien für die Substitutionsbehandlung festzulegen. Die „Richtlinien zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger“ wurden erstmals im Jahr 2002 vorgelegt. Die aktuellste Überarbeitung aus dem Jahr 2010 berücksichtigt die in 2009 durch die 23. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung und das Gesetz zur Diamorphingestützten Substitutionsbehandlung veränderte Gesetzesgrundlage (BÄK 2010).

Es handelt sich in diesem Fall nicht um Behandlungsleitlinien, sondern um **Richtlinien** der Bundesärztekammer. Da sie für die Durchführung von Substitutionsbehandlungen in der Praxis aber große Bedeutung haben, sollen sie in diesem Sonderkapitel dennoch Berücksichtigung finden.

11.1.3 Leitlinienentwicklung der Deutschen Rentenversicherung

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) finanziert nach deutschem Sozialrecht¹⁴² Rehabilitations-Maßnahmen für Abhängigkeitserkrankte. Die Zuständigkeit der Rentenversicherung ist darin begründet, dass die Rehabilitations-Maßnahmen der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit dienen und somit die Rückführung des Rentenversicherten in ein Arbeitsverhältnis angestrebt wird. Da es sich um eine Pflichtversicherung handelt, ist jeder Arbeitnehmer rentenversichert. Die durchgeführten Rehabilitations-Maßnahmen für Abhängige, hier insbesondere Alkoholabhängige, stellten im Jahr 2007 einen Anteil von 6% (56.393 Rehabilitationen für Abhängigkeitskranke) an allen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (903.257) der Rentenversicherung, die Kosten für die Suchtrehabilitation machten 18% (469 Mio. Euro von 2.675 Mio. Euro) der Gesamtkosten medizinischer Leistungen der DRV aus (Beckmann et al. 2009b).

Die Rentenversicherung¹⁴³ begann 1998 Projekte zur Erstellung von Rehabilitations-Prozessleitlinien. Leitlinien werden in diesem Kontext als „systematisch entwickelte Entscheidungshilfen für Leistungserbringer und Patienten über die angemessene Vorgehensweise bei speziellen Gesundheitsproblemen“ verstanden (Brüggemann et al. 2004; Brüggemann & Klosterhuis 2005).

¹⁴¹ Die Durchführung einer Substitutionsbehandlung kann entsprechend der gesetzlichen Regeln nur von Ärzten übernommen werden, die die Mindestanforderungen an eine Suchttherapeutische Qualifikation erfüllen, vgl. Kapitel 11.2.3.

¹⁴² Der Rentenversicherungsträger ist für die Entwöhnungsbehandlung zuständig, wenn Voraussetzungen für die §§ 9 – 11 SGB VI vorliegen. Sind §§ 27 und 40 SGB V erfüllt, so sind die Krankenkassen zuständig, die auch für die Entzugsbehandlung zuständig sind (DRV 2005).

¹⁴³ Die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA), welche das Leitlinienprogramm 1998 begann, wurde 2005 mit dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) zusammengelegt und bildet die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV).

Die Entwicklung von Leitlinien erfolgt in vier Phasen, beginnend mit einer Literaturanalyse. Darauf folgt ein Soll-Ist-Vergleich zur Bedarfsanalyse (KTL-Analyse¹⁴⁴), die Entwicklung von Prozessleitlinien sowie die Implementierung. Die erste Fassung der „Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Abhängigkeitserkrankungen“ wurde im Jahr 2003 entwickelt. Die derzeitige Fassung datiert auf das Jahr 2005 (zur derzeitigen Weiterentwicklung der Reha-Leitlinien der DRV vgl. 11.2.8).

Die Rehabilitations-Leitlinien haben als Prozessleitlinien große Bedeutung für die Praxis. Trotz des gleichermaßen verwendeten Begriffes „Leitlinien“ sind diese Prozessleitlinien von den Behandlungsleitlinien der AWMF abzugrenzen (Koch 2006). Die Leitlinien sind auf Rehabilitationskliniken und Behandlungseinrichtungen ausgerichtet und geben Rahmenbedingungen für diese Einrichtungen vor. An der Behandlung Beteiligte (z.B. medizinisches Personal, Therapeuten, Sozialarbeiter) sind somit Zielgruppe/Anwender dieser Leitlinien. Die Leitlinien legen fest, welche Behandlungselemente in welchem Umfang für welchen Anteil der Patienten gewährt werden. Damit wird der Fokus auf die Einhaltung von Mindeststandards in Einrichtungen gelegt.

11.1.4 Diskussionen zur Entwicklung von Leitlinien

Die Entwicklung von Leitlinien, die sich auf die Behandlung von substanzbezogenen Abhängigkeitserkrankungen beziehen, ist in Deutschland begleitet von Diskussionen in der Fachöffentlichkeit über Aspekte wie Abgrenzung der Begriffe „Leitlinien“ zu „Standards“ und „Richtlinien“ (Flenker & Bredehöft 2002), Methodik der Leitlinienentwicklung, Anwendbarkeit von Leitlinien und allgemein die Qualitätssicherung in der Suchthilfe (vgl. Kuhlmann 2006; Schmidt & Gastpar 2002; Weissinger & Schneider 2006). Diskutiert wurden die Grenzen der Anwendungsmöglichkeiten Evidenzbasierter Medizin für den Praxisalltag, die Übertragbarkeit von Studien aus Ländern mit anders strukturierten Versorgungssystemen, die Übertragbarkeit von Erkenntnissen aus selektierten Studienpopulationen und Studiensettings auf Patienten im Praxisalltag sowie die Vorteile von Leitlinien als systematisch entwickelte Entscheidungshilfen für Leistungserbringer hinsichtlich der angemessenen Vorgehensweise bei gegebenen Problemen. In diesem Zusammenhang wird häufig darauf verwiesen, dass die Entwicklung von Leitlinien auch den Expertenkonsens, zumindest als niedrige Evidenzstufe, umfassen muss (Schmidt et al. 2006; Fleischmann 2006; Koch 2006; Kuhlmann 2006; vgl. Lindenmeyer 2006; Weissinger & Schneider 2006).

Durch eine Weiterentwicklung¹⁴⁵ der AWMF-Leitlinien auf die Entwicklungsstufe mit dem höchsten Evidenzgrad „S3“ wird vermutlich auch die Praxisrelevanz von Leitlinien erneut diskutiert werden. So zeichnet sich z. B. ab, dass bestimmte Ausschlusskriterien von Studienpopulationen klinischer Studien (z.B.: Komorbidität) in der Praxis eher die Regel als die

¹⁴⁴ KTL-Analyse: Die Klassifikation Therapeutischer Leistungen ist ein von der BfA (jetzt DRV) erstelltes Verzeichnis für therapeutische Leistungen, die während einer medizinischen Rehabilitation durchgeführt werden können. Die Ergebnisse der Literaturrecherche, als evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) formuliert, werden als Behandlungs-Soll mit dem Ist-Zustand (abgebildet in den Entlassungsberichten die der BfA (jetzt DRV) vorliegen) abgeglichen.

¹⁴⁵ vgl. Kapitel 11.2.8.

Ausnahme sind. Andererseits sind diese Studienergebnisse Grundvoraussetzung für eine hohe Evidenzbasierung (DHS, persönliche Mitteilung 2010).

11.2 Beschreibung existierender Behandlungs-Leitlinien

11.2.1 Opioidbezogene Störungen: Akutbehandlung

Die aktuellsten AWMF-Leitlinien zur Akutbehandlung bei opioidbezogenen Störungen wurden im Jahr 2006 in „Evidenzbasierte Suchtmedizin“ veröffentlicht (Reymann & Gastpar 2006). Die Erstpublikation dieser Leitlinien erfolgte im Jahr 2002 in der Zeitschrift Sucht (Reymann et al. 2002).

Definition und Ziele

Die Behandlung von opioidbezogenen Störungen dient der Sicherstellung des Überlebens, der Abwendung langfristiger Gesundheitsschäden, der dauerhaften Abstinenz von illegalen Opioiden und der Überwindung etwaiger zugrunde liegender Störungen.

Die Akutbehandlung opioidbezogener Störungen umfasst folgende medizinischen Maßnahmen: Die Behandlung der akuten Intoxikation (Detoxifikation), die Behandlung der auftretenden körperlichen und physischen Entzugserscheinungen (Entzugsbehandlung) beim Reduzieren oder Absetzen der Substanz, die Förderung der Motivation zur Abstinenz, die Förderung der Motivation zur Inanspruchnahme von Postakutbehandlungen, die Beendigung etwaiger weiterer Abhängigkeiten, auch von Medikamenten oder von Alkohol und die Diagnostik und Behandlung von psychiatrischen und von somatischen Begleiterkrankungen und Eingrenzung sozialer Suchtfolgeschäden. Eine Behandlungsdauer von bis zu 8 Wochen wird in den Leitlinien angegeben.

Diagnostik

Hinsichtlich der Diagnostik beinhalten die Leitlinien Empfehlungen für die Anamnese (z.B. zur Erfassung von Konsumgeschichte- und Muster sowie Beikonsum und Begleiterkrankungen), die psychiatrische Untersuchung (insbesondere Erfassung von Symptomen von Intoxikation, Entzug und Delir), die körperliche Untersuchung (z.B. Untersuchung auf Injektionsstellen, Abszesse und dermatologische Infektionen), die Diagnose des Entzugssyndroms und für Laboruntersuchungen (zu einem umfassenden Drogenscreening wird geraten sowie das Testen auf HC-Viren und HIV).

