



Nr. 2
April
2020

subLetter

Ihr Medium in der Suchtmedizin

> unabhängig > prägnant > übergreifend

THERAPIE

Palliativversorgung für Menschen in Opioidsubstitution

von Dr. Helmut Hoffmann-Menzel und Prof. Dr. Lukas Radbruch, Zentrum für Palliativmedizin, Malteser Krankenhaus Seliger Gerhard Bonn/Rhein-Sieg

Erhalt oder Wiedergewinn von Lebensqualität bei Menschen mit lebenslimitierenden Erkrankungen, ist auch bei einer Opioidabhängigkeit und/oder Substitutionstherapie Aufgabe einer Palliativversorgung. Die derzeitigen ambulanten wie stationären Versorgungsstrukturen und die Einrichtungen der Altenpflege sind jedoch bisher nicht auf die Versorgung dieser Menschen vorbereitet. Häufig wird deren Aufnahme oder die Verordnung der Substitutionsmedikation verweigert. Der Suchtkranke darf jedoch nicht auf seine Abhängigkeit reduziert werden, sondern verdient als Mensch jeden Respekt.

Notwendigkeit der Palliativversorgung

Das Lebensalter von Patienten mit Opioidabhängigkeit ist dank Substitutionstherapie deutlich angestiegen [6]. Damit, und aufgrund der begleitenden Komorbidität, treten vermehrt lebenslimitierende Erkrankungen wie Tumorerkrankungen auf. Diese sind meist begleitet von Symptomen wie Schmerz und Luftnot, aber auch von Angst oder psychiatrischen Symptomen. Weitere chronische Erkrankungen, wie COPD oder Leber- und Nierenerkrankungen, sind infolge des langjährigen Begleitkonsums von Nikotin, Alkohol, Cannabis und Medikamenten häufig. Betroffene Menschen drohen, durch das soziale Netz zu fallen. Nach unserer Erfahrung scheinen palliativmedizinische Einrichtungen oft die letzte Option für Patienten und Substitutionseinrichtungen zu sein. Somit werden für diese Patienten vermehrt eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) sowie die Aufnahme auf Palliativstationen oder in stationäre Hospize angefragt. Befürchtungen der Behandlungsteams sind Beikonsum illegaler Substanzen sowie Risiken durch das soziale Umfeld. Darüber hinaus haben palliativ tätige Ärzte

bislang oft nur wenig Erfahrung mit einer Substitutionsbehandlung.

Symptomkontrolle

Es besteht oft große Unsicherheit, ob und wie Opioide eingesetzt werden können, insbesondere bei gleichzeitiger Substitutionstherapie. Schmerz (20 bis 40 % bereits bei Erstdiagnose, mit voranschreitender Erkrankung nahezu 100 % aller Patienten) und Luftnot (bei 20 bis 40 % aller fortgeschrittenen Tumorerkrankungen sowie bei COPD, Herzinsuffizienz, muskulären und neurologischen Erkrankungen) sind häufige Symptome. Darüber hinaus signalisieren sie den Patienten ein Vorschreiten der lebensbedrohenden Erkrankung und sind häufig von Angst begleitet [8-14]. Die palliativmedizinische Behandlung dieser Symptome erfolgt in der Regel gemäß den Leitlinien der Schmerzgesellschaften, der WHO und der S3-Leitlinie Palliativmedizin [8-11, 13-17] und erfordert oft den Einsatz von Opioiden wie Morphin, Hydromorphon, Oxycodon oder Fentanyl [8-14].

Nach unserer Erfahrung hat sich die Trennung von Substitution und Symptombehandlung bewährt. Wir setzen

