

**Aus dem Lehrbereich für Allgemeinmedizin der
Universität Tübingen
Leiter: Professor Dr. G. Lorenz**

**Untersuchung von Qualitätsmerkmalen der
ambulanten Methadonsubstitution in
allgemeinmedizinischen Praxen im Bereich
Südwestdeutschland vor dem Hintergrund der
historischen Entwicklung**

**Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des
Doktorgrades der Medizin**

**der Medizinischen Fakultät
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen**

vorgelegt von

**Richard Haumann
aus
Reutlingen**

2004

Dekan: Professor Dr. C.D. Claussen
1. Berichterstatter: Professor Dr. G. Lorenz
2. Berichterstatterin: Privatdozentin Dr. I. Gärtner

Meinem Vater gewidmet

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	6
1.1	Einführung und Problembeschreibung	6
1.2	Epidemiologie der Opiatabhängigkeit in der Bundesrepublik Deutschland	6
1.3	Definition der Opiatabhängigkeit	7
1.4	Historische Aspekte der Pharmakologie von Opiaten	9
1.5	Suchtkonzepte und Konzepte der Opiatrezeptoren	10
1.6	Substitutionsmittel und ihre Verwendung	12
1.6.1	Methadon	12
1.6.1.1	Pharmakologie von Methadon	12
1.6.1.2	Substitutionsbehandlung mit Methadon	13
1.6.2	Buprenorphin	14
1.6.2.1	Pharmakologie von Buprenorphin	14
1.6.2.2	Substitution mit Buprenorphin	14
1.6.3	Dihydrocodein	15
1.6.3.1	Pharmakologie von Dihydrocodein	15
1.6.3.2	Substitution mit Dihydrocodein	15
1.6.4	Weitere zur Substitution eingesetzte Substanzen	17
1.7	Ursprünge der Substitutionstherapie	17
1.8	Ökonomie der Substitutionsbehandlungen in den USA	20
1.9	Geschichte der Substitutionsbehandlung in Deutschland	21
1.9.1	Ökonomie der Substitutionsbehandlungen in der Bundesrepublik Deutschland	23
1.10	Historische Entwicklung der BTMVV und NUB/AUB/BUB Richtlinien	24
1.11	Leitlinien und Richtlinien der Bundesärztekammer	32
1.11.1	Einige Sonderaspekte	37
1.12	Leitlinien, Standards, Richtlinien im Vergleich	37

1.13	Aktuelle Rahmenbedingungen der Substitutionsbehandlungen	41
1.14	Qualitätskonzepte in der Medizin	43
1.14.1	Strukturqualität	45
1.14.2	Prozessqualität	46
1.14.3	Ergebnisqualität	47
1.15	Thesen	48
2.	Methoden und Vorgehensweisen	49
2.1	Erhebungskollektiv	49
2.2	Erhebung der Daten	50
2.2.1	Gliederung der Fragebogens	51
2.3	Auswertung	53
3.	Ergebnisse	53
3.1	Praxisdaten	53
3.1.1	Praxislokalisierung	53
3.1.2	Praxisgrösse	54
3.1.3	Praxisart	55
3.1.4	Beschäftigungsart der Arzthelferinnen	55
3.1.5	Qualifikation der Arzthelferinnen	56
3.1.6	Alter/Geschlecht der PraxisinhaberInnen	56
3.1.7	Facharztqualifikationen	56
3.1.8	Zusatzbezeichnung der PraxisinhaberInnen	57
3.1.9	Psychiatrische Weiterbildung und Balintgruppe	57
3.1.10	Suchtmedizinische Zusatzqualifikation	57
3.1.11	Zeitraum des Erwerbs der Qualifikation zur Substitutionsbehandlung	58

3.1.12	Beginn der Substitutionsbehandlung	58
3.2	Diagnosesicherung der Opiatabhängigkeit	58
3.2.1	Untersuchte Stoffe in der diagnostischen Urinprobe	59
3.2.2	Alkoholuntersuchungen	59
3.2.3	Laboruntersuchungen	59
3.2.4	Klinische Untersuchungen	60
3.2.5	Strukturierte Hilfsmittel	61
3.2.6	Schweigepflichtentbindungen	61
3.2.7	Aufklärung über Nebenwirkungen	62
3.2.8	Leitlinien, Qualitätssicherungsprojekte	62
3.3	Behandlungsbeginn und Behandlungsbedingungen	63
3.3.1	Behandlungsbedingungen	63
3.3.2	Vorgehen bei polyvalentem Drogengebrauch	63
3.3.3	Ersteinstellphase	64
3.3.4	Fraktionierte Vergaben der Erstdosis	64
3.3.5	Klinische Kontrollen der Erstdosis	65
3.4	Behandlungsregeln	65
3.4.1	Kontrollen auf Beigebruch	65
3.4.2	Behandlungsregeln bei regelmässigem Beigebruch	66
3.4.3	Frequenz der ärztlichen Beratung pro Woche	66
3.4.4	Anzahl der Arztkontakte im Quartal erfasst nach Behandlungsphasen	68
3.4.5	Gespräche nach Ziffer 204 EBM	69
3.4.6	Psychotherapeutische Gespräche	70
3.4.7	Gespräche mit Angehörigen	71
3.4.8	Kontakte des Patienten zu den Arzthelferinnen	72
3.5	Kommunikation	73
3.5.1	Zusammenarbeit mit externen Ausgabestellen	73

3.5.2	Wochenendvergabe	74
3.5.3	Kommunikation mit externen Ausgabestellen	74
3.5.4	Kommunikation mit den Beratungsstellen	75
3.6	Qualitätszirkel	76
3.6.1	Beginn der Mitarbeit in einem Qualitätszirkel	76
3.6.2	Häufigkeit der Qualitätszirkel	76
3.6.3	Teilnahme der Qualitätszirkel	77
3.6.4	Anerkennung der Qualitätszirkel durch die Ärztekammer	77
3.6.5	Dauer der Qualitätszirkel	77
3.6.6	Inhaltliche Struktur der Qualitätszirkel	78
3.6.7	Sonstige Mitglieder der Qualitätszirkel	78
3.6.8	Erfahrungen mit den Qualitätszirkeln	79
3.6.9	Veränderung der Motivation durch Qualitätszirkel	79
3.6.10	Interne Regeln der Qualitätszirkel	80
3.7	Probleme durch Substitutionsbehandlungen	80
3.7.1	Einbrüche, Probleme mit der Justiz, PatientInnenabwanderung	80
3.7.2	Todesfälle	80
3.7.3	Persönliche Einschätzung der gesetzlichen Regelungen durch die BehandlerInnen	81
3.7.4	Persönliche Einschätzung der Honorierung der Substitutionsbehandlungen	81
3.8	Freie Antworten	82
3.8.1	Vorschriften, Regeln, Bürokratie	82
3.8.2	Honorierung	82
3.8.3	Perspektive der Substitution	83
3.8.4	Probleme der Substitution	83
3.8.5	Persönliche Situation	83

4.	Diskussion	84
4.1	Untersuchungsgebiet und Untersuchungskollektiv	84
4.2	Untersuchungsmethode	87
4.3	Einleitung der substitutionsgestützten Behandlung	88
4.4	Hilfsmittel, Vordrucke, Formulare	94
4.5	Leitlinien, Standards, Richtlinien	95
4.6	Behandlungsbeginn und Behandlungsbedingungen	96
4.7	Einstellphase	97
4.8	Behandlungsregeln	100
4.8.1	Kontrollen auf Beigebruch	100
4.8.2	Arztkontakte, Gespräche nach Ziffer 204, Angehörigengespräche	101
4.8.3	Kontakte zu den Arzthelferinnen	102
4.8.4	Externe Ausgabestellen	103
4.8.5	Wochenendvergabe	104
4.8.6	Kommunikation	105
4.8.7	Qualitätszirkel	106
4.9	Probleme durch Substitutionsbehandlung	108
4.10	Arbeitshypothesen und Ergebnisse	110
5.	Zusammenfassung	113
6.	Anhang I: Anschreiben an die ÄrztInnen	115
	Anhang II: Fragebögen	116
	Anhang III: Freie Kommentare	133
7.	Literaturverzeichnis	138
8.	Curriculum Vitae	146

1. Einleitung

1.1 Einführung und Problembeschreibung

Seit 1963 ist eine medikamentöse Behandlungsmöglichkeit der Opiatabhängigkeit in New York von Dole und Nyswander entwickelt worden (Dole/Nyswander, 1965). Erst 1991 wurde diese Behandlung auch in der Bundesrepublik Deutschland zugelassen. In der Folge entstand eine anhaltende Diskussion über Standards und Qualität der durchgeführten Behandlungen (Bühringer et. al. 1995). Im Verlauf dieser Diskussionen wurden die ursprünglichen Therapieziele der psychosozialen Stabilisierung verändert und mit dem Ziel Abstinenz vermischt. Die gesetzlichen und standesrechtlichen Bedingungen spiegeln dieses Spannungsfeld wider. Zuletzt wurden durch gesetzliche Vorgaben Qualitätssicherungskommissionen gegründet, um eine Angleichung der Behandlungsqualitäten zu erreichen (BUB Richtlinien 2003). Die vorliegende Untersuchung stellt die Entwicklung und den Stand der bereits 2002 erreichten Qualität der Behandlungen dar, vor in Kraft treten der neuesten Richtlinien im Jahr 2003. Dabei geht sie von folgenden zentralen Annahmen aus:

- Substitutionsbehandlungen sind in Arztpraxen ohne vorhandene Elemente eines internen Qualitätsmanagements nicht durchführbar.
- Die Mehrzahl der Praxen, die Substitutionsbehandlungen durchführen, verwenden bereits geregelte Behandlungsstrukturen.

1.2 Epidemiologie der Opiatabhängigkeit in der Bundesrepublik Deutschland

In der Bundesrepublik Deutschland liegen sehr unterschiedliche Zahlen zur Erfassung des Problems der Opiatabhängigkeit vor. Die Erfassung der Verbreitung der Opiatabhängigkeit unterliegt einem methodischen Problem, denn bei den Prävalenzen und Schätzungen zu Heroin ist besonders auf die

begrenzte Aussagekraft von Bevölkerungsumfragen hinzuweisen, wenn es um Verhaltensweisen geht, die sehr selten und zudem strafrechtlich sanktioniert sind. Entsprechend ist von einer „erheblichen Untererfassung“ auszugehen (Simon et. al. 2002, S.57).

Die Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung aus dem Jahr 2001 ermittelte in der Gesamtbevölkerung für die Altersgruppe der 12-59-jährigen 191.000 Konsumenten von Heroin, für andere Opiate wird in der gleichen Bezugsgruppe von 334.000 Konsumenten ausgegangen. Die polizeiliche Statistik erfasst im Jahr 2001 6658 Sicherstellungen von Heroin, insgesamt eine Menge von 520 kg. Die Heroinkonsumenten stellen in der Gruppe der sogenannten „erstauffälligen Konsumenten harter Drogen“ mit 28 % (N= 6378) die zahlenmäßig zweitgrößte Gruppe dar, nach den Konsumenten von Amphetaminen, welche erstmals die Anzahl der Heroinkonsumenten übertrifft (Drogen und Suchtbericht 2002).

Nach Schätzungen der Bundesregierung wurden im Jahre 2002 32.000 Betroffene mit D,L- Methadon, 10.000 Betroffene mit Levomethadon (L-Polamidon®), 500 Betroffene mit Buprenorphin (Subutex®) und 3.700 Menschen mit Dihydrocodeinpräparaten substituiert (Drogen und Suchtbericht 2002). Nach ersten Angaben des seit 1.7.2002 eingerichteten Substitutionsregisters in Bonn wurden aber dort ca. 70.000 Behandlungen erfasst. Eingesetzt werden als Substanzen in 72% D,L- Methadon, in 16,5% L-Methadon (L-Polamidon®) und in 9,4% Buprenorphin (Subutex®). Gemeldet wurden solche Behandlungen von ca. 2.200 ÄrztInnen, die Gesamtanzahl der ÄrztInnen mit der erforderlichen suchtmmedizinischen Qualifikation ist wesentlich höher und wird auf 8.150 geschätzt (Lauktien, G. 2003).

1.3 Definitionen der Opiatabhängigkeit

„Drogenabhängigkeit und Sucht lassen sich nicht sehen, es sind keine wirklichen Dinge, oder unserer Wahrnehmung unmittelbar zugängliche

Phänomene. Sie werden immer nur mittelbar erschlossen anhand von Definitionen, die ein bestimmtes (physisches, psychisches, biochemisches, soziales, oder einfach Konsum-) Verhalten beschreiben, und sich als Drogenabhängigkeit und Sucht definieren“ (Herwig-Lempp 1994, S.181).

Im klinischen Alltag wird kein einheitlicher Begriff der Abhängigkeit verwendet. Es wird eine Mischung aus körperlichen Beschwerden, Verhaltensmerkmalen sowie psychischen und sozialen Auswirkungen zur Erstellung der Diagnose „Opiatabhängigkeit“ eingesetzt. Die am häufigsten verwendeten Diagnosemanuale sind die europäische ICD 10 und das amerikanische DSM IV, welche eine Art von Nomenklatur und Kategoriensystem darstellen. In der Bundesrepublik Deutschland ist die europäische ICD 10 die Abrechnungsgrundlage der gesetzlichen Krankenversicherungen.

In der ICD 10 wird Abhängigkeit durch folgende acht Kriterien definiert:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Substanzen oder Alkohol zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Substanz- oder Alkoholkonsums.
3. Substanzgebrauch mit dem Ziel, Entzugssymptome zu mildern, und der entsprechenden positiven Erfahrung.
4. Ein körperliches Entzugssyndrom.
5. Nachweis einer Toleranz: um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich.
6. Ein eingegengtes Verhaltensmuster im Umgang mit Alkohol oder der Substanz.
7. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums.
8. Anhaltender Substanz- oder Alkoholkonsum trotz Nachweis eindeutiger schädlicher Folgen.

Zur Festlegung der Diagnose „Abhängigkeit“ müssen drei dieser Punkte erfüllt sein.

Im amerikanischen Diagnosemanual DSM IV wird der erste Punkt, nämlich der starke Wunsch zu konsumieren, nicht aufgenommen. Es wird dafür eine andere Kategorie zusätzlich erwähnt:

- Der anhaltende Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren (zitiert nach Uchtenhagen/Zieglgänsberger 2000, S.5).

1.4 Historische Aspekte der Pharmakologie von Opiaten

„Opiate sind seit langem bekannte, natürliche Substanzen, die im Saft der Kapsel der Schlafmohnpflanze *Papaver somniferum* vorkommen. Der fermentierte, eingetrocknete Saft wird als Opium bezeichnet und enthält ein Gemisch von Opiat-Alkaloiden“ (Seidenberg/Honegger 1998, S.21). „Der Begriff Opium ist abgeleitet von dem griechischen Wort *opos*, der Bezeichnung für Saft“ (Fischer 2002, S.11). „Wie lange der Fermentierungsprozess mit *Aspergillus niger* und dem Latex der Mohnpflanzen-Kapsel zum Opium schon angewendet wird, ist unbekannt. Wir wissen nicht, seit wann die Menschheit den Schlafmohn und das Opium kennt. Aber bereits im Papyrus Ebers (etwa 1550 v. Chr.) findet sich wahrscheinlich eine Erwähnung“ (Forth/Henschler/Rummel 2001, S.253). „Reine Opiate kennt man erst seit Beginn des vorletzten Jahrhunderts: 1803 isolierte Desrosne sein „Opiumsalz“, eine Mischung von Morphin und Narcotin; 1804 berichtete Seguin über seine Extraktion zu Kristallen. 1806 gelang es dem deutschen Apotheker Sertüner, Morphin, den Hauptinhaltsstoff von Opium, als Reinsubstanz zu isolieren. Durch geringe chemische Umwandlung können daraus halbsynthetische Opiate gewonnen werden“ (Seidenberg/ Honegger 1998, S. 21).

Die Wirkungen des Morphins und seiner Derivate lassen sich in zentrale und periphere Wirkmechanismen unterscheiden. Die wichtigsten zentralnervösen Wirkungen sind (nach Forth/ Henschler/Rommel, 2001 S. 256) :

- Analgesie durch spinale und supraspinale Angriffspunkte
- Euphorie durch Aktivierung des dopaminergen Systems
- Sedativ - hypnotische Wirkung durch Hemmung der Formatio reticularis
- Anxiolyse durch Hemmung von Neuronen im Locus coeruleus
- Atemdepression durch Herabsetzung der CO² Empfindlichkeit des Atemzentrums
- Hustenstillung durch Dämpfung des Hustenzentrums
- Miosis durch Aktivierung des Nucleus oculomotorius
- Emetische und antiemetische Wirkung durch Stimulaton der Chemorezeptor-Triggerzone (Früheffekt) und Dämpfung des medullären Brechzentrums (Späteffekt).

Die wesentlichen peripheren Wirkungen und Wirkmechanismen sind :

- Verzögerte Magenentleerung durch Motilitätshemmung und Konstriktion des Magenpförtners
- Spastische Obstipation durch Tonuserhöhung im Darmtrakt
- Harnverhalt durch Kontraktion des Sphincters
- Störung des Galleflusses durch Kontraktion der Gallenblase und des Sphincters
- Histaminfreisetzung aus den Mastzellen

1.5 Suchtkonzepte und Konzept der Opiatrezeptoren

Endogene körpereigene Opioide wurden erstmals 1975 durch John Hughes und Hans Kosterlitz entdeckt. Diese Substanzen stellen Peptide dar und werden Enkephaline genannt. Mit Hilfe dieser Substanzen gelang der Nachweis von

spezifischen Bindungsstellen für Opioide, den Opioidrezeptoren, nach neuer Nomenklatur als OP3(μ), OP1(δ) und OP2(κ) bezeichnet (in Klammern die ältere griechische Nomenklatur). Durch die Aktivierung von OP 3 - Rezeptoren entstehen Analgesie (überwiegend auf supraspinaler Ebene), Euphorie, Abhängigkeit, Miosis, Atemdepression, Hustendämpfung und Obstipation. OP1 - und OP2 - Rezeptoren vermitteln eine Analgesie vorwiegend auf Rückenmarksebene. OP2 - Rezeptoren stehen auch für Sedierung und Dysphorie. „Liganden am Opioidrezeptor wirken entweder als reine Agonisten mit hoher intrinsischer Aktivität, als partielle Agonisten mit geringer intrinsischer Aktivität oder als reine Antagonisten ohne intrinsische Aktivität. Liganden können gleichzeitig an mehreren Rezeptortypen binden“ (Forth/Henschler/Rummel 2001, S.253).

Die modernen Konzepte der Pharmakologie zeigen eine erhebliche Auswirkung auf die Behandlung einer Opiatabhängigkeit. Schwierig für eine einheitliche Behandlungsstrategie ist das Nebeneinander der verschiedenen Theorien aus den unterschiedlichen Blickwinkeln der sozialwissenschaftlichen, pharmakologischen oder psychiatrischen Wissenschaft. Entsprechend resultieren unterschiedliche Behandlungskonzepte mit völlig verschiedenen Behandlungsansätzen.

Das Konzept der Rezeptoren ist das zu Grunde liegende Konstrukt einer medikamentösen Behandlung der Opiatabhängigkeit: der Substitutionstherapie. Damit wird aus Sucht eine medizinisch behandelbare Erkrankung. Ullmann zitiert andererseits aus einer Umfrage unter Ärzten in Westfalen-Lippe: „Das erste Problem ist sicher, dass auch viele Ärzte Sucht nicht für eine Krankheit, sondern für ein Laster halten“ (Ullmann 1999, S.9).

Hier zeigt sich das bereits angesprochene Dilemma, dass die Behandlung oder auch Nichtbehandlung letztlich auf dem Boden eines Theoriekonzeptes und damit grundlegenden Annahmen zur Genese der Opiatabhängigkeit stattfinden, welche einem Wandel unterliegen.

1.6 Substitutionsmittel und ihre Verwendung

Es werden verschiedene Substanzen mit unterschiedlicher Wirkung und Einsatzmöglichkeit verwendet :

1.6.1 Methadon

1.6.1.1 Pharmakologie von Methadon

Methadon ist ein synthetisches Opiat; es wurde zwischen 1939 und 1942 vom IG Farben Konzern als Amidon entwickelt. Erst 1947 bekam die Substanz den Namen Methadon. Methadon ist ein Racemat, die Wirkung beruht hauptsächlich auf dem L-Enantiomer. Die biologische Wirkung des D-Enantiomers ist nicht genügend geklärt.

In den 50iger Jahren des 20. Jahrhunderts gelang die Trennung des ursprünglichen Racemats in das L- und D-Enantiomer. Das für die biologische Wirkung alleine verantwortliche L-Racemat erhielt den Handelsnamen L-Polamidon®. Methadon ist ein starker Agonist am OP3 Rezeptor und ein schwächerer Agonist am OP1 und OP2 Rezeptor. Es besteht eine fast 100% orale Bioverfügbarkeit, und bei wiederholter Gabe eine extrem lange Plasmahalbwertszeit. Sie beträgt im Durchschnitt ca. 25 Stunden. „Die Angaben für die Plasmahalbwertszeit schwanken zwischen 8h und 75 h“ (Hämmig 2002, S.1).

Es besteht eine hohe (90%) Plasmaeweiß- und Gewebsproteinbindung (Forth/Henschler/Rummel 2001, S.259). „Die mittlere letale Dosis wird mit 1–1,5 mg/kg Körpergewicht angegeben. Die Maximalwirkung wird nach drei Stunden erreicht“ (Seidenberg/Honegger 1998, S.140). Ein first pass Effekt tritt nicht auf.

„Methadon wird über das Cytochrom P 450 System abgebaut. CYP 3A4 spielt beim Abbau die Hauptrolle. Auf Grund eines genetischen Polymorphismus gibt es sogenannte Schnell- Metabolisierer“ (Hämmig 2002, S.1).

1.6.1.2 Substitutionsbehandlung mit Methadon

Bis 1974 war das Racemat in Deutschland verschreibungsfähig und wurde danach durch das BTMVV nicht mehr zugelassen (Gerlach/Schneider, 1994). Ein möglicher Grund könnte darin liegen, dass D,L- Methadon in „Deutschland nicht mehr im Verkehr war, so dass der Gesetzgeber keinen Grund mehr für die Verschreibungsfähigkeit des Stoffes sah“ (Moll 1990, S.90). Seit dem 1.2.1994 ist auch in Deutschland das racemische Methadon wieder verkehrs- und verschreibungsfähig (Bundesgesetzblatt 1994).

„Methadon hat eine lange Halbwertszeit und kumuliert bei täglichem Konsum stark. Methadon blockiert die Wirkung endogener opioider Peptide andauernd. Obwohl ein Zusammenhang nicht nachgewiesen ist, sind im ‚steady state‘ Lebenslust und Appetenzverhalten andauernd gedämpft. Sowohl angenehme als auch unangenehme Gefühlsspitzen sind weggeschnitten“ (Seidenberg/Honegger 1998, S.81).

Man kann zwischen drei ganz unterschiedlichen Behandlungsstrategien unterscheiden:

- **Kurzzeitprogramme** (Detoxifikationsprogramme): zur ambulanten Entgiftung oder Überbrückung bis zum Antritt einer abstinenorientierten Entwöhnungsbehandlung
- **Mittelfristige Programme** (maintenance to abstinence): hier sind die meisten in der Bundesrepublik Deutschland geführten Behandlungen angesiedelt. Durch ein strukturiertes Gesamtkonzept soll in einem Zeitraum von Jahren schließlich die Drogenabstinenz erreicht werden
- **Erhaltungsprogramme** (maintenance): entsprechend dem ursprünglichen Konzept von Dole und Nyswander erfolgt die Methadonvergabe ohne jegliche Einschränkung (Bossong/Stöver 1992, S.24).

1.6.2 Buprenorphin

1.6.2.1 Pharmakologie von Buprenorphin

Die halbsynthetisch aus Thebain hergestellte Substanz ist ein Partialagonist am OP3 Rezeptor und ein Antagonist am OP1 Rezeptor. Diese Kombination zwischen Agonismus und Antagonismus ist einzigartig unter den klinisch eingesetzten Opioiden. Es besteht eine lange Halbwertszeit (2-3 Tage), dadurch sind alternierende Vergabeschemata alle 48 oder 72 Stunden möglich. Es besteht eine hohe Rezeptorbindung, welche von reinen Antagonisten (z.B. Naltrexon) nicht aufgehoben werden kann. Es entsteht eine glockenförmige Verteilungskurve, der sogenannte Ceilingeffekt: Bei hohen Dosierungen flacht die Wirkungskurve stark ab, damit ist eine große therapeutische Breite und eine hohe Sicherheit vor unerwünschten Wirkungen oder parasuizidalem Gebrauch gegeben. Problematisch ist die Umstellung von höheren Dosen Methadon (30-40mg) auf die Substanz Buprenorphin. Durch den Partialantagonismus kann ein starkes Entzugssyndrom ausgelöst werden. Die Gabe von Buprenorphin erfolgt sublingual um den ausgeprägten First-Pass-Effekt zu umgehen.

1.6.2.2 Substitution mit Buprenorphin

Zunächst erfolgte die Anwendung in Europa, vor allem in Frankreich, seit 2000 ist Buprenorphin (Subutex ®) auch in Deutschland zur Substitution zugelassen. „In Frankreich entwickelte sich wegen des dortigen Methadonverbots eine weitere Behandlungsoption. Dort kann Buprenorphin von jedem Arzt zur Entzugstherapie für höchstens 28 Tage verordnet werden“ (Seidenberg/Honegger 1998, S.168). Auch in den USA liegen Erfahrungen für die Langzeittherapie vor. Eine klare Indikation stellt eine medikamentös gestützte Entgiftung mit Buprenorphin dar. Daneben besteht eine Indikation bei PatientInnen mit deutlichen Methadon Nebenwirkungen. Auch bei Schwangeren ist der Einsatz von Buprenorphin wegen des deutlich geringer ausgeprägten Neugeborenenentzugssyndroms vorzuziehen (Rohrmeister et. al 2001, S.226).

Pollak berichtet über die generelle Gabe von Buprenorphin bei jeder Neueinstellung (Pollak 2002).

Dagegen stehen die erheblich höheren Kosten der Substanz im Vergleich zu Methadon. PatientInnen lehnen teilweise die Substanz ab. Sie beschreiben die Wirkung als nicht ausreichend und beklagen einen „zu klaren Kopf“ (pers. Mitteilung).

1.6.3 Dihydrocodein

1.6.3.1 Pharmakologie von Dihydrocodein

Dihydrocodein ist eine halbsynthetische Abwandlung des Codeins mit deutlich kürzerer Halbwertszeit als Methadon. Die tägliche Dosis muss auf 3-4 Gaben verteilt werden. Körpereigene Enzyme ermöglichen die Umwandlung in das wirksame Dihydromorphin, aber nur 90-95% aller Menschen verfügen über die dafür notwendige Enzymausstattung. Dihydrocodein verfügt über eine gute enterale Resorption (90%), bedingt aber einen ausgeprägten First-Pass-Effekt in der Leber, und ist deshalb nur zu 20% biologisch verfügbar.

1.6.3.2 Substitution mit Dihydrocodein

„Die Dihydrocodein- Substitution hat sich in Deutschland wie in keinem anderen Land der Welt entwickelt. Der Grund dafür ist allgemein bekannt: Die Methadon-Substitution war hier viel länger als in fast allen anderen Ländern praktisch verboten“ (Ulmer 1997, S.13). Es gab und gibt die Behandlung aber nicht nur in Deutschland: „Die deutsche Geschichte der Dihydrocodein Substitution begann Mitte der 70er Jahre, als der Kieler Allgemeinarzt Gorm Grimm diese Behandlung entwickelte und beschrieb. Erst in den 80er Jahren folgten zunehmend mehr Ärzte diesem Beispiel und bis Anfang der 90er Jahre wurde die Dihydrocodein- Substitution zur häufigsten Behandlungsmethode für Drogenabhängige in Deutschland“ (Ulmer 1997, S.13). Auch in England, USA

und Österreich entwickelte sich eine „Behandlungskultur“ mit Dihydrocodeinpräparaten. Die Substanz unterstand zu diesem Zeitpunkt nicht den Regelungen des Betäubungsmittelrechts und war frei rezeptierbar.

Es entstand eine empirisch begründete Dihydrocodeinbehandlung: „Entdeckt und eingeführt von einem Allgemeinarzt, nie an Universitäten gelehrt, nie von Wissenschaftlern in Lehrbüchern beschrieben, immer nur von Arzt zu Arzt weiterempfohlen und entsprechend heute mit sehr unterschiedlichem Standard praktiziert. Schon dieser Werdegang muss vielfach zu einer Skepsis führen, und es ist entsprechend schwer, sich ein klares Bild vom Stellenwert dieser Behandlungsmethode zu machen“ (Ulmer 1997, S.13). Es wurde aus den Umsatzzahlen für Dihydrocodein geschätzt, dass 1997 etwa 30.000 PatientInnen damit behandelt wurden. Dem gegenüber waren etwa 15.000 PatientInnen in einer Methadonbehandlung (Ulmer 1997, S. 14). Problematisch ist bei dieser Substanz, auf Grund der kurzen Halbwertszeit, vor allem die Notwendigkeit der Mitgaberegulung bereits mit Beginn der Behandlung. Zunehmend gab es nach der Zulassung von Methadon eine Diskussion über die Probleme der Codeinbehandlungen, vor allem nach einer Studie von Rechtsmedizinern aus München. Darin wurden gehäufte Todesfälle im Münchner Raum mit den Codeinbehandlungen in Zusammenhang gebracht (Penning et. al. 1993, S.528). In einzelnen anderen Regionen, z.B. Augsburg, traten ebenfalls starke Zunahmen von Drogentodesfällen auf. Kraus et. al. untersuchten in einem Modellprojekt in Augsburg Möglichkeiten zur Reduzierung der Todesfälle und formulierten: „Die Situation kann mit der unsachgemäßen Verschreibung durch einen einzigen Arzt in Verbindung gebracht werden. Dieses Risiko konnte in den Folgejahren durch Qualitätssicherung in diesem Bereich verringert werden. Qualitätssicherung spielt somit eine Schlüsselrolle in einer sicheren Behandlung“ (Kraus et. al 2001). Durch Änderungen der rechtlichen Bestimmungen wurde die Behandlung mit Dihydrocodein mit der Änderung der BTMVV 1998 auf „anders nicht behandelbare Ausnahmefälle“ beschränkt und spielt inzwischen in der Praxis nur noch eine geringe Rolle.