Behandlungssetting

Eine Akutbehandlung kann ambulant oder in tagesklinischen suchtmmedizinischen Settings durchgeführt werden. Als Gründe, die gegen eine ambulante Behandlung sprechen, werden z.B. Komplikationen im Entzug, Suizidalität, Polytoxikomanie und auch Gründe angesehen, die im sozialen Umfeld oder der suchtmmedizinischen Vorgeschichte des Patienten gelagert sind. Bei Vorliegen derartiger Gründe wird die Behandlung vollstationär durchgeführt.

Behandlungsbedarf und Behandlungsplanung

Bei Vorliegen einer akuten, schweren Opiatintoxikation sollten notfallmedizinische Maßnahmen angewandt werden, zur Antagonisierung einer Atemdepression wird zur Behandlung mit

Naloxon geraten. Neben der Feststellung somatischer und psychiatrischer Komorbidität sollten soziale Folgeschäden und juristische Gesichtspunkte in die Behandlungsplanung mit einbezogen werden. Dies macht ein Setting mit sozialarbeiterischer Unterstützung erforderlich. Um den Behandlungserfolg sicherzustellen ist die Motivation und unter Umständen die Motivierung des Patienten wichtig. Eine Postakutbehandlung sollte unmittelbar an die Akutbehandlung anschließen.

Pharmakotherapie des Entzugssyndroms

Ein Entzug ohne Vergabe von Medikamenten ist nur angemessen, wenn der Patient dies selbst wünscht. Die medikamentengestützte Behandlung erfolgt grundsätzlich unter Vergabe eines μ -Opiatrezeptoragonisten und wird gestuft herabdosiert.¹⁴⁶ Grundsätzlich wird die orale Vergabe von D,L-Methadon empfohlen, bei einer nachgewiesenen Unverträglichkeit des Patienten kann Levomethadon eingesetzt werden. Auch Buprenorphin kommt zur Behandlung des Opioidentzugssyndroms in Betracht und erweist sich bei vorstehender Depression als vorteilhaft gegenüber Methadon. Clonidin kann in Deutschland in der stationären Entzugsbehandlung eingesetzt werden. Wird es mit Methadon in Kombination gegeben, ist eine Behandlung nur am Ende des Methadonentzugs einzusetzen. Doxepin ist ebenfalls einsetzbar, weist aber höhere Nebenwirkungsraten auf. Es ist nicht gleichzeitig mit Clonidin anwendbar.

Die Behandlung der Entzugssymptomatik mit Opiatantagonisten (Naloxon und Naltrexon) wird nur empfohlen, wenn der Patient in Narkose oder tiefer Sedierung ist oder diese Behandlung unbedingt wünscht oder wiederholte konventionelle Entzugsversuche gescheitert sind. Die Behandlung sollte in der Regel nicht angewandt werden, da Entzugssymptome und Befindensstörungen lange bestehen bleiben und eine mangelnde Compliance für eine Anschlussbehandlung zu befürchten ist.

Dosierung und Anwendungsdauern

Die Leitlinien enthalten Empfehlungen über die Dosierung und Anwendungsdauern. Für den opioidgestützten Entzug mit Methadon oder Buprenorphin erfolgt zunächst die Festlegung der Ausgangsdosierung. Im Verlauf der Entzugsbehandlung wird die Dosis schrittweise oder degressiv herabgesetzt. Die Behandlung des Entzugssyndroms mit ausschleichender Medikation kann im ambulanten Setting mehrere Wochen dauern, im stationären Setting können dagegen bereits 10 Tage ausreichend sein.

Clonidingestützter Entzug kann nach Abklingen einer Opiatwirkung oder nach einer Methadonsubstitution eingesetzt werden um Entzugssymptome zu behandeln. Im Anschluss an die Entzugsphase kann eine Naltrexonbehandlung eingesetzt werden, um die Abstinenz des Patienten zu unterstützen.

Patientenaufklärung und Psychotherapie

¹⁴⁶ Die gesetzlichen Rahmenbedingungen werden durch das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) und die Betäubungsmittel Verschreibe-Verordnung (BtmVV) vorgegeben (vgl. Kapitel 1).

Es wird empfohlen, während der Behandlung Patienten über Risiken und Gefahren aufzuklären. Die Patienten sollten darüber informiert sein, dass ein Verlust der Opiattoleranz bei erneutem Konsum das Risiko einer Überdosierung steigert. Auch die Aufklärung über Gesundheits- und Infektionsrisiken von intravenösem Konsum sollten den Patienten dargelegt werden, ebenso sollten Patienten über mögliche Impfungen gegen Hepatitis B und Behandlung von Hepatitis C informiert werden. Der Verzicht von Alkoholkonsum oder Einnahme von Benzodiazepinen vor einer Injektion sollte den Patienten nahe gelegt und begründet werden. Selbsthilfegruppen werden ebenfalls empfohlen.

Psychotherapie in der Akutbehandlung dient z.B. der Festigung oder Förderung der Behandlungsmotivation und der Formulierung von Behandlungszielen die in der Postakutbehandlung aufgegriffen werden. Auch andere Formen der Psychotherapie (z.B. Kognitive Therapie, Verhaltenstherapie und andere) werden grundsätzlich als hilfreich angesehen.

Soziotherapie

Soziotherapie ist unverzichtbarer Bestandteil der Gesamtbehandlung. Sie hilft dem Patienten, negative Folgen auf den finanziellen und rechtlichen Bereich, sowie auf die soziale Situation zu verringern. Oft ermöglicht Soziotherapie überhaupt erst eine suchtmmedizinische Behandlung und versetzt den Patienten in die Lage eine längerfristige Behandlung in Anspruch zu nehmen. Sofern der Patient zustimmt, sollte das soziale Umfeld des Patienten einbezogen werden.

Empfohlen werden auch bewegungstherapeutische Verfahren, die vor allem in der Gruppe durchgeführt den Patienten nutzen bringen. Ergo- und Kunsttherapie können ebenfalls während der Akutbehandlung begonnen werden.

Im stationären Setting kommen der Krankenpflege die Aufgaben zu, ein durchgängiges, professionelles Beziehungsverhältnis der Behandlungspflege zum Patienten aufzubauen und einen drogenfreien Raum als Grundlage für die Behandlung zu schaffen. Eine umfassende Verlaufsbeurteilung wird durchgeführt, die nicht nur Vitalparameter und Entzugserscheinungen erfasst, sondern auch Verhalten, Affekt und Motivation.

Komorbität

Zur Behandlung von Hepatitis B, C und HIV verweisen die Autoren auf entsprechende internationale und nationale Richt- und Leitlinien, die sich dieser Themen annehmen¹⁴⁷. Da Opiatabhängige häufig weitere psychotrope Substanzen konsumieren, wird geraten, das Ausmaß des Konsums beim Screening festzustellen, und den Patienten zum Verzicht auf den Beikonsum zu motivieren. Insbesondere die (schrittweise) Beendigung des Konsums von Alkohol und Benzodiazepinen sollte vor dem Opioidentzug erfolgen.

Neonatales Entzugssyndrom

¹⁴⁷ Vgl. Reymann & Gastpar, 2006: S. 184f. In diesem Zusammenhang soll auch auf die inzwischen verfügbaren Leitlinien „Therapie der chronischen Hepatitis C bei intravenös Drogengebrauchern“ (Backmund et al. 2006) und den Konsensustext „HIV-Infektion bei intravenös Drogenabhängigen (IVDA)“ (DGS e.V. et al. 2008) hingewiesen werden. Beide Dokumente sind über die Internetseite der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin verfügbar: <http://www.dgsuchtmedizin.de/ueber-uns/leitlinien/>

Die Behandlung des Neonatalen Entzugssyndroms erfolgt in Deutschland meist durch Tinctura Opii oder Phenobarbital. Die Autoren weisen daraufhin, dass bezüglich des neonatalen Opioidentzugssyndroms weiterer Forschungsbedarf besteht.

11.2.2 Opioidbezogene Störungen: Postakutbehandlung

Die aktuellsten AWMF-Leitlinien zur Postakutbehandlung bei opioidbezogenen Störungen wurden im Jahr 2006 veröffentlicht (Havemann-Reinicke et al. 2006). Die Erstpublikation dieser Leitlinien erfolgte im Jahr 2004 (Havemann-Reinicke et al. 2004).

Zielsetzung der Postakutbehandlung

Anschließend an eine Akutbehandlung erfolgt die Postakutbehandlung. Zielgruppe sind primär Opioidabhängige (ICD 10: F11.2, F11.5-9) und Mehrfachabhängige mit klinisch überwiegender Abhängigkeit von Opioiden. Postakutbehandlung hat Suchtmittelfreiheit und Schadensminimierung in allen Lebensbereichen zum Ziel. Ist Suchtmittelfreiheit nicht zu erreichen, liegt der Schwerpunkt auf der Schadensminimierung (z.B. Sicherung des Überlebens, Teilentzug von anderen Suchtmitteln, Verminderung des Infektionsrisikos mit HIV und HCV, Stabilisierung der Gesundheit und psychosozialen Lage, berufliche Rehabilitation und soziale Reintegration).