die Substitution ohne Dosisänderung fort und stellen zusätzlich auf ein anderes Opioid (Morphin, Oxycodon, Hydromorphon, Fentanyl) zur Behandlung von Schmerzen und Luftnot neu ein, bevorzugt auf verzögert freisetzende Präparate wie transdermales Fentanyl oder retardiertes Morphin. Damit kann die Dosierung des zweiten Opioids unabhängig eingestellt werden. Schnell freisetzendes Fentanyl oder die parenterale Gabe sollten nur mit begründeter Indikation erfolgen [12]. NSAR, COX-2-Hemmer, Anilide (Paracetamol) und Pyrazolone (Metamizol) haben ein geringes Abhängigkeitspotenzial, jedoch insbesondere bei Multimorbidität und Langzeitgebrauch ein erhöhtes Risiko für Organtoxizität [8, 13]. Antidepressiva, insbesondere trizyklische, und Antikonvulsiva wie Gabapentin und Pregabalin, sind auch in der Therapie tumorbedingter neuropathischer Schmerzen von Bedeutung [8, 10, 11, 13]. Viele Patienten mit Luftnot benötigen eine symptomatische Behandlung mit niedrig dosierten Opioiden [13].

Angst ist ein häufiges Symptom bei fortgeschrittenen lebensbegrenzenden Erkrankungen und überwiegend real, reaktiv, situationsbedingt und krankheitsbezogen. Für die medikamentöse Akutbehandlung sind Benzodiazepine wie Lorazepam Mittel der Wahl. Als Reserve (nicht zur Akuttherapie) werden Antidepressiva, wie Citalopram oder Mirtazapin, sowie Pregabalin angewendet [15-17].

Differentialdiagnose Entzugssymptomatik

Schmerzen und Luftnot treten in der Regel im Rahmen der Grunderkrankung auf. Andererseits kann auch eine beginnende Entzugssymptomatik als Schmerz wahrgenommen werden. Dies



ist eine Notfallsituation, da das Rückfallrisiko in nicht legalen Konsum enorm ansteigt. Auch Angst kann bei Patienten mit Substitutionstherapie als Zeichen eines Entzugs auftreten. Gleichzeitig sind die zur Symptomlinderung der Angst eingesetzten Medikamente wie Benzodiazepine oder Pregabalin mit einem hohen Missbrauchsrisiko assoziiert oder werden von Patienten als Beikonsum eingenommen.

Andererseits sind Schmerzen, Luftnot oder die Angst vor ihnen und dem baldigen Tod im Kontext einer lebensbedrohenden Erkrankung auch bei opioidabhängigen Patienten überaus nachvollziehbar. Sie bedürfen unbedingt einer adäquaten Behandlung und sollten nicht nur als vermehrtes Verlangen nach Opioiden im Rahmen der Suchterkrankung interpretiert werden.

Sicherstellen der Substitution

Darüber hinaus ist es Auftrag der Palliativversorgung, die Substitutionsbehandlung und die psychosoziale Begleitung zu gewährleisten und die Zugehörigen in ihrer Trauer zu unterstützen. Versorgungsabbrüche sind zu vermeiden, da sie durch eine höhere Sterblichkeit gekennzeichnet sind [7]. Die große Spannweite der sozialen Rahmenbedingungen imponiert von sozial gut integrierten Menschen mit hoher Verlässlichkeit in der Einhaltung von Absprachen und Therapievorgaben, bis hin zu Patienten mit sozialer Vernachlässigung, bei denen die Vertrauensbasis sehr schmal ist. Das individuelle Herangehen unter Kenntnis der rechtlichen Grundbedingungen ermöglicht dennoch häufig eine gute palliativmedizinische Versorgung.

Leben Patienten zu Hause oder in ambulant betreuten Wohnungen der Suchthilfe, kann eine allgemeine Palliativversorgung durch Hausarzt und Pflegedienst oder durch ein SAPV-Team erfolgen. Leben weitere Menschen mit Opioidabhängigkeit im Haushalt, erfordert die Bereitstellung der (dringend erforderlichen) Medikation inklusive Opioiden besondere Sorgfalt. Nochmals

höhere Sorgfalt in der Lagerung und Anwendung der Opioidmedikation erfordert die Anwesenheit kleiner Kinder.