Hier liegt ein weiterer Ansatz für die Fragestellung dieser Untersuchung. Merkmale von Qualitätsmanagement führen zu einer deutlichen Verbesserung der Sicherheit der Behandlung für die PatientInnen und die BehandlerInnen.

1.6.4 Weitere zur Substitution eingesetzte Substanzen

Neben den bisher aufgeführten Substanzen werden vor allem in anderen europäischen Ländern noch weitere Stoffe zur Substitution verwendet. In Österreich und der Schweiz sind auch retardierte Morphinpräparate im Einsatz. In Großbritannien, in der Schweiz und inzwischen auch in Deutschland im Rahmen eines Erprobungsverfahrens, wird auch Heroin als Substitutionsmittel eingesetzt (Uchtenhagen 2000). Dabei wurde in der Schweiz neben der intravenösen Applikation auch das Rauchen von sogenannten Sugaretten (Zigaretten mit definiertem Heroingehalt) ermöglicht (Seidenberg/Honegger 1998, S.105).

Die Substanz Levoalphaacetylmethadol (LAAM), mit einer noch längeren Halbwertszeit (72h), wird wegen bedrohlicher Herzrhythmusstörungen inzwischen nicht mehr eingesetzt.

1.7 Ursprünge der Substitutionstherapie

Die Behandlung mit Methadon ist eine seit 1963 in New York entwickelte Behandlungsmethode der Opiatabhängigkeit. Die Psychiaterin Mary Nyswander und der Pharmakologe Vincent Dole entwickelten das Konzept als „methadone maintenance treatment“, also als Methadon-Erhaltungs-Behandlung. Mit „maintenance“ ist die Erhaltung eines Zustands oder weitere Unterhaltung, auch stabilisierend, gemeint. Dieses Prinzip steht damit klar im Gegensatz zur Entgiftung. „The question at issue in the present study was, whether a narcotic medicine, prescribed by physicians as part of a treatment program, could help in the return of addict patients to normal society“ (Dole/Nyswander 1965, S.80). Damit verbunden war eine radikale Standpunktveränderung: Weg von der

Abstinenz - hin zur medikamentösen Behandlung - mit Vorrang der sozialen Aspekte. „Dole und Nyswander gingen davon aus, dass chronischer Opiatmissbrauch zu physiologischen Veränderungen führt, so dass der Körper schließlich auf eine regelmäßige Opiatzufuhr angewiesen ist“ (Siegel 1996, S.308).

Die neuen Erfolgsparameter der Behandlung waren:

- physische Stabilisierung
- soziale und berufliche Integration
- Einstellung von Beschaffungskriminalität
- Herauslösung aus dem illegalen Drogenmarkt.

Allerdings zeigte auch der Werbeslogan „**Get abstinent – take methadone**“ für die ersten Programme eine erhebliche Begriffsverwirrung (Gerlach, Schneider 1994, S. 25). Der Schlüsselbegriff der Suchtbehandlung – Abstinenz – wurde mit einem völlig anderen Konzept vermischt.

1970 stellte ein unabhängiges Komitee der Columbia University School of Public Health and Administration Medicine die Eignung dieser Behandlungsform für eine große Zahl Heroinabhängiger fest: Keiner der im Programm befindlichen Patienten kehrte während des Untersuchungszeitraums zur Heroinabhängigkeit zurück; fast zwei Drittel der Patienten hatten eine berufliche Tätigkeit aufgenommen, oder wandten sich einer schulischen oder beruflichen Ausbildung zu. Die Verhaftungsquote von 91% vor Substitutionsbeginn sank im Verlauf der Behandlung auf 12% (Gearing 1970, a.a.O.). Diese Erfolge des Dole – Nyswander - Projekts führten „1970 zur Anerkennung der Methadonbehandlung als einer *zweckmäßigen* Behandlungsform durch die New York State Medical Society“ (Vertheim/Kalke/Raschke 1994, S.129). Eine daran anschließende rasche Ausbreitung der Methadonprogramme in den USA brachte Veränderungen der ursprünglichen Indikationskriterien und Rahmenbedingungen mit sich. Es entstanden Probleme mit der unzureichenden personellen Ausstattung der Projekte und der Kontrolle der Einnahme des Methadons. Die ursprünglichen Erfolgsquoten von Dole und Nyswander konnten daher nicht wiederholt werden.

Als Reaktion trat „1974 in den USA der Narcotic Addict Treatment Act in Kraft, in dem einheitliche Mindestanforderungen und Behandlungsregeln für die Methadonsubstitution aufgestellt wurden“ (Vertheim/Kalke/Raschke 1994, S.129). In einigen europäischen Ländern wurde, zum Teil schon frühzeitig nach den Arbeiten von Dole und Nyswander, die Methadonbehandlungen etabliert. Im Vergleich zu anderen europäischen Staaten erfolgte die Zulassung von Methadonbehandlungen in der Bundesrepublik Deutschland 1991 erst relativ spät.

Jahr	Land
1966	Schweden
1968	Niederlande, Großbritannien, Irland
Ende der 60er Jahre	Dänemark
1974	Finnland
1975	Italien
1977	Portugal
Ende der 70er Jahre	Luxemburg
1983	Spanien
1987	Österreich
1991	Bundesrepublik Deutschland
1993	Griechenland
1995	Frankreich
1997	Belgien

Tabelle 1: Beginn der Methadonbehandlungen in Europa

In den genannten Ländern gibt es allerdings ganz unterschiedliche Behandlungssettings. In den USA sind beispielsweise Allgemeinärzte von der Behandlung ausgeschlossen, in anderen Ländern wie z.B. Kroatien werden die Behandlungen nur von Allgemeinärzten durchgeführt (Newman 2003).

Ein Beispiel für ein integratives Konzept stellt die Region Basel dar. Dort werden alle Indikationsstellungen und Ersteinstellungen im Rahmen einer Klinikambulanz durchgeführt. Die anschließende Behandlung führen die

niedergelassenen Praxen durch. Alleine in der Region Basel bieten über 200 Praxen die Möglichkeit einer Substitutionsbehandlung an. Bei Problemen oder Schwierigkeiten in der Substitutionsbehandlung werden die Patienten sofort wieder an die Klinikambulanz zurück vermittelt, und dort erneut stabilisiert (Ladewig 1999 pers. Mitteilung).

1.8 Ökonomie der Substitutionsbehandlungen in den USA

Ein selten diskutierter, aber wichtiger Aspekt der Substitutionsbehandlungen ist auch ihre sehr gute Kosten-Nutzen Relation. Amerikanische Studien haben mehrere Kostenabschätzungen vorgelegt, besonders eindrücklich sind die Kostenvergleiche der verschiedenen „Therapieformen“. Die angegebenen Kosten nach dem amerikanischen **National Institut of Drug Abuse (NIDA)**:

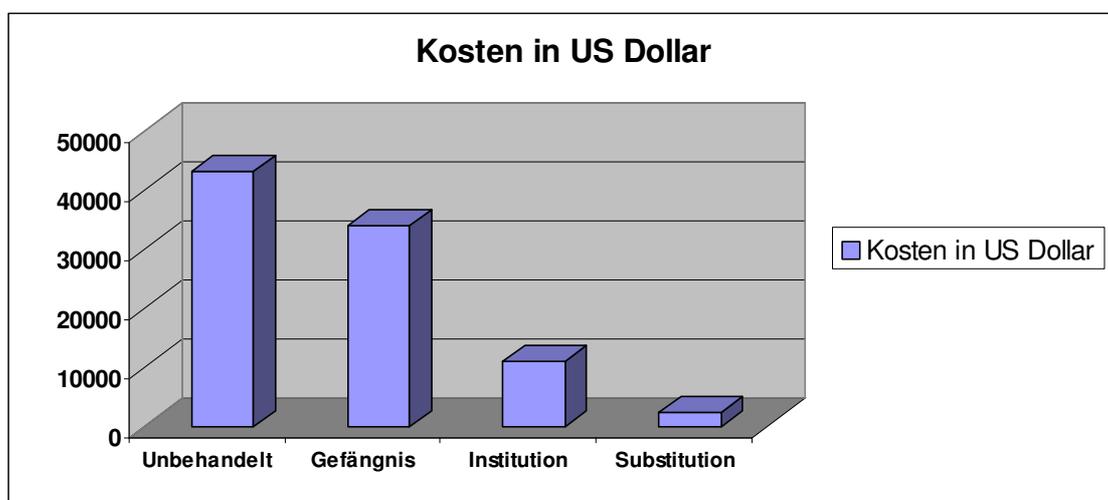


Abbildung 1: Geschätzte Kosten/Jahr für Behandlungen/Nichtbehandlung der Opiatabhängigkeit pro Patient

Die vorgelegten Studien gehen fast einheitlich von einer Kosten-Nutzenrelation der Substitutionskosten von 4 : 1 zugunsten des Aufwands aus (Fischer 2003, S.4). Ahrens et. al. zeigten in einer Übersichtsarbeit allerdings einige Schwachpunkte in den bisher publizierten Studien auf. Die untersuchten Populationen waren sehr different zusammengesetzt, und es bestehen

erhebliche methodische Probleme, die tatsächlichen Kosten einer Opiatsucht und die komplexen sozialen Folgekosten zu ermitteln (Ahrens et. al. 2003).

1.9 Geschichte der Substitutionsbehandlung in Deutschland

In Deutschland wurde lange Jahre sowohl von Anhängern der Substitution als auch von Verfechtern der Abstinenz eine erbitterte Diskussion geführt. „Trotz der positiven Ergebnisse wurde in Deutschland über mehr als drei Jahrzehnte ein unbarmherziger Glaubenskrieg über Sinn und Unsinn dieser Therapieform geführt. Lange Zeit bestimmten die Verfechter der reinen Lehre des Abstinenzparadigmas die Diskussion und bezeichneten die Methadonbehandlung als Form legaler Drogenverabreichung, wobei die Vision des Arztes als *Dealer im weißen Kittel* in den Mittelpunkt der Kritik rückte“ (Siegel 1996).

Erstmals hatte 1973 die Beraterkommission des Bundesgesundheitsamts eine Stellungnahme abgegeben: Die Anwendung von morphin-ähnlich wirkenden Stoffen zur Behandlung von Drogenabhängigen ist ärztlich nicht begründet. Der 77. Deutsche Ärztetag beschloss ein *Blaues Papier*: „Ein Erhaltungsprogramm mit Methadon ist nur unter ganz bestimmten Voraussetzungen zu erwägen“; und der 81. Deutsche Ärztetag formulierte 1978: „Die Verordnung von suchterhaltenden Medikamenten im Sinne eines Erhaltungsprogramms ist abzulehnen“ (Bossung/Stöver 1992, S.18). Die aufgeführten Stellungnahmen spiegeln die in den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts aufkommende Diskussion um die Substitution wieder.

Zwei Ereignisse haben diese Situation der Substitution mit Methadon in Deutschland entscheidend verändert: die Klarstellung der Rechtslage und die Regelung der Kassenabrechnung für die entsprechenden medizinischen Leistungen. Die grundlegende Neuordnung des Betäubungsmittelrechts durch ein Gesetz vom 28.7.1981 stellte erstmals klar, dass unter bestimmten Voraussetzungen Levomethadon (L-Polamidon®) bei der Substitution verabreicht werden kann (seit 1994 auch D,L- Methadon), wenn auch nur im

engen Rahmen eines genehmigten medizinischen Forschungs- und Erprobungsprogramms, oder gestützt auf eine medizinische Einzelfallindikation. Noch 1988 lehnte die Kassenärztliche Bundesvereinigung diese Behandlungsmöglichkeit mit dem Argument ab, dass „eine Substitution mit Methadon pharmakologisch unwirksam sei“ (Siegel 1996, S.309). Wiederholte Strafverfahren gegen Ärzte, welche ohne gesetzliche Grundlagen Methadonbehandlungen durchführten, gipfelten in einem abschließenden Urteil des Bundesgerichtshofs. Dieses Urteil des Bundesgerichtshofs vom 15.5.1991 (BGHSt 37,383) stellte die bis dahin engen rechtlichen Vorgaben für die medizinische Indikation in Frage. In diesem Urteil wurde die Therapiefreiheit des Arztes hervorgehoben, und auch eine – wenn auch nicht näher beschriebene – „sozialmedizinische Indikation“ für zulässig erklärt (Bühringer 1995, S.XII). Durch die Erarbeitung und Veröffentlichung der Richtlinien für die gesetzlichen Krankenkassen in der Fassung vom 02. Juli 1991 (Bundesarbeitsblatt N.10 vom 30.September 1991) entstand erstmals die Möglichkeit, Methadonbehandlungen als Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen durchzuführen. Seit 1991 wurden weitere bürokratische Regelungen zur Regulierung der Behandlung mit Methadon entwickelt. Diese Regelungen wurden zum Teil häufig verändert. Die Konsequenzen dieser Veränderungen zeigten die weiterhin ambivalenten Einstellungen, und ein erhebliches voreingenommenes Misstrauen gegenüber dieser Behandlungsform auf. Gleichzeitig wurden eine Fülle von Empfehlungen, Standards, Leit – und Richtlinien publiziert (Bühringer 1995, DGDS, Accept e.V. BAS).

Ein erster Methadonerprobungsversuch in der Bundesrepublik Deutschland erfolgte von 1971 bis 1975 in Hannover. Es wurden 20 PatientInnen in diese Studie eingeschlossen. Dieser Versuch wurde jedoch 1974 abgebrochen. Die Ergebnisse werden sehr widersprüchlich diskutiert (Bühringer 1995, S.61). Erst sechzehn Jahre später wurde mit dem Beschluss der Landesregierung Nordrhein-Westfalen die erste deutsche Methadon-Studie auf den Weg gebracht. „Dieses Konzept wurde 1988 gestartet und war relativ **hochschwellig**

angelegt, was bedeutet, dass die PatientInnen viele Bedingungen für die Aufnahme erfüllten mussten“ (Bornemann 1999, S.271).

Danach wurden unterschiedliche Konzepte in den anderen Bundesländern entwickelt, exemplarisch seien die Modelle in Berlin und Hamburg erwähnt. In Berlin wurde eine zentrale Clearingstelle der Ärztekammer Berlin zur Indikationsstellung und Koordination eingerichtet, eine Art „Nahtstelle“ zwischen Drogenhilfe und Medizinsystem, und eine Weiterbildungspflicht für die BehandlerInnen eingeführt (Jacobowski 1999, S.264). Hamburg entschied sich für einen dezentralen Weg über die wohnortnahe Abgabe durch Apotheken (Raschke/Verthein/Kalke 1999, S.252).

1.9.1 Ökonomie der Substitutionsbehandlungen in der Bundesrepublik Deutschland

Tretter berechnete 1998 eine Ökonomie des Heroinkonsums, und kam auf geschätzte Jahreskosten für die Bundesrepublik Deutschland von ca. 7,2 Mrd. DM für die Gesamtpopulation der Heroinabhängigen. Demgegenüber errechnete er die Kosten für eine ausgedehnte Methadonsubstitution mit etwa 720 Mio. DM, allerdings ohne die Kosten eines psychosozialen Begleitprogramms mit einzubeziehen. Die Kosten für dieses Begleitprogramm nahm er mit weiteren 300 Mio. DM an (Tretter 1998, S.237).

„Diese Relation dürfte nicht ausreichen, für eine breite Methadonsubstitution die mehrheitliche gesellschaftliche Unterstützung zu erhalten“ (Tretter 1998, S.238).

„Da dieser einfache Kostenvergleich in politischen Führungsgremien sicher bereits diskutiert wurde, und da weiterhin die Substitution mit Methadon sehr zurückhaltend betrachtet wird, ist davon auszugehen, dass der bei einer Substitutionstherapie um den Faktor 6 niedrigere, aber lokalisierbare legale Finanzstrom, als expliziter gesellschaftlicher Kostenfaktor erscheint, während der illegale Finanzstrom des Heroins als impliziter gesellschaftlicher Kostenfaktor außer den Konsumenten niemanden als Kostenfaktor konkret

identifizierbar belastet. Es ist daher verständlich, dass die Verhältnisse so bleiben, wie sie sind“ (Tretter 1998, S.238).

Ahrens et. al. weisen in einer Zusammenfassung auf den insgesamt noch sehr unbefriedigenden Forschungsstand hin: „Wünschenswert wäre also nicht nur die Verbesserung der gesundheitsökonomischen Evaluationen in der Drogensubstitution, sondern auch eine breitere Akzeptanz der bereits bestehenden Substitutionsprogramme...“ (Ahrens et. al. 2003).

1.10 Historische Entwicklung der BTMVV und NUB/AUB/BUB Richtlinien

Die Abkürzung **NUB**-Richtlinien steht für **Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden**. Dieser Begriff war die offizielle Bezeichnung der für Krankenkassen und Vertragsärzte verbindlichen Richtlinien seit ihrer Einführung 1991, bis zum 22.3.2000. Der gemeinsame und paritätisch besetzte Ausschuss von Krankenkassen und Kassenärzten trifft auf Bundesebene die Entscheidungen über die Einführung neuer medizinischer Entwicklungen und Methoden in das Kassenrecht. Erst nach Zustimmung dieses Bundesausschusses können diagnostische und therapeutische Verfahren zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen eingeführt und abgerechnet werden. Die Entscheidungen müssen im Bundesanzeiger veröffentlicht werden.

Der Name dieser Richtlinien wurde später in **AUB**-Richtlinien für **Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden** geändert. Diese Sprachregelung ist in einigen Rundschreiben und Veröffentlichungen verschiedener Kassenärztlicher Vereinigungen und auch in der Literatur enthalten, allerdings durch keine offizielle Bezeichnung des Bundesausschusses belegt.

Die seit dem 22.3.2000 gewählte Bezeichnung ist:

BUB-Richtlinien für **Bewertung** ärztlicher **Untersuchungs- und Behandlungsmethoden**.

Der erste Entwurf der NUB – Richtlinien stammt vom 4.12.1990. Trotz ausführlicher Recherche und einem Briefwechsel mit der KBV in Köln konnte

die Urfassung dieser Richtlinien nicht ermittelt werden. Die Kopie eines Entwurfs in Form eines AOK- Papiers lag aber zur Auswertung vor. Diese Richtlinien wurden mit ersten Veränderungen (2.7.1991) im Bundesarbeitsblatt Nr.10 vom 30.September 1991 veröffentlicht. Damit war die Grundlage für Methadonbehandlungen in Praxen niedergelassener ÄrztInnen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen gelegt. In den ersten Richtlinien wurden sehr enge Indikationen für eine Substitutionsbehandlung formuliert. Die Diagnose einer Opiatabhängigkeit allein war keinesfalls ausreichend. Kritiker schrieben schon damals:

„Es fehlt bei den im Sommer 1991 verabschiedeten Methadon-Richtlinien noch weithin der Realitätsbezug. Zwar wird die Substitutionsbehandlung - erstmals überhaupt in der Deutschen Medizingeschichte – als in Betracht kommende Behandlungsmethode anerkannt, doch entsprechen die hier einschlägigen Indikationskriterien noch lange nicht dem im Ausland gängigen Standard“ (Bossong/Stöver 1992, S.12). Die administrativen Vorgaben wurden jedoch stetig verändert, vielleicht auch den „in anderen Ländern üblichen Standards“ angepasst. Allerdings ist diese Formulierung irreführend, da in den unterschiedlichen Staaten jeweils ebenfalls sehr eigene „Standards“ existieren. Eine Zusammenstellung findet sich dazu bei Uchtenhagen (Uchtenhagen 2000, S.355).

Auf der einen Seite versuchten BehandlerInnen eine Liberalisierung und Verbesserung dieser Richtlinien im Interesse ihrer PatientInnen zu erreichen, auf der anderen Seite wurde versucht strenge „Standards der Behandlung“ vorzugeben. Häufig wurden kritische Einwände und Vorwürfe erhoben, „teilweise auch gebetsmühlenartig wiederholt“ (Bossong/Stöver 1994, S.20).

Im Herbst 1991 wurde überwiegend von niedergelassenen AllgemeinärztInnen die Deutsche Gesellschaft für Sucht- und Drogenmedizin (DGDS) gegründet, um eine Anpassung der Rahmenbedingungen der Substitutionsbehandlungen an die Realität der PatientInnen zu erreichen. In zahlreichen Arbeitspapieren und jährlichen Kongressen wurde von dieser Fachgesellschaft schon frühzeitig eine Art von „Rationale“ der Substitutionsbehandlungen entwickelt. „Umgekehrt scheinen Gegner unter dem Deckmantel des wissenschaftlichen Anspruchs an

die Qualität der Substitutionsbehandlung weiter Rückzugsgefechte zu führen, zum Beispiel auch in der Gestalt, dass sie immer differenziertere und damit kaum erfüllbare Standards der Therapie anmahnen“ (Fleischmann 2000).

Allerdings zeigten sich auch für überzeugte Methadonbefürworter in den ersten Jahren deutliche strukturelle Schwierigkeiten und Probleme: „Bei einigermaßen kritischer Betrachtungsweise kommt man nicht umhin festzustellen, dass in einigen Belangen und Bereichen der Substitutionsbehandlung (Methadon und Codein) inhaltliche, methodische und strukturelle Defizite vorherrschen“ (Ewing 1995, S.157).

Parallel begann in der Literatur eine Diskussion über sogenannte Methadontote. Es wurden bei gerichtsmedizinischen Untersuchungen von Drogentodesfällen Codeinpräparate und Methadon als Todesursache gefunden. Allerdings zeigten sich regionale Unterschiede. Püschel formulierte für Hamburg 1995: „Der Nachweis von Codein bei Drogentoten ist seit 1990 stark rückläufig und derzeit praktisch irrelevant. Dihydrocodein wurde bei 10 bis 15% der Drogentoten nachgewiesen (in leicht zunehmender Tendenz). Die Häufigkeit eines Methadonnachweises hat 1994 und 1995 stark zugenommen (derzeit 12 bis 13% der Fälle). Unter Berücksichtigung der Verbreitung einer Methadonsubstitution in Hamburg kann festgestellt werden, dass Todesfälle von Substituierten deutlich seltener sind, als die Mortalität in der Gesamtpopulation der Konsumenten harter Drogen“ (Püschel 1995, S. 171).

Erstmals durch Änderung der BTMVV 1994 wurde die Möglichkeit von „Take-home-Verordnungen“ eingeführt. Damit sind Tagesdosen Methadon gemeint, welche der Patient zur selbstständigen Einnahme aus der Apotheke mitnehmen kann. Danach kam es zu einer weiteren Eskalation der Diskussion: „Ärzte, die Drogenabhängige mit Methadon substituieren, müssen dies verantwortungsbewusst und mit großer Sorgfalt tun. Dem Missbrauch, so scheint es, steht Tür und Tor offen. 1998 waren in Hamburg 32 Menschen an Heroin, aber 38 an Methadon gestorben (Schmoldt et.al 1999). Dass „scharfe Kontrollen notwendig sind, dürfte jetzt wohl nicht mehr bestritten werden“ (Glöser 1999, S. 649).

Es gab aber auch andere Stimmen. Kraus und Müller-Kalthoff zeigten psychosoziale Risikofaktoren bei Drogentoten auf. Dabei zeigten sich gerade vorausgehende Abstinenzphasen neben kritischen Lebensphasen in den letzten drei Monaten, und einem hohen Anteil an Depressionen und Persönlichkeitsstörungen, als hohe Risikofaktoren (Kraus/Müller-Kalthoff 2002, S.551). Es muss also auch überlegt werden, ob nicht letztlich auch die Komorbidität als „Todesursache“ anzuschuldigen ist.

Nach dem Anstieg der Zahl der Drogentoten in München 1998 wiesen Zeidler und Tretter auf die Relativität der absoluten Zahlen hin, und auch auf die vielen unterschiedlichen Hintergründe eines Drogentods. Hier liegt sicher ein multifaktorielles Geschehen vor (Zeidler/Tretter 1998).

Im Drogenbericht der Bundesregierung 1999 zieht jedoch die Drogenbeauftragte eine harte Bilanz: Methadon werde häufig zu freizügig verordnet. Ein nicht zu unterschätzendes Problem stelle in diesem Zusammenhang die seit 1998 erleichterte „Take-home-Regelung“ der BTMVV dar. Gleichzeitig wird von ihr betont, dass die Substitution weiterhin vom Bundesgesundheitsministerium unterstützt werde. Es sei geplant, die substituierenden Ärzte durch spezielle Richtlinien der Bundesärztekammer, die mit den betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften verknüpft werden, zu unterstützen (Richter 2000, S.811). Andererseits waren die meisten Menschen, welche an einer tödlichen Methadondosis starben, nicht selbst in einer Substitutionsbehandlung, hatten sich also auf einem „Schwarzmarkt“ mit Methadon versorgt. „Nach übereinstimmender Einschätzung der Bundesländer muss unter anderem deshalb die Qualität der ärztlichen Tätigkeit im Zusammenhang mit dem Verschreiben von Substitutionsmitteln weiter verbessert werden“ (Nickels 1999, S. 2803).

Die Reaktion auf diese Entwicklung war unter anderem die Einführung einer Genehmigungspflicht vor Behandlungsaufnahme durch „Methadonkommissionen“ der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Bis zur Überarbeitung der Richtlinien 1999 war keine Genehmigung für die Aufnahme der Behandlung durch die sogenannten KV Methadonkommissionen erforderlich gewesen. Mit der Änderung im Jahre 1999 wurden endlich die

Indikationen für eine Substitutionsbehandlung sehr viel weiter gefasst, und im Gegenzug eine Genehmigungspflicht vor Behandlungsbeginn eingeführt. Damit wurde der Beginn einer Behandlung häufig unangemessen verzögert. Neu war hier jedoch die erstmalige Entscheidung, im Prinzip unbefristete Behandlungen bei schweren Infektionen und Erkrankungen zuzulassen.

Die bei der KV angesiedelten Kommissionen bestanden zunächst aus drei ärztlichen Mitgliedern der KV, darunter zwei ÄrztInnen mit besonderer Erfahrung in der Behandlung von Suchtkranken, drei Kassenvertretern und einem „in der Drogenberatung erfahrenen Arzt des öffentlichen Gesundheitswesens“.

Die Änderung 1999 brachte eine paritätisch besetzte Kommission aus jeweils drei Kassenvertretern und drei erfahrenen ÄrztInnen; das Mitglied des öffentlichen Gesundheitswesens wurde gestrichen. Problematisch waren die regionalen Unterschiede, einige Kommissionen lehnten bis zu 40% der gestellten Anträge ab, in anderen Regionen wurden nahezu ausnahmslos alle Anträge genehmigt. Die Indikationen zeigten ebenfalls in verschiedenen Regionen eine große Variabilität (Rheinberger 2000, S.2275).

Die NUB-Richtlinien in ihrer ersten Fassung wurden am 10.12.1999 (Bundesanzeiger Nr. 56 vom 21.3.2002) insgesamt formal verändert. Mit dieser Änderung wurde auch erstmals der Begriff BUB-Richtlinie eingeführt. Der Bundessausschuss nahm eine Einteilung in anerkannte Methoden (Anlage A), nicht anerkannte Methoden (Anlage B) und derzeit mangels Unterlagen nicht ausreichend beurteilbare Methoden (Anlage B) vor. Die Substitutionsbehandlung wurde in die Anlage A als anerkannte Behandlungsmethode eingestuft.

Es liegen insgesamt sechs veröffentlichte Fassungen dieser Richtlinien vor :

1. NUB-Richtlinien vom 02.07.1991, veröffentlicht am 30.09.1991 im Bundesarbeitsblatt Nr.10

2. Änderung vom 07.08.1992, gültig seit 01.10.1992, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr.205
3. Änderung vom 16.02.1994, gültig seit dem 25.03.1994, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr.58
4. Richtlinien über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden vom 26.04.1999, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr.109
5. BUB-Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (gemäß § 135 Abs.1 SGB V) vom 10.12.1999 veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr.56
6. Beschluss des Bundesausschusses vom 28.02.2003, gültig ab 01.01.2003, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 242

Zweimal wurden lediglich Änderungen der bestehenden Richtlinien veröffentlicht :

- 1. Änderung des Beschlusses vom 07.08.1992, veröffentlicht im Bundesanzeiger am 30.10.1992
- 2. Änderung des Beschlusses vom 16.02.1994, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 58

Die Gültigkeit der Richtlinien beginnt jeweils am ersten Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger bzw. dem Bundesarbeitsblatt.