Behandlungsformen, Indikation und Diagnostik

Die Postakutbehandlung kann abstinenzenorientiert oder substitutionsgestützt erfolgen, es existieren ambulant, teilstationäre und stationäre Behandlungsformen mit und ohne medikamentöser Behandlung (z.B. Psychopharmaka). Die psychosoziale Beratung und Behandlung spielt in jedem Fall eine wichtige Rolle.¹⁴⁸

Eine umfangreiche Diagnostik ist Teil der postakuten Behandlung. Dazu gehören unter anderem die körperliche Untersuchung, klinisch-chemische Laboruntersuchungen, Drogen-Screening, psychiatrische, neuropsychologische und psychosoziale Diagnostik. Ziel ist es, durch die verschiedenen Untersuchungen ein Gesamtbild des körperlichen und psychischen Zustandes des Patienten zu erlangen, um eine möglichst umfassende Grundlage für differenzierte Entscheidungen bezüglich der Behandlung (und Behandlungsform) treffen zu können.

Therapien: Abstinenzbehandlung

Die Indikation für die Auswahl der Behandlungsform sowie der Wahl des Settings wird durch die individuelle Ausgangslage des Patienten bestimmt. Die Abstinenztherapie ist für Patienten mit hoher Motivation und Bereitschaft zur Abstinenz geeignet, für Patienten mit kürzer bestehender Abhängigkeit (<2 Jahre) und jüngere Patienten (<18 Jahre). Für die Entscheidung, eine abstinenzenorientierte Therapie ambulant, teilstationär oder stationär durchzuführen ist die Entscheidung des Patienten maßgeblich, da dieses Vorgehen am erfolgversprechendsten ist. Es gibt keine empirisch validierten Indikationskriterien, aber es liegen Erfah-

¹⁴⁸ Für weitere Informationen über das Behandlungssystem, vgl. Kapitel 5.

rungswerte vor, nach denen z.B. Patienten mit zusätzlichen psychischen oder psychiatrischen Störungen eine stationäre Behandlung zu empfehlen ist.

In ambulanter Therapie sind zunächst Einzeltherapien empfohlen. Gruppentherapien sind erst ab einer gewissen Stabilität des Patienten geraten, da mögliche Rückfälle andere Gruppenmitglieder gefährden können. Gruppensettings sind in stationären Behandlungsformen dagegen fester Bestandteil der Behandlung.

Die abstinenzorientierte ambulante Behandlung dauert in der Regel ein Jahr, mit geringerer Intensität in der zweiten Jahreshälfte. Stationäre Postakutbehandlungen dauern in der Regel sechs bis neun Monate, eine reguläre Beendigung nach dieser Zeit erbringt die höchsten Abstinenzraten nach der Behandlung.

Im Rahmen der abstinenzorientierten Postakutbehandlung wird eine medikamentöse Therapie als unterstützende Maßnahme eingesetzt, um eine bereits erreichte Abstinenz aufrecht zu erhalten und Rückfälle zu verhindern.

Zur Rückfallprophylaxe können Opiatantagonisten eingesetzt werden, die ihre prophylaktische Wirkung durch Blockieren der Opiatrezeptoren erreichen. In Deutschland ist Naltrexon (Nemexin) für die Unterstützung der Entwöhnungsbehandlung nach erfolgter Entgiftung zugelassen. In den Leitlinien wird empfohlen, die Behandlung am Ende der stationären Akutbehandlung zu beginnen und diese auch in ambulanter Postakutbehandlung fortzuführen. Für die Behandlung mit Naltrexon sollte eine hohe Abstinenzbereitschaft und Compliance vorliegen. Opioidfreiheit sollte bereits vor Vergabe des Medikaments vorliegen (die Dauer des Intervalls richtet sich nach dem verwendeten Opioid). Die Leitlinien enthalten Empfehlungen zur Dosierung des Medikaments. Schwere Leberinsuffizienz gilt als Kontraindikation für die Vergabe von Naltrexon, ebenso akute Hepatitis, Gebrauch von Opioiden, Entzugsreaktion auf Naloxon, erfolgloser Entzug, akute Opioid-Entzugssymptome, Alter unter 18 Jahren. Auch bei älteren Drogenabhängigen ist die Vergabe von Naltrexon kontraindiziert.

Therapien: Substitutionsbehandlung

Substitutionsgestützte Behandlungen als Teil eines umfassenden Therapiekonzeptes sind indiziert, wenn das Ziel der Suchtmittelfreiheit kurz- oder auch langfristig nicht erreichbar scheint, wenn eine längere Abhängigkeit besteht, Abstinenzversuche unter ärztlicher Kontrolle keine Erfolge erbrachten, eine substitutionsgestützte Therapie größere Erfolgsaussichten hat oder eine Überbrückung zur abstinenzorientierten Behandlung erfolgen soll. Sie kann ambulant, teilstationär oder stationär durchgeführt werden. In Deutschland wird der überwiegende Teil der Substitutionsbehandlungen ambulant durchgeführt. Die Vermittlung in die Substitution erfolgt durch Drogenberatungs- und -therapie-Einrichtungen, niedergelassene Ärzte, psychiatrische und andere Kliniken, teilweise auch durch Apotheker.

Das Gesamtkonzept einer Substitutionsbehandlung beinhaltet neben der Substitution im engeren Sinne allgemein-medizinische, psychiatrische, psychotherapeutische und psychosoziale Behandlungsmaßnahmen. Der Gesamtbehandlungsplan erfordert eine Abstimmung aller Behandelnden (z.B. substituierender Arzt, Therapeuten und Sozialarbeiter).

Die Substitutionsbehandlung kann über einen längeren Zeitraum hinweg erfolgen, häufig über mehrere Jahre. Erlangt ein Patient eine gewisse Stabilität (z.B. ein Jahr ohne Beikon-

sum) und zeigt Motivation zur Abstinenz, sollte ein Ausstieg aus der Substitution geprüft und geplant werden.

In Deutschland zugelassene Substanzen für eine orale Substitution sind Levomethadon (z.B. L-Polamidon), Methadon (D,L-Methadon), Buprenorphin und in begründeten Ausnahmefällen Codein/Dihydrocodein (bei nachgewiesener Unverträglichkeit von Methadon und Buprenorphin). Das synthetische Opioid LAAM wurde 1998 für die Substitution in Deutschland zugelassen, ist seit einigen Jahren aber aufgrund massiver Nebenwirkungen nicht mehr zugelassen¹⁴⁹. Für die parenterale Substitution Schwerst opioidabhängiger ist seit Oktober 2009 ein Diamorphin-haltiges Fertigarzneimittel zugelassen.

Um die für den substituierten Patienten geeignete Dosis zu finden, wird in einer Findungsphase eine Anfangsdosis ermittelt, während der Substitutionsphase wird dann die sogenannte Erhaltungsdosis gegeben. Das Medikament – außer Diamorphin – wird als Präparat zur oralen Einnahme, nicht injizierbar (z.B. gelöst in Orangensaft) verabreicht.

Auch in der Schwangerschaft kann eine Substitutionstherapie erfolgen, wenn ein ansonsten ungesteuerter Drogenkonsum oder Entzug ein größeres Gesundheitsrisiko für Mutter und Kind bedeutet. Ein verbesserter Gesundheitszustand von Mutter und Kind und ein stabilerer Schwangerschaftsverlauf kann durch eine Methadonbehandlung mit niedrigen Dosen erreicht werden. Unbedingt wird eine psychiatrische Behandlung der Mutter empfohlen.

Anfang 2000 wurde Buprenorphin (Subutex[®]) in Deutschland für die Substitutionsbehandlung zugelassen. Buprenorphin eignet sich für eine erste Substitutionstherapie mit kürzerer Dauer, wenn die Suchterkrankung noch weniger verfestigt ist. Zwei Metaanalysen (höchster Evidenzgrad) beschreiben eine leichte Tendenz zur höheren Effektivität von Methadon gegenüber Buprenorphin (vgl. Havemann-Reinicke et al. 2006, S. 216).

Eine rechtliche Regelung der BtMVV (§ 5 Absatz 8 der BtMVV, „Take home“) sieht vor, dass der substituierende Arzt dem Patienten die benötigte Menge des Substituts (Methadon, Levomethadon oder Buprenorphin) für 7 Tage verschreiben kann, und der Patient diese in Eigenverantwortung einnehmen darf¹⁵⁰.

Psychotherapie und Psychosoziale Therapie

Im Konzept der Gesamtbehandlung nehmen Psychotherapie und psychosoziale Therapie einen hohen Stellenwert ein. Die psychosoziale Therapie erweist sich in der Postakutbehandlung bei einer Abstinenztherapie als effektiv. Sie sollte ebenfalls zum Behandlungskonzept jeder Substitutionsbehandlung gehören und diese begleiten. Ein Therapieabbruch gilt allgemein als negativer Prädiktor für den Behandlungserfolg.

Unterschiedliche Verfahren der Psychotherapie (z.B. Verhaltensanalyse und kognitive Intervention oder Aktivitäts-, Sozial-, Kommunikations- und Rückfallpräventionstraining) zielen darauf ab, den Patienten auf eine drogenfreie Situation nach der Therapie vorzubereiten,

¹⁴⁹ Diamorphin ist zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Leitlinien noch nicht zugelassen gewesen. Vgl. Kapitel 11.2.3. Auch Kombinationspräparate von Buprenorphin und Naloxon (Suboxene) sind in Deutschland inzwischen zugelassen (seit 2006).