In den Einrichtungen der Suchthilfe ist zumeist eine bessere soziale Stabilisierung mit stützendem Regelwerk möglich. Dafür erfordern die Belange von Mitbewohnern zusätzliche Aufmerksamkeit. Meist versorgen externe Dienste in beiden Fällen die Patienten medizinisch-pflegerisch und können Medikamente verabreichen und die Einhaltung der Therapie überprüfen. Zudem besteht hier bereits ein Netzwerk aus PSB, gesetzlichem Betreuer und ambulant betreutem Wohnen der Suchthilfe, worauf palliativmedizinische Teams zurückgreifen können. Obdachlose und/oder konsumierende Betroffene, die sich nicht in Substitutionstherapie befinden, erreicht palliativmedizinische Versorgung dagegen erheblich seltener. Grundsätzlich ist eine Palliativversorgung von Patienten in Substitutionsbehandlung in allen Versorgungssettings möglich, kann jedoch in unterschiedlichen Umgebungen mit entsprechenden Herausforderungen verbunden sein. Dabei ist eine enge Kooperation zwischen der Palliativversorgung und Substitutionsbehandlung erforderlich [2, 3, 4, 8].

Rechtliche Rahmenbedingungen

Die Substitution unterliegt rechtlichen Rahmenbedingungen, die in der BtMVV und in der Richtlinie der BÄK zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger fixiert sind [1-4]. In der Regel ist das Substitutionsmittel dem Patienten in einer Substitutionseinrichtung oder -praxis zum sofortigen Gebrauch auszuhändigen (BtMVV § 5 Abs. 7). Patienten mit Opioidabhängigkeit, die noch regelmäßig den Substitutionsarzt aufsuchen können, erhalten dort ihre Substitutionsmedikation. Die Palliativversorgung kann dann unabhängig, aber in enger Abstimmung mit dem Substitutionsarzt, durchgeführt werden.

Sobald Patienten nicht mehr in der Lage sind, ihre Substitutionspraxis aufzu-

suchen, z. B. aufgrund zunehmender Schwäche oder gar Bettlägerigkeit, kann die Substitution zu einer Herausforderung werden, denn in den wenigsten palliativmedizinischen Einrichtungen sind suchtmittelmedizinisch qualifizierte Ärzte tätig. Dann kann § 5 BtMVV, Abs. 4 u. 5 zur Anwendung kommen: „Erfüllt der Arzt nicht die Mindestanforderungen an eine suchtmittelmedizinische Qualifikation nach Abs. 3 Satz 1 (suchtmittelmedizinisch nicht-qualifizierter Arzt), muss er zusätzlich zu der Voraussetzung nach Abs. 3 Satz 2

1. „sich zu Beginn der Behandlung mit einem suchtmittelmedizinisch qualifizierten Arzt abstimmen sowie
2. sicherstellen, dass sich sein Patient zu Beginn der Behandlung und mindestens einmal in jedem Quartal dem suchtmittelmedizinisch qualifizierten Arzt nach Nr. 1 im Rahmen einer Konsiliarbehandlung vorstellt.“

Ein suchtmittelmedizinisch nicht-qualifizierter Arzt darf gleichzeitig höchstens zehn Patienten mit Substitutionsmitteln behandeln. Die Meldeverpflichtungen nach § 5b Abs. 2 sind auch von ihm zu erfüllen. „Außer in der Einrichtung des substituierenden Arztes darf das Substitutionsmittel zum sofortigen Gebrauch beispielsweise auch ausgehändigt werden:

- bei einem Hausbesuch
- in einem Alten- und Pflegeheim
- in einem Hospiz
- vom medizinisch-pflegerischen Personal in einem Krankenhaus, der SAPV oder einer anerkannten Einrichtung der Suchthilfe

sofern das Personal geschult ist und der Substitutionsarzt dort nicht tätig ist (BtMVV § 5 Abs. 10).“ Das bedeutet für Patienten, die aufgrund einer voranschreitenden Erkrankung nicht mehr in der Lage sind, ihre Substitutionseinrichtung aufzusuchen oder stationär aufgenommen wurden: Sie benötigen ihre Medikation und ggf. die Verordnung vor Ort durch einen nicht substitutionsgestützten Arzt in enger Konsultation mit einem qualifizierten Substitutionsarzt (BtMVV § 5 Abs. 3 u. 4). Die Medikation zur Substitution und zur Symptomkontrolle kann dann durch die Pflege der



stationären Einrichtung oder der SAPV gegeben werden. Die Mitbehandlung durch einen suchtmmedizinisch qualifizierten Arzt bleibt jedoch weiterhin erforderlich (s. oben, § 5 BtMVV Abs. 4 u. 5). Das kann in der Praxis durchaus zu Problemen führen, denn Ärzte in Substitutionseinrichtungen machen nach unserer Erfahrung nur selten Hausbesuche bei bettlägerigen Patienten.