Bereits seit den ersten Richtlinien 1991 benötigten BehandlerInnen eine persönliche Qualifikation. Diese Zulassungsvoraussetzungen wurden im Verlauf mehrfach verschärft und erweitert:

Voraussetzungen für die Zulassung von ÄrztInnen zur Substitutionsbehandlung	
NUB 1991	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pharmakologisches Wissen über Methadon ▪ Kenntnisse der Drogensucht (unterschiedlich nach Regionen 8-16 Std.)
AUB 1998	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Empfehlung: Fachkunde „Suchtmedizinische Grundversorgung“ (Curriculum 50 Std.)
BUB 2003	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Befähigung nach §5 Abs. 2, Satz 1 Nr. 6 BTMVV hier: Fachkunde Suchtmedizin (Curriculum 48 Std. + 4 Std. klinische Visite)

Tabelle 2: Veränderungen der Eingangsvoraussetzungen für die Zulassung zur Methadonsubstitution seit der Zulassung 1991

Die relativ hohe Hürde einer auf 48 Weiterbildungsstunden angelegten „Fachkunde Suchtmedizin“ schreckte viele ÄrztInnen ab. In einigen Regionen, z.B. Offenburg verzichteten die BehandlerInnen auf die Zulassung und stellten ihre Behandlungen ein. In Offenburg wurde seither eine Schwerpunktpraxis neu eröffnet.

In ähnlicher Weise veränderten sich auch die Empfehlungen, Leit- und Richtlinien der Bundesärztekammer, in denen die Opiatabhängigkeit schließlich erstmals im Sinne des ICD 10 als Krankheit definiert wurde.

Die Bundesärztekammer ist die Spitzenorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung - ein Zusammenschluss der 17 Landesärztekammern zu einer Arbeitsgemeinschaft. Die Bundesärztekammer gab erstmals 1984 und 1986 eine negative Stellungnahme zur Substitution ab. Auch noch im Jahr 1988 wurde eine klare ablehnende Haltung zur Substitution referiert: „Das oberste therapeutische Prinzip in der Behandlung von Drogenabhängigen muss daher das Ziel bleiben, auf der Basis von Drogenabstinenz, unterstützt durch sozio- und psychotherapeutische Maßnahmen, eine Stabilisierung der Persönlichkeit zu bewirken, und eine weitgehende soziale Selbstständigkeit herbeizuführen. Man stellt dieses zentrale therapeutische Prinzip in Frage, wenn erneut Substitutionsprogramme unter dem Etikett sogenannter *medikamentöser Rehabilitation* befürwortet werden“ (BÄK 1988, S.244). „Das Betäubungsmittelgesetz macht die Verschreibung und die Vergabe von Betäubungsmitteln davon abhängig, dass ihre Anwendung ärztlich begründet ist, und der beabsichtigte Zweck auf eine andere Weise nicht erreichbar ist. Eine soziale Zielsetzung, wie zum Beispiel die Verringerung der Kriminalität, ist damit nicht vereinbar“ (BÄK 1988, S.245) und weiter : „Die Abhängigkeit wird in der Regel durch den Arzt verfestigt, wenn dieser abhängigkeiterhaltende Arzneimittel verordnet“.

Danach werden fünf Indikationen für Einzelfälle unter kontrollierten Bedingungen genannt. Das Papier schließt mit der Feststellung: „Kontrollierte Substitutionsversuche sollten nur zugelassen werden, wenn hohe fachliche Qualifikation der Durchführenden, empirisch wissenschaftliche Qualität der Versuchsplanung und Strenge der Durchführung gesichert sind (BÄK 1988, S.245).

Nach zwei Jahren erschien eine etwas liberalere Stellungnahme des Vorstands der Bundesärztekammer. Im Vorwort wird Bezug auf die starke Zunahme der sogenannten Drogentoten genommen. Darin werden einige Grundsätze festgestellt: „Drogenabhängige sind Kranke, die ärztlicher Hilfe

bedürfen“. Und weiter: „Eine Substitution Drogenabhängiger mit Methadon(L-Polamidon®) erscheint im **Einzelfall** und nur durch Ärzte und unter berufsrechtlicher Aufsicht der Ärztekammer gerechtfertigt. Die Anwendung anderer Drogen als Ersatzstoffe ist ärztlich nicht zu verantworten (BÄK 1990, S.775).“ Daneben wird eine klare politische Forderung erhoben: „Durch Novellierung des Betäubungsmittelgesetzes ist sicherzustellen, dass ärztliche Ersatzdrogenbehandlung unter Aufsicht der Ärztekammern nicht unter Strafe gestellt wird“ (BÄK 1990, S.775). Damit wurden erstmals zwei neue, und für die weitere ärztliche und politische Diskussion wichtige Begriffe mit der Substitution verbunden - Krankheit und Behandlung.

1.11 Leitlinien und Richtlinien der Bundesärztekammer

Am 15.11.1996 veröffentlichte die Bundesärztekammer erstmals Leitlinien zur Substitutionstherapie Opiatabhängiger. Diese Leitlinien zeigten eine deutliche weitere Veränderung. Die Präambel stellt fest: „Drogenabhängigkeit ist eine behandlungsbedürftige chronische Krankheit. Oberstes Ziel der Behandlung ist die Suchtfreiheit. Mögliche Stufen der Behandlung sind:

- Sicherung des Überlebens
- Gesundheitliche und soziale Stabilisierung
- Berufliche Rehabilitation und soziale Reintegration
- „Opiatfreiheit“

Damit wurde eine patientenorientierte und pragmatische Sicht der Behandlungsmöglichkeiten eröffnet, zumal der Text fortfährt: „Die Behandlung verläuft individuell in zeitlich unterschiedlich langen Phasen“. Dabei wird deutlich: Die hier angeführten Teilziele entsprechen in weitgehender Übereinstimmung den Therapiezielen von Dole und Nyswander von 1963. Neben anderen Therapieformen kann bei einem Teil der Kranken eine

Substitutionsbehandlung die Therapie der Wahl sein, auch wenn sie nicht unmittelbar und zeitnah zur Opiatfreiheit führt. In diesen Richtlinien werden

- klare Behandlungsabläufe für die Anamnese und Diagnostik,
 - die Qualifikation der/des behandelnden Ärztin/Arztes ,
 - die psycho-soziale Begleitung,
 - die Einleitungsphase der Therapie,
 - die Zusammenarbeit mit den Apotheken,
 - die Wahl des Substitutionsmittels,
 - die Verabreichung des Substituts,
 - die Ausstellung eines Behandlungsausweises,
 - die Formulierung eines umfassenden Therapiekonzepts,
 - die Therapiekontrollen/Kontrolle des Beikonsums,
 - der Abbruch der Substitutionsbehandlung und
 - die Beendigung der Behandlung
- formuliert und empfohlen (BÄK 1997, S.401).

Im März 2002 veröffentlichte die Bundesärztekammer nochmals überarbeitete und weiter entwickelte Richtlinien; wichtige neu aufgenommene Stichpunkte sind:

- Aufgabe und Geltungsbereich der Richtlinien
- Indikation
- Vereinbarung mit dem Patienten
- Take-home- Verordnung
- Arztwechsel
- Dokumentationspflicht und Qualitätssicherung.

Der Gliederungspunkt „psychosoziale Begleitung“ ist in den neuen Richtlinien nicht mehr als Unterpunkt verzeichnet (BÄK 2002, S.1459).

Die neu aufgenommenen Aspekte ermöglichen eine Behandlungsindikation der Opiatabhängigkeit ohne weitere zusätzlich notwendige Diagnosen; dabei

werden als Definition der Abhängigkeit die Kriterien nach DSM IV / ICD 10 verwendet. Die notwendige psychosoziale Betreuung ist im umfassenden Therapiekonzept deutlich relativiert worden, und beim Beikonsum ist erstmals Alkohol als problematische Substanz neu aufgenommen worden. Mit diesen Richtlinien zur Substitution der Bundesärztekammer wurde der Begriff „chronische Krankheit“ zur medizinischen Charakterisierung des Begriffs „Sucht“ herangezogen, und Sucht somit offiziell von der deutschen Ärzteschaft nicht mehr nur als kriminell abweichendes Verhalten definiert.

Die Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin DGS (vorher DGDS) formulierte in ihrer Stellungnahme zu den NUB-Richtlinien: „Die Beschränkung auf medizinische Ziele wird der Krankheit Heroinabhängigkeit nicht gerecht; auch bei anderen chronischen Krankheiten wie chronische Polyarthrit oder Depression spielen neben dem Ziel, den Zustand des einzelnen Patienten zu bessern, auch die Behandlungsziele Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und Vermeidung von Frühverrentung eine Rolle“ (DGS 2001).

Die beschränkten anerkannten Indikationen führten damals zu einem erheblichen Anteil von SubstitutionspatientInnen, welche die Behandlung als Selbstzahler auf Privatrezept verordnet bekamen (Arnold 1999 / Klee 2002).

In Folge begann erneut ein politischer Kampf um die BUB- Richtlinien. Da sowohl in den innerärztlichen Gremien als auch im Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die restriktiven Einstellungen überwogen, wandten sich die behandelnden ÄrztInnen in und mit der DGDS, oder auch direkt, an zuständige PolitikerInnen, wie die Suchtbeauftragte der Bundesregierung und die drogenpolitischen SprecherInnen der Parteien. Die Situation spitzte sich zu, als am 1.7.2002 eine Änderung der BTMVV in Kraft trat. In dieser Änderung wurden ausdrücklich die Richtlinien der Bundesärztekammer zur Substitution als Qualitätskriterium und Grundlage des ärztlichen Handelns aufgenommen. Diese Richtlinien der Bundesärztekammer waren am 23.3.2002 überarbeitet veröffentlicht worden. Mit ihnen trat eine wesentliche und grundsätzliche Diskrepanz zwischen den restriktiven vertragsärztlichen BUB-Richtlinien und den progressiven gesetzlichen Regelungen der BTMVV, die sich auf die Richtlinien der Bundesärztekammer stützten, offen zu Tage. Die gesetzlichen

Regelungen ermöglichten eine Behandlung der Sucht als eigene Krankheit, während die BUB Richtlinien den Schwerpunkt der Indikationsstellung auf die Notwendigkeit der Behandlung, der sogenannten Begleiterkrankungen legten, wie Infektionen oder schwere psychische Erkrankungen. Nebenbei wurde auch Schwangerschaft zu einer Art von Begleiterkrankung gemacht. Schließlich änderte sich zuerst die Einstellung der Interessenvertretung der Vertragsärzte. In einer Presseerklärung des KBV vom 8.8.2002 wird zu der umstrittenen Frage der Begleiterkrankungen festgestellt, dass "dies wissenschaftlich auch aus Sicht der KBV nicht länger haltbar sei".

An dieser Stelle muss der hohe Einsatz von Ingo Flenker erwähnt werden. Unter seinem Einfluss, zuerst in der KV Westfalen-Lippe, später auch auf Bundesebene, entstand eine Haltungsänderung der offiziellen Gremien. Sucht wurde auch dort als chronische Krankheit akzeptiert. Auch die Einführung von Elementen des Qualitätsmanagements in die Substitutionsbehandlungen wurde durch Flenker und die Ärztekammer Westfalen-Lippe beispielhaft voran getrieben. Aus diesen Ansätzen entstand das ASTO Projekt zur Qualitätssicherung. Das ASTO- Handbuch gliedert sich in vier Hauptteile, sowie in einen Anhang mit Adressen, Gesetzes- und Verordnungstexten, juristischen Hinweisen zum Verhalten gegenüber den Aufsichtsbehörden für den Betäubungsmittelverkehr usw. Damit stehen zahlreiche Hilfsmittel zur Indikationsstellung, zum Therapieplan und zur Dokumentation zur Verfügung. Wegen der besonderen Relevanz juristischer Aspekte sind sichere und gut dokumentierte Arbeitsprozesse in der Substitutionsbehandlung wichtig und erforderlich.

In einem seit 1955 nicht mehr durchgeführten Verfahren hatte das Bundesministerium für Gesundheit auf dem Wege einer Ersatzvornahme im Juli 2002 neue BUB-Richtlinien erlassen. Wegen einer sofortigen Klage des zuständigen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen gegen diese Anordnung vor dem zuständigen Sozialgericht, traten diese aber nie in Kraft. Die Hoffnung auf einen Regierungswechsel war ein mögliches Motiv für diesen Versuch eines Aufschubs.

Nach der Bundestagswahl im September 2002 kam es dann zu einem neuen Beschluss des Bundesausschusses und der vorläufig letzten Änderung der BUB-Richtlinien vom 28.10.2002 (Bundesanzeiger Nr. 242 vom 31.12.2002). Darin wurde erstmals nicht mehr eine „Zweiterkrankung“ wie Hepatitis oder HIV Infektion als begründete Indikation vorausgesetzt. Die vom behandelnden Arzt diagnostizierte Opiatabhängigkeit selbst stellt nun die Behandlungsindikation in der gesetzlichen Krankenversicherung dar. Die Genehmigungsregeln durch die Methadonkommissionen wurden aufgehoben, die Autonomie der behandelnden ÄrztInnen gestärkt, und gleichzeitig erstmals eine „Qualitätssicherung“ durch neu gegründete „Qualitätssicherungskommissionen“ eingeführt. Deren Kontrollkompetenz wurde weg vom Ausgangspunkt der Behandlung auf das gesamte Procedere der Behandlungsführung im Sinne der Prozessqualität erweitert.

Vorgesehen sind in den Richtlinien die laufende Überprüfung von 2% der behandelten Fälle pro Quartal. Diese Fälle werden nach einem Zufallsverfahren ausgewählt und an Hand der eingereichten Dokumentationen beurteilt. Alle fünf Jahren sollen die noch weiterhin fortgesetzten Behandlungen beurteilt werden. Für minderjährige PatientInnen, PatientInnen mit Opiatabhängigkeit kürzer als zwei Jahre und neu eingeleitete DHC Behandlungen ist eine sofortige Qualitätskontrolle des Behandlungsplans vorgesehen. Ob sich die neuen Richtlinien bewähren und sich die Qualitätssicherung nicht als bürokratisches Instrument zur Mengenbegrenzung der Behandlungsfälle entpuppt, wird die Praxis zeigen (Flenker 2002, S. 195). Allerdings ist das Argument *Sicherstellung der Qualität* nicht nur ein repressives Vorgehen. Die Sicherung von Qualität wird auch zunehmend in anderen Regionen der Welt ein wichtiges Thema. D'Anno und Pollack veröffentlichten ein Studie aus den USA, in der die Kriterien und Qualitätsmaßstäbe der Methadonbehandlungen von 1988 – 2000 in den Vereinigten Staaten untersucht wurden und eine deutliche Verbesserung der Behandlungsqualität gezeigt werden konnte. Allerdings waren auch danach viele Patienten immer noch nicht optimal behandelt (D'Anno/Pollack 2002, S.850).

1.11.1 Einige Sonderaspekte

Eine wichtige Indikation, nämlich eine bestehende schwere psychiatrische Erkrankung, war offensichtlich im 1. Entwurf der NUB Richtlinien im Jahre 1991 noch enthalten, wurde jedoch bis zur Veröffentlichung wieder gestrichen.

Auch am Beispiel der Infektion mit dem HIV Virus lassen sich ständige Veränderungen in der Definition zeigen. 1991 wurde als Indikation „**AIDS mit fortgeschrittener manifester** Erkrankung“ vorgegeben, 1994 gefolgt von „**AIDS Erkrankung**“; bis 1998 eine „**bestehende HIV Infektion**“ erstmals eine unbefristete Behandlung ermöglichte.

Auch die Substitutionsbehandlung schwangerer Frauen unterlag ständig sich verändernden Regelungen. Substitution zuerst im Jahr 1991 nur „unter der Geburt“, später im Jahr 1994 „bis zu sechs Wochen danach“, und dann im Jahr 1998 „bis zu sechs Monaten danach“. Dies zeigt eine langwierige Entwicklung deutlich auf.

1.12. Leitlinien, Standards, Richtlinien im Vergleich

Das besondere in der Substitutionsbehandlung, im Vergleich zu anderen medizinischen Maßnahmen, ist die bereits starke vorgegebene Reglementierung durch Gesetze (BtMG, BtMVV) und Richtlinien (BÄK) (Günthner/Ullmann 2003, S.27). Daneben sind auch noch eine Fülle von Leitlinien und Standards entwickelt und vorgestellt worden. Vermutlich sind alle diese Leitlinien von unterschiedlichen Ideen und Ansätzen über die Genese der Opiatabhängigkeit geführt, und kommen deshalb auch zu unterschiedlichen Kriterien und Empfehlungen der Behandlungsoption. Biologische, sozialwissenschaftliche, individualpsychologische, psychopathologische und ökonomische Konzepte existieren nebeneinander (Uchtenhagen 1999, S.195).

Leitlinien sind von der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften und der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung als

...„systematisch entwickelte Entscheidungshilfen über die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen“... definiert (Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung 1997). Sonntag hat eine Abgrenzung und Differenzierung der Begriffe Leitlinie, Standard und Richtlinie publiziert. Leitlinien „stellen somit Orientierungshilfen im Sinne von Handlungs- und Entscheidungskorridoren dar, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss“. Von Leitlinien abzugrenzen ist dagegen der Begriff „Richtlinien“. Er sollte Regelungen des Handelns oder Unterlassens vorbehalten bleiben, die im Rechtsraum einer legitimierten Institution verbindlich sind, und deren Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich zieht (Sonntag 2003). Der Begriff des „Standards“ wiederum beinhaltet die Beschreibung für den Prozess und das Ergebnis professioneller Normenbildung in der Medizin. Kriterien des Standards sind „das aktuelle systematische Wissen, die praktische Erfahrung und die Akzeptanz in der Profession“ (Hart 2001, S.63; zitiert nach Sonntag 2003, S.30).

Einen ersten Vorstoß zur Qualitätssicherung im Sinne von „Standards“ stellte die Kassenärztliche Vereinigung Berlin 1996 in den Berliner Standards zu Diagnostik, Behandlung und Verlaufsdokumentation bei substituierten Drogenabhängigen vor. Darin werden Kriterien für die Qualitätssicherung genannt, gegliedert in **Basisdiagnostik** - Identitätssicherung, Biographische Anamnese, medizinische Anamnese, psychiatrischer Status, körperlicher Status, Labordiagnostik und technische Basisdiagnostik (EKG, Spirometrie, Tbc Test, Drogenscreening), sowie **Verlaufsdokumentation** - Behandlungsvertrag, täglich verabreichte Dosis, Nichtabgabe wegen Beikonsum, Gründe für Dosisänderung, Ergebnisse der Urinkontrollen, Gespräche über Nebekonsum, Modifizierung von Zielsetzungen, Erfüllung von Teilzielen, berufliche und soziale Fortschritte und Koordination mit Drogenberatern.

Diese Vorstellungen entsprechen auch heute noch weitgehend den Dokumentationsstandards, und stimmen in vielen Punkten mit den Richtlinien der Bundesärztekammer überein. Bühringer et al. stellen 1995 in ihrem Buch

„Methadonstandards“ ebenfalls eine Vielzahl von Unterpunkten zur Diskussion. Dieses Buch versucht jedoch Vorschriften eng auszulegen und die Behandlungen noch weiter zu reglementieren. Gegenüber dem ursprünglichen Behandlungsansatz von Dole und Nyswander stellt auch die Abstinenzorientierung ein völlig anderes Ziel dar. Die Behandlungen verlaufen „im Normalfall über einen unterschiedlich langen therapeutischen Weg mit mehreren Teilstrecken und haben somit Prozesscharakter. Eine oder mehrere Teilstrecken können dabei mit der Substitution verknüpft sein“ (Bühringer et al. 1995, S.35). Substitution ist für diese Autoren ausschließlich ein Teilweg in die Abstinenz.

Die DGDS stellte in ihren Veröffentlichungen einige der wichtigsten Leitlinien nebeneinander: Die AUB (BUB) Leitlinien von 1999, die Leitlinien der Bundesärztekammer von 1996, die Leitlinien des Bundesverbands Akzept e.V., die Leitlinien der DGS und die Standards der Ärztekammer Berlin von 1995. (BUB Richtlinien 1999, KV Berlin 1996).

Akzept e.V. stellt einen Zusammenschluss von Beratungsstellen, Aids- Hilfen, Kontaktläden etc. dar, um eine zu akzeptierende Drogenarbeit voranzutreiben. Diese Synopsis wurde hier auf der Grundlage der neuen BUB Richtlinien und den aktuellen Richtlinien der Bundesärztekammer ergänzt und überarbeitet.

In den Behandlungszielen zeigen sich zwischen den fünf Vorgaben deutliche Differenzen: die AUB- bzw. BUB-Richtlinien und die Richtlinien der Bundesärztekammer nennen die Suchtmittelfreiheit als Behandlungsziel, die DGS gibt als Ziel die Linderung der Beschwerden und die Verhütung der Verschlimmerung an. Akzept nennt als Behandlungsziel eine weitgehend normale Lebensgestaltung der opiatabhängigen Menschen .

Deutliche Unterschiede zeigen sich auch bei dem oft strittig diskutierten Punkt der psychosozialen Begleitung. Die BUB-Richtlinien nennen die Abklärung des psychosozialen Hilfebedarfs durch die Beratungsstellen als Voraussetzung für eine Behandlung. Es kann eine Bescheinigung über eine nicht notwendige psychosoziale Begleitung erstellt werden. Die Bundesärztekammer nennt die Begleitung unabdingbar, falls Indikationen dafür vorliegen. Die DGS spricht von einem Angebot und lehnt jeden Zwang ab; Akzept lehnt ebenfalls einen Zwang

ab, versteht psychosoziale Begleitung als Angebot, und fordert eine Verpflichtung des Arztes, den Patienten im ersten Halbjahr der Behandlung zu einem Beratungsgespräch zu bewegen.

Im Verlauf der zunehmenden Ausdifferenzierung der Leitlinien wurden die Haltungen der unterschiedlichen Verbände offensichtlich immer pragmatischer und zunehmend an der Praxis orientiert. Schließlich bestehen beispielsweise nirgendwo in der Bundesrepublik Kapazitäten von Beratungsstellen für eine flächendeckende „Zwangsberatung“.

Letztendlich steht aber auch hinter dem Streit um die Notwendigkeit und die Intensität psychosozialer Begleitung wieder die Frage: Welches Konstrukt von Drogenabhängigkeit liegt hinter den Konzepten der Behandlung verborgen? Ward, Mattick und Hall kommen in einem Überblick über die weltweiten Forschungsergebnisse zur Substitution zum ernüchternden Schluss: „Die obligatorische Vorgabe von Betreuung (counselling) ist nicht mit einem besseren Behandlungserfolg verknüpft; die Forschung zeigt, wenn überhaupt etwas, dass solche erzwungene Therapieteilnahme bezüglich Haltequote schlechte Resultate zeigte. Unter dem Begriff *psychosoziale Begleitung* lässt sich eine beliebige Zahl individueller Vorstellungen subsumieren, hauptsächlich aus den Feldern Medizin/Psychiatrie, Sozialpädagogik und Sozialarbeit. Diese Beliebigkeit lässt alles zu, außer einer rationalen Auseinandersetzung“ (Meili 2003, S.33).

Offensichtlich ist der ursprüngliche Konflikt - Methadonvergabe ja oder nein - inzwischen auf einen Konflikt über die Notwendigkeit einer psychosozialen Begleitung übergesprungen. Hier gleichen sich die Konstrukte der stationären abstinenzorientierten Behandlung und die Annahmen von Duldern der Substitution.

Mit diesem Begriff sind Institutionen, Verbände und Menschen beschrieben, welche die Substitution zwar notgedrungen tolerieren, sich aber nicht - oder noch nicht - vom Ausgangskonzept der Abstinenz trennen wollen oder können. Ein in therapeutischen Institutionen oft gebrauchter Satz lautet: „Du kriegst hier, was du brauchst, nicht das was du willst!“ Charakteristisch ist nicht so sehr, dass andere glauben, besser zu wissen, was für den Patienten notwendig und

sinnvoll ist, sondern vor allem, dass sie sich legitimiert fühlen, dies auch gegen den Willen des Kranken durchzusetzen, notfalls mit mehr oder minderem offenen Zwang und Sanktionsmaßnahmen“ (Herwig-Lempp 1994, S.105).

Ein Beispiel für solche Zwangsmaßnahmen ist der vorgeschlagene Abbruch einer Substitution bei ständiger Nichtteilnahme an der psychosozialen Begleitung (BUB 2002).

Fleischmann weist noch auf eine weitere Wurzel der Konflikte der Methadon-Befürworter und Gegner hin. Die Frage der Legalisierung von Drogen schwingt auch in der Diskussion um die Substitutionstherapie mit, und vermischt Politik und Therapie (Fleischmann 1999).

Ullmann hat 1997 Leitlinien aus Australien, Belgien, Großbritannien, Österreich, Schweden, der Schweiz und den USA verglichen. Übereinstimmend wird in allen Leitlinien die Behandlung mit Methadon als wissenschaftlich gut begründete und für die meisten Opiatabhängigen geeignete Behandlungsform angesehen. Aber damit sind die Gemeinsamkeiten bereits erschöpft, andere Kriterien werden völlig unterschiedlich eingeschätzt. In Belgien ist formuliert: „Es gibt keine Kontraindikation“. In Schweden ist Polytoxikomanie eine Kontraindikation. Auch die Indikationskriterien und die Behandlungsvorschriften variieren erheblich. So gibt es in einigen Ländern Dosisbeschränkungen, obwohl Studien ein besseres Behandlungsergebnis bei höheren Dosierungen zeigten (Ullmann 1997, S.195).

1.13 Aktuelle Rahmenbedingungen der Substitutionsbehandlungen

Die Substitutionsbehandlungen unterliegen wie dargelegt, einem breiten administrativem Regelwerk. „Die Behandlung bewegt sich in einem durch Gesetze und Verordnungen eng reglementierten Rahmen“ (Flenker 2001, S.V) und „bei der Substitutionstherapie sind - wie wohl bei keiner anderen medizinischen Behandlung - zahlreiche juristische und formale Aspekte zu berücksichtigen“ (ASTO Handbuch 2001, S.XVII).

Die folgenden Vorschriften und Gesetze müssen mit Stand vom 1.1.2003 in der Substitutionsbehandlung berücksichtigt werden :

- **BTM** Betäubungsmittelrecht: reguliert die Grundlagen der Verordnung im Bundesgesetz über den Umgang mit Betäubungsmitteln; es regelt die strafrechtliche Seite (Fassung vom 1.3.1994 zuletzt geändert 26.6.2002)
- **BTMVV** Rechtsverordnung: regelt die Einzelheiten der Verschreibung wie Höchstgrenzen, Tagesmengen, Vordrucke, Qualifikation der BehandlerInnen, Substitutionsregister, Meldepflicht beim Regierungspräsidium bei Urlaubsreisen u.a. (Fassung vom 25.6.2001)
- **Richtlinien der Bundesärztekammer**: stellen ein innerärztliches Regelwerk dar, erarbeitet von einem Gremium von sachverständigen Ärzten. Auf die Richtlinienkompetenz der Bundesärztekammer wird im BTMVV hingewiesen (Stand 22.3.2002).
- **Richtlinie über Maßnahmen zur Sicherung von Betäubungsmittelvorräten (BfArM Richtlinie)**: regelt die Bedingungen zur Aufbewahrung von Betäubungsmitteln, z.B. Tresorpflicht in den Praxen (Fassung vom 1.1.1998).

Neben diesen „Grundregeln“ wurde für die niedergelassenen Vertragsärzte ein weiteres eigenes Regelwerk geschaffen, um die ambulanten Substitutionsbehandlungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen und der Sozialhilfeträger durchführen zu können, die

- **BUB Richtlinien**: regeln die Zulässigkeit und Erstattung der Behandlung durch die gesetzlichen Krankenkassen; erlassen vom Bundesausschuss der Kassenärzte und Krankenkassen (vom 27.10.2002 gültig ab 1.1.2003).

Ein Teil der privaten Krankenkassen und auch die Beihilfen, als quasi „Beamtenkrankenkassen“, haben sich diesen Regeln angeschlossen.

1.14 Qualitätskonzepte in der Medizin

„Die Substitutionsbehandlung bleibt leistungsrechtlichen und bürokratischen Anforderungen unterworfen, die es so für andere Krankheiten nicht gibt. Warum das aber sein muss und bleiben soll, ist nicht erklärlich: die Erfahrung lehrt uns vielmehr, dass sich die Qualität ärztlicher Arbeit nicht durch schärfere Regelwerke und Überbürokratisierung der Behandlung verbessern lässt“ (Flenker 2002, S.195). Die Ursache dieser Komplexität scheint unter anderem in der Verknüpfung des Gedankens einer **Opiat-Erhaltungstherapie** mit dem gleichzeitigen Gedanken der **Abstinenz** zu liegen. Diese Ziele schließen sich gegenseitig von Anfang an aus.

Die Behandlungen werden immer häufiger in den hausärztlichen Praxen durchgeführt. „Die überwiegende Zahl der Patienten wird in den Praxen niedergelassener Ärzte behandelt“ (Flenker 2001, S.VII).

Eine Schwierigkeit dieser Behandlungen in Hausarztpraxen - mehr als für Schwerpunktpraxen - liegt in der neu eingeführten Qualitätssicherung. Damit stellt sich die Frage, wie die Behandlungsqualität der durchgeführten Methadonbehandlungen definiert und überprüft werden kann. Eine Qualitätssicherung, welche die Vorgaben der gesetzlichen Regelungen und der Richtlinien und Standards umsetzt, und gleichzeitig den substituierenden Ärztinnen und Ärzten und ihren PatientInnen Unterstützung und Sicherheit in ihrer Alltagsarbeit vermittelt. Eine mögliche Lösung bietet das sogenannte „Qualitätsmanagement“, d.h. die Übertragung eines in den vergangenen Jahren aus der Industrie in die Medizin eingeführten Instrumentariums auf die Substitution.