¹⁵⁰ Für die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen, unter denen diese „Take-home-Vergabe“ möglich ist, vgl. Kapitel 11.2.3.

ebenso die psychosoziale Therapie (z.B. Arbeits- und Ergotherapie, Beschäftigungstherapie, Freizeit-/Erlebnispädagogik, Sport- und Bewegungstherapie, Kreativtherapie oder Soziotherapie).

Die Leitlinien sehen vor, dass während der Substitution eine „Standardmäßige psychosoziale Behandlung“ in den ersten 6-12 Monaten wöchentlich, danach 14-tägig stattfindet. Wesentliche Elemente sind die motivierende Gesprächsführung und Case-Management (Koordination und Vermittlung in andere psychosoziale Hilfen), außerdem die soziale Sicherung (Wohnung, Unterhalt), Krisenintervention, Drogenselbstmanagement, Motivationsentwicklung, die Lösung interpersoneller Probleme und tagesstrukturierende Freizeitangebote sowie die berufliche Rehabilitation in Form von Beratung und Arbeitsprojekten.

Die Möglichkeit einer intensiven psychosozialen Behandlung besteht und sollte wahrgenommen werden, wenn eine Standardbehandlung nicht (mehr) ausreicht. Ausschlaggebend sind komorbide Störungen und ausgeprägte Störungen in verschiedenen Lebensbereichen. Bei der intensiven psychosozialen Therapie sollen zwei Termine pro Woche angeboten werden, je eine in Einzel- und eine in Gruppensitzung. Besonders Interventionen und Rückfallprävention sind in der intensiven Behandlung wichtige Komponenten. Bei der Bewältigung interpersoneller Probleme sollen Bezugspersonen und Familienmitglieder miteinbezogen werden.¹⁵¹

Soziotherapie

Für Abstinenz- und Substitutionsbehandlungen ist die Soziotherapie integraler und unverzichtbarer Bestandteil. Sowohl die Erfolgs- wie auch die Haltequote werden dadurch erhöht. Insbesondere beruflicher Rehabilitation sollte besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden, da ein stabiles Arbeitsverhältnis einen Prädiktor für den Therapieerfolg darstellt.

Ziel der Soziotherapie ist die soziale Reintegration und der Aufbau funktionaler Beziehungen. Der Patient soll auf ein drogenfreies Leben nach der Behandlung vorbereitet werden und dafür auch unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes umfassende alltagsbezogene Hilfsangebote erhalten. Die allgemeinen Ziele müssen individuell je nach Lebenssituation konkretisiert werden.

Insbesondere für Arbeitslose sind tagesstrukturierende Maßnahmen eine Hilfe. Ergo- und Arbeitstherapie kann der Hinführung zum Erwerbsleben dienen, Arbeits- und Ausbildungsprogramme dienen der Wiederherstellung, Erhaltung und Verbesserung der Erwerbsfähigkeit („berufliche Rehabilitation“ nach SGB IX: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben). Hierzu gehören z.B. Beratung, Vermittlung, Aus- und Fortbildungsprogramme oder Praktika.

Das Konzept des betreuten Wohnens dient der Sicherung der Wohnverhältnisse und Herstellung der Fähigkeit der selbstständigen Haushaltsführung. Sozialer Isolation kann im Rahmen betreuten Wohnens entgegengewirkt werden.

In diversen Lebensbereichen sollte dem Patienten Beratung und Unterstützung angeboten werden. Dies können alltägliche Vorgänge sein, die mit Antragsverfahren bei Behörden ver-

¹⁵¹ Aufgrund von unterschiedlichen Finanzierungsmodellen und Trägern der Behandlung in den 16 Bundesländern variiert die Durchführung der Behandlung in der Praxis.

bunden sind (z.B. bei Ansprüchen auf Arbeitslosengeld, Wohnhilfen, Krankengeld aber auch bei straf- und zivilrechtlichen Vorgängen wie Kündigungen von Wohnung oder Arbeit, Sorgerechtsfragen bis zur Schuldenberatung).

Komorbide Störungen

Bei Drogenabhängigen häufig vorkommende komorbide Störungen bedürfen einer konsequenten psychiatrisch-psychotherapeutischer Mitbehandlung. Zur Behandlung wurde der Einsatz von Psychopharmaka ebenso empfohlen wie der Einsatz psychotherapeutischer Verfahren. Die Leitlinien enthalten im Anhang eine Übersetzung der grundlegenden Behandlungsprinzipien der Behandlung komorbider Störungen der American Society of Addiction Medicine.

Die Behandlung depressiver Störungen, psychotischer Störungen und Persönlichkeitsstörungen sollten im Rahmen einer integrativen Gesamtbehandlung mitbehandelt werden. Das gilt auch für die Behandlung allgemein medizinischer komorbider Störungen, insbesondere von Hepatitiden und HIV Infektionen.

Haft und Maßregelvollzug

Nach deutschem Recht werden Inhaftierte und in aller Regel auch im Maßregelvollzug Untergebrachte (gemäß §64 StGB) abstinenzorientiert behandelt. Die Autoren der Leitlinien führen an, dass auch in diesen Einrichtungen eine Substitutionsbehandlung erfolgreicher sein könnte, wenn bei Patienten die Voraussetzungen gegeben sind.

Nachsorge

Die Nachsorge nach einer Abstinenz- oder Substitutionsbehandlung dient der weitergehenden Stabilisierung hinsichtlich der Abstinenzmotivation, sozialer und beruflicher Integration, psychischer Stabilität und Rückfallprävention. Nachsorge wird im Rahmen von Selbsthilfe oder professionell (z.B. betreutes Wohnen nach der Behandlung) geleitet durchgeführt.

11.2.3 Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger

Durch eine Novellierung der BtMVV im Jahr 2001 ist in § 5 Abs. 11 der Bundesärztekammer die Aufgabe zugewiesen worden, in Richtlinien den allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft für die Erfüllung der Zulässigkeitsvoraussetzungen der Substitutionsbehandlung nach § 5 Abs. 2 Nr. 1, 2, 4 Buchstabe c festzustellen. Die Bundesärztekammer hat zur Erfüllung dieses gesetzlichen Auftrages im Herbst 2001 eine gemeinsame Sachverständigenkommission mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eingesetzt, um Richtlinien zur substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger zu erarbeiten. Die Richtlinien zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger wurden von der Bundesärztekammer am 22.03.02 beschlossen und am 24.05.2002 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht. Die aktuelle und überarbeitete Fassung der Richtlinien wurde vom Vorstand der Bundesärztekammer am 19.02.2010 verabschiedet (BÄK 2010).

Rechtliche Grundlagen

Neben der BtMVV bilden auch das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) und das Arzneimittelgesetz (AMG) die rechtlichen Grundlagen der Substitutionsbehandlung.

Der behandelnde Arzt muss über Mindestanforderungen an eine suchtttherapeutische Qualifikation und eine Substitutionsgenehmigung verfügen, um nach entsprechender Diagnostik und Indikationsstellung mit der Substitution beginnen zu können¹⁵². Diese Mindestanforderungen werden von den Ärztekammern festgelegt. Der Patient darf sich zur selben Zeit nicht bei einem anderen Arzt in Substitutionsbehandlung befinden.

Definition und Ziele

Die Substitutionsbehandlung als wissenschaftlich evaluierte Therapieform der manifesten Opiatabhängigkeit, bedarf eines umfassenden Gesamtkonzeptes. Sie zielt darauf ab, das Überleben zu sichern, den Gebrauch von Opiaten und anderen Suchtmitteln zu reduzieren und Suchtmittelabstinenz zu erreichen, die gesundheitliche Lage zu stabilisieren und Begleiterkrankungen mitzubehandeln, die Risiken während der Schwangerschaft und nach der Geburt zu verringern und den Patienten zu einer Teilhabe in der Gesellschaft und am Arbeitsleben zu führen.

Die manifeste Opiatabhängigkeit (gemäß ICD-10 F11.2) begründet die Indikation einer substitutionsgestützten Behandlung. Es sollte eine Abwägung gegenüber einer abstinenzorientierten Behandlung erfolgen. Bietet die Substitutionsbehandlung größere Aussicht auf Erfolg, so ist diese indiziert. Bei jüngeren und erst kürzer abhängigen Patienten sollte eine Substitutionsbehandlung nur als Übergangslösung in Erwägung gezogen werden. Bei Schwangeren dient die Substitution insbesondere der Verminderung von Risiken.

Therapie

Das Gesamtkonzept einer Substitutionstherapie umfasst auch die Abklärung weiterer somatischer und psychischer Erkrankungen und gegebenenfalls die Einleitung deren Mitbehandlung. Zum Therapiekonzept gehört auch die Vermittlung in psychosoziale Maßnahmen. Unter Einbeziehung des professionellen Suchthilfesystems dient die psychosoziale Betreuung der Förderung der identifizierten Therapieziele. Umfang und Art der Maßnahmen richten sich nach den jeweils individuellen Situationen. Der behandelnde Arzt soll den Patienten zur Kontaktaufnahme mit entsprechenden Einrichtungen motivieren. Der individuelle Behandlungsbedarf soll in Absprache zwischen behandelndem Arzt und der Einrichtung erfolgen. Der Fortschritt beider Behandlungselemente soll fortlaufend koordiniert und überprüft werden.