Psychosoziale Begleitung

Unabdingbar in der palliativmedizinischen Versorgung von opioidabhängigen Patienten mit einer lebensbegrenzenden Erkrankung ist darüber hinaus die psychosoziale Begleitung. Menschen mit Opioidabhängigkeit, auch in der Langzeitsubstitution, sind biologisch vorgealtert und trotz Substitution auch weiterhin von Langzeitarbeitslosigkeit, Armut, Einsamkeit und Multimorbidität betroffen. Ein intaktes Sozialsystem ist eher selten, die Lebenspartner sind häufig selbst abhängig, Kinder oft vom Jugendamt betreut. Dennoch gilt es, ihnen Eigenverantwortung und Selbstbestimmung zu lassen, auch wenn das Ergebnis nicht unseren Vorstellungen entspricht oder sogar zu destruktiven Situationen führt. Auch Schadensbegrenzung kann ein Ziel der Begleitung sein. Um eine einheitliche Haltung und einheitliche Vorgaben gegenüber dem Patienten zu entwickeln und umzusetzen, sind regelmäßige Fallbesprechungen sinnvoll und Konzepte wie Fallmanagement und Netzwerkarbeit sowie insbesondere eine engmaschige Kommunikation der beteiligten Akteure zwingend erforderlich. Familienangehörige oder andere nahe Bezugspersonen werden nach dem Versterben des Patienten Hilfe und Begleitung in ihrer Trauer benötigen. Bei Zugehörigen, die selbst auch an einer Substanzabhängigkeit leiden, können Angst vor einem ähnlichen Ausgang der eigenen Abhängigkeit, aber auch Schuldgefühle ausgelöst werden. Daher sollte über Möglichkeiten der Trauerbegleitung informiert werden.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Die Literatur kann unter subletter.de abgerufen werden

INTERVIEW

„Wir sind keine Dealer auf Rezept, sondern helfen Schwerstkranken!“

Interview mit Astrid Staffeldt, Apothekerin, stellvertretende Vorsitzende des Verbands der Cannabis versorgenden Apotheken (VCA) e. V.

Im Januar 2019 gründete sich der Verband der Cannabis versorgenden Apotheken e. V. (VCA). Sein Ziel: Eine effiziente und bezahlbare Patientenversorgung mit medizinischem Cannabis, das seit März 2017 als Therapeutikum verordnet werden darf. Apothekerin Astrid Staffeldt ist VCA-Gründungsmitglied und stellvertretende Vorsitzende. Im Gespräch mit Ursula Katthöfer (textwiese.com) blickt sie auf das erste Jahr zurück.

Wissen Ärzte und Apotheker schon genug über medizinisches Cannabis?

Wir wissen alle nicht genug. Wegen des 70 Jahre währenden Verbots wurde nur auf Minimalniveau geforscht. Deshalb ist die Evidenz heute nicht so gut, wie wir es gerne hätten. Wir handeln eher nach dem Prinzip „trial and error“.

Sie machen eine Gratwanderung, denn Cannabis hat immer noch ein „Gschmäckle“. Wie gehen Sie damit um?

Diese Gratwanderung müssen Apotheker, die Cannabis abgeben, alle erst einmal durchmachen. Als Verband betrachten wir medizinisches Cannabis als ein Medikament wie viele andere auch. Aus diesem Blickwinkel betrachtet sind wir keine Dealer auf Rezept, sondern verhelfen Schwerstkranken zu mehr Lebensqualität.

Ähnlich denken Apotheker, die Substitutionsmittel abgeben. Eine Schnittmenge?

Die Schnittmenge ist gar nicht so groß, wie man vielleicht annehmen könnte. Ich selbst versorge z. B. keine Substitutionspatienten, weil das hier in Hannover andere tun. Doch es kommen Substituierte im Zuge der Cannabis-Versorgung zu mir.