„Um eine bestimmte Qualität zu erreichen, muss zuerst geplant, müssen Ziele vereinbart, und muss die Umsetzung dieser Ziele erfolgreich durchgeführt werden. Mitarbeiter müssen überzeugt und angeleitet werden. Dieses Organisieren und Führen beinhaltet der Begriff Qualitätsmanagement. Qualitätsmanagement ist auch eine Philosophie, eine Qualitätskultur, eine Führungsaufgabe, ein Prozess“ (Decker 1997, S.554). Dabei soll Qualitätsmanagement Unterstützung leisten in der Definition, der kritischen

Beschreibung und Überprüfung von Versorgungsprozessen. Angestrebt wird damit u.a. auch der Vergleich von Zielsetzungen und Ergebnissen zwischen den Praxen. „Dieses Benchmarking ist eine praxiserprobte Methode, mit Hilfe eines formalisierten Vorgehens aus anderer Leute Erfahrung systematisch Nutzen zu ziehen“ (Hildebrand 1995).

In den 90er Jahren beschäftigte sich auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit dem Verfahren der Qualitätssicherung. Dies mündete 1993 in den „Richtlinien der KBV für Verfahren der Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 3 SGBV“, die u.a. „Qualitätszirkel“ und „Einzelfallüberprüfung“ definierten. Das Gesundheitsstrukturgesetz forderte 1994 darüber hinaus die Konstituierung von Arbeitsgemeinschaften zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin (Härter/Groß-Hardt 1999, S.58).

Die Schwierigkeiten in der Beurteilung von Qualität im Gesundheitswesen liegen in der Formalisierung der personenbezogenen Leistungen. Nach Donabedian kann man die Qualität der Gesundheitsversorgung in zwei sich gegenseitig bedingende Bereiche unterteilen: die technische Ebene und die Beziehungsebene (Bahrs et. al. 1994, S.46).

Der Epidemiologe van Eimeren fand eine noch prägnantere Formulierung: „Qualität ist das Erreichte im Verhältnis zum Machbaren, bezogen auf die Menge des Gewünschten“ (nach Bahrs 1994, S.45). Die Umsetzung solcher Sätze wird in der Praxis aber schnell schwierig, zum Beispiel in der Anwendung auf die Anpassung einer Methadondosis während einer laufenden Behandlung. Es fehlt ein stoffliches Substrat zur quantitativen Qualitätsmessung. Abgesehen vom Beispiel der Urinkontrollen, beeinflussen Anbieter und Hilfesuchende das Ergebnis in ihrer gegenseitigen Wechselwirkung. Aber auch das Beispiel der Urinkontrollen zeigt nur ein eindeutiges Resultat für eine gemessene Substanz, aber keinesfalls eine klare Korrelation zum Prozess der Behandlung. Arzt und Patient sind als Personen Teil des Prozesses, der nur in Surrogatparametern gemessen werden kann. „Bei den persönlichen, zwischenmenschlichen Diensten spielen die immateriellen Qualitätsmerkmale (z.B. Sympathie, Vertrauen, Zwischenmenschlichkeit) eine wichtige Rolle“ (Decker F. 1994, S.558).

Grundlagen eines Qualitätsmanagementsystems bilden definierte Kriterien und Standards. Sie beinhalten Maßstäbe zur Unterscheidung, um Strukturelemente und Arbeitsabläufe zu strukturieren und zu charakterisieren. Damit wird eine Überprüfung, selbst oder von außen, ermöglicht. Diese Kriterien liefern Vorgaben für Zielsetzung, Dokumentation und Evaluation.

Eine pragmatische Definition von Qualitätsmanagement stammt von Langnickel: „Die systematische Erfassung zwischen angestrebten und tatsächlichen Leistungsresultaten zu erfassen, Ursachen der Unterschiede zu analysieren und Verbesserungen einzuleiten“ (Langnickel 2000). In der Medizin gewährleistet also ein funktionierendes Qualitätsmanagement die laufende kritische Beurteilung des Alltagshandelns auf dem Hintergrund definierter Parameter.

Weithin akzeptiert ist der Vorschlag von Donabedian, Qualität nach den Dimensionen **Struktur**, **Prozess** und **Ergebnis** zu bewerten (Bahrs et. al 1994, S.46, Hervorhebungen im Original).

Grundlegende Kriterien zur Definition von Qualität in dieser Untersuchung sind die in den Richtlinien der Substitution von Seiten der Bundesärztekammer vorgegebenen Kriterien für Qualitätsentwicklung, welche im Folgenden den drei oben genannten Ebenen zugeordnet werden. „Die Einhaltung der Richtlinien der Bundesärztekammer hat für jeden Arzt einen hohen Verbindlichkeitscharakter“ (Flenker 2002, S. 195).

1.14.1 Strukturqualität

Strukturqualität definiert die Voraussetzungen zur Erbringung einer Leistung. Damit sind auch die äußeren ökonomischen und politischen Bedingungen gemeint, in denen ärztliche Tätigkeit stattfindet. In der vorliegenden Untersuchung unter anderem die folgenden Parameter: Praxisgröße, Ausstattung, die Qualifikation der PraxisinhaberInnen und der MitarbeiterInnen, sowie die speziellen Zulassungsvoraussetzungen durch die KV für eine Substitutionsbehandlung. Diese Anforderungen wurden wiederholt gesteigert und auch formalisiert. Im Bereich der KV Südwürttemberg wurde anfangs ein

eigener Weg eingeschlagen. Zuerst wurde eine kurze KV interne Weiterbildung von 8 Stunden vorausgesetzt. Als nächster Schritt wurde die Fachkunde Suchttherapie als Weiterbildungscurriculum angeboten, aber nicht vorausgesetzt. Seit der letzten Änderung der BTMVV ist eine neue Zulassungsvoraussetzung eingeführt: der Erwerb der „Fachkunde Suchtmedizin“, ein umfassendes Weiterbildungscurriculum mit 48 Std. Die Entscheidung über die Art der erforderlichen Weiterbildung wurde vom Gesetzgeber an die regionalen Ärztekammern delegiert. Die Kassenärztlichen Vereinigungen setzen seither keine zusätzlichen eigenen Qualifikationen voraus. Die Qualifikationen der HelferInnen werden nicht definiert. Zu diesem Aspekt wird derzeit eine weitere Untersuchung am Lehrbereich Allgemeinmedizin Tübingen durchgeführt (Lorenz pers. Mitteilung). Daneben fließen die technische Ausstattung einer Praxis (z.B. automatisiertes Methadondosiersystem), und auch die Qualität der Dokumentation in die Beurteilung der Strukturqualität ein.

1.14.2 Prozessqualität

Prozessqualität beschreibt das leistungserbringende Handeln, und erfasst Diagnostik und Therapie ebenso, wie die Inanspruchnahme von Maßnahmen. Die Evaluation erfasste die Frequenz der Kontakte, die Qualität der Kontakte und die Dauer der Behandlung als mögliche „Surrogatparameter“. Die Qualität der Kontakte wurde nach den Vorgaben des Abrechnungssystems differenziert. Allerdings ist der normative Einfluss eines Abrechnungssystems zu bedenken. Ein Abrechnungssystem wie der „Einheitliche Bewertungsmaßstab“ beeinflusst die Art und Menge der angebotenen ärztlichen Leistungen. Obwohl Leistungen der Substitution prinzipiell aus der „Budgetierung“ herausgenommen sind, ist die Anzahl eingehender Beratungen nach Ziffer 204 auf vier Beratungen pro Quartal limitiert. Auch die Anzahl der abzurechnenden Urin- und Alkoholkontrollen ist insgesamt begrenzt (EBM 2001 S. 82).

Für Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung und psychotherapeutischen Gespräche sind eigene Zulassungen erforderlich, und diese Leistungen sind nicht neben den Substitutionsleistungen abzurechnen.

1.14.3 Ergebnisqualität

Die Ergebnisqualität beschäftigt sich mit den Ergebnissen, also dem, was bei einer erbrachten Leistung entsteht. Damit wird die Durchführung einer ärztlichen Leistung (Diagnose, Therapie) nach den Vorschriften bzw. auf Basis der jeweiligen Richtlinien geprüft. Die Qualitäten der Substitutionsbehandlungen können als Erreichen der Therapieziele nur als Surrogatparameter ermittelt werden:

- **Verbesserung des Gesundheitszustands**, also Gewichtszunahme, Reduktion von Infekten, Verbesserung der Körperpflege
- **Fehlen von Beikonsum**, kein Nachweis von Drogen, Medikamenten und Alkohol in den unangesagten Urinkontrollen
- **zunehmende soziale Integration**, Entwicklung von szenefernen Beziehungen, Aufnahme von Arbeit, Verbesserung der Wohnsituation

Die ersten beiden Prüfungsfelder *Struktur- und Prozessqualität* waren Gegenstand der hier durchgeführten Untersuchung. Die Ergebnisqualität konnte nicht untersucht werden.

Strukturierte interne Handlungsabläufe stellen keine Selbstbeschäftigung dar, sondern sind die Voraussetzung für die Aufnahme von Substitutionsbehandlungen. Die Qualitätsgedanken fasst Gölz in eine für die tägliche Praxis pragmatische Forderung: „Die Schaffung eines therapeutischen Milieus ist ein wesentlicher Baustein für den Erfolg einer Substitutionstherapie. Eine therapeutisch wirksame Praxiskultur bedarf einer klaren Struktur auf zwei Ebenen: In der **Organisation** der Praxisabläufe und im **Verhaltensstil** der Mitarbeiter gegenüber den Substituierten“ (Gölz 1999, S.291, Hervorhebungen im Original).

1.15 Thesen

1. Durch die notwendigen Zugangsvoraussetzungen, wie Fachkunden und Weiterbildungen, besteht ein entsprechendes Fachwissen bei den behandelnden niedergelassenen AllgemeinärztInnen.
2. Voraussetzung, um die Behandlung von opiatabhängigen Menschen in einer hausärztlichen Praxis ermöglichen zu können, sind klare Handlungsabläufe und interne Regeln.
3. Die vorgegebenen Qualitätskriterien werden in den hausärztlichen Praxen weitgehend umgesetzt. Defizite können Anlass zur Änderung in der Praxis oder der Vorschriften sein.
4. Durch die Fülle der derzeit bestehenden Regelungen ist ein hoher Qualitätsstandard in den hausärztlichen Praxen bereits gegeben.
5. Mit der zunehmenden Ausdifferenzierung der Rahmenbedingungen entstand eine Ausdifferenzierung von Qualitätsmerkmalen, auch in den einzelnen Praxen.

Mit Hilfe eines Fragebogens sollen bei den substituierenden niedergelassenen ÄrztInnen in einem definierten Bezirk Angaben erfasst werden, die diese Thesen bestätigen.

2. Methoden und Vorgehensweisen

2.1 Erhebungskollektiv

Das Versorgungsgebiet der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Süd-Württemberg entspricht dem Zuständigkeitsgebiet des Regierungspräsidiums Tübingen. Hierzu gehören die Landkreise Alb – Donau - Kreis, Biberach, Bodenseekreis, Ravensburg, Reutlingen, Sigmaringen, Tübingen, Zollern-Albkreis und der Stadtkreis Ulm. Es liegen zwei Großstädte, Reutlingen und Ulm, im Versorgungsgebiet; weitgehend handelt es sich aber um eine ländlich strukturierte Region. Gegenstand der Untersuchung sind bewusst nicht Schwerpunktpraxen, sondern hausärztliche Praxen in der Flächenversorgung, in denen Substitutionsbehandlungen durchgeführt werden.

Als Stichpunkt der Untersuchung wurde der 1.7.2002 gewählt. Zu diesem Zeitpunkt wurde das bundesweite Substitutionsregister eingeführt. An der vertragsärztlichen Versorgung innerhalb der KV Südwestfalen nehmen ca. 2500 Ärzte teil, 155 ÄrztInnen besitzen die Qualifikation und Zulassung, um Methadonbehandlungen durchzuführen, nur 77 ÄrztInnen rechneten Behandlungen nach BUB Richtlinien ab, erfasst wurden dabei N=833 PatientInnen (pers. Mitteilung/Stand 3.12.2002).

Aus Datenschutzgründen konnten die Anschriften dieser Praxen leider nicht von der KV weitergegeben werden. Deshalb wurden alle Leiter der Methadonqualitätszirkel nach einer Teilnehmerliste gefragt oder angeschrieben, um die Mitglieder ihrer Qualitätszirkel um Mitarbeit zu bitten. Daneben wurde auf einer Fortbildungsveranstaltung um die Überlassung von Anschriften gebeten. Es gelang so die Adressen von 70 BehandlerInnen (90% der abrechnenden ÄrztInnen) zu ermitteln.



Abbildung 2: Darstellung des Gebiets der KV Südwürttemberg

2.2 Erhebung der Daten

Es wurden bisher zum Fragenkomplex „Struktur der Methadonbehandlung“ keine evaluierten Erhebungsinstrumente entwickelt, deshalb wurden die Daten an Hand eines ausgearbeiteten eigenen Fragebogens erhoben. Der Fragebogen wurde im Lehrbereich Allgemeinmedizin der Universität Tübingen in Zusammenarbeit mit dem Institut für medizinische Informationsverarbeitung der Universität Tübingen gleichzeitig im Zusammenhang mit der Entwicklung eines PatientInnenfragebogens entworfen.

Der Fragenkatalog bestand aus insgesamt acht Fragekomplexen mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten nach dem multiple choice Verfahren, und

einer abschließenden offenen Frage: „Ausblick“ – hier waren freie Antworten möglich.

2.2.1 Gliederung des Fragebogens (s. Anhang II, S. 116):

0. Praxisdaten
1. Modus der Indikationsstellung und Diagnostik
2. Modus der Ersteinstellung auf Methadon/L-Polamidon ®/DHC/Subutex®
3. Behandlungsregeln
4. Kommunikation
5. Qualitätszirkel
6. Probleme durch Substitutionsbehandlungen
7. Bürokratische Regelungen
8. Ausblick: Haben Sie weitere wichtige Anmerkungen und Anregungen zur Substitutionspraxis in Ihrer Praxis

Alle Praxen erhielten neben einem Fragebogen

- ein Anschreiben (s. Anhang I, S.113)
- einen neutralen Umschlag zur Einlage des Fragebogens
- einen frankierten, sowie adressierten Zweitumschlag für die Rücksendung an den Lehrbereich Allgemeinmedizin der Universität Tübingen.

Die Rücksendung der Fragebogen wurde nach dem Zwei-Umschlag-Verfahren durchgeführt, damit wurde die vollständige Anonymität der Befragung sicher gestellt. Die in den Richtlinien der Bundesärztekammer vorgegeben Regeln wurden im Fragebogen schrittweise abgefragt. Besonders sensible Bereiche,

wie Einstellphase und Umgang mit Beigebrauch, wurden in mehreren Teilschritten abgefragt.

- Lage und Größe der Praxis
- Organisationsstruktur der Praxis
- personelle Ausstattung
- Qualifikation der ArzthelferInnen
- Alter und Geschlecht PraxinhaberInnen
- Weiterbildung der PraxisinhaberInnen

Die Fragen unterscheiden sich nach der Diagnosesicherung der Opiatabhängigkeit, den Laboruntersuchungen und den durchgeführten klinischen Untersuchungen. Strukturhilfsmittel, Schweigepflichtsentbindungen, Patientenaufklärung, eingesetzte Leitlinien bildeten einen weiteren Fragekomplex. Es wurde nach Schwellen für einen Behandlungsbeginn und den Behandlungsbedingungen gefragt. Die Ersteinstellphase, Kontrollen auf Beigebrauch und der Umgang mit regelmäßigem Beigebrauch bildeten die anschließenden Fragen.

Im nächsten Schritt wurde eine weitere Differenzierung der Qualität der Beratungskontakte erfasst. Es wurde unterschieden nach

- Zahl der Arztkontakte
- ausführlichen Gesprächen analog Ziffer 204 EBM
- psychotherapeutischen Gesprächen
- Anzahl der Kontakte zu Angehörigen
- Anzahl der Kontakte zu den ArzthelferInnen der Praxen

Um eine weitere Differenzierung zu erreichen, wurde nach Gölz in eine Einstellphase, eine Arbeitsphase und eine Erhaltungsphase unterschieden (Gözl 1999).

Im letzten Teil wurde nach der Zusammenarbeit mit den Beratungsstellen, anderen Praxen und Qualitätszirkeln, sowie eventuell aufgetretenen Schwierigkeiten und Problemen gefragt. Im abschließenden Abschnitt des

Bogens war die Möglichkeit für freie, unstrukturierte Antworten vorgesehen. Der Fragebogen ist in voller Länge im Anhang dokumentiert.

2.3 Auswertung

Die Daten wurden zunächst als Basistabelle im Programm Microsoft Excel erfasst und mit Hilfe des Statistikprogramms JMP ausgewertet. Es wurden Verteilungen und Häufigkeiten erfasst und teilweise Korrelationen ermittelt.

3. Ergebnisse

Zur Auswertung gelangten 56 eingegangene von insgesamt 70 ausgesandten Fragebögen. Die Rücklaufquote betrug somit 80%. Die Zahl der Antworten zu den einzelnen Fragepunkten variiert, da nicht alle Bögen vollständig und verständlich ausgefüllt waren.

3.1 Praxisdaten

3.1.1 Praxislokalisierung

13 Praxen (23,2%) sind in einer Gemeinde unter 10.000 Einwohner gelegen, 10 Praxen (17,8%) liegen in einer Kleinstadt unter 20.000 Einwohner, 22 Praxen (39,2%) versorgen die Bewohner von Städten unter 100.00 Einwohnern, und nur 11 Praxen (19,6%) liegen in einer Großstadt mit mehr als 100.00 Einwohnern.

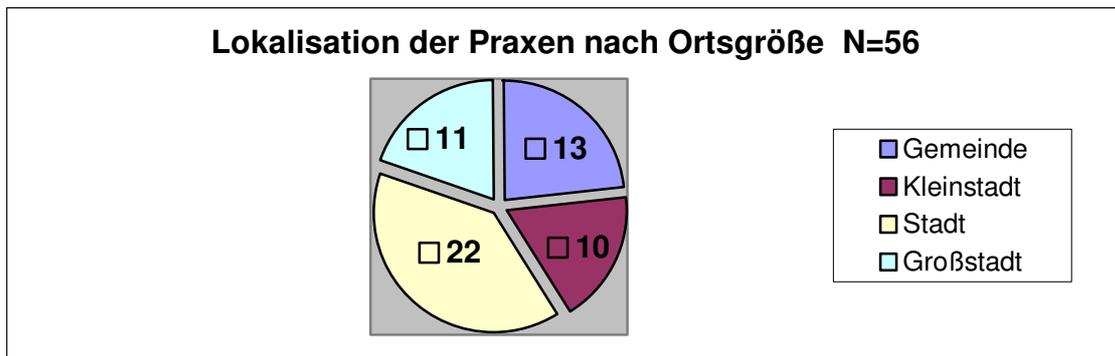


Abbildung 3: Verteilung der Praxen nach der Ortsgröße

3.1.2 Praxisgröße

Der hier zu Grunde gelegte Parameter war die Anzahl der abgerechneten Behandlungsfälle im Quartal.

Im Bereich unter 500 lagen 5 Praxen (8,9%), 25 Praxen (44,6%) lagen zwischen 501 und 1000 PatientInnen. Zwischen 1001 und 1500 lagen 18 Praxen (32,1%), 7 Praxen (12,5%) rechneten zwischen 1501 und 2000 Fälle ab, und 2 Praxen (3,5%) lagen bei den Gesamtfallzahlen über 2001 (N= 56).

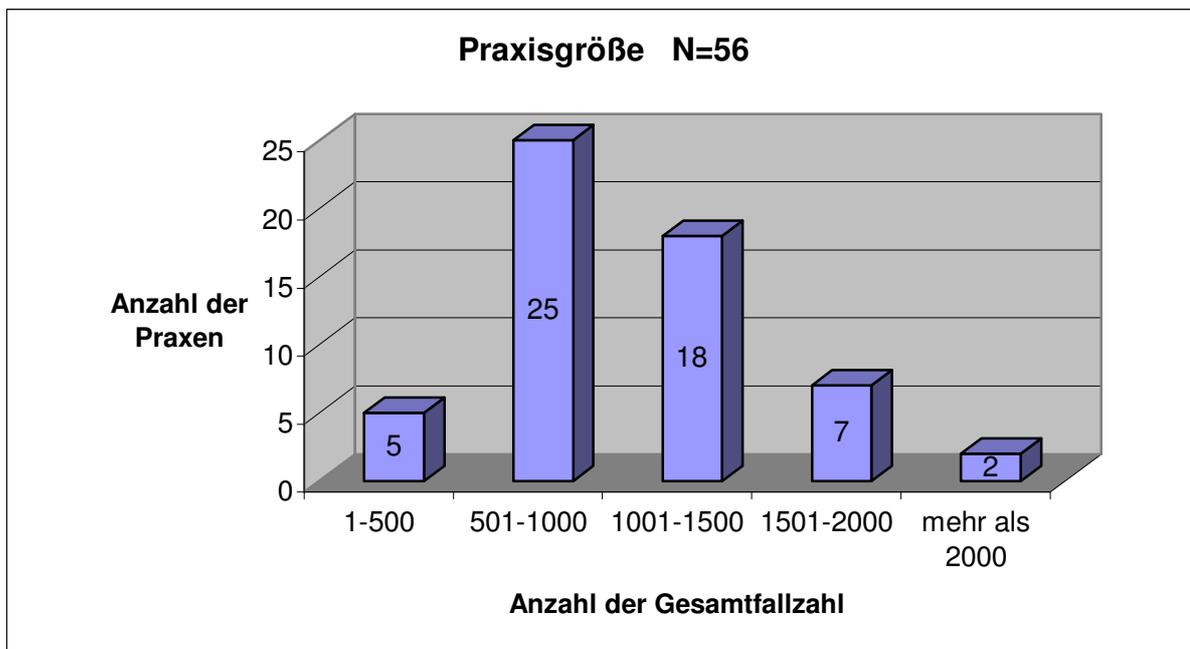


Abbildung 4: Praxisgröße nach der Anzahl der abgerechneten Krankenversicherungskarten

3.1.3 Praxisart

Praxen wurden gemäss ihrer Organisationsstruktur nach Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis und Praxisgemeinschaft unterschieden.

Es liegen Daten vor von 34 Einzelpraxen (61,8%), 4 Praxisgemeinschaften (7,2%) und die Bögen von 16 Gemeinschaftspraxen (30,2%) (N=54).

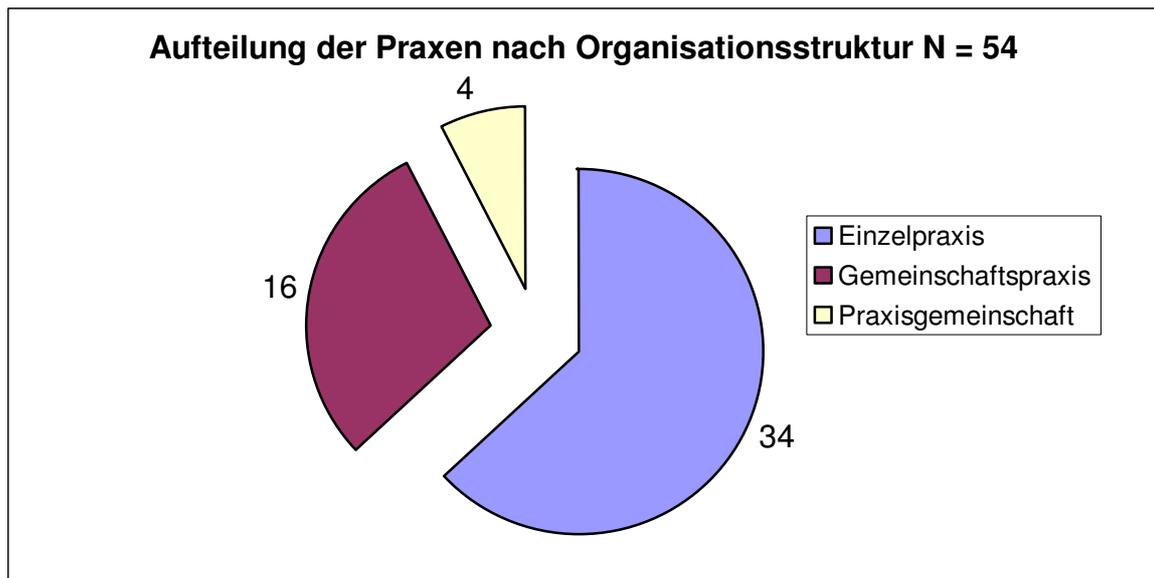


Abbildung 5 : Aufteilung der Praxen nach ihrer Organisationsstruktur

3.1.4 Beschäftigungsart der Arzthelferinnen

Hier wurde in den Kriterien Teil- und Ganztagsbeschäftigung differenziert. In sieben Praxen (12,9%) wurde keine Arzthelferin in Ganztagsanstellung beschäftigt.

In 24 Praxen (44,4 %) arbeitete eine Arzthelferin und in 11 Praxen (20,3%) 2 Arzthelferinnen in Vollzeit. 11 Praxen (20,3%) beschäftigen drei Arzthelferinnen in Vollzeit, in einer Praxis (1,8%) waren vier Mitarbeiterinnen in Vollzeit beschäftigt (N=54).

In 14 Praxen (25,4%) gab es keine Teilzeitangestellten, 7 Praxen (12,7 %) beschäftigten eine Teilzeitkraft, 18 Praxen (32,7%) hatten 2 Teilzeitkräfte, in 11 Praxen (20,0%) arbeiteten 3 Teilzeitkräfte, 3 Praxen (5,4%) verfügten über 4

Teilzeitmitarbeiterinnen, und 2 Praxen (3,6%) boten 6 Angestellten Teilzeitarbeitsplätze an (N= 55).

3.1.5 Qualifikation der Arzthelferinnen

Die Mitarbeiterinnen unterschieden sich nach ihrer Qualifikation in Fachhelferinnen, Arzthelferinnen oder ungelernte Mitarbeiterinnen.

Lediglich in 10 Praxen (18,2% N=54) arbeiteten bis zu 3 weitergebildete Fachhelferinnen. In 22 Praxen (41,4% N=53) wurden Lehrlinge ausgebildet, und in 19 Praxen (35,9% N= 53) wurden bis zu 5 ungelernte Mitarbeiterinnen beschäftigt.

3.1.6 Alter/Geschlecht der PraxisinhaberInnen

Das Durchschnittsalter der ÄrztInnen (N=50) beträgt 47,1 Jahre (Range 40 bis 64 Jahre). Die Geschlechtsverteilung der BehandlerInnen (N=55) zeigte 45 Männer (81,8%) und 10 Frauen (18,1%).

3.1.7 Facharztqualifikationen

Folgende Weiterbildungen der ÄrztInnen wurden angegeben: 10 ÄrztInnen (18,5%) waren FachärztInnen für Innere Medizin, 32 ÄrztInnen (59,6%) waren FachärztInnen für Allgemeinmedizin. Zwei KollegInnen gaben die Facharztweiterbildung Psychiatrie an, und in einem Fall wurde die Facharztqualifikation Gynäkologie angegeben. 7 ÄrztInnen (13,7%) hatten keine Facharztweiterbildung (N=51).

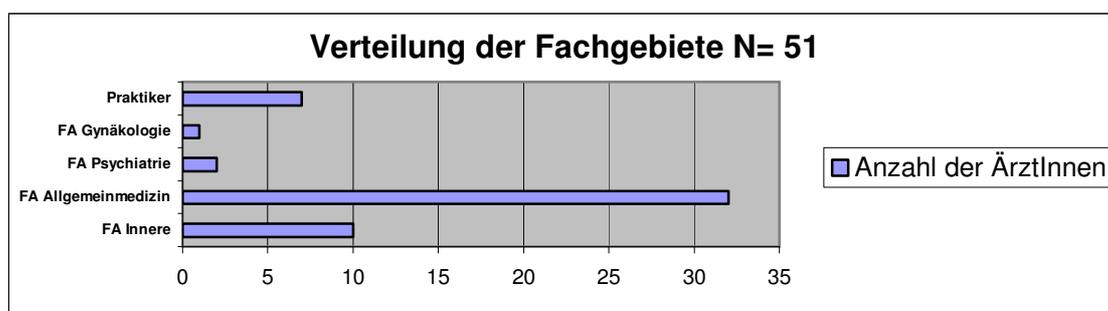


Abbildung 5: Weiterbildungs-/Facharztqualifikationen der ÄrztInnen

3.1.8 Zusatzbezeichnung der PraxisinhaberInnen

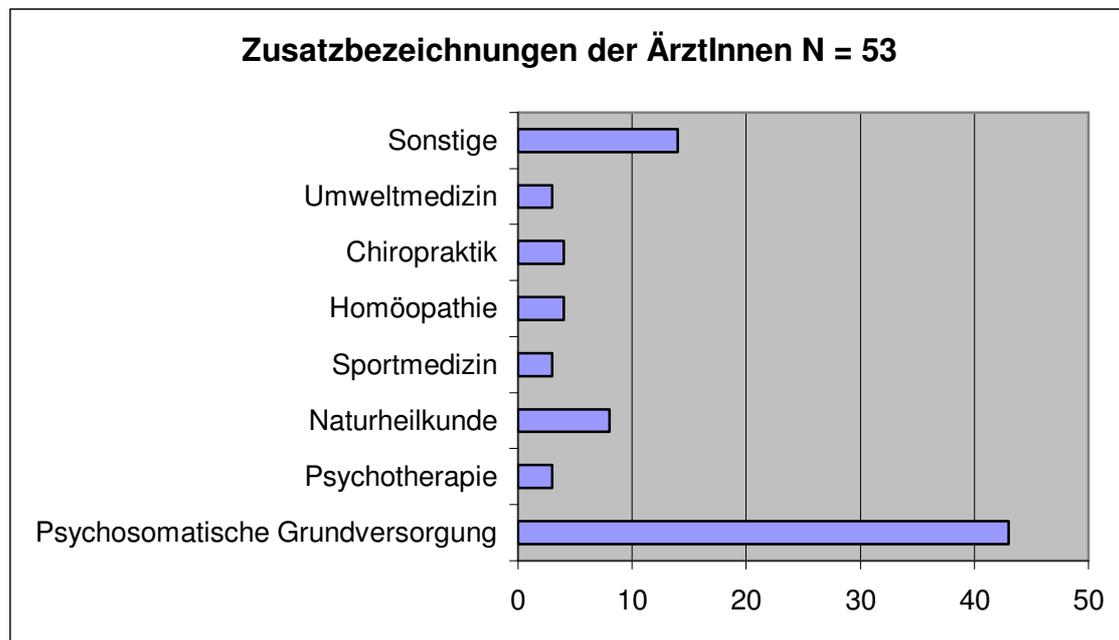


Abbildung 6: Zusatzbezeichnungen der ÄrztInnen (Mehrfachnennungen waren möglich)

3.1.9 Psychiatrische Weiterbildung und Balintgruppe

8 ÄrztInnen (15,1%) gaben an, eine psychiatrische Weiterbildung als Teil ihrer Weiterbildung absolviert zu haben (N=53).