Bevor die Substitution eingeleitet wird obliegt es dem Arzt, eine Reihe von Vorkehrungen zu treffen. Eine eingehende Untersuchung des Patienten und der Austausch mit Vorbehandlern soll erfolgen, eine Mehrfachsubstitution muss ausgeschlossen werden. Der Arzt ist verpflichtet, eine Meldung in codierter Form an das Substitutionsregister abzugeben.¹⁵³

¹⁵² Die Ausnahmeregelungen (wie. z.B. die Urlaubsvertretung von substituierenden Ärzten) sind in der BtMVV geregelt und in der Richtlinie enthalten.

¹⁵³ In den Richtlinien enthaltene Hinweise z.B. zur Untersuchung, Erhebung der Vorgeschichte und Drogenscreening entsprechen weitestgehend den Empfehlungen der Leitlinie „Opioidbezogene Störungen: Postakutbehandlung“ der AWMF, vgl. hierzu Kapitel 11.2.2, Therapien: Substitutionsbehandlung

Der Arzt ist dazu angehalten, die Einwilligung des Patienten für die Therapiemaßnahmen einzuholen, über die wichtigsten Regularien soll eine schriftliche Vereinbarung abgeschlossen werden. Dies betrifft zum Beispiel die Auswahl des Substitutionsmittels und die Aufklärung über Wirkung, Neben- und Wechselwirkungen. Ebenso die Modalitäten der Einnahme unter Sicht, der täglichen Vergabe, Wochenendregelungen und eventueller Take-home-Regelungen. Auch der Verzicht auf den Konsum anderer Substanzen und Kontrollen der Einhaltung soll vereinbart werden sowie Therapieziele, Abbruchkriterien und die erforderliche Psychosoziale Betreuung. Der Patient muss den behandelnden Arzt von der Schweigepflicht (z.B. gegenüber der psychosozialen Betreuungsstelle, der Ärztekammer oder Apothekern) entbinden und einwilligen, dass die Behandlung in codierter Form dem Substitutionsregister gemeldet wird.

Zur Wahl des Substitutionsmittels verweist die Richtlinie auf die geltenden Bestimmungen der BtMVV, der Arzt ist angehalten, die Wirkungs- und Nebenwirkungsprofile bei der Planung des individuellen Therapiekonzeptes zu berücksichtigen. Die Einstiegsdosis ist so zu wählen, dass eine Überdosierung auch bei niedriger Opiattoleranz ausgeschlossen werden kann. Die orale Verabreichung des Substitutionsmittels soll von dem behandelnden Arzt persönlich beaufsichtigt werden. Für Ausnahmefälle (wie z.B. einer Urlaubsvertretung) enthält die Richtlinie konkrete Regelungen. Der Patient erhält das Substitutionsmittel vom Arzt (oder dessen Vertreter) oder (wo rechtlich zugelassen) durch den Apotheker oder von beauftragtem medizinischen Personal. Um eine reibungslose Versorgung zu gewährleisten sollen zwischen dem Arzt und dem Apotheker Vereinbarungen getroffen werden.

Unter den bestimmten Voraussetzungen der „Take-home-Regelungen“ kann dem Patienten eine Verschreibung des Substitutionsmittels zur eigenverantwortlichen Einnahme ausgestellt werden. Diese Voraussetzungen beinhalten, dass die Phase der Einstellung auf das Substitutionsmittel abgeschlossen ist. Die Behandlung muss zu einer klinischen Stabilisierung des Patienten geführt haben und der Patient darf gegenwärtig keine weiteren Substanzen konsumieren. Außerdem muss eine Selbst- oder Fremdgefährdung durch Weitergabe soweit wie möglich ausgeschlossen werden können, der Patient die Kontakte zum Arzt und zur PSB wahrgenommen haben und die psychosoziale Reintegration fortgeschritten sein. Gemäß der BtMVV ist der Zeitraum auf bis zu sieben Tage begrenzt. Das Mittel erhält der Patient aus der Apotheke, es dürfen keine Praxisbestände abgegeben werden.

Es obliegt dem Arzt, den Behandlungsverlauf fortlaufend zu kontrollieren. Dazu gehört die Kontrolle über die richtige Einnahme des Substitutionsmittels und die Kontrolle der Abstinenz von anderen Suchtmitteln. Die fortlaufende Überwachung dient auch maßgeblich der Entscheidung bei „Take-home-Verordnungen“, und der Einleitung von Maßnahmen bei gefährlichem Beikonsum (z.B. Herabsetzen der Dosis oder Einleitung eines stationären Entzugs). Bei der Ursachenfindung bezüglich des Beikonsums sind insbesondere zu beachten, ob eine Destabilisierung der Lebensverhältnisse erfolgt ist, die Dosis inadäquat gewählt ist oder eine komorbide psychische Störung oder somatische Erkrankung vorliegt.

Beendigung und Abbruch

Die reguläre Beendigung einer Substitution kann in Abstimmung zwischen Arzt und Patient erfolgen, wenn sie nicht mehr erforderlich ist oder der Patient dies wünscht. Sie ist durch den

Arzt zu beenden, wenn sie sich als nicht geeignet erweist, oder wenn fortgesetzter problematischer Konsum anderer Substanzen festgestellt wird. Der Abbruch einer Substitution ist zu vermeiden, da ein hohes Gefahrenpotential hiervon ausgeht. Es sollten alle Interventionsmöglichkeiten (z.B. Therapieoptimierung, Dosisanpassung, Einrichtungswechsel) geprüft werden, bevor eine Behandlung abgebrochen wird. Erst bei wiederholtem Verstoß des Patienten gegen Vereinbarungen (z.B. Nicht-Wahrnehmen von Terminen, Verweigerung von Kontrollen) oder sonstigem Fehlverhalten (z.B. Gewaltanwendung gegenüber Einrichtungsmitarbeitern oder Gefährdung anderer durch Weitergabe) und einer Abwägung des möglichen Schadens und Nutzens sollte ein Abbruch erfolgen. Kommt es zu einem Abbruch, soll dem Patienten die Möglichkeit eines geregelten Entzugs gegebenenfalls in stationärer Einrichtung ermöglicht werden.

Qualitätssicherung

Für die interne Qualitätssicherung wird die Erstellung eines Handbuches empfohlen, für die externe Qualitätssicherung gelten Regelungen der Landesärztekammern und der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Diamorphin

In der Fassung vom 19. Februar 2010 ist die Richtlinie erweitert worden. Sie umfasst in der neuen Form auch die Substitution mit Diamorphin, für das Sonderregelungen existieren. Um eine Behandlung mit Diamorphin durchzuführen, muss der Patient das 23. Lebensjahr vollendet haben und seit mindestens fünf Jahren opiatabhängig sein und derzeit Opiate überwiegend intravenös konsumieren. Schwerwiegende somatische und psychische Störungen müssen vorliegen und der Patient muss zwei vorangegangene Behandlungen der Abhängigkeit erfolglos beendet haben, von denen eine mindestens über sechs Monate mit einem anderen, oralen Substitutionsmittel erfolgte.

Die begleitende psychosoziale Behandlung ist während der ersten sechs Monate verpflichtend. Hinsichtlich der Substitutionsbehandlung stellen sich besondere Anforderungen an die Aufklärung des Patienten über Wirkung und Gefahren sowie Art der intravenösen Applikation. Die Vergabe des Substitutionsmittels und die Injektion sowie Rückgabe der Injektionsutensilien müssen unter ärztlicher Aufsicht erfolgen, eine Take-home-Verordnung ist nicht möglich und ist strafbar. Die Besonderheiten des Mittels (schnellere Anflutung und kürzere Halbwertszeit) sind bei der Dosisfindung zu berücksichtigen. Die Vergabe von Diamorphin kann nur in dafür zugelassenen Einrichtungen erfolgen, für die die zuständige Landesbehörde die entsprechende Erlaubnis erteilt. Für die Anforderungen an die Qualifikation des Arztes gelten besondere Anforderungen.

11.2.4 Cannabisbezogene Störungen

Die aktuellsten AWMF-Leitlinien zu Cannabis-bezogenen Störungen wurden im Jahr 2006 veröffentlicht (Bonnet et al. 2006). Die Erstpublikation dieser Leitlinien erfolgte im Jahr 2004 (Bonnet et al. 2004).

Diagnostik

In der Anamnese lassen sich bei Cannabiskonsumenten in der Regel keine somatischen Auffälligkeiten feststellen, von respiratorischen Problemen abgesehen. Hinweise auf vermehrten Konsum anderer Substanzen lassen sich in der speziellen Suchtanamnese feststellen. Eine differenzierte Sozialanamnese ist wichtig, da es sich bei vielen Cannabiskonsumenten um sehr junge Patienten handelt.

Hinweise auf den Konsum und auf regelmäßigen Konsum können über Urin- und Bluttests nachgewiesen werden. Eine Haaranalyse kann weitere Auskünfte über den Konsum geben, z.B. den genauen Zeitraum des Konsums. Es wird empfohlen, die Urin- und Blutuntersuchungen auf weitere Substanzen (Alkohol und illegale Drogen) zu testen.

Diagnosen erfolgen nach der aktuellen Internationalen Klassifikation von Erkrankungen (ICD-10) oder dem DSM IV.

Behandlung

Für junge Patienten, die oft früh mit dem Cannabiskonsum begonnen haben und auch eine größere psychiatrische Komorbidität aufweisen, sind individuelle Behandlungspläne notwendig. Auch Kurzinterventionen mit motivationsfördernden Zielen sind wirksam. Bei Jugendlichen zeigen auch milieu- und familientherapeutische Interventionen eine hohe Wirkung.