Ist es denn nicht paradox, Suchtkranke mit einem Arzneimittel zu behandeln, das auch als Droge konsumiert wird?

Das klingt zunächst so. Doch es gibt Anzeichen dafür, dass Cannabis den Suchtdruck bzw. die Entzugssymptome lindern kann. Unter den Substitutions-

ärzten gibt es einige, die Cannabis oft verordnen. Es gibt aber genauso viele, die es wegen seines Abhängigkeitspotenzials gar nicht einsetzen.

Sehen die Krankenkassen eine Kontraindikation?

Einem multitoxischen Patienten zur Kostenübernahme zu verhelfen, ist genau das Problem. Doch ich weiß von Substitutionsärzten, die eine Kostenübernahme erreicht haben. Ich habe auch Patienten, die wegen ihrer Alkoholsucht mit Cannabis behandelt werden und vorher nie einen Berührungspunkt dazu hatten. Aber da bewegen wir uns evidenztechnisch noch auf sehr dünnem Eis.

Stichwort Evidenz: Die fünfjährige Begleiterhebung zur Anwendung von Cannabisarzneimitteln soll die Evidenz stärken. Gelingt das?

Die Begleiterhebung hat einen großen systematischen Fehler: Es werden nur die Patienten berücksichtigt, deren Krankenkasse die Kosten übernimmt. Bei Selbstzahlern und Privatpatienten erhalten wir keine Aussagen zur Evidenz. Da die Kassen die Kosten bei chronischen Schmerzen und in der Onkologie eher übernehmen als z. B. bei ADHS, entsteht ein unvollständiges Bild.

Wie reagieren die Gesetzlichen Kassen überhaupt darauf, dass die Verordnung von Cannabis zunimmt?

Sie wurden geradezu überrollt. Denn das Gesetz „Cannabis als Medizin“ kam ja recht überraschend als Reaktion auf



ein BGH-Urteil, nach dem einem Kläger der Eigenanbau erlaubt worden war. Da der Gesetzgeber den Eigenanbau nicht zulassen wollte, musste er Cannabis als Medikament legalisieren. Bis dahin hatten deutschlandweit nur gut 1.000 Personen eine Ausnahmeerlaubnis von der Bundesopiumstelle zum Erwerb von Cannabis in einer Apotheke. Man dachte, das Gesetz sei für diese relativ kleine Personengruppe gemacht. Inzwischen sind die Patientenzahlen deutlich höher und verursachen mehr Kosten, als von den Kassen eingepplant.

Sparen die Kassen an anderer Stelle?

Zunächst einmal sind die Ausgaben für cannabinoidhaltige Fertigarzneimittel und Zubereitungen nicht horrend. Dem aktuellen Bericht der GKV zufolge lagen die Bruttoumsätze im ersten Halbjahr 2019 bei gut 54 Millionen Euro. Es gab 122.450 Verordnungen. Zum Vergleich: Im Jahr 2016 lagen die Marketingausgaben der Kassen bei 194 Millionen Euro. Und wird Cannabis verordnet, sparen die Kassen bei anderen Medikamenten. Gerade bei den Schmerzmedikamenten kann man durchschnittlich zwei Drittel der Opiode weniger verordnen. Bei einigen Patienten konnten wir Opiode oder Antidepressiva sogar ausschleichen.

Könnte medizinisches Cannabis für Apotheken zu einem gewinnbringenden Standbein werden?

Niemals alleine. Es hat zwar zurzeit ein großes Potenzial, da noch die alten Abrechnungspreise gelten. Doch es gibt seit einiger Zeit Gespräche zwischen dem G-BA und den Apothekerverbänden. Ich gehe davon aus, dass der Preis reduziert wird. Ob wir in Zukunft eine Kostendeckung haben, weiß ich nicht. Denn die Kosten sind hoch. Die Beratung ist aufwendig, die Ware ist nur maximal drei Monate haltbar und wir benötigen die Tresorlagerung. Wenn das Risiko zu groß wird, könnten Kollegen sich zurückziehen. Wir haben jetzt schon das Problem, das nur zehn Prozent aller Kollegen Cannabis abgeben.