30 der befragten PraxisinhaberInnen (53,5%) verfügten über Erfahrung in Balintgruppenarbeit (N=56).

3.1.10 Suchtmedizinische Zusatzqualifikation

27 der KollegInnen (52,9%) hatten die zuerst definierte Fachkunde Suchttherapie erworben (N=51), und 22 (44%) der ÄrztInnen die seit 1998 eingeführte Fachkunde Suchtmedizin (N=50).

3.1.11 Zeitraum des Erwerbs der Qualifikation zur Substitutionsbehandlung

Jahr	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2001	2002
Zahl der ÄrztInnen	1	1	2	4	5	2	6	5	1	6	1	4

Tabelle 3: Zeitpunkt des Erwerbs der Qualifikation für Substitutionsbehandlungen N=38

3.1.12 Beginn der Substitutionsbehandlungen

Jahr	72	84	85	88	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02
Zahl der Ärzte/Innen	1	1	1	1	2	1	2	7	2	2	5	5	8	10	1	1	1

Tabelle 4: Beginn mit Substitutionsbehandlungen N=51

3.2 Diagnosesicherung der Opiatabhängigkeit

Alle 56 (100%) ÄrztInnen führen eine suchtmmedizinische Anamneseerhebung durch (N=56).

In 49 Praxen (87%) wurden die PatientInnen auf frische Einstiche untersucht, und in 55 Praxen (98,2%) wurden Urinuntersuchungen auf Betäubungsmittel durchgeführt (N=56).

In 52 Praxen (92,8% N= 56) wurden Testkits zum Drogenscreening in der Praxis verwendet, 25 (47,1% N= 53) der ÄrztInnen ließen zusätzlich auch Urinuntersuchungen auf Drogen beim Laborarzt durchführen nach den Stoffen der Abbildung 7.

3.2.1 Untersuchte Stoffe in der diagnostischen Urinprobe

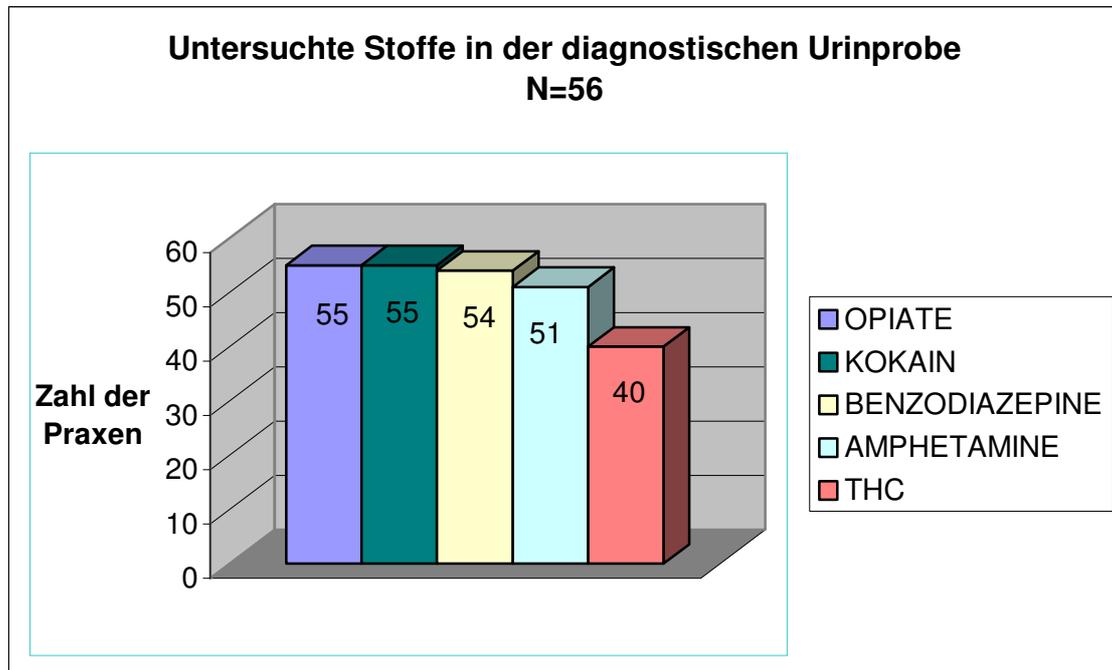


Abbildung 7: Untersuchte Drogen in der erstdiagnostischen Urinprobe

3.2.2 Alkoholuntersuchungen

In 12 Praxen (21,4 % N=56) erfolgten Alkoholkontrollen.

Bei der Aufschlüsselung gaben 4 Praxen (9,0%) Kontrollen auf Alkohol im Urin, 7 Praxen (15,5%) Alkoholkontrollen im Blut und 8 Praxen (17,7%) Atemalkoholtests an (N=45).

3.2.3 Laboruntersuchungen

In 48 Praxen (85,7%) wurden vor Beginn der Behandlung Laboruntersuchungen auf Blutparameter durchführt (N=56).

Leberprofile wurden von 49 Praxen (90,7%) erhoben, ein Blutbild von 46 Praxen (83,6%) erstellt (N=54). In 45 Praxen (81,8%) wurden Nierenparameter untersucht. Nach Entzündungsparametern untersuchten 41 Praxen (74,5%), 14 Praxen (26,4%) untersuchten den Gerinnungsstatus (N=55).

In 42 Praxen (80,7%) gehörte ein HIV-Antikörper-Test zum Untersuchungsprogramm, eine Lues-Serologie führten 11 Praxen (21,1%) durch (N=52).

44 Praxen (86,2 %, N= 51)) führten eine Hepatitisserologie durch, und in 7 Praxen (13,4% N= 52) wurden bei Frauen Schwangerschaftstests veranlasst.

In 5 Praxen (9,0%) gehörte ein Tine-Test zum Standarduntersuchungsprogramm (N=55).

3.2.4 Klinische Untersuchungen

Bei den klinischen Untersuchungen gaben 40 Praxen (74,4%) an, einen Ganzkörperstatus zu erheben (N=54).

2 Praxen (3,5%) gaben an, bei allen Frauen eine gynäkologische Untersuchung zu veranlassen.

17 Praxen (30,3%) überwiesen gelegentlich zur gynäkologischen Untersuchung, und 37 Praxen (66,0%) gaben an, nie eine derartige Untersuchung zu veranlassen (N= 56).

Bei 25 Praxen (47,1%, N= 53) gehörte eine EKG-Untersuchung zur Aufnahmeroutine.

18 Praxen (33,3% N=52) führten eine Abdomen- Sonografie durch, und 32 Praxen (57,1% N= 56) überprüften den Impfstatus der PatientInnen.

3.2.5 Strukturierte Hilfsmittel

43 Praxen (78,1%) gaben an, dass sie vorgefertigte Formulare und Hilfsmittel einsetzen.

Anamnesebögen werden in 16 Praxen (29,0%) eingesetzt, spezifische Dokumentationsbögen in 13 Praxen (23,6%) verwendet, Behandlungsverträge werden in 44 Praxen (80,0%) geschlossen, 37 Praxen (67,2%) händigen den PatientInnen auch eine Kopie des Behandlungsvertrags aus.

23 Praxen (41,8%) erstellen für ihre PatientInnen einen Behandlungsausweis (N=55).

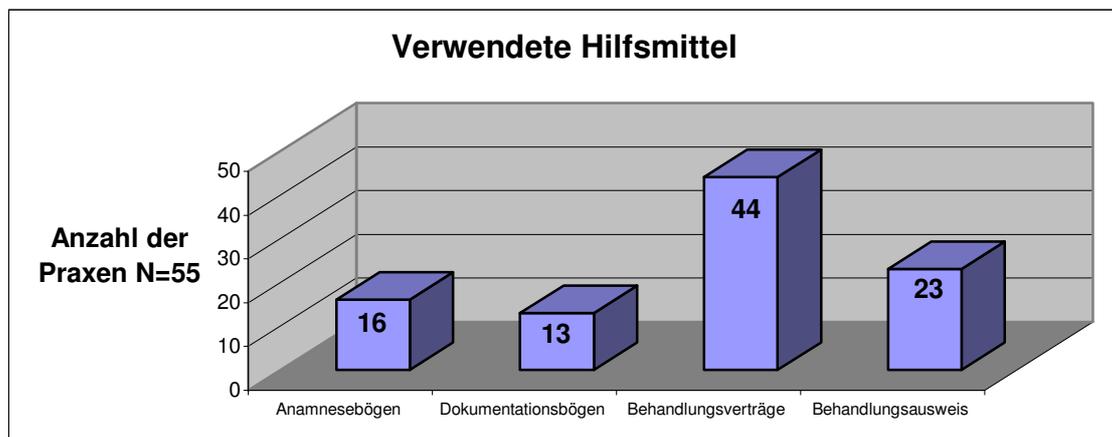


Abbildung 8: Verwendete Strukturhilfsmittel

3.2.6 Schweigepflichtentbindungen

In 40 Praxen (71,4%) enthalten die Vereinbarungen eine Aufhebung der ärztlichen Schweigepflicht (N=56).

Dabei gaben 11 Praxen (21,1% N= 52) eine Aufhebung der Schweigepflicht gegenüber der Apotheke, 31 Praxen (58,4 %, N=53) eine Aufhebung der Schweigepflicht gegenüber der psychosozialen Beratungsstelle, 16 Praxen (30,1%, N=53) eine Entbindung gegenüber der Bundesopiumstellen, und 34 Praxen (33,9%, N=53) eine Aufhebung der Schweigepflicht gegenüber der KV an.

3.2.7 Aufklärung über Nebenwirkungen

In 37 Praxen (69,6%) wird über die mögliche Fahruntüchtigkeit aufgeklärt, 35 Praxen (62,5%) dokumentieren das Aufklärungsgespräch schriftlich, und in 42 Praxen (75,0%) werden die PatientInnen ausdrücklich über die Toxizität der verwendeten Medikamente aufgeklärt (N=56).

3.2.8 Leitlinien, Qualitätssicherungsprojekte

Das Qualitätssicherungs-Projekt ASTO der Ärztekammer Westfalen Lippe ist 30 ÄrztInnen (53,5%) bekannt, 34 Praxen (61,82%) orientieren ihre eigenen Behandlungsstrategien an Leitlinien. Insgesamt wurden von den ÄrztInnen 11 ganz unterschiedliche Leitlinien genannt. Die am häufigsten genannten Leitlinien waren die Richtlinien der Bundesärztekammer. Oft genannt wurden auch die Richtlinien des eigenen Qualitätszirkels und die Methadonstandards von Bühringer et.al. (Bühringer et.al.1995).

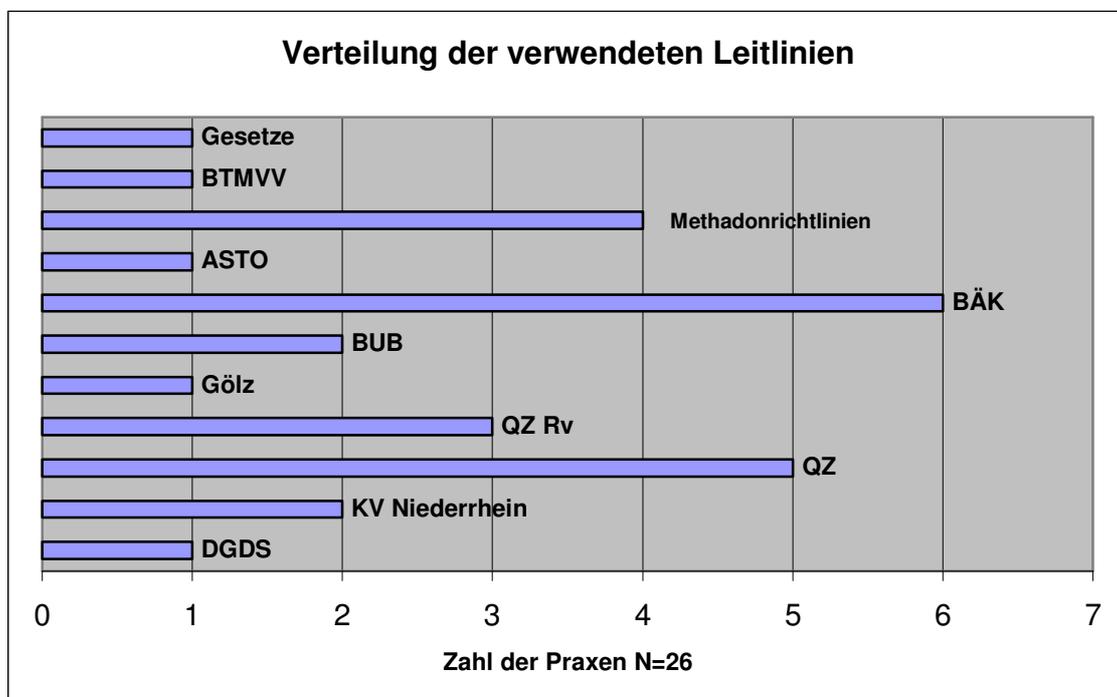


Abbildung 9: Angewandte Leitlinien

3.3 Behandlungsbeginn und Behandlungsbedingungen

3.3.1 Behandlungsbedingungen

In 36 Praxen (66,6%, N=54) wurde ein stabiler Kontakt zur psychosozialen Beratungsstelle als Vorbedingung für eine Behandlung genannt.

In 13 Praxen (25,0%, N=52) wird eine vorher versuchte Entgiftung als Bedingung für eine Substitution angegeben.

In 4 Praxen (7,8% N=51) wird eine durchgeführte und gescheiterte abstinenzorientierte Therapie vorausgesetzt.

7 BehandlerInnen (13,2%, N=53) setzen einen Arbeitsplatz für den Behandlungsbeginn voraus.

Die Möglichkeit, freie Antworten einzutragen, um weitere Behandlungsvoraussetzungen zu ermitteln, wurde von 11 KollegInnen (19,6%) genutzt. Dabei ergab sich ein ebenfalls sehr unterschiedliches und individuelles Bild: Zwei Praxen gaben Kooperationsfähigkeit als Voraussetzung an, daneben wurde jeweils einmal Alter, Intelligenz, individuelle Indikation, geklärtes Versicherungsverhältnis, Ausstieg, Motivation und längere Abhängigkeit genannt.

3.3.2 Vorgehen bei polyvalentem Drogengebrauch

Eine weitere Frage bezog sich auf das Problem der Polytoxikomanie, bei der vorausgesetzt wurde, dass der Gebrauch von Benzodiazepinen, Cocain, THC oder Alkohol in der ersten Urinscreening- Untersuchung gleichzeitig nachgewiesen werden konnte.

In 4 Praxen (7,4%) wurde dann keine Behandlung eingeleitet.

12 Praxen (22,2%) begannen eine Behandlung, wenn nur eine der vier Substanzen nachgewiesen wurde, 18 Praxen (33,3%) würden auch bei bis zu zwei nachgewiesenen Substanzen, und 20 Praxen (37,0%) auch bei mehr als zwei ermittelten Substanzen eine Behandlung beginnen (N=54).

3.3.3 Ersteinstellphase

12 Praxen (21,8%) setzten klinische Entzugssymptome immer voraus, 24 Praxen (43,6%) gelegentlich, und 19 Praxen (34,5%) antworteten mit der Angabe, dass Entzugssymptome nie bei einer Ersteinstellung zur Substitution vorausgesetzt werden (N=55).

Wegen der für nicht opiattolerante Menschen hohen Akuttoxizität von Methadon wurden die Erstdosen unterhalb eines Risikobereichs und im Risikobereich abgefragt. 38 Praxen (70,3%) verwenden Dosen bis 40 mg D,L- Methadon; 16 Praxen (29,6%) verwenden Dosen über 40mg D,L- Methadon für die Erstvergabe (N=54).

Die gleiche Fragestellung wurde für Buprenorphin (Subutex®) wiederholt. In 33 Praxen (70,2%) werden Dosen bis 8mg zur Ersteinstellung verwendet.

13 Praxen (27,6%) geben höhere Dosierungen als 8mg zur Ersteinstellung einer Substitution (N= 47).

Nur 5 Praxen (23,5%) gaben den Einsatz von DHC Präparaten für eine Ersteinstellung an, Dosierungen wurden in einem Bereich zwischen 30 mg und 75mg einer 1,5% Lösung angegeben (N=21).

3.3.4 Fraktionierte Vergaben der Erstdosis

Um die Abgabe sicherer zu machen und die Wirkung des Medikaments besser einschätzen zu können, besteht die Möglichkeit der fraktionierten Erstvergabe. 27 Praxen (50,0%) gaben an, die Erstdosis immer in Teilschritten abzugeben, 22 Praxen (40,7%) gaben gelegentliche Fraktionierung an, und 5 Praxen (9,2%) nutzten nie die Möglichkeit der geteilten Abgabe (N=54).

3.3.5 Klinische Kontrollen der Erstdosis

Auf die Frage nach dem ersten klinischen Kontrollpunkt nach der Erstvergabe gaben 7 Praxen (13,7%) 1 Stunde an, 9 Praxen (17,6%) 2-3 Stunden, 13 Praxen (25,4%) führen die Kontrolle nach 4-6 Stunden durch, 6 Praxen (11,7%) nach bis zu 12 Stunden, und 16 Praxen (31,3%) nach mehr als 12 Stunden (N=51).

3.4 Behandlungsregeln

3.4.1 Kontrollen auf Beigebruch

Es gaben 21 Praxen (42,0%) unregelmäßige Urinkontrollen an, 31 Praxen (62,0%) führen die Kontrollen einmal im Monat durch, 3 Praxen (6,0%) einmal im Quartal, und 13 Praxen (24,0%) orientieren sich bei der Häufigkeit der Urinkontrollen an klinischen Auffälligkeiten (N=50).

Nach Ablauf eines Behandlungsjahres geben noch 17 Praxen (34,0%) unregelmäßige Urinkontrollen an, 21 Praxen (42,0%) eine Kontrolle im Monat, 18 Praxen (29,6%) führen eine Kontrolle im Quartal durch, und 17 Praxen (31,4%) orientieren sich nur an klinischen Auffälligkeiten (N=50).

Bei der Sicherung der Identität der Urinkontrollen geben 24 Praxen (51,0% N=47) an, die Urinprobe müsse unter Sicht abgegeben werden. 47 Praxen (85,4%, N= 55) verwenden eine Temperaturkontrolle.

7 Praxen (12,9% N=20) geben unterschiedliche Kontrollmechanismen an, um mögliche Manipulationen der Urinprobe zu erkennen. Die Antworten waren: spezifisches Gewicht des Urins, Zuckermessung im Urin, Gegenkontrolle im Serum und Durchsuchung des Patienten auf mitgebrachte Proben.

Nur 7 Praxen (13,2%, N=53) geben eine Kontrolle auf Alkoholbeigebruch an, die Kontrollen erfolgen in allen 7 Praxen (18,4%, N=38) mit einem Alkoholatemtester, 2 Praxen (5,2%, N=38) geben die Durchführung einer Urinkontrolle auf Alkohol an, in 5 Praxen (12,8%, N=39) werden Blutproben zur Alkoholbestimmung durchgeführt.

3.4.2 Behandlungsregeln bei regelmäßigem Beigebrauch

Der regelmäßige Beigebrauch anderer Substanzen gefährdet den Therapieerfolg. Es wurde deshalb erfragt, ob die Praxen über feststehende Regeln bei regelmäßigem Beigebrauch verfügen.

41 Praxen (78,8%) geben an, über klare Regeln bei diesem Problem zu verfügen (N=52).

39 Praxen (76,4%) intensivieren die Beratung, 35 Praxen (68,2%) passen die Dosierung an, und 39 Praxen (76,4%) schlagen eine Teilentgiftung vor (N=51).

3.4.3 Frequenz der ärztlichen Beratung pro Woche

Es wurden 49 Fragebögen zu diesem Punkt beantwortet, aber 16 (32,6%) der ausgefüllten Bögen waren nicht zu allen Unterpunkten auswertbar.

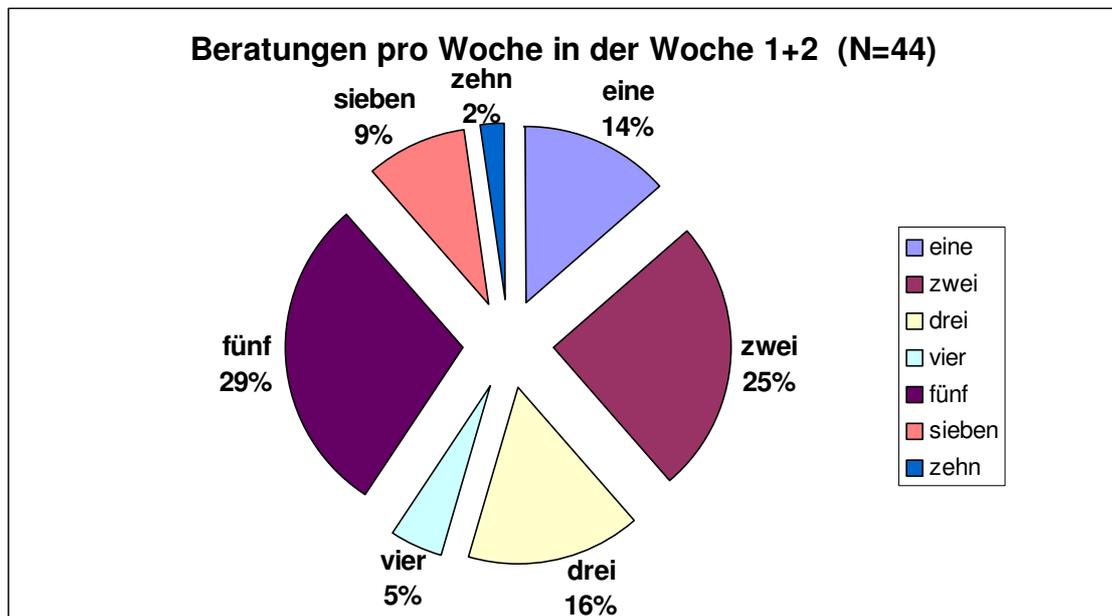


Abbildung 10: Anzahl der ärztlichen Beratungen pro Woche in der 1. und 2. Behandlungswoche einer Substitution

Nach einem Monat Behandlung zeigte sich eine leichte Reduktion der Beratungsfrequenz, der Schwerpunkt lag nun bei einer Beratung pro Woche (12 Praxen 30 %), und weiterhin bei 5 Beratungen pro Woche (11 Praxen 28%).

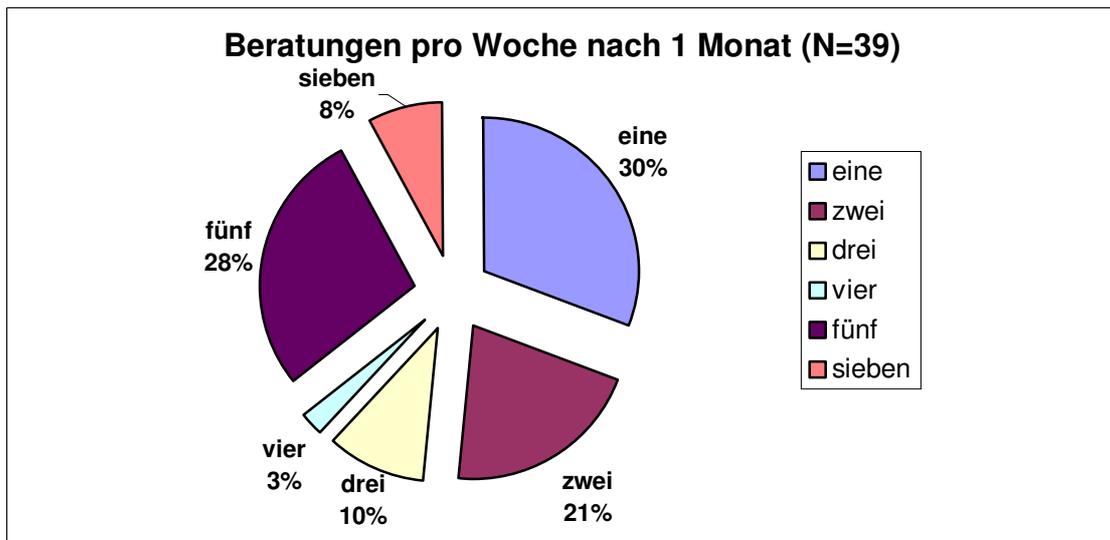


Abbildung 11: Anzahl der ärztlichen Beratungen pro Woche nach 1 Behandlungsmonat

Nach 3 Monaten zeigt sich insgesamt ein weiterer Rückgang der Beratungsfrequenz in einer Woche, allerdings besteht immer noch ein deutlicher Schwerpunkt bei 5 Beratungen pro Woche (8 Praxen 22%).

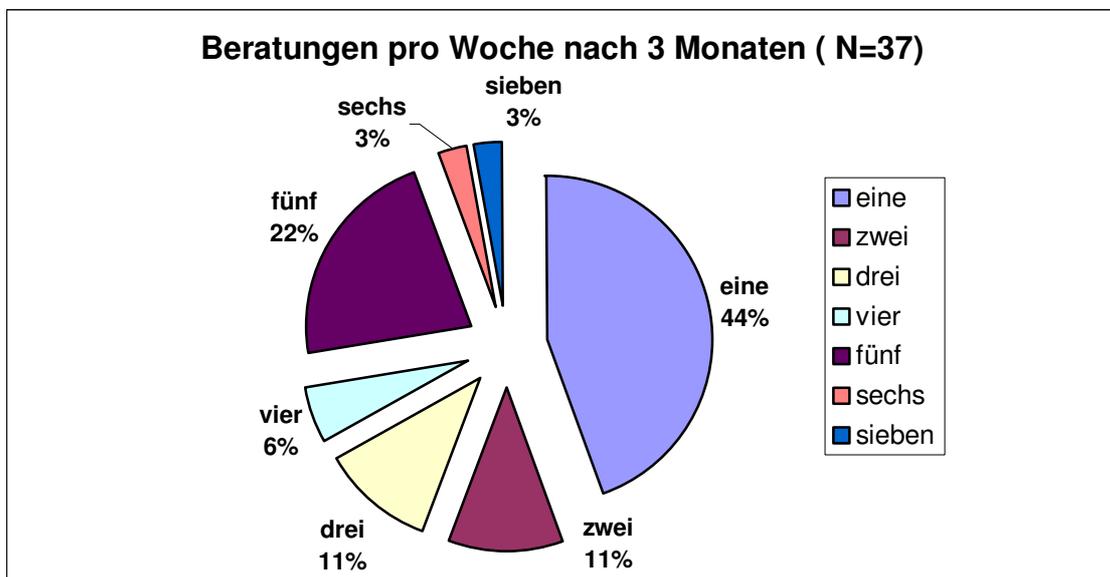


Abbildung 12: Anzahl der ärztlichen Beratungen/Woche nach 3 Behandlungsmonaten einer Substitution

Das Ergebnis nach 6 Monaten zeigt fast gleiche Zahlen, die Zahl der Praxen mit einer Beratung in der Woche (16 Praxen 44%) bleibt unverändert, ebenfalls die

Zahl der Praxen mit 5 Beratungen in der Woche(8 Praxen 17,7%). Eine Praxis gibt zehn Beratungen pro Woche an.