Nach dem Stand der Forschung¹⁵⁴ werden in den Leitlinien zur Behandlung cannabisabhängiger Erwachsener Kurzinterventionen empfohlen, die eine Kombination aus motivationsverstärkenden und kognitiv-verhaltenstherapeutischen Elementen sowie individueller Beratungsarbeit i.S. eines Case-Managements beinhalten. Auch Programme von Selbsthilfegruppen, die an das 12-Schritte-Programm der Anonymen Alkoholiker angelehnt sind, stellen sich als ähnlich wirksam dar, wie die kognitive Verhaltenstherapie.

Bisher existieren keine pharmakotherapeutischen Konzepte zur Rückfallprophylaxe und Konsumreduzierung. Allerdings erwähnen die Autoren, dass ein kürzlich entwickelter Antagonist (CB1-Cannabinoid-Rezeptor-Antagonist [SR141716]) die Möglichkeit einer Behandlung ähnlich der Rückfallprophylaxe bei Opiatabhängigen eröffnen könnte.

In der Regel wird die Behandlung einer alleinigen Cannabisabhängigkeit ambulant durchgeführt. Je nach Schwere des Entzugssyndroms, der Rückfallgefährdung bzw. ambulanter Therapieresistenz und der Schwere komorbider Störungen kann eine stationäre Behandlung angezeigt sein. Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen wird eine stationäre Behandlung empfohlen, um die häufig gravierende psychische und soziale Dimension der Suchterkrankung berücksichtigen zu können.

Die Behandlung sollte eine Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und eine medizinische Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) umfassen. Die Behandlung einer unkomplizierten Intoxikation erfordert in der Regel keine Interventionsmaßnahmen, die über eine supportive Begleitung hinausgehen. Patienten mit komplizierten Verläufen der Intoxikation, die mit Panikattacken (F12.02) einhergehen, reagieren auf „down-talking“ bzw. auf die Gabe von Benzodiazepinen, wenn der Patient nicht anspricht. Benzodiazepine können auch bei transienten

¹⁵⁴ In den Leitlinien wird eine Übersicht empirisch Überprüfter Konzepte zur psychotherapeutischen Behandlung cannabisabhängiger aus den USA und Australien dargestellt. Vgl. Bonnet et al. 2006 S.156.

psychotischen Episoden (F12.04) zur Anwendung kommen. Der Einsatz von Benzodiazepinen sowie von Antipsychotika ist auch zur Behandlung von länger anhaltenden psychotischen Episoden (F12.50) und möglichen deliranten Syndromen eine Option.

Die Behandlung von Symptomen des Entzugssyndroms erfordert normalerweise keine pharmakologische Behandlung. Patienten profitieren von allgemeinen physikalischen und pflegerischen Maßnahmen einer qualifizierten Entzugssyndrombehandlung.

In schwereren Fällen können Schlafstörungen mit Hypnotika behandelt werden, innere Unruhe und Reizbarkeit mit niederpotenten Neuroleptika oder sedierenden Antikonvulsiva. Bei prominenten vegetativen Entzugszeichen kann Clonidin eingesetzt werden. Benzodiazepine sollten aufgrund des hohen eigenen Abhängigkeitspotenzials vermieden werden, können aber bis zu 3 Wochen verabreicht werden, wenn andere Mittel nicht ausreichen. Psychische und somatische Begleiterkrankungen sind störungsspezifisch zu behandeln.

Zur therapeutischen Relevanz von Cannabinoiden wird in den Leitlinien darauf eingegangen, dass in Deutschland synthetische Cannabinoide als Betäubungsmittel der Kategorie III (verkehrsfähige und verschreibungsfähige Betäubungsmittel) zugelassen sind. Die psychoaktiven Cannabinoide Dronabinol und Nabilon kommen z.B. während der Chemotherapie zur Behandlung von Übelkeit und Erbrechen zur Anwendung. Dronabinol ist außerdem zur Behandlung des „AIDS-wasting“-Syndroms zugelassen.

11.2.5 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene

Die aktuellsten AWMF-Leitlinien zu „Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene“ wurden im Jahr 2006 veröffentlicht (Thomasius & Gouzoulis-Mayfrank 2006). Die Erstpublikation dieser Leitlinien erfolgte im Jahr 2004 (Thomasius & Gouzoulis-Mayfrank 2004).

Aufgrund unbefriedigender Datenlage beruhen diese Leitlinien stärker auf Expertenkonsens. Als Besonderheit der Leitlinien wird von den Autoren hervorgehoben, dass sie von geringer Substanzspezifität gekennzeichnet sind.

Diagnostik

Grundlegend für eine Behandlung sind umfangreiche Maßnahmen der Diagnostik, um ein möglichst exaktes Bild des Patienten zu erlangen. Dazu gehören Psychodiagnostik (Abklärung substanzbedingter Störungen nach ICD-10), Suchtanamnese, psychopathologischer Befund und Einschätzung der Behandlungsmotivation und Erhebung von komorbiden psychiatrischen Störungen (ebenfalls nach ICD-10) sowie somatische und soziodiagnostik. Hierbei sind die Besonderheiten der Substanzen zu beachten und substanzbezogene Störungen abzuklären.

Behandlung

Die Leitlinien umfassen sowohl die Akutbehandlung als auch die Postakutbehandlung. Hinsichtlich der verschiedenen Substanzen werden bei einer akuten Intoxikation unterschiedliche Empfehlungen der Entzugs- /Entgiftungsbehandlung ausgesprochen. Neben der Be-

handlung von Entzugssyndromen sind jeweils auch die Behandlung von Begleiterkrankungen und medizinischen Notfällen, psychologische-psychiatrische Diagnostik sowie Maßnahmen zur Förderung der Inanspruchnahme einer Abstinenztherapie und unterstützende Maßnahmen im sozialen Bereich Ziel der Akutbehandlung.

Tabelle 11.1 Die medikamentöse Behandlung akuter, substanzinduzierter Störungen

Substanz	Art der Störung	Behandlung
Kokain	Psychotische Rauschverläufe, Erregungszustände	Vorübergehend Benzodiazepinie
	Entzugssymptome	Antriebssteigernde trizyklische Antidepressiva, Amantadin
Amphetamin	Psychotische Rauschverläufe, induzierte psychotische Störungen	Vorübergehend Benzodiazepinie und Neuroleptika
	Entzug mit Rebound-Phänomenen	Trizyklische Antidepressiva
Ecstasy	Psychotische Rauschverläufe, starke Nacheffekte	Vorübergehend Benzodiazepinie; Cave: keine Neuroleptika oder Antidepressiva
Halluzinogene	Psychotische Rauschverläufe	Vorübergehend Benzodiazepinie; Cave: keine Neuroleptika

Thomasius & Gouzoulis-Mayfrank 2006.

Ziele der Postakutbehandlung sind die Behandlung der psychischen Funktionsstörungen, Behandlung der körperlichen Auswirkungen, Begleit- und Folgeerkrankungen und Behandlung der interaktionellen, psychosozialen und entwicklungsbedingten Störungen. Abstinenz und Reduzierung des Substanzkonsums sind Teilziele der Behandlung, die letztendlich eine autonome Lebensführung ermöglichen soll.

Die Postakutbehandlung ist sowohl ambulant (in 80 bis 120 Einzel- oder Gruppensitzungen – unter Einbeziehung der Bezugspersonen – innerhalb von 18 Monaten) als auch als stationäre Kurzzeit- und Langzeittherapien (3-6 bzw. 7-10 Monate) möglich. Weitere Behandlungsmöglichkeiten bestehen im Bereich der stationären Psychiatrie und Psychotherapie und in spezialisierten Suchtabteilungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.

Neben der medizinischen Grundversorgung soll auch eine Unterstützung bei der Regelung sozialer Angelegenheiten gewährleistet werden.

Die Wahl des Behandlungssettings richtet sich nach den klinischen Merkmalen der substanzbezogenen Störung, Motivation des Patienten für ein bestimmtes Verfahren und regionaler Verfügbarkeit der Behandlungsmöglichkeiten. Ein stabiles soziales Umfeld kann ausschlaggebend für eine ambulante Behandlungsform sein, bei Fehlen stabiler sozialer Strukturen und/oder Tagesstruktur wird zu einer stationären Behandlung geraten. Für Patienten mit schwankender Motivation und vor allem inhalierend oder intravenös konsumierende Kokainkonsumenten wird eine stationäre Behandlung von mehr als 90 Tagen empfohlen.

Während der Postakutbehandlung von kokain-, stimulanzen-, und halluzinogenbezogenen Störungen kommt der psychotherapeutischen Behandlung eine zentrale Bedeutung zu.

Verhaltenstherapie/Kognitive Therapie, Supportive Therapie, Psychodynamische Therapie und Familientherapie kann in Einzel- und Gruppensitzungen angewandt werden.

Psychosozial und psychiatrisch schwer beeinträchtigte kokainabhängige Patienten profitieren von Verfahren zur Rückfallvermeidung stärker als von anderen Ansätzen. Bei Jugendlichen werden familientherapeutische Ansätze empfohlen. Psychoeducation und motivationale Interventionen sollen in der Postakutbehandlung unterstützend eingesetzt werden.