Wie viele Patienten nehmen denn zurzeit Cannabis ein?

Vorsichtig geschätzt etwa 100.000. Es geht um die Kränksten der Kranken. Diese Menschen sind austherapiert und haben keine anderen Optionen mehr. Wir haben außerdem eine statistische Auffälligkeit zu sehr seltenen Erkrankungen.

Vielen Dank für das Gespräch!

➤ WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Aufnahmeanträge und Satzung des VCA unter vca-deutschland.de
- Beitrag „Verordnung von Cannabisblüten an Abhängige“ in Ausgabe 7/2019 unter subletter.de
- Literaturtipps zum Thema „Betäubungsmittel in der Apotheke“ in Ausgabe 6/2019 unter subletter.de



Cannabis u. Cannabinoide in der Medizin

Seit Januar 2017 ist der Gebrauch cannabisbasierter Medikamente für medizinische Zwecke in Deutschland durch den Gesetzgeber geregelt. Seitdem steigen die Verschreibungszahlen für Cannabis und Cannabinoide zulasten der GKV kontinuierlich an. Trotzdem bestehen bei vielen Ärzten Unsicherheiten bezüglich der Verschreibungsfähigkeit, des bürokratischen Aufwands, der Indikationsstellung und der Kostenerstattung. Hier will das Buch „Cannabis und Cannabinoide in der Medizin“ Abhilfe schaffen. Auf über 300 Seiten geben Prof. Kirsten R. Müller-Vahl und Dr. Franjo Grotenhermen (beide im Vorstand der Internationalen Arbeitsgemeinschaft für Cannabinoidmedikamente (IACM) e. V., cannabis-med.org) sowie zahlreiche weitere führende Experten einen umfassenden und praxisorientierten Überblick zu nahezu allen denkbaren Fragen der Anwendung von cannabisbasierten Medikamenten in der Medizin.

Neben historischem Hintergrundwissen und theoretischen Grundlagen liegt der Schwerpunkt des Buchs auf prakti-

schen Aspekten der Behandlung. Es werden detailliert die Grundlagen der Medikation, die Wirkungsweise und Pharmakokinetik, die Dosierung und Einnahme von Cannabis und Cannabinoiden sowie deren Wechselwirkungen mit anderen Substanzen beschrieben. Hinzu kommen Hinweise zur Anwendung bei Kindern sowie Angaben zur Fahreignung und den rechtlichen Grundlagen der Therapie sowohl in Deutschland als auch in der Schweiz und Österreich. Auch kontrovers diskutierte Themen wie psychische Nebenwirkungen und Abhängigkeitspotential werden nicht ausgespart. Veranschaulicht werden die Themen anhand zahlreicher Fallbeispiele.

So gibt das Buch einen breiten Überblick und liefert alle Fachinformationen für diejenigen, die ihr Behandlungsspektrum um cannabisbasierte Medikamente erweitern wollen.

➤ WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Müller-Vahl K. R., Grotenhermen F.: Cannabis und Cannabinoide in der Medizin. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2020. ISBN 978-3-95466-424-5, 59,95 Euro

Impressum



Herausgeber und Verlag

IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH
Niederlassung: Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen
Telefon: 02596 922-0, Telefax: 02596 922-99
Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg
E-Mail: subletter@iww.de

Redaktion

Dr. med. Marianne Schoppmeyer (Schriftleiterin),
Dr. phil. Stephan Voß (Chefredakteur, verantwortlich)

Lieferung

Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose Serviceleistung der

Hexal AG

Industriestraße 25, 83607 Holzkirchen
Telefon: 08024 908-0, Telefax: 08024 908-1290
E-Mail: service@hexal.com

Hinweis

Alle Rechte am Inhalt liegen beim Verlag. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst auszugsweise nur nach schriftlicher Zustimmung des Verlags erlaubt. Der Inhalt dieses Informationsdienstes ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel der behandelten Themen machen es notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Der Nutzer ist nicht von seiner Verpflichtung entbunden, seine Therapieentscheidungen und Verordnungen in eigener Verantwortung zu treffen. Dieser Informationsdienst gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Hexal AG wieder.