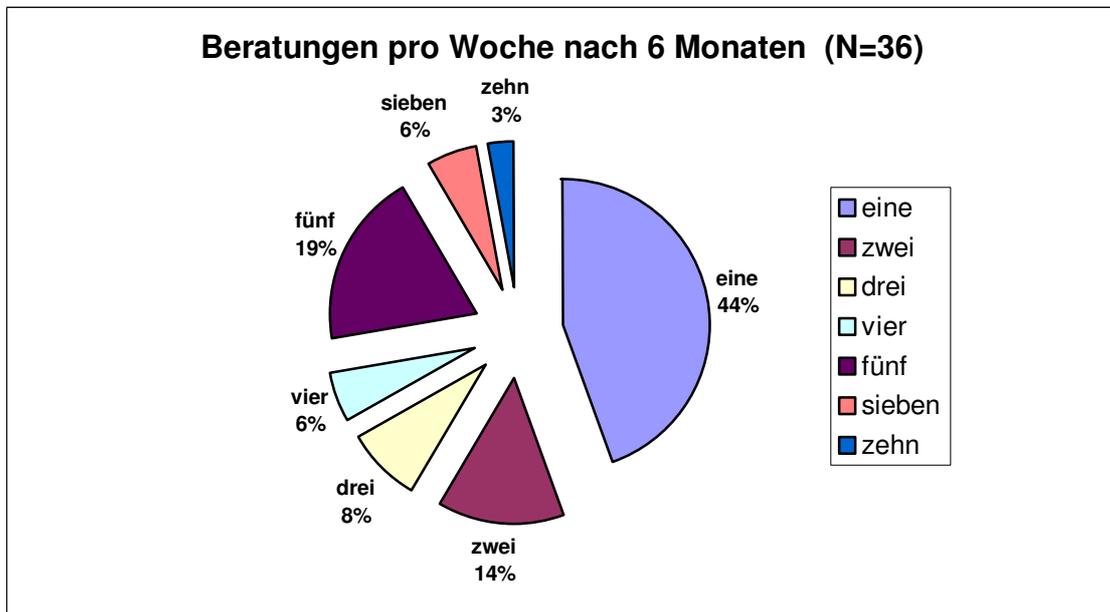


Abbildung 13: Anzahl der ärztlichen Beratungen pro Woche nach 6 Behandlungsmonaten einer Substitution

3.4.4 Anzahl der Arztkontakte im Quartal erfasst nach Behandlungsphasen

Die Antworten zeigten einen sehr unterschiedlichen Aufbau der Behandlungen, die Anzahl der Kontakte in der Einstellphase weist eine große Schwankungsbreite auf. Die Anzahl der Arztkontakte schwankte zwischen 4 Kontakten (3 Praxen, 6,1%) und 84 Kontakten (5 Praxen, 10,2 %).

In der Arbeitsphase wurden in 2 Praxen (4,4%) Arztkontakte gar nicht angegeben, 2 Praxen (4,4%) gaben 84 Arztkontakte im Quartal an, damit ist eine tägliche Abgabe abgedeckt. In diesem Spektrum bewegten sich die übrigen Angaben, es gab erwartungsgemäß eine Reduktion der Frequenz.

In der Erhaltungsphase wurden in einer Praxis (2,0%) weiterhin keine Arztkontakte angegeben, eine Praxis (2,0%) gibt 84 Kontakte an. Es bildet sich ein klarer Schwerpunkt bei 12 Kontakten pro Quartal, entsprechend einer Konsultation in der Woche, welche in 22 Praxen (45,8%) stattfindet; drei Praxen

geben häufigere Kontakte an, die übrigen Praxen nennen Zahlen zwischen 2 und 10 Kontakten im Quartal (N=48).

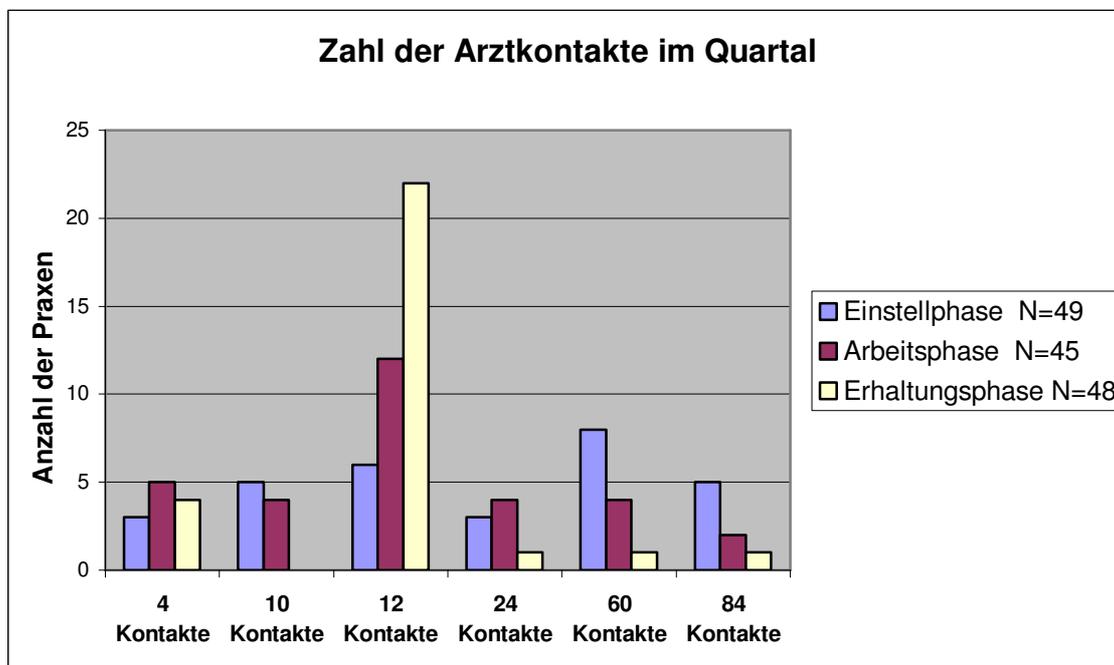


Abbildung 14: Häufig genannte Angaben zur Frequenz der Arztkontakte pro Quartal gegliedert nach Behandlungsphasen

3.4.5 Gespräche nach Ziffer 204 EBM

Es zeigte sich der Schwerpunkt in allen drei Phasen bei 4 Gesprächen im Quartal in 16 Praxen (35,5%). Die Angaben schwankten zwischen keinem Gespräch (2 Praxen 4,4%) und 24 Gesprächen (3 Praxen 6,6%). In der Grafik wurden alle Angaben, welche von mehr als einer Praxis gemacht wurden aufgenommen (N= 45).

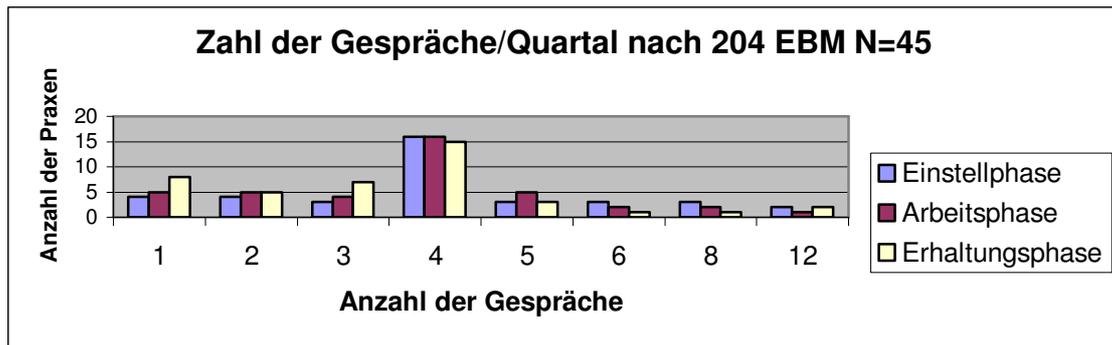


Abbildung 15: Zahl der ärztlichen Gespräche nach Ziffer 204/Quartal gegliedert nach Behandlungsphasen

3.4.6 Psychotherapeutische Gespräche

Auch bei den psychotherapeutischen Gesprächen zeigte sich ein weites Spannungsfeld der Angaben. Diese schwankten in der Einstellphase zwischen keinem Gespräch (8 Praxen, 18,1%) und 24 Gesprächen (1 Praxis 2,2%). Insgesamt 9 Praxen (20,9%) gaben an, in der Arbeitsphase keine psychotherapeutischen Gespräche zu führen. Im Vergleich zur Einstellphase blieb die Anzahl der psychotherapeutischen Gespräche in den übrigen Praxen nahezu unverändert.

Auch in der Erhaltungsphase ist die Zahl der psychotherapeutischen Gespräche rückläufig. 10 Praxen (23,2%) führen keine derartigen Gespräche, eine Praxis (2,3%) führt 12 Gespräche im Quartal.

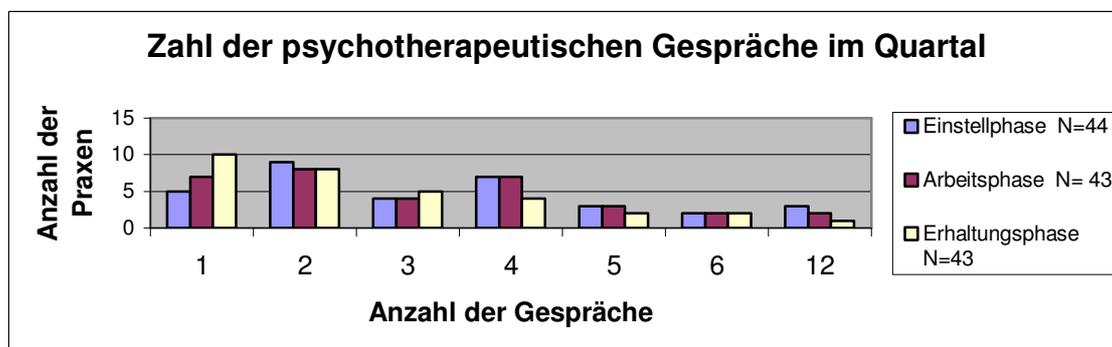


Abbildung 16: Häufig genannte Frequenzen für Abbildung psychotherapeutische Gespräche pro Quartal gegliedert nach Behandlungsphasen

3.4.7 Gespräche mit Angehörigen

Während der Einstellphase fanden in 13 Praxen (30,2%) keine Gespräche mit Angehörigen statt, in einer Praxis wurden 60 Gespräche mit Angehörigen im Quartal angegeben. Hier dürfte ein Schreibfehler vorliegen, Rückfragen waren bei der anonymisierten Befragung nicht möglich.

In der Arbeitsphase nahm die Zahl der Angehörigengesprächen ab. In 13 Praxen (35,1%) wurden weiterhin keine Gespräche mit Angehörigen geführt, eine Praxis (2,7%) gab erneut 60 Gespräche mit Angehörigen im Quartal an, diese Angabe wurde nicht weiter verarbeitet.

Die Zahl der Praxen ohne Gespräche mit Angehörigen nahm in der Erhaltungsphase weiter zu. 22 Praxen (55%) führten keine Gespräche mit Angehörigen.

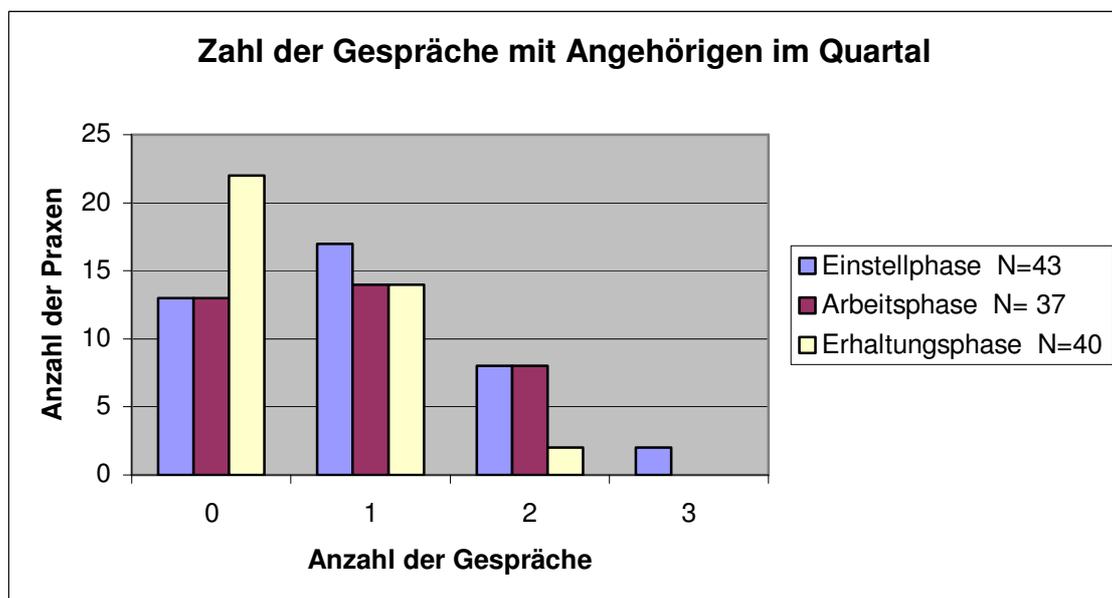


Abbildung 17: Anzahl der Gespräche mit Angehörigen pro Quartal gegliedert nach Behandlungsphasen

3.4.8 Kontakte des Patienten zu den ArzthelferInnen

5 Praxen (11,3%) gaben keine Patientenkontakte in der Einstellphase mit den HelferInnen an, in 5 weiteren Praxen (11,3%) werden dagegen 84 solcher Kontakte im Quartal dokumentiert.

Bei der Frage nach Kontakten mit den HelferInnen gaben in der Arbeitsphase 9 Praxen (21,9%) keine Kontakte an, nur noch 3 Praxen (7,3%) gaben 84 Kontakte im Quartal an. Am häufigsten wurden von 14 Praxen (31,8%) 60 Kontakte im Quartal genannt (N=44).

Die Kontakte mit den ArzthelferInnen zeigen auch in der Erhaltungsphase eine Spannweite zwischen keinen Kontakten in 6 Praxen (14,6%) und 60 Kontakten in 5 Praxen (12,1%). Es bilden sich zwei Schwerpunkte bei 12 Kontakten in 8 Praxen (19,5%) und 20 Kontakten in 5 Praxen (12,1%) (N=41).

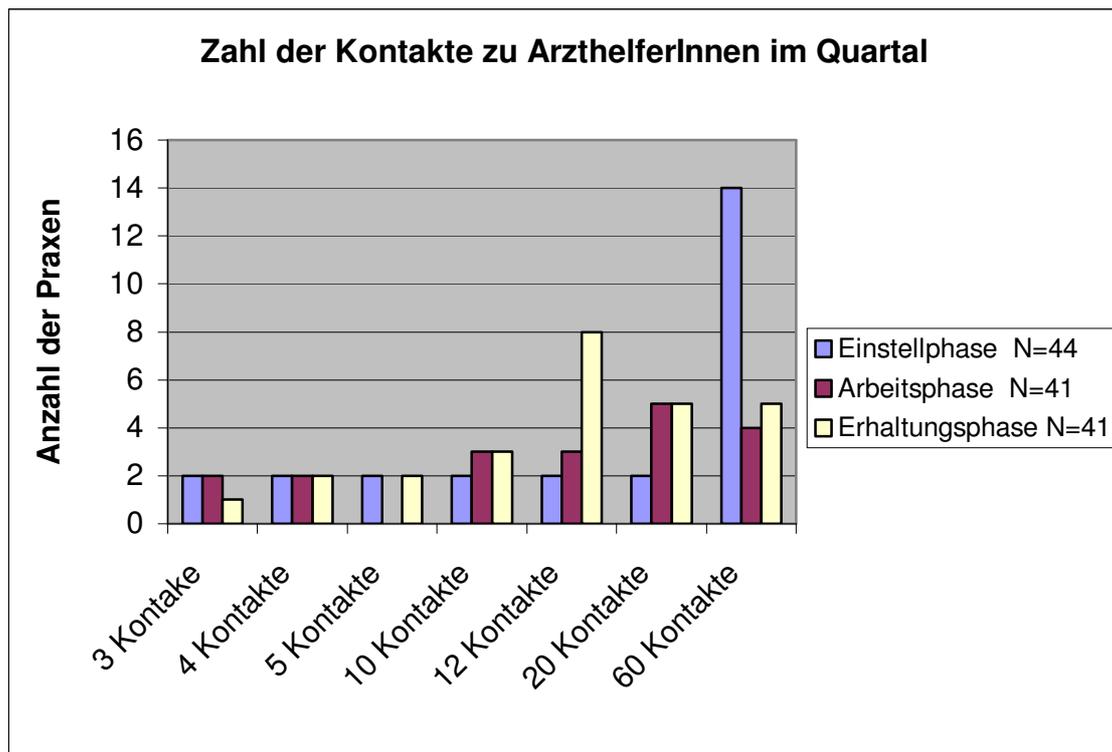


Abbildung 18: Anzahl der Kontakte zu ArzthelferInnen pro Quartal gegliedert nach Behandlungsphasen

3.5 Kommunikation

3.5.1 Zusammenarbeit mit externen Ausgabestellen

Ein großer Anteil der Praxen gab die Zusammenarbeit mit einer externen Ausgabestelle, meistens Apotheken, an. 45 Praxen (83,3%, N=54) arbeiten mit einer externen Ausgabestelle zusammen.

Dabei arbeiten 37 Praxen (68,5%) nur mit einer Apotheke, 26 Praxen (48,1%) mit mehreren Apotheken, nur 4 Praxen (7,4%) mit einer Sozialstation, und 13 Praxen (24,0%) mit anderen nicht weiter differenzierten Ausgabestellen zusammen. Mehrfachnennungen waren möglich.

Ausgabestellen	Apotheke	Mehrere Apotheken	Sozialstation	Andere Ausgabestellen
Anzahl der Praxen (N=53)	38,0	26,0	4,0	13,0
Verteilung in %	71,6	49,0	7,5	24,5

Tabelle 5: Zusammenarbeit mit externen Ausgabestellen

Die Beweggründe für die Zusammenarbeit mit einer externen Ausgabestelle wurde in drei Kategorien erfasst. 42 Praxen (82,3%) gaben als Begründung die Wochenendvergabe an, 33 Praxen (64,7%) gaben Urlaub, und 25 Praxen (49,0%) nannten andere Gründe, z.B. Wohnortnähe. Auch hier waren Mehrfachnennungen möglich.

Gründe für externe Ausgabe	Wochenende	Urlaub	Andere Gründe, z.B. Wohnortnähe
Anzahl der Praxen (N=51)	42,0	33,0	25,0
Verteilung in %	82,3	64,7	49,0

Tabelle 6: Gründe für die externe Ausgabe

3.5.2 Wochenendvergabe

Die anschließende Fragegruppe stellte Fragen nach der Organisation der Wochenendvergaben. 23 Praxen (41,0%) organisieren die Vergabe am Wochenende über die Apotheke, 4 Praxen (7,1%) arbeiten mit dem Notdienst der KV zusammen, 26 Praxen (46,4%) übernehmen die Ausgabe selbst. In 12 Praxen (21,4%) wird eine spezielle Methadonabgabe am Wochenende (Methadondienst) organisiert, und 39 Praxen (70,9%) verwenden am Wochenende eine Take-home-Regelung. Hier waren ebenfalls Mehrfachnennungen möglich.

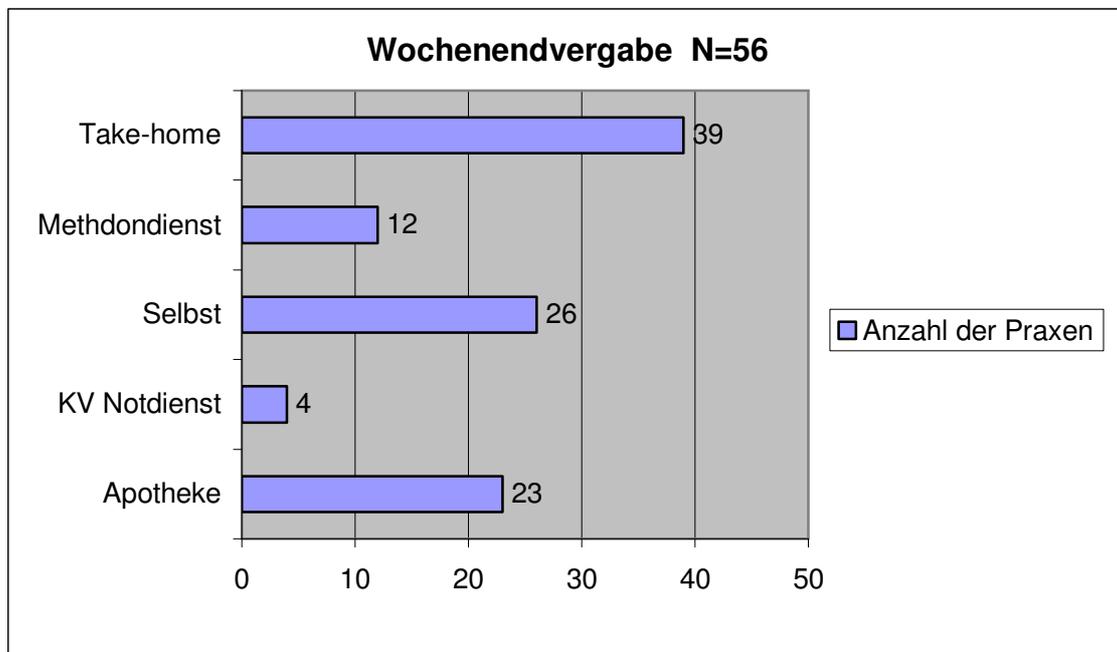


Abbildung 19: Verteilung der Orte der Wochenendvergabe

3.5.3 Kommunikation mit externen Ausgabestellen

Die Kommunikationswege mit den externen Ausgabestellen verlaufen durch telefonische Kontakte in 18 Praxen (40,0%) vor jeder Ausgabe, in 14 Praxen (31,1%) nur bei Dosisänderungen.

In 11 Praxen (24,4%) findet selten ein telefonischer Kontakt statt (N=45).

Durch eine schriftliche Fax- Nachricht kommunizieren 15 Praxen (34,8%) immer mit den Ausgabestellen, 8 Praxen (18,6%) nur bei Dosisänderungen. 14 Praxen (32,5%) benutzen selten ein Faxgerät (N=43).

Durch Einträge in den Behandlungsausweis kommunizieren 21 Praxen (41,1%, N=51).

Sonstige Kommunikationswege geben 2 Praxen (9.0%, N=22) an. Dabei werden persönliche Kontakte hergestellt.

3.5.4 Kommunikation mit den Beratungsstellen

Den regelmäßigen Kontakt zu den psychosozialen Beratungsstellen halten von den befragten Praxen 48 Praxen (87,2%, N=55).

Auf die Nachfrage nach der Art der Kontakte gaben 27 Praxen (48,2%) eine Kontaktaufnahme vor Einleitung der Substitutionsbehandlung an, 28 Praxen (50,9%) erst nach Einleitung der Behandlung. 18 Praxen (32,1%) halten im Verlauf der Substitutionsbehandlungen weiterhin regelmäßig einmal im Monat Kontakt zu den Beratungsstellen, 9 Praxen (16,7%) einmal im Quartal, 4 Praxen (7,4%) gaben seltene Kontakte an, und 28 Praxen (50,0%) stellen den Kontakt nur bei Bedarf her (N=55).

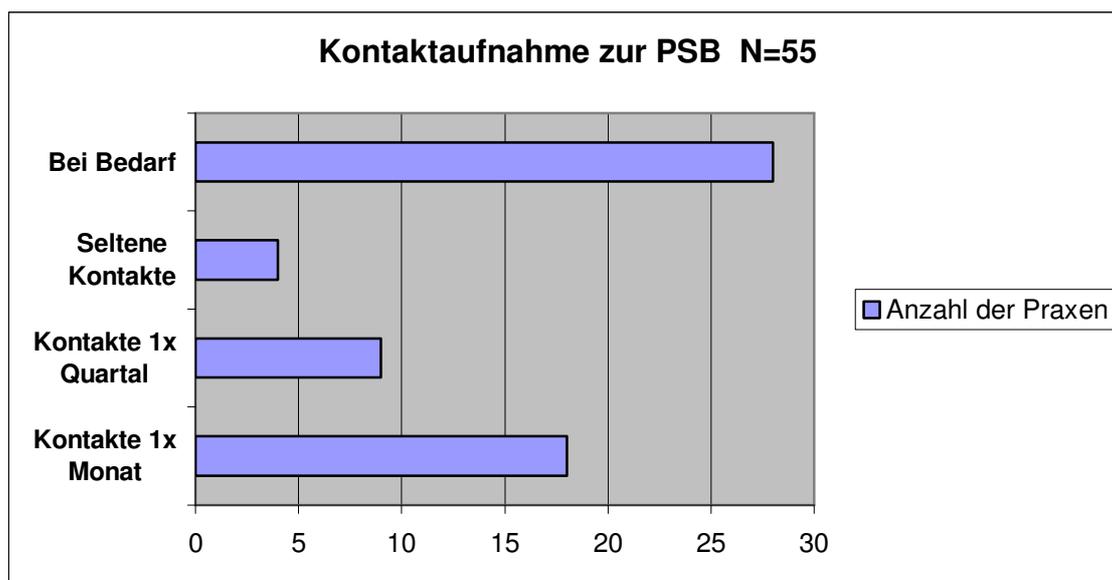


Abbildung 20: Häufigkeit der Kontakte mit den Beratungsstellen

3.6 Qualitätszirkel

3.6.1 Beginn der Mitarbeit in einem Qualitätszirkel

Die ersten ÄrztInnen nehmen seit 1990 an einem QZ teil. Die Frage nach dem Beginn der QZ- Arbeit ergab folgende Verteilung :

Beginn	90	91	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02
Anzahl der Praxen (N=49)	2	2	2	4	4	4	3	7	7	7	5	1

Tabelle 7: Beginn der Mitarbeit in einem Qualitätszirkel/Jahr

3.6.2 Häufigkeit der Qualitätszirkel

22 Praxen (41,5%) berichteten über Treffen einmal im Quartal, 14 Praxen berichten, der Qualitätszirkel (26,4%) tage zweimal im Quartal, und 13 Praxen (24,5%) trafen sich monatlich zum Qualitätszirkel.

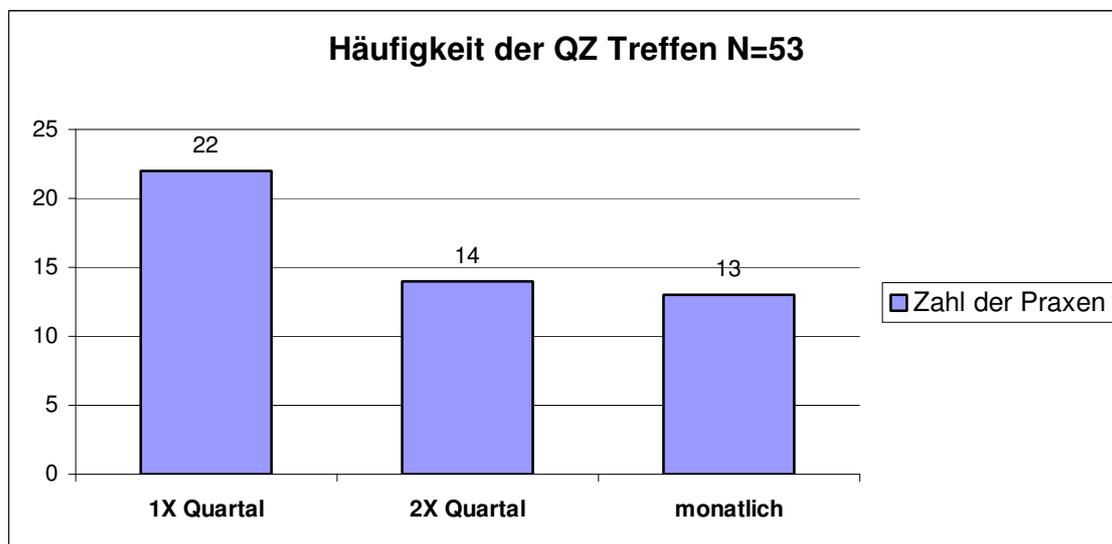


Abbildung 21: Häufigkeit der Treffen der Qualitätszirkel

3.6.3 Teilnahme der Qualitätszirkel

29 Praxen (54,7%) nehmen immer an den Sitzungen des Qualitätszirkels teil, 17 ÄrztInnen (32,0%) antworteten mit der Einschätzung häufig, und 7 Praxen (13,2%) nahmen nur selten am Qualitätszirkel teil.

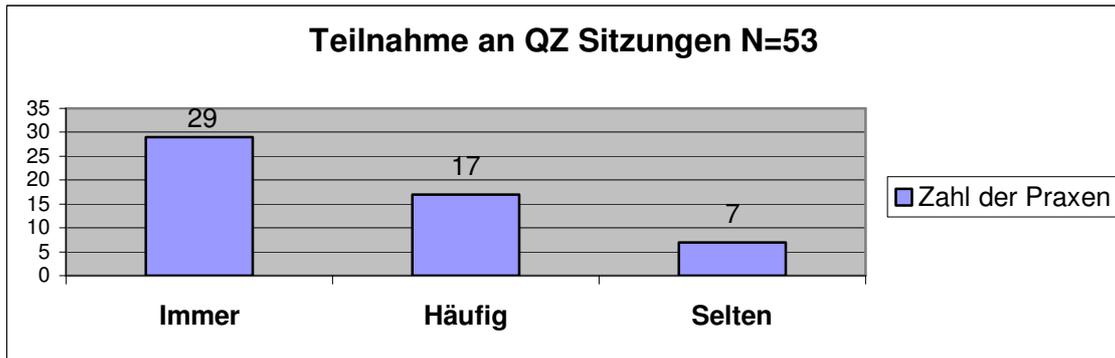


Abbildung 22: Häufigkeit der Teilnahme am Qualitätszirkel

3.6.4 Anerkennung der Qualitätszirkel durch die Ärztekammer

Die Anerkennung durch die Gremien der Ärztekammern ist bei 47 Praxen (94%) erfüllt, 3 Praxen (6%) geben keine Anerkennung an (N=50).