Eine Soziotherapie, die den Patienten befähigt, alltägliche Probleme zu bewältigen, wird von den Autoren empfohlen. Unterstützung sollten die Patienten hinsichtlich ihrer beruflichen Situation, Fragen um finanzielle Belange (Schulden), juristischen und amtlichen Angelegenheiten und der Vermeidung destabilisierender Faktoren im sozialen Umfeld erhalten. Niedrigschwellige Angebote sind vor allem für intravenös Konsumierende (Kokain) oder von Verelendung bedrohte (Kokainkonsumenten, Crack-Konsumenten, polytoxikomane) hilfreich. Eine Fortführung der soziotherapeutischen Begleitung über die ambulante oder stationäre Therapie hinaus wird von den Autoren empfohlen.

Zur pharmakologischen Behandlung in der Postakutbehandlung lassen sich aufgrund des Forschungsstandes keine generellen Empfehlungen für die Substanzen ableiten. Schizophrenie als psychiatrische Komorbidität sollte, sofern eine substanzinduzierte Psychose in der Postakutbehandlung ausgeschlossen wurde, mit Neuroleptika behandelt werden.

Kokainabhängige Mütter und schwangere Frauen müssen besondere Aufmerksamkeit bekommen. Den neugeborenen Kindern sollte neben der pädiatrischen Versorgung eine kinderpsychiatrische sowie intensive psychosoziale Betreuung zukommen. Die Mütter sollten durch Einrichtungen der Jugend- und Familienhilfe betreut werden. Die Fürsorgefunktionen der Mutter bedürfen professioneller Unterstützung, so dass die Versorgung des Kindes sichergestellt werden kann.

11.2.6 Medikamentenabhängigkeit (Sedativa, Hypnotika, Analgetika, Psychostimulanzien)

Die aktuellsten AWMF-Leitlinien zu „Medikamentenabhängigkeit“ wurden im Jahr 2006 publiziert (Poser et al. 2006).

Die Leitlinien sind in drei Kapitel für Hypnotika/Sedativa, Analgetika und Psychostimulanzien gegliedert.

Hypnotika/Sedativa

In den Leitlinien wird unter Hypnotika/Sedativa die Stoffgruppen bzw. Stoffe Benzodiazepine, Zolpidem/Zopiclon/Zaleplon, Clomethiazol (barbituratähnliche Substanzen) und γ -Hydroxybutyrat (GHB) und γ -Butyrolacton verstanden.

Der Konsum, abgesehen von der therapeutischen Vergabe der Medikamente, kann nach der ICD-10 auch eine akute Intoxikation (F13.0) verursachen, es kann schädlicher Gebrauch (F13.1) oder ein Abhängigkeitssyndrom (F13.2) vorliegen. Benzodiazepine werden aufgrund ihrer therapeutischen Wirkung von allen Hypnotika/Sedativa am häufigsten verordnet. Während schädlicher Gebrauch der Substanzen eher selten ist, kommt eine Behandlungsbedürftige Abhängigkeit vergleichsweise häufig vor. Missbrauch im Sinne des DSM-IV kommt im

Rahmen der Polytoxikomanie häufiger vor, besonders in Zusammenhang mit illegalen Drogen.

Ein Behandlungsbedarf ist gegeben, wenn eine Diagnose nach ICD-10 bzw. DSM-IV gestellt wird. In der Diagnosestellung liegt bei Medikamentenabhängigkeit bzw. -missbrauch eine besondere Herausforderung. Einerseits werden die Medikamente normalerweise zu therapeutischen Zwecken verordnet, andererseits kommt aber auch illegaler Erwerb und unkontrollierter Konsum (insbesondere von Benzodiazepinen), häufig als Beikonsum illegaler Drogen, vor. Steht in einem solchen Fall eine Abhängigkeit z.B. von Opioiden im Vordergrund, so sind die entsprechenden Leitlinien ebenfalls zu berücksichtigen. Bei ärztlich verordneten Benzodiazepinen kann eine Niedrigdosisabhängigkeit bei länger dauernder Einnahme der verordneten Dosis eintreten.

Bei akuter Intoxikation sollte geprüft werden, ob ein schädlicher Gebrauch von anderen Substanzen oder eine Abhängigkeit vorliegt. Die Überwachung des Patienten kann ambulant erfolgen, bei schweren Intoxikationen sollte der Patient zur Überwachung in ein Krankenhaus eingewiesen werden.

Bei schädlichem Gebrauch ohne Abhängigkeit kommt als Frühintervention ein Absetzen des Medikamentes durch den Therapeuten in Frage. Mithilfe therapeutischer Gespräche („motivationale Gesprächsführung“) soll der behandelnde Arzt bzw. Suchttherapeut von einem Leben ohne Sedativa und Vermeidung von Langzeitfolgen überzeugen. Bei einer Abhängigkeit dürfen Hypnotika/Sedativa auf keinen Fall schlagartig abgesetzt werden, sondern sind vom behandelnden Arzt kontrolliert und ausschleichend zu dosieren.

Liegt eine Niedrigdosisabhängigkeit (z.B. bei Langzeitbehandlung mit Benzodiazepinen) vor, so ist der Entzug nicht generell zu empfehlen, sondern von einer Nutzen-Risiko-Abwägung abhängig. Die Durchführung des so genannten ambulanten Langzeitentzugs kann in Haus- oder Allgemeinarztpraxen erfolgen. In komplizierten Fällen sind erfahrene Fachkliniken empfohlen. Beim ambulanten Langzeitentzug kann die Abdosierung zwischen 4 und 10 Wochen dauern.

Patienten mit Hochdosisabhängigkeit sollten im Rahmen eines „stationären Schnellentzugs“ behandelt werden, welche innerhalb von 3-6 Wochen in psychiatrischen Kliniken durchgeführt wird. Der Entzug erfolgt über kontrollierte Herabdosierung.

Abhängigkeit von Benzodiazepinen tritt häufig zusammen mit Alkoholabhängigkeit und Polytoxikomanie auf. Bei Alkoholabhängigkeit erfolgt die Herabdosierung des Benzodiazepins nach Abklingen des Alkoholentzugs. Beim Entzug von Benzodiazepinen können durch Mehrfachabhängigkeit initial sehr hohe Dosen erforderlich sein. Bei Mehrfachabhängigkeit wird empfohlen, auch die entsprechenden Leitlinien zu den konsumierten Substanzen zu berücksichtigen.

Eine Entzugsbehandlung wird bei Schwangeren dringend empfohlen, da eine Entzugsbehandlung bei Neugeborenen äußerst kompliziert ist.

Die medikamentöse Behandlung des Benzodiazepinentzugs (die z.B. die Vergabe von sedierenden trizyklischen Antidepressiva gegen Unruhe und Schlafstörungen oder von Antikon-

vulsiva zur Anfallsprophylaxe umfassen kann) sollte vor Beginn des Entzugs eingeleitet werden, so dass Entzugssymptome verhindert werden.

Psychologische Unterstützung sollte je nach individuellem Bedarf variieren und kann von kurzen supportiven Interventionen bis hin zu mehr kognitiven oder verhaltenstherapeutischen Techniken zum Angst- und Stressmanagement reichen. Als besonders wichtig wird die suchtspezifische Psychoedukation in Hinblick auf das Abhängigkeitssyndrom, Rückfallrisiken und schädliche Folgen beschrieben. Einzelsitzungen werden empfohlen, da sie hier wirksamer als Gruppensitzungen sind.

Bei der Behandlung komorbider Erkrankungen ist zu berücksichtigen, ob die psychische Erkrankung (häufig Angst- und depressive Störungen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen und ADHS) bereits vor der Abhängigkeit von Hypnotika/Sedativa bestand. Solch eine präexistierende Erkrankung wird oft während und nach der Abhängigkeit weiter bestehen und bedarf einer eigenen Behandlung. Auf der anderen Seite kann eine Medikamentenabhängigkeit ihrerseits weitere Prozesse in Gang setzen, die als Folgekrankheiten nach einem Entzug persistieren und ebenfalls einen Behandlungsbedarf begründen.

Analgetika

Opioide und nicht opioide Analgetika werden zur Schmerzbehandlung eingesetzt. Die Autoren der Leitlinien beschreiben, dass trotz unzureichender Datenlage für Deutschland davon auszugehen ist, dass schädlicher oder nicht bestimmungsgemäßer Gebrauch in klinisch relevanter Größenordnung vorliegt. Für eine Medikamentenabhängigkeit insbesondere von Opiaten besteht vor allem für Personen mit einer früheren Suchterkrankung ein Risiko.

Die Leitlinien beschreiben Anzeichen für schädlichen oder nicht bestimmungsmäßigen Gebrauch (z.B. Rezeptfälschungen, Verschweigen weiterer Bezugsquellen, Widerstand gegen Änderungen der Opioidtherapie) und beschreibt die besondere Rolle, die Ärzten bei der Prävention zukommt (zu vermeidende Risiken; z.B. unzureichende Information der Patienten, monodisziplinäre Indikationsstellung, unklare oder nicht abgesprochene Therapieziele, fortgesetzte Verschreibung von Opioiden trotz unzureichenden Therapieerfolgs).