3.6.5 Dauer des Qualitätszirkels

1 Praxis (1,9%) gab als Dauer bis zu einer Stunde an, 31 Praxen (60,8%) diskutierten 2 Stunden, und 19 Praxen (37,3%) tagten länger als 2 Stunden.

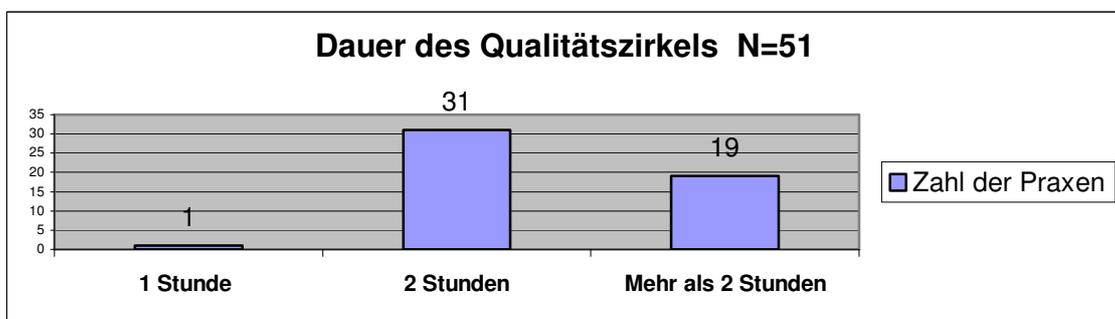


Abbildung 23: Dauer der Sitzungen des Qualitätszirkels

3.6.6 Inhaltliche Struktur der Qualitätszirkel

Die Qualitätszirkelarbeit wurde nach Fallbesprechungen, Fortbildung und Supervision unterschieden.

35 Praxen (67,3%) gaben an, dass in ihrem QZ immer Fallbesprechungen erfolgen, 1 Praxis (1,9%) nahm nie an Fallbesprechungen teil, und 16 Praxen (30,7%) nahmen gelegentlich an Fallbesprechungen teil (N=52).

Fortbildung wurde von 22 Praxen (42,3%) als regelmäßiger Themenpunkt im QZ angegeben, 1 Praxis (1,9%) nahm nie an Fortbildungen im QZ teil. und 29 (55,7%) Praxen beschäftigten sich gelegentlich mit Fortbildungsthemen im Qualitätszirkel (N=52).

Kollegiale Supervision wurde von 9 Praxen (17,3%) als regelmäßiger Inhalt von QZ benannt, 4 Praxen (7,6%) gaben an, nie Supervision in QZ durchzuführen, und 39 Praxen (75,0%) benannten Supervision als gelegentliche Arbeitsform (N=52).

Die Klärung von Formalitäten wurde von 24 Praxen (46,1%) immer auf der Tagesordnung der QZ gesehen, 2 Praxen (3,8%) gaben an, dass die Klärung von Formalien nie Bestandteil des QZ sei und 26 Praxen (50,0%) gaben an, dass gelegentlich Formales geklärt wird (N= 52).

Statistische Erhebungen über die Qualität der durchgeführten Substitutionen gaben 16 Praxen (32,6%, N= 52) als Thema in Ihrem QZ an.

3.6.7 Sonstige Mitglieder der Qualitätszirkel

Die TeilnehmerInnen an den Qualitätszirkeln repräsentieren das multiprofessionelle Spektrum der Suchthilfe.

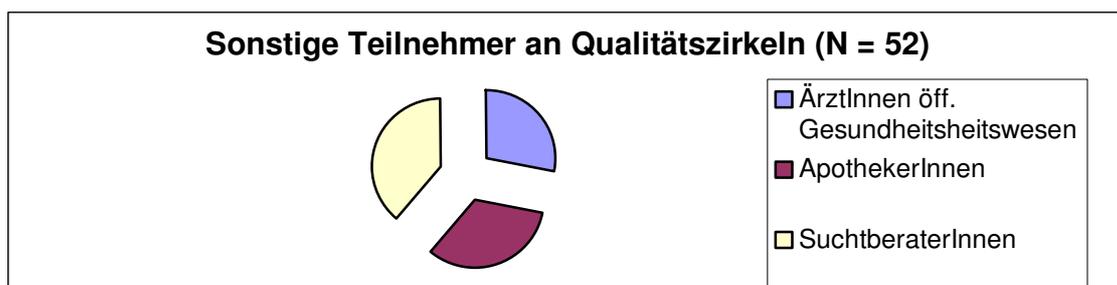


Abbildung 24: Sonstige Teilnehmer an Qualitätszirkeln

3.6.8 Erfahrungen mit den Qualitätszirkeln

35 (66%) Praxen halten Qualitätszirkel für unabdingbar, 11 (20,7%) Praxen für relativ wichtig, 5 (9,4%) Praxen für wichtig, und jeweils 1 Praxis (1,9%) für weniger wichtig bzw. überflüssig.

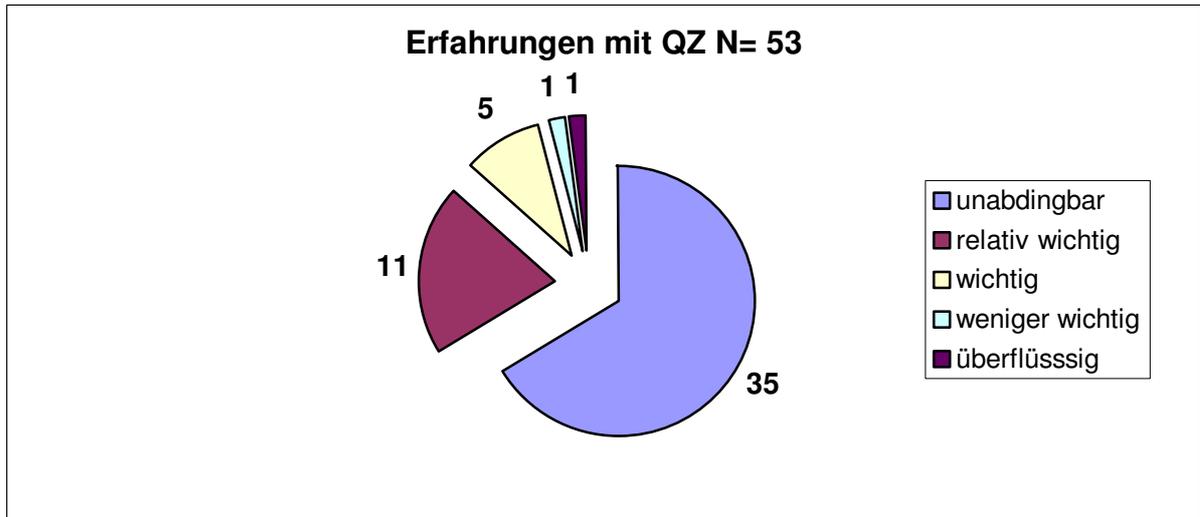


Abbildung 25: Einschätzung der Wertigkeit der Qualitätszirkelarbeit durch die Teilnehmer

3.6.9 Veränderung der Motivation durch Qualitätszirkel

27 Praxen (52,9%) fanden die Qualitätszirkel motivationssteigernd, 25 Praxen (49,0%) anregend, 5 Praxen (9,8%) wenig motivierend, und 2 Praxen (3,9%) fühlten sich durch die Qualitätszirkelarbeit demotiviert.

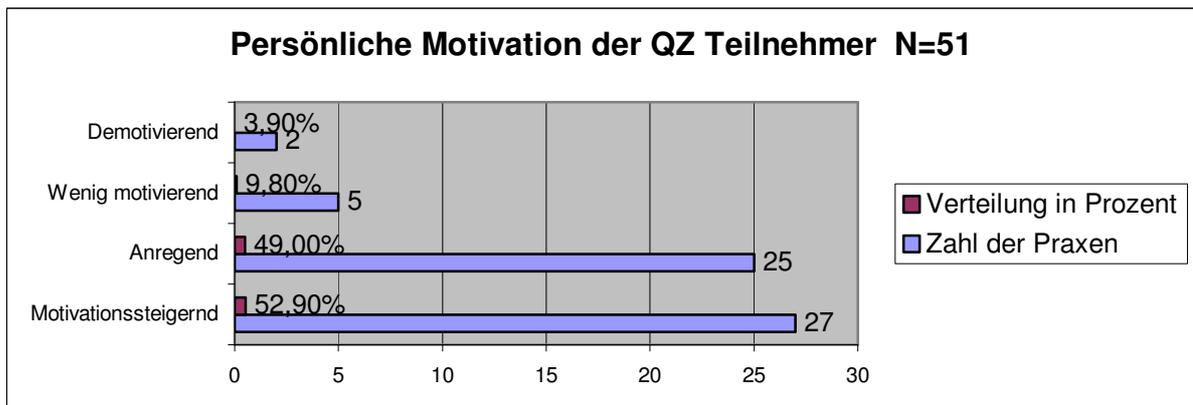


Abbildung 26: Veränderung der Motivation durch Qualitätszirkel

3.6.10 Interne Regeln der Qualitätszirkel

29 Praxen (58,0%) gaben für ihren QZ feste Regeln für den Beginn einer Behandlung an, 33 (64,7%) der Praxen berichteten über Absprachen für die Übernahme einer Behandlung aus einer anderen Praxis, 28 Praxen (48,1%) berichteten über feste Regeln des QZ zur Übernahme in eine Kassenbehandlung, und 25 Praxen (49,0%) über Absprachen bei der kollegialen Vertretung.

3.7 Probleme durch Substitutionsbehandlungen

3.7.1 Einbrüche, Probleme mit der Justiz, PatientInnenabwanderung

18 Praxen (32,7%) gaben Erfahrungen mit Praxiseinbrüchen, z.T. mehrfach, an. 21 Praxen (38,8%) berichteten über Diebstähle in der Praxis. In 11 Praxen (20,0%) war es durch die Behandlungen zu Schwierigkeiten und Problemen mit der Justiz gekommen (N=55). Diese „Schwierigkeiten“ wurden nicht weiter aufgeschlüsselt.

Eine Abwanderung von PatientInnen ohne Suchterkrankung aus den Praxen vermuteten nur 7 Praxen (13,2%). 46 Praxen (86,8%) konnten keine Abwanderung von PatientInnen aus Ihrer Praxis erkennen(N= 53).

3.7.2 Todesfälle

Alle über die Behandlungsjahre aufgetretenen Todesfälle wurden aufaddiert.

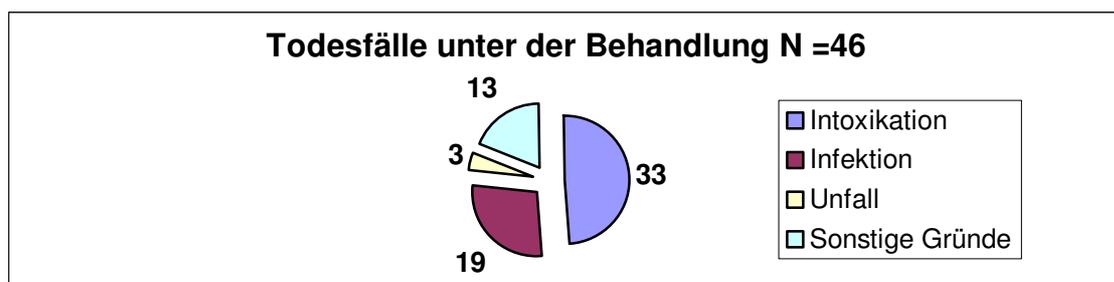


Abbildung 27: Todesfälle im Verlauf von Substitutionen gegliedert nach Todesursachen

3.7.3 Persönliche Einschätzung der gesetzlichen Regelungen durch die BehandlerInnen

Als sinnvolle oder hinderlich empfundene Regelungen für die Substitutionsbehandlung wurden von den Praxen eingeschätzt.

	Hinderliche Regelungen	Sinnvolle Regelungen
Substitutionsregister	13 (26%)	37 (75,5%)
Antrag Methadonkommission	24 (48%)	16 (32,6%)
BTMVV	17 (34%)	28 (57,1%)
Urlaubsmeldung RP	35 (70%)	9 (18,3%)
BUB Regeln	18 (36%)	22 (44%)
	N=50	N=49

Tabelle 8: Einschätzung der gesetzlichen Regelungen durch die AnwenderInnen

3.7.4 Persönliche Einschätzung der Honorierung der Substitutionsbehandlungen

45 Praxen halten die Honorierung für zu gering, 9 Praxen empfinden das Honorar als angemessen, keine Praxis sieht die Bezahlung als zu hoch an.

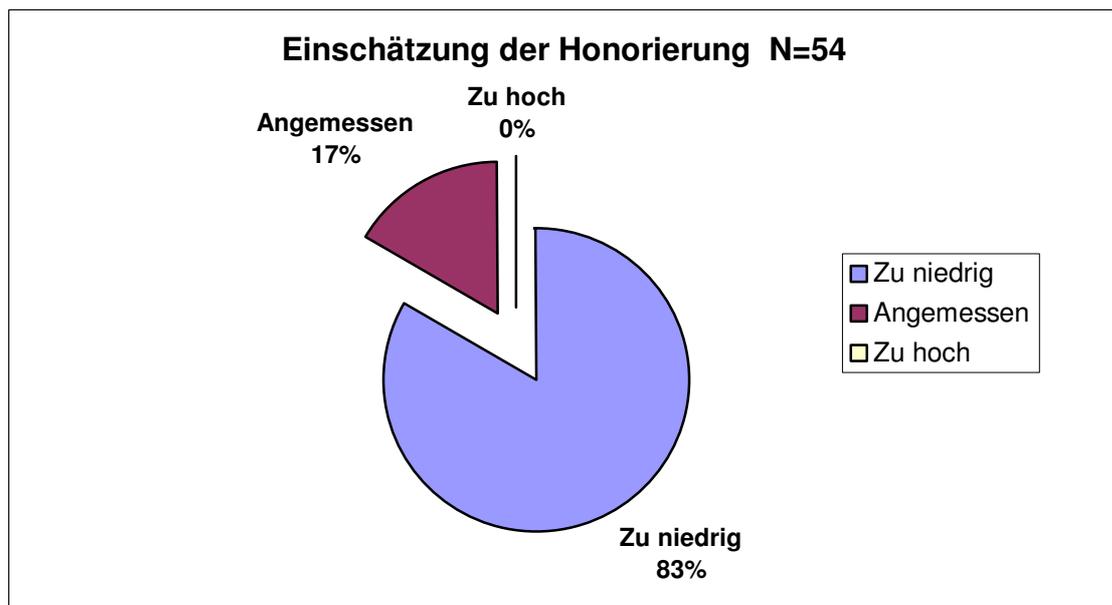


Abbildung 28: Einschätzung der Höhe des Honorars

3.8 Freie Antworten

Von den zurückgegebenen Fragebögen waren auf 26 Bögen freie Antworten und Kommentare vermerkt. Die Antworten, Bemerkungen und Kommentare sind komplett im Anhang dokumentiert. Hier wurden einige, nach Einschätzung des Autors, wichtige Bemerkungen nach Stichworten sortiert:

3.8.1 Vorschriften, Regeln, Bürokratie

Insgesamt befassten sich 13 Bemerkungen mit den berufsrechtlichen und gesetzlichen Regelungen:

- Lässt sich gut in die Hausarztpraxis integrieren.
- Bereits bei 10 Sub-Patienten bin ich mit einer nicht so großen Landarztpraxis am Rande der Überforderung und neige dazu, die Regeln nicht streng genug einzuhalten.
- Politik und Krankenkassen wollen letztlich die nachgewiesenen, sinnvolle Behandlung Drogenabhängiger aushebeln.
- Die Infrastruktur ist auf dem Land Welten von den KV Vorschriften entfernt, den Staatsanwalt interessiert das aber nicht.
- Take-home-Regelungen bei weitem zu liberal.

3.8.2 Honorierung

- Vergütung für Blutalkoholbestimmung fehlt.
- Ziffern 204 im Quartal nur 4 mal, sind Almosen für die Zeit, die man mit dieser Klientel braucht.
- Es besteht eine deutliche Diskrepanz zwischen Aufwand und Ertrag zu meinen Ungunsten.

3.8.3 Perspektive der Substitution

- Nach vielen Jahren habe ich mich aus der täglichen (und Wochenend-) Abgabe zurückgezogen, da diese sowohl den Praxisbetrieb auf Patienten- und Helferinnenseite stark beeinträchtigt.
- Gebe Substitution mittelfristig auf.
- Aufgabe der Substitution wegen zuviel Unruhe.
- Ich würde gerne nicht mehr substituieren (müssen), die Klientel ist leider massenweise da.

3.8.4 Probleme mit der Substitution

- Irgendwann habe ich nach Einbrüchen, Überfällen, Nötigungen und Drohungen keine Lust mehr, der Verlierer gegenüber einer kriminellen Bande von Drogenabhängigen zu sein.
- Habe als Erster substituiert, bin in den 70er Jahren dafür bestraft worden.

3.8.5 Persönliche Situation

- Der Druck, den Aufwand zuungunsten der Patienten zu reduzieren, ist ständig zu spüren und beeinträchtigt meinen Gesundheitszustand in beunruhigender Weise, meiner Helferin geht es genau so
- Ich bin frustriert, wütend, verärgert

4. Diskussion

4.1 Untersuchungsgebiet und Untersuchungskollektiv

Die Umsetzung von geforderten Qualitätskriterien der in hausärztlichen Praxen vorgenommenen Substitutionsbehandlungen, untersuchte die Befragung zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der neuen Regelungen des Substitutionsregisters. Das Untersuchungsgebiet entspricht dem Gebiet der KV Südwürttemberg. Es wurden 70 von 77 Praxen angeschrieben und damit 90,9% der behandelnden Praxen erreicht. Rückantworten gingen von 56 Praxen ein, d.h. es liegen Antworten von 72,7% der Praxen mit Substitutionsbehandlungen aus dieser Region vor. Im Gegensatz zu den bekannten Studien aus Großstädten (Raschke, Arnold) wurde ein ländliches Gebiet untersucht. 40% der untersuchten Praxen lagen in Gemeinden und Kleinstädten. Damit kann eine Repräsentativität der Antworten angenommen werden.

Nach den Angaben der KV Südwürttemberg lagen die Durchschnittszahlen für das Untersuchungsquartal bei 895 Krankenversicherungsfällen für eine Einzelpraxis, und 1573 Krankenversicherungsfällen für eine Gemeinschaftspraxis. Alle untersuchten Gemeinschaftspraxen gaben leicht unterdurchschnittliche Fallzahlen an. 13 von 37 Einzelpraxen (35,1%) gaben überdurchschnittliche Fallzahlen an. Nur 2 Praxen nannten Fallzahlen deutlich unter den Durchschnittswerten. Dies ist ein Hinweis auf das große ärztliche Engagement der substituierenden Ärztinnen und Ärzte, die überwiegend zusätzlich zu durchschnittlichen, beziehungsweise sogar überdurchschnittlichen Belastungen, die Schwierigkeiten und auch Risiken dieses Behandlungskonzepts auf sich nehmen. Es ist erkennbar, dass die Behandlungen also in „ganz normalen Arztpraxen“ und nicht hochspezialisierten, eher kleinen Praxen erfolgen. Damit wird auch deutlich, dass die PatientInnen in einen durchschnittlichen Patientenstamm integriert sind und damit „szenefern“ behandelt werden.

Das durchschnittliche Alter der Kassenärzte betrug im Jahr 2002 50,2 Jahre (Studie zur Altersstruktur und Arztzahlentwicklung BÄK und KBV). Das hier untersuchte Kollektiv war mit 47,1 Jahren etwas jünger. Jüngere Ärzte scheinen also der Problematik Drogenabhängigkeit gegenüber aufgeschlossener zu sein.

Die überwiegende Anzahl der Behandlungen wurde in hausärztlichen Praxen geführt. Ähnlich wie bei der Alkoholkrankheit (Wienberg 1991) zeigt sich, dass die Hausärzte mit dieser Erkrankung konfrontiert sind, und sich dort auch geeignete Strukturen zur Behandlung entwickeln lassen. Allerdings müssen die Rahmenbedingungen eine Behandlung ermöglichen. Im übrigen dürften Hausärzte über die geeigneten Kommunikationsfähigkeiten für die komplexen Behandlungsansätze verfügen.

Nur 3 Praxen gehörten der fachärztlichen Versorgung an. Gleichzeitig liegt der Anteil der Fachärzte an der gesamten Ärzteschaft bei 49,5% (Studie KBV/BÄK). Besonders die geringe Anzahl der psychiatrischen Praxen an der Behandlung einer eigentlich psychiatrisch definierten Erkrankung ist verblüffend. Die Anzahl der ÄrztInnen in der Stichprobe mit einer psychiatrischen Weiterbildungszeit betrug 15,1% und nur 5,6% der ÄrztInnen verfügten über die Zusatzbezeichnung Psychotherapie. Mit 81,1% lag aber der Anteil der BehandlerInnen mit der Fachkunde „psychosomatische Grundversorgung“ relativ hoch. Mehr als die Hälfte der BehandlerInnen verfügen zusätzlich über Erfahrungen in Balintgruppenarbeit.

Die seit 1994 angebotene Fachkunde Suchttherapie der Ärztekammer Baden-Württemberg hatten 52,9% der ÄrztInnen erworben. Dies zeigt eine hohe, eindeutig vom Bedarf gesteuerte Weiterbildungsbereitschaft, zumal diese Weiterbildung nicht an Zulassungsbedingungen oder ähnliche Konsequenzen geknüpft war. Zum Zeitpunkt der Untersuchung verfügten 44% über die nach einer Übergangszeit ab 31.12.2003 für die Fortsetzung der Substitutionstherapie erforderliche Fachkunde Suchtmedizin. Diese Weiterbildung ist mit einem hohen Zeitaufwand (48 Stunden) und mit Kosten von ca. 1200 € verbunden. An diesem Beispiel zeigte sich aber auch eine negative Konsequenz: 80 ÄrztInnen ließen die Übergangsfrist zum Erwerb der

Fachkunde verstreichen und verzichteten damit auf die Zulassung zur Substitutionsbehandlung (Mitteilung KV Süd - Württemberg). Das bedeutet, dass die Zahl der BehandlerInnen durch die neuen Regelungen deutlich reduziert wurde.

Sechs Praxen (10,7%) hatten bereits vor der offiziellen Zulassung der Substitution Behandlungen durchgeführt (Range der Stichprobe 1 Jahr – 12 Jahre).

Dieser frühe Einstieg in die Behandlungen zeigt einen hohen persönlichen und riskanten Einsatz. Bschor hatte die Situation der ärztlichen Verschreibungspraxis in der Vergangenheit sehr treffend zusammengefasst: „Jene deutschen Ärzte, die sich den Heroinabhängigen gegenüber permissiv verhielten, und unter Missachtung des Drogenfreiheitsparadigmas in den vergangenen Jahren gelegentlich die Substitution auf „privatistischem“ Wege riskiert hatten, mussten bitteres Lehrgeld zahlen, bis hin zum Risiko des Approbationsentzugs“ (Bschor 1984 zitiert nach Bossong/Stöver 1992, S.20).

Mit der Zunahme der administrativen Regelungen in den Jahren seit 1999 konnten kaum noch weitere neue ÄrztInnen für die Behandlungen gewonnen werden. Seit 1999 hatten in der vorliegenden Befragung nur 5 Ärzte die Zulassung neu erworben.

Eine aktuelle schottische Studie zeigte für die Region Schottland, dass von 583 an einer Studie teilnehmenden Allgemeinärzten immerhin 353 ÄrztInnen medikamentös gestützte Substitutionsbehandlungen durchführen (Matheson et. al. 2003). Dies zeigt die in der untersuchten Region bestehende geringe Akzeptanz der Substitutionsbehandlung.

Die gezeigten Rahmenbedingungen dürften ein wesentlicher Grund für diese zögerliche und ambivalente Einstellung vieler qualifizierter ÄrztInnen sein. Eine Befragung des ASTO Projekts ergab, dass nur 27% der behandelnden ÄrztInnen unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen die Patientenzahlen erhöhen würden, aber 59% unter anderen Bedingungen zu einer Erhöhung bereit wären. Die „anderen Bedingungen“ wurden am häufigsten mit den Stichworten, Entbürokratisierung des Genehmigungsverfahrens (inzwischen

seit dem 1.1.2003 erfolgt), Änderung der Vergütung, sowie auch praxisinternen Änderungen, wie mehr Räume oder mehr Personal, benannt (Nolting 2001, Poster). Vermutlich führen die übrigen Praxen mit einer Substitutionsqualifikation ausschließlich Behandlungen für Selbstzahler außerhalb der kassenärztlichen Regelungen durch. Zumindest der Endbericht der wissenschaftlichen Begleitung für Schwerpunktpraxen in Baden Württemberg geht davon aus. „Eine Überrepräsentation findet sich auch für den Anteil der Drogenabhängigen in Substitutionsbehandlungen, die ihre Behandlung selbst zahlen“ (Arnold/Simmedinger 1999, S.6). In einer Parallel-Untersuchung in den hier befragten Praxen fand auch Klee, dass 41,4% der befragten PatientInnen Selbstzahler für ihr Substitutionsmedikament waren (Klee 2003). Die medizinischen Beratungen wurden, allerdings im Rahmen der Budgetierung, zu Lasten der Krankenkassen abgerechnet.

4.2 Untersuchungsmethode

Der selbstentwickelte Fragebogen wurde entlang den Leitlinien der Bundesärztekammer entwickelt. Der dort vorgegebene Behandlungsrahmen und die Behandlungsdokumentation wurden als Kriterien für Qualitätsmerkmale zu Grunde gelegt.

Ein möglicher Schwachpunkt des Fragebogens könnten die bereits vorstrukturierten Antwortmöglichkeiten sein, da die Gefahr nicht auszuschließen ist, dass durch das Ankreuzen eine Idealisierung des eigenen Handelns abgebildet wird. Auf diese mögliche Verzerrung wurde im Fragebogen durch einen Hinweis aufmerksam gemacht.

Bei der Auswertung zeigte sich, dass die Fragebögen im Punkt der Behandlungsregeln zu einem Drittel nicht auswertbar waren. Ursächlich war ein unklarer Zeitbezug durch die Formulierung im Fragebogen. Die übrigen Punkte waren überwiegend klar ausgefüllt. Es war nicht möglich, bei den eher kleinen Praxiszahlen den Fragebogen in einer Vorstudie zu validieren.

Beim Betrachten von redundanten Fragen, z.B. nach der Einschätzung von bürokratischen Regeln (S. 81, Punkt 3.7.4) zeigte sich eine konsistente Übereinstimmung der Antworten.

Eine ähnliche Studie zur Umsetzung von Qualitätskriterien in Arztpraxen wurde in Münster 1999 im Rahmen des ASTO Projekts durchgeführt. Leider sind die Daten nicht veröffentlicht und nur teilweise zugänglich (Follmann persönliche Mitteilung).

Durch die seit 2003 in den BUB-Richtlinien neu eingeführte Qualitätskontrolle erhält diese Studie eine weitere Bedeutung. Die Kriterien der Richtlinien der Bundesärztekammer werden von den „Qualitätssicherungskommissionen“ ebenfalls zur Beurteilung der Behandlungen eingesetzt (pers. Mitteilung Kommission).

Der Fragebogen wurde im Herbst 2002 verschickt, einige Fragen sind durch die voranschreitende Weiterentwicklung bereits überholt. So wurde die Genehmigung von Behandlungen durch die Methadonkommissionen auf Grund der Änderung der BUB-Richtlinien zum 1.1.2003 inzwischen abgeschafft.

4.3 Einleitung der substitutionsgestützten Behandlung

Zur Einleitung einer substitutionsgestützten Behandlung schlagen die Richtlinien der Bundesärztekammer vom 22.3.2003 eine Reihe von Schritten vor. Diese Schritte werden im Folgenden mit den Ergebnissen der Befragung diskutiert :

- Gründliche Erhebung der Vorgeschichte des Patienten

100% aller ÄrztInnen geben an, diesen Schritt durchzuführen. Die Anamnese ist eine unverzichtbare Basisuntersuchung. Möglicherweise ist hier der bereits angesprochene Idealisierungseffekt aufgetreten. Die Ausführlichkeit und Suchtspezifität der Anamnese wurde hier nicht überprüft. Nach den derzeitigen administrativen Regelungen gibt es

einen Dokumentationsbogen, entwickelt von der KV Südwürttemberg anhand der 10 ICD Kriterien, um eine spezifische Anamnese zu dokumentieren.

- Eingehende Untersuchung des Patienten

74,4% der Befragten gaben an, eine eingehende körperliche Untersuchung vorzunehmen, 87% der Praxen führen auch eine gezielte körperliche Untersuchung auf Einstiche durch. Klee konnte zeigen, dass eine hohe Anzahl der PatientInnen (63,8%) in gutem körperlichen Allgemeinzustand sind; damit sind gezielte Untersuchungen (z.B. Einstiche) naheliegender, als eine körperliche Ganzuntersuchung. Allerdings muss auch das Risiko gesehen werden, dass die dominierende Abhängigkeitserkrankung somatische Befunde verdecken kann. Gölz weist auf die fehlende Untersuchung über somatische Begleiterkrankungen bei Drogenabhängigen hin (Seidenberg/Honegger 1998).