Psychostimulanzien

Die Leitlinien beschreiben schädlichen Gebrauch und Abhängigkeit von Psychostimulantien (wie z.B. Methylphenidat [z.B. Ritalin[®]]). Da missbräuchlicher Konsum verhindert, Psychostimulanzien bei der indizierten Behandlung von Patienten (z.B. Kindern mit ADHS) aber nicht vorenthalten werden sollen, verweisen die Autoren auf die entsprechenden Leitlinien der Gesellschaft für Kinder und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

11.2.7 Deutsche Rentenversicherung: Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Abhängigkeitserkrankungen

Die 2. Fassung der „Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Abhängigkeitserkrankungen“ von der Deutschen Rentenversicherung stammt aus dem Jahr 2005. Sie ersetzt die 1. Fassung aus dem Jahr 2003 (DRV 2005).

Die Leitlinien beziehen sich auf Abhängigkeitserkrankungen generell. Aussagen und Empfehlungen zu substanzbezogenen Besonderheiten werden innerhalb der Leitlinien in Unterkapiteln getroffen. Pathologisches Glücksspielen und Verhaltensstörungen durch intensiven Gebrauch von Computer und Internet werden als nicht-stoffgebundene Störungen berücksichtigt.

Rehabilitationsbedürftigkeit

Generell besteht eine Rehabilitationsbedürftigkeit, wenn eine Abhängigkeitserkrankung vorliegt und folgende Voraussetzungen erfüllt sind: Eine Entzugsbehandlung muss abgeschlossen sein, Rehabilitationsfähigkeit bestehen und die Erwerbsfähigkeit durch die Rehabilitation voraussichtlich wieder hergestellt werden können.

Eine Abhängigkeitserkrankung liegt bei Unfähigkeit zur Abstinenz oder Verlust der Selbstkontrolle oder periodischem Auftreten eines dieser beiden Symptome vor. Für die Diagnose eines Abhängigkeitssyndroms werden die Diagnosekriterien nach ICD-10 und DSM-IV herangezogen.

Rehabilitationsangebote und Leistungen

Die Rehabilitation kann ambulant oder stationär durchgeführt werden. Die Leitlinien beziehen sich auf eine Vereinbarung zwischen den Krankenkassen und der Rentenversicherung, die Kriterien für die Entscheidungen zwischen ambulanter und stationärer Behandlung, sowie Anforderung an die Einrichtungen (z.B. hinsichtlich Personal, Trägerschaft, Räumlichkeiten, Therapieangeboten und -plätzen) vorgibt (DRV 2005, "Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen" in Anlage der Leitlinien). Welche Maßnahme für den Patienten geeignet ist, muss individuell entschieden werden. Maßgebliche Kriterien sind z.B. die soziale und berufliche Integration des Patienten, Wohnsituation, Fähigkeit zur Abstinenz und aktiven Mitarbeit in der Therapie oder das Ausmaß etwaiger psycho-sozialer Störungen.

Die Therapiedauer in stationärer Behandlung kann bei Drogenabhängigen bis zu 26 Wochen dauern, Kurzzeittherapien zwischen 12 und 16 Wochen. Ambulante Suchtrehabilitationen können bis zu 18 Monaten dauern, in denen maximal 120 therapeutische Einzel- oder Gruppengespräche erfolgen können, sowie bis zu zwölf therapeutische Gespräche mit Bezugspersonen.

Im Rahmen der Nachsorge können Leistungen der ambulanten Nachsorge erfolgen, wenn der Anschluss an eine Selbsthilfegruppe nicht ausreicht. Innerhalb eines halben Jahres können 20 therapeutische Einzel- oder Gruppensitzungen durchgeführt werden. Das Leistungssystem umfasst auch eine Adaptionsphase, die an eine Entwöhnungsbehandlung anschließen kann. In der bis zu 16 Wochen dauernden Phase werden Patienten in ihrer Stabilisierung im Alltagsleben unterstützt und die Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit des Versicherten soll verbessert werden.

Hilfen zur beruflichen Wiedereingliederung sind von zentraler Bedeutung der Rehabilitation, die als übergeordnetes Ziel aus Sicht der Rentenversicherung die Arbeitsfähigkeit wiederherstellen soll. Möglichst frühe Hilfen und Leistungen zur beruflichen Wiedereingliederung

haben motivationsfördernde Effekte auf die Suchtrehabilitation. Eine erfolgreiche Wiedereingliederung wirkt positiv auf Abstinenz und psychische Stabilität.

11.2.8 Weiterentwicklung von Leitlinien

Aktuell werden unter der Federführung von DG-Sucht und der DGPPN die AWMF-Leitlinien der Entwicklungsstufe S2 weiterentwickelt. Es wird angestrebt, die Leitlinien auf Entwicklungsstufe S3 anzuheben. Der Konsensus Prozess ist noch nicht abgeschlossen, ein Zeitpunkt für die Veröffentlichung ist noch nicht abzusehen (DHS, persönliche Mitteilung 2010). Auch eine nicht-substanzbezogene Leitlinienentwicklung zum Thema „Psychosoziale Therapie“ ist derzeit in Arbeit. Obwohl von Experten betont wird, dass „Sucht“ in diesem Entwicklungsprozess ein Thema sein sollte, wurde es bis zur Erstellung dieses Berichtes ausgeklammert (DHS, persönliche Mitteilung 2010)

Derzeit wird eine Überarbeitung der Reha-Leitlinien der DRV durchgeführt, eine Veröffentlichung der neuen Fassung in 2010 gilt als wahrscheinlich. Die Rentenversicherung ist bemüht, an dem Prozess der Leitlinienentwicklung auch die relevanten Fachgesellschaften (z.B. DGPPN und DG-Sucht) zu beteiligen. Mit einem mehrstufigen Konsentierungsverfahren soll dem Verfahren der AWMF-Leitlinienentwicklung entsprochen werden, da dieses Verfahren in der Wissenschaftslandschaft allgemein breite Akzeptanz findet.

11.3 Implementierung

Gastpar und Schmidt (2006) verweisen darauf, dass Untersuchungen zu Anwendbarkeit und Nutzen der Leitlinien in der Praxis noch ausstehen. Die Überprüfung der Relevanz von Leitlinien im Praxisalltag soll auch Anhaltspunkte über Verbesserungsbedarf der Leitlinien hinsichtlich ihrer Praxistauglichkeit erbringen.

Die in Deutschland erstellten AWMF-Leitlinien sollten durch ihre Anwendung zu einer Verbesserung der Qualität in der Suchthilfe beitragen. Die wichtigsten Voraussetzungen für die Anwendung von Leitlinien sind die Verbreitung und Verfügbarkeit sowie die Akzeptanz der Leitlinien bei den behandelnden Berufsgruppen. Mit der Veröffentlichung der AWMF-Leitlinien und ihrer freien Verfügbarkeit im Internet kann davon ausgegangen werden, dass der Bekanntheitsgrad der Leitlinien bei den relevanten Berufsgruppen hoch ist. Bislang gibt es hierzu keine überprüfbaren Daten, ebenso wenig wie über die Nutzung und Anwendung der Leitlinien in der Behandlung.

Da die Leitlinienentwicklung von einem breiten Expertenkonsens gestützt wurde, ist davon auszugehen, dass sie trotz der Diskussion um die Anwendbarkeit und Praxistauglichkeit eine hohe Akzeptanz bei den relevanten Berufsgruppen haben (vgl. Koch 2006; Schmidt 2006 und Kapitel 11.1.4).

Da AWMF-Leitlinien keine Vorschriften sind, bleibt es Kliniken und Behandlungseinrichtungen selbst überlassen, nach welchen internen Standards Behandlungen ausgerichtet sind. Allerdings müssen Kliniken im Rahmen ihres Qualitätsmanagements festlegen, nach welchen Leitlinien ihre Behandlungen ausgerichtet werden, um eine Zertifizierung durch einen externen Auditor zu erlangen. Somit kann davon ausgegangen werden, dass auf

der Ebene der Kliniken die AWMF-Leitlinien in der Breite eingesetzt werden. (DHS, persönliche Mitteilung 2010).

Auf Ebene der Rehabilitations-Einrichtungen sind die Leitlinien der DRV dadurch implementiert, dass die in der Anlage enthaltene Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ zwischen der Rentenversicherung und den Krankenversicherungen Anforderungen an Einrichtungen zur Durchführung ambulanter und stationärer Behandlungsmaßnahmen definiert und Kriterien für die Entscheidung über ambulante und stationäre Behandlung vorgibt (DRV 2005).

Die Leitlinien der Deutschen Rentenversicherung haben für die Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen ausschlaggebende Bedeutung. Denn sie geben den Rahmen dessen vor, was von der Rentenversicherung (bzw. durch die Krankenkassen) finanziert werden kann. Die formulierten evidenzbasierten Therapiemodule (ETM) werden den Einrichtungen zur Verfügung gestellt. Durch die KTL-Analyse¹⁵⁵ wird auch ermittelt, in welchem Umfang die ETM angewendet werden. Über Rückmeldungen an die Einrichtungen soll eine Verbesserung der rehabilitativen Versorgungspraxis erreicht werden (Brüggemann et al. 2004).

¹⁵⁵ KTL-Analyse: Die Klassifikation Therapeutischer Leistungen ist ein von der BfA (jetzt DRV) erstelltes Verzeichnis für therapeutische Leistungen, die während einer medizinischen Rehabilitation durchgeführt werden können. Die Ergebnisse der Literaturrecherche, als evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) formuliert, werden als Behandlungs-Soll mit dem Ist-Zustand (abgebildet in den Entlassungsberichten die der BfA (jetzt DRV) vorliegen) abgeglichen (vgl. 11.1.3).