Bei den technischen Untersuchungen führen 25 Praxen (47,1%) ein Elektrokardiogramm durch. Nach neueren Erkenntnissen über Kammertachykardien bei hochdosierten Methadonbehandlungen (Krantz et. al. 2002) sollte die Durchführung einer EKG - Untersuchung Routine bei allen PatientInnen sein. Damit können Veränderungen der QT- Zeit frühzeitig erfasst werden. Allerdings lagen die Dosen in der vorliegenden Studie mit durchschnittlich 397mg/Tag Methadon deutlich außerhalb der zur Substitution üblicherweise eingesetzten Wirkstoffmenge (AKÄ 2002, S. 3363).

Laboruntersuchungen sind ein wichtiger Baustein, um Begleiterkrankungen erkennen und behandeln zu können. Seidenberg/Honegger (1998, S.265) schlagen folgende Untersuchungen vor Substitutionsbeginn vor (modifiziert nach Bayerische Akademie für Suchtfragen 2001):

Empfohlene Laboruntersuchungen	Untersuchung auf	Bei Beginn	Im Verlauf
Urinstix	Protein, Glucose, Hb, Leuko, (bei Auffälligkeiten im Urinstix: Urinsediment)	+	Bei Beschwerden
Drogen im Urin (möglichst unter Sicht)	Methadon, Opiate, Kokain, Benzodiazepine, (Amphetamine)	+	3-4 pro Monat/ individuell
Hämatologie	BB, ggf. Diff. BB	+ (+)	Halbjährlich Individuell
Serumwerte	GPT, GOT, γ-GT, Bilirubin ges., alkalische Phosphatase TSH; Kreatinin Evtl. CDT (Carbodefizient Transferrin)	+ + (+)	Halbjährlich Halbjährlich Individuell
Schwangerschaftstest	B-HCG Falls positiv → SS- Routinelabor (falls kein HIV/ Hepatitis-Test bekannt, auf Testung drängen)	+ 	Bei Verdacht
Tuberkulintest	Tuberkulintest nach Mendel/ Mantoux (nach 48- 72 h ablesen)	+ Falls positiv →	Jährlich Nicht wiederholen
Lues-Serologie	TPHA Falls TPHA positiv → VDRL Falls VDRL neg. → FTA Falls FTA pos.(Seronarbe)	+ 	Halbjährlich Nicht wiederholen
Hepatitis und HIV- Serologie	Hepatitis Suchtests Evtl. Hepatitis C- PCR Suchtest auf HIV AK	+ 	Nach Verlauf

Tabelle 9: Empfohlene Labordiagnostik bei Substitutionsbehandlungen

Laboruntersuchungen wurden in 85,7% der Praxen durchgeführt. Es kann spekuliert werden, dass die oft schlechten Venenverhältnisse der opiatabhängigen PatientInnen der Grund für nicht durchgeführte Blutuntersuchungen sind. Nahezu alle Praxen veranlassten die Untersuchung von Leberwerten (90,7%), untersuchten das Blutbild (83,6%) und kontrollierten die Nierenwerte (81,8%). In einer ähnlichen Anzahl erfolgte die Bestimmung der Hepatitisserologie (86,2%) und der

HIV Antikörper (80,7%). Eine Luesserologie wurde lediglich in 21,1% der Praxen und ein Tinetest sogar nur in 9% der Praxen durchgeführt. Hier deutet sich ein blinder Fleck an, denn Drogenabhängige sind eine eindeutige TBC Risikogruppe (Seidenberg/ Honegger 1998) .

In den Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Bayerischen Akademie für Suchtfragen wird formuliert: „Besonders hingewiesen werden soll auf die Notwendigkeit der Durchführung eines Schwangerschaftstest “(BAS 2001). Dennoch wurden Schwangerschaftstests aber nur in 13,4% der Praxen durchgeführt.

Hier zeigen sich möglicherweise grundlegende, nicht geklärte Einstellungen zum Thema Drogenkonsum und Schwangerschaft. Poehlke weist auf ein Bündel miteinander verflochtener Problembereiche hin. „Drogenkonsumentinnen hingegen wird die ewig wiederholte Phrase der *Suche nach dem Kick* vorgehalten, wobei ihnen noch zusätzlich sexuelle Ausschweifung und Hemmungslosigkeit unterstellt wird. Damit bilden diese Frauen sichere Objekte vielfältiger Projektionen“ (Poehlke 1999). Eine Auswertung der Antworten zum Schwangerschaftstest nach dem Geschlecht der BehandlerInnen ergab keine erkennbaren Unterschiede. Zur Frage der geschlechtsspezifischen Unterschiede wären weitere Untersuchungen sehr sinnvoll, ähnliche Fragestellungen sind aus der HIV- Behandlung bekannt. Viele Frauen haben unter den Lebensbedingungen auf der Drogenszene eine Amenorrhoe, welche oft mit Beginn der Methadonbehandlung beendet ist (Seidenberg /Honegger, S.247). Trotzdem wird oft auf Kontrazeptiva verzichtet. Die geringe Frequenz der durchgeführten gynäkologischen Untersuchungen ist auffällig. Nur 3% der Praxen gaben an, immer gynäkologische Untersuchungen durchzuführen, zwei Drittel der Praxen veranlassen derartige Untersuchungen nie.

Ähnliches gilt für die wichtige Abklärung des Impfstatus. Nur 57% der untersuchten Praxen klären den Impfstatus ihrer PatientInnen ab. Vermutlich zeigt sich hier das Phänomen einer nur partiellen Kooperation. „Die Erfahrung zeigt, dass zwar bezüglich der Substitution

kooperiert wird, dass aber andere Behandlungsmaßnahmen gerne umgangen werden“ (Gölz 1999, S.293).

- Durchführung eines Drogenscreenings zur Feststellung des Opiatgebrauchs und des Gebrauchs weiterer Substanzen.

98% der Praxen führen diese Untersuchungen durch, dabei wurden in nahezu allen Praxen auf Opiate, Kokain, Benzodiazepine und Amphetamine untersucht. Eingesetzt werden überwiegend Teststreifen. Dieses Vorgehen ist sinnvoll, die Tests sind kostengünstig und das Ergebnis ist sofort verfügbar (Heinz 1997, S.430). Eine deutlich geringere Anzahl der Proben wurde auf THC getestet. Dies entspricht durchaus einer realistischen Einschätzung, so weist Seivewright in einem Editorial der Zeitschrift *Addiction* darauf hin, dass der alleinige Konsum von Cannabisprodukten die Ergebnisse einer Methadonbehandlung nicht wesentlich beeinflusst (Seivewright 2003, S.251). Allerdings sind in der Schwangerschaft Entwicklungsanomalien durch fortgesetzten THC Konsum aufgetreten (Poehlke 1999). Die Rolle von THC- Konsum beim Auftreten von Psychosen bedarf noch weiterer Klärung.

Eine unterschätzte Rolle scheint immer noch der Alkohol zu spielen. Nur 12 Praxen (21,4%) untersuchen in den einleitenden Screening-Untersuchungen auf Alkohol. Der Standard ist hier sicher der Einsatz eines Alkoholatemtests, diese Untersuchung führen nur 8 Praxen (17,7%) durch. Im Juli 2003 ist die Abrechnungsmöglichkeit für eine Alkoholatemmessung neu in die Abrechnungsbestimmungen des EBM eingeführt worden. Damit dürfte eine deutliche Veränderung der Frequenz der Alkoholkontrollen eintreten.

- Einholen einer Schweigepflichtentbindungserklärung gegenüber den beteiligten Institutionen

Von den befragten Praxen gaben 71,4% an, eine schriftliche Entbindung von der Schweigepflicht zu verlangen. Allerdings zeigte ein weiteres Auffächern dieser Frage, dass nur etwas mehr als die Hälfte der Praxen eine explizite Schweigepflichtentbindung gegenüber den psychosozialen Beratungsstellen erbat, und die Quote der Entbindung gegenüber den Apotheken, der KV und der Bundesopiumstelle noch deutlich niedriger lag. Da viele Praxen mit den Apotheken als Ausgabestellen zusammenarbeiten, ist dieses Ergebnis besonders erstaunlich. Eine möglichst offene Kommunikation aller an der Behandlung Beteiligten ist ein Basisbaustein einer erfolgreichen Behandlung.

In den Empfehlungen der BAS (Bayerische Akademie für Suchtfragen) zur Qualitätssicherung der Substitution ist ausgeführt: „Eine rechtliche Grundlage für die Zusammenarbeit zwischen den Kooperationspartnern ist der Behandlungsvertrag und die darin enthaltene Entbindung von der Schweigepflicht“ (BAS 2001).

- Ausführliche Aufklärung des Patienten über das Substitutionsmittel und dessen Wirkungen, die Wechselwirkungen mit anderen Substanzen, insbesondere Alkohol und psychoaktiven Substanzen wie Benzodiazepinen, Antidepressiva, Antiepileptika und Neuroleptika, sowie eine eventuelle Fahruntüchtigkeit

62,5% der Praxen dokumentieren das Aufklärungsgespräch, 75% der Praxen informieren ausführlich über die Toxizität der Substitutionsmittel und 62,5% der Praxen klären über eine mögliche Fahruntüchtigkeit auf.

Zusammenfassend kann also über die Phase der Einleitung einer Behandlung gesagt werden, dass eine Umsetzung der Richtlinien in der Mehrzahl der

befragten Praxen besteht. Lediglich im Bereich der Gynäkologie und der Entbindungen von der Schweigepflicht zeigen sich noch Defizite. Es wurden insgesamt sechs Bereiche abgefragt, grafisch ist die gute Übereinstimmung der Behandlungen mit den vorgegebenen Qualitätskriterien nochmals zusammengefasst:

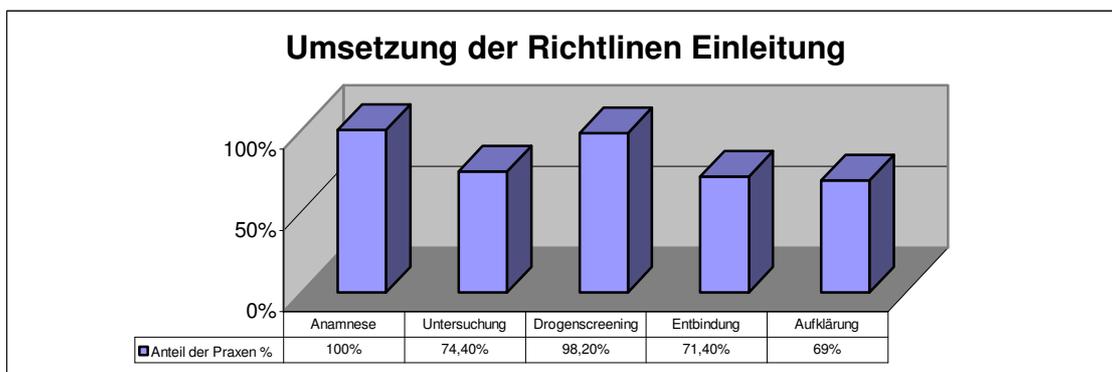


Abbildung 29: Umsetzung der Kriterien der Richtlinie der Bundesärztekammer in der Diagnostikphase

4.4 Hilfsmittel, Vordrucke, Formulare

Etwa 2/3 der Praxen gaben die Verwendung von vorgefertigten Hilfsmitteln an. Ein Behandlungsvertrag, „die Basis des Regelwerks in der Substitutionsbehandlung“ (Gölz 1999, S.295) wird in 80% der untersuchten Praxen abgeschlossen. Lediglich 41,8% der Praxen stellen ihren PatientInnen einen Behandlungsausweis aus. Dieser Ausweis ist ein wichtiges Dokument zur Information anderer KollegInnen, bei Unfällen, Verhaftungen, akuter Erkrankung etc. (Gölz 1999, S.295). Deshalb sollten alle PatientInnen einen Behandlungsausweis mit sich führen.

Das sehr umfangreiche ASTO- Handbuch mit Hilfsmitteln zur Dokumentation und Materialien zum Qualitätsmanagement ist zwar mehr als der Hälfte der untersuchten Praxen (53,5%) bekannt, dennoch werden Anamnesebögen und spezielle Dokumentationsbögen eher selten eingesetzt.

Es besteht ein Verbesserungsbedarf vor allem bei der Ausstellung der Behandlungsausweise. Ebenfalls sollte nicht übersehen werden, dass die

Verwendung von Dokumentationshilfsmitteln und Anamnesebögen ein strukturiertes Vorgehen im Alltag nach einer notwendigen Einführungsphase enorm erleichtert.

4.5 Leitlinien, Standards, Richtlinien

In den befragten Praxen zeigte sich ein breites Spektrum beim Einsatz von Leitlinien, Richtlinien und Standards. 34 Praxen (61,8%) setzen solche Konzepte ein, es kommen insgesamt 11 sehr unterschiedliche Varianten zum Einsatz. Die Richtlinien der Bundesärztekammer, interne Regeln von Qualitätszirkeln und die Methadonstandards von Bühringer et. al. werden am häufigsten verwendet.

Offensichtlich besteht eine Diskrepanz zwischen allgemeiner Anerkennung einer Leitlinie und deren Umsetzung in der Praxis. Dort müssen Abläufe abgesprochen und vorprogrammiert werden, so dass die MitarbeiterInnen von Beginn an gezielt handeln können. Diese Prozesse werden derzeit in einer weiteren Arbeit des EAMS Projekts (**E**valuation **A**mbulanter **M**ethadon **S**ubstitution) untersucht (Lorenz pers. Mitteilung). Da viele personenbezogenen Aspekte bei der Aufnahme einer Substitutionsbehandlung mitschwingen, kann kein idealer Verlauf erwartet werden. Einen eigenen Weg geht der Qualitätszirkel Wangen mit den internen Richtlinien des Qualitätszirkels. Dieser Arbeitskreis besteht seit 1995. Teilnehmer sind niedergelassene Ärzte, Suchtberatungsstellen und Vertreter des Zentrums für Psychiatrie in Weissenau. Unter seinen Zielen formuliert der Arbeitskreis die Koordinierung aller an der Substitutionsbehandlung Beteiligten und Etablierung einer qualifizierten Substitution im Altkreis Wangen.

Die Substitution wird bei sorgfältiger Indikationsstellung und qualifizierter Durchführung neben den abstinenzorientierten Behandlungen als sinnvoll und ethisch vertretbar gesehen. Weiter wird ausgeführt, dass die Behandlung Drogenabhängiger im Rahmen der Substitutionsbehandlung nicht durch den niedergelassenen Arzt alleine erfolgen kann, sondern die enge Kooperation

zwischen substituierendem Arzt und psychosozialer Beratungsstelle unabdingbare Voraussetzung ist. Die Indikation wird nur vom Arbeitskreis gemeinsam gestellt. In den weiteren Ausführungen wird ein geregeltes Aufnahmeverfahren für neue Behandlungen beschrieben. Behandlungen dürfen generell nur nach Absprache mit dem Arbeitskreis neu begonnen werden (Richtlinien QZ Wangen). Insgesamt ist ein hoher Schutz der BehandlerInnen durch gegenseitige Absprachen und Supervision gegeben. Die Patienten werden aber eher nach dem Modell einer Subjektbetrachtung eingestuft.

4.6 Behandlungsbeginn und Behandlungsbedingungen

Die Indikationsstellung für die Einleitung einer Methadonbehandlung wurde seit der Zulassung dieser Behandlungsform in Deutschland, wie beschrieben, deutlich erweitert. Opioidabhängigkeit ist das einzige wissenschaftlich erhärtete Indikationskriterium für die Verordnung von Methadon oder anderen Opioiden an Opiatabhängige (Seidenberg/Honegger 1998, S.94).

Seidenberg und Honegger formulieren in ihrem Handbuch weiter: „Die Durchsicht der wissenschaftlichen Literatur zeigt (Ladewig 1987, Fuchs 1989, Gmür 1989), dass kaum Prädikationsparameter oder Anhaltspunkte für den voraussichtlichen Erfolg von Methadontherapien gefunden wurden. Vorausgegangene, vergebliche Entzugsbehandlungen, das Alter, das Vorhandensein von Job oder Wohnung oder irgendwelche sonstigen Kriterien, können nicht als wissenschaftlich fundierte Gründe für die Indikationsstellung herangezogen werden. Restriktive Indikationsstellungen für Methadonabgaben sind individuell kaum begründbar. Methadon erst auf Grund des Nachweises einer Anzahl von gescheiterten Entzugsversuchen oder nach anderen generellen, einschränkenden Kriterien an Abhängige zu verordnen, entbehrt der wissenschaftlichen Grundlage und kann gefährlich sein (Grönbladh 1984). Polytoxikomanie und Alkoholkonsum stellen keine Kontraindikation für opioidgestützte Behandlungen dar“ (Seidenberg/Honegger 1998, S.94).

In den untersuchten Praxen zeigte sich eine fallbezogen unterschiedliche Einstellung. Stabiler Kontakt zu einer Beratungsstelle (66,6%), gescheiterte Entgiftungen (25,0%), ein Arbeitsplatz (13,2%) oder eine absolvierte Entwöhnung (7,8%) wurden als Behandlungsvoraussetzung genannt. Insbesondere die Polytoxikomanie wurde immer noch häufig als Hindernisgrund für eine Behandlungseinleitung genannt. 37% der Praxen beginnen eine Behandlung auch bei mehr als zwei nachgewiesenen Substanzen im Urinscreening. Rational und pragmatisch für die Praxis erscheint dagegen die Definition von Gastpar: Die Diagnose einer Polytoxikomanie ist überhaupt erst nach Einleitung einer stabilen Methadonbehandlung möglich (Gastpar pers. Mitteilung).

Insgesamt zeigten sich in einer großen Anzahl der Praxen deutliche Schwellen vor der Einleitung einer Behandlung. Die Gründe können in den spezifischen Bedingungen der einzelnen Allgemeinarztpraxen liegen: möglichst keine auffälligen Patienten, Ängste vor Überlastung, Rufschädigung der Praxis, den Ängsten vor möglichen juristischen Problemen oder gar staatsanwaltlichen Interventionen. Vielleicht spiegeln sich hier auch ambivalente Haltungen der ÄrztInnen selbst gegenüber der Substitutionsbehandlung wieder.

4.7 Einstellphase

In dieser Untersuchung verwendeten mit 29,6% der Praxen, nahezu ein Drittel, bei der Erstvergabe Dosen über 40mg Methadon. Dieses Vorgehen erscheint eher riskant zu sein, gleichzeitig berichtete aber die überwiegende Anzahl der Praxen über fraktionierte Gaben (50% immer, 40,7% gelegentlich und nur 9,2% nie). Damit ist das Risiko einer Intoxikation durch Überdosierung deutlich beherrschbarer und geringer.

Es wurde eine Unterauswertung der Daten unter der These, dass qualifizierte Weiterbildung riskantes Dosierverhalten in der Einstellphase vermindert, vorgenommen. Leider konnte diese Annahme nicht bestätigt werden. Es

zeigten sich keine Unterschiede zwischen den ÄrztInnen mit absolvierter Fachkunde „Suchtmedizin“ und ÄrztInnen ohne diese Weiterbildung.

Die Erstvergabe eines Substitutionsmedikaments stellt eine kritische Behandlungsphase dar. Es sollte dabei eine Dosis gewählt werden, welche einerseits die Entzugssymptome deutlich lindert, andererseits die PatientInnen aber nicht vital gefährdet.

„Bei Behandlungsbeginn mit Methadon muss die Einstellung wegen der ungewissen Toleranz bezüglich der Atemdepression und der erheblichen Kumulation des Methadons **schrittweise** erfolgen. Grundsätzlich muss die Dosiseinstellung wegen individueller Streuung der Serumspiegel (Schmoldt 1999) unter engmaschiger ärztlicher Kontrolle stattfinden. Da bei fehlender Opiattoleranz die mittlere letale Methadondosis zwischen 1 und 1,5mg/kg Körpergewicht liegt, sollte eine Erstdosis von 40mg Methadon nicht überschritten werden. Es gibt Berichte über Todesfälle bei nicht opiattoleranten Personen nach einmaliger Gabe von 50mg Methadon“ (BAS 1998/2001, Hervorhebung im Original).

„Auch positive Urinproben sind kein sicherer Hinweis auf eine vorhandene Opiattoleranz. Ein bewährtes Vorgehen ist eine Erstdosis von 30mg und nach frühestens drei Stunden ein Supplement von maximal 20mg“ (Seidenberg/Honegger 1998, S.140).

Bei der Frage nach dem ersten Zeitpunkt der ersten klinischen Kontrollen geben rund ein Drittel der Praxen klinische Kontrollen innerhalb der ersten drei Stunden an, allerdings auch ein Drittel der Praxen erst nach mehr als 12 Stunden. Damit dürften diese Kontrollen erst am nächsten Tag liegen. Dies erscheint aus Sicherheitsgründen nicht ausreichend zu sein. Günstig ist eine Kontrolle nach 3-4 Stunden am Wirkungsmaximum der Substanz. Bei der Anwendung von Subutex® wird eine Überwachung der PatientInnen innerhalb der ersten 3 Stunden in der Fachinformation empfohlen.

Überraschend sind die Antworten auf die Frage nach klinischen Entzugssymptomen bei der Ersteinstellung. Nur 21,8% der Praxen setzen immer deutliche Entzugssymptome für eine Erstvergabe voraus. Klinische

Entzugssymptome machen aber die Ersteinstellung sicherer und die Dosierung besser abschätzbar (Ewig 1995, S.161).

Die BehandlerInnen setzten nur in 27,6% der Praxen Dosen über 8mg/d Buprenorphin ein, 70,2% der Praxen dosierten in der Einstellphase nur bis höchstens 8mg/d. Damit wird dieses Medikament sicher unterdosiert vergeben. Eine mögliche Erklärung dürfte in der ersten Fachinformation und den ersten Veröffentlichungen nach der Zulassung von Buprenorphin liegen. So wurden in den Konsensusempfehlungen zur Anwendung von Buprenorphin aus dem Jahr 2000 eine Erstdosis von 2-4mg vorgeschlagen (Suchtmed 2(1)2000). Andere Autoren wie Rössler wiesen aber schon 1999 auf die zu niedrige Initialdosen von 2- 4mg Buprenorphin/d hin, und schlugen Anfangsdosen von 12- 16mg/d vor. Vermutlich sind die inzwischen etablierten höheren Anfangsdosierungen noch nicht ganz in den Praxen angekommen.

Nach Pollak erhält der einzustellende Patient zunächst 8mg Buprenorphin (Subutex ®) und wird in der Praxis beobachtet. Nach 30 bis 60 Minuten erfolgt eine zweite Gabe von 8mg, und nach weiteren 30-60 Minuten eine dritte Gabe von erneut 8mg Buprenorphin. Damit wird eine Spiegelbildung angestrebt (Pollak 2002) .

Auch an diesem Punkt wurde wieder eine Unterauswertung der Daten vorgenommen, und die Praxen mit Erstvergabe von adäquaten Dosierungen von Buprenorphin nach dem Kriterium Weiterbildung durch die Fachkunde Suchtmedizin aufgeschlüsselt. Von 13 Praxen, welche adäquate Dosen Buprenorphin einsetzen, verfügten 7 ÄrztInnen über die Fachkunde Suchtmedizin, 6 ÄrztInnen hatten keine derartige Weiterbildung abgeschlossen und sich offensichtlich selbst über wirksame Dosierungen informiert.

4.8 Behandlungsregeln

4.8.1 Kontrollen auf Beigebruch

In 51% der Praxen werden die Urinkontrollen unter Sichtkontrolle durchgeführt. Insgesamt führten aber nahezu alle Praxen (98,3%) Kontrollen gegen manipulierte Urinproben durch, überwiegend Temperaturkontrollen. Damit werden die Empfehlungen der BAS „Urinkontrollen immer unregelmäßig, unangekündigt und möglichst unter Sichtkontrolle durchführen, Kontrolle, ob der frische Urin Körpertemperatur hat“ (BAS 2001), weitestgehend umgesetzt. Allerdings sollten die Effekte der alleinigen Kontrolle nicht überschätzt werden. Gmür weist auf eine prospektive Studie von McCarthy hin. Darin zeigte sich nur ein Einfluss auf die Abstinenz und die Behandlungskontinuität bei Drohungen die Behandlung abzubrechen (Gmür 1989, S.1565). Eine Chance zum Einstieg in diese Diskussionen ermöglichen Urinkontrollen sicherlich. Die Sichtkontrolle bei Urinkontrollen bedeutet aber gleichzeitig absolutes Misstrauen gegenüber den PatientInnen. Die überraschend hohe Quote der Sichtkontrollen dürfte auch einem Idealisierungseffekt entsprechen.

„Unangemeldete Urinkontrollen dienen dem Substituierten als Erinnerung an das Therapieziel“ (Gözl 1999, S.300). „Ohne Einfluss auf die Abstinenz blieb indessen in einer randomisierten Studie von Havassy und Hall die Durchführung von Urinkontrollen“ (Gmür 1989, S.1565).

Die Anzahl der Urinkontrollen ist durch die Abrechnungsbestimmungen limitiert. Gözl schlägt in den ersten drei Monaten einer Behandlung zwei Urinkontrollen in der Woche, danach eine Kontrolle pro Woche, und nach einem Jahr der Behandlung eine Kontrolle im Monat, oder nach Bedarf, vor. In unserer Stichprobe werden die Urinkontrollen eher seltener durchgeführt, neben den Abrechnungsbestimmungen spielt sicher das andere Setting im Vergleich zu Schwerpunktpraxen eine Rolle. Schwerpunktpraxen haben andere Abläufe, und klinische Kontrollen sind in einer Allgemeinarztpraxis durch die oft nur wenigen Substitutionsbehandlungen sicherlich leichter durchzuführen. Häufig ist der Beigebruch eindeutig an klinischen Zeichen zu erkennen.

Gölz gibt Alkoholkonsum bei 90% der substituierten Drogenabhängigen als Beikonsum an (Gölz 1999, S.301). Gmür berichtete über mehrere Studien, welche zwischen 46% und 16% der Methadonpatienten als Menschen mit kritischem Alkoholkonsum benannten (Gmür 1989, S.1564). Beim Alkohol spielt sicher auch die Suchtverlagerung auf ein legales Suchtmittel eine wesentliche Rolle. Problematisch ist der Alkoholkonsum vor allem in Verbindung mit der Rate der Hepatitis C Infektionen . Klee fand eine hohe Verbreitung des Hepatitis C Virus bei 72% der PatientInnen.

Nur 7 Praxen (13,2%) führten Alkoholkontrollen während der Behandlung durch, in allen Fällen mit einem Alkoholatemetester. Es wurde hier bereits auf die normative Wirkung der Abrechnungsbestimmungen hingewiesen. Eine Veränderung ist hier durch die neue Abrechnungsmöglichkeit zu erwarten.

Eine überwiegende Mehrzahl der Praxen (78,8%) verfügt über klare Regeln bei regelmäßigem Beikonsum. „Zunächst sollte bei regelmäßigem Beikonsum an eine weitere Abhängigkeit, oder eine nicht geklärte situative Problematik der PatientInnen gedacht werden“ (Gölz 1999, S.302). Das Vorgehen der untersuchten Praxen stimmt mit dieser Einschätzung weitgehend überein: Intensivierung der Beratung, Dosisanpassung und eine Teilentgiftung bei festgestellter Mehrfachabhängigkeit, stellen hier eine gut adaptierte Behandlungsstrategie dar.

4.8.2 Arztkontakte, Gespräche nach Ziffer 204, Angehörigengespräche

Bei der Frage nach der Frequenz der Arztkontakte zeigen sich die unterschiedlichen Behandlungssettings sehr deutlich. Die Antworten wurden weiter nach unterschiedlichen Behandlungszeiträumen, nämlich der Einstellphase, der Arbeitsphase und der Erhaltungsphase differenziert. Es zeigte sich ein weites Spannungsfeld von 4 – 84 Kontakten – abhängig vom Abgabemodus. Erfolgt die Abgabe in der Apotheke, sind Kontakte seltener, bei Abgabe in der Praxis sind die Kontakte sehr viel häufiger.

In der Erhaltungsphase zeigte sich aber ein klarer Gipfel bei 12 Kontakten im Quartal. Dies entspricht den gesetzlichen Vorgaben der BTMVV, welche eine ärztliche Konsultation in der Woche zwingend vorschreibt.

Auch bei den Gesprächen entsprechend der Leistungsziffer 204 bestimmen die Vorgaben der Abrechnungsregeln letztendlich das Ergebnis. Hier fand sich ein klarer Gipfel bei vier Gesprächen im Quartal. Gleichzeitig ist aber auch klar ersichtlich: Für viele PatientInnen reichen die Vorgaben nicht aus. Es sind deutlich mehr, sogar bis zu 12 Gespräche im Quartal erforderlich. Hier besteht auch kein wesentlicher Rückgang der Gesprächsfrequenz im Verlauf der Behandlungen. Mehr als die Hälfte der untersuchten Praxen geben mehr als vier ausführliche Gespräche mit den substituierten PatientInnen im Quartal an.

Auch die Zahl, der von den Praxen als psychotherapeutisch eingeschätzten Gespräche zeigt über die unterschiedlichen Phasen keine wesentliche Veränderung. Der Begriff „psychotherapeutisches Gespräch“ im Fragebogen öffnet sehr unterschiedliche Interpretationsmöglichkeiten. Hier ist erkennbar, dass ein erheblicher Anteil der psychosozialen Begleitung auch in den Praxen stattfindet. Unterstützt wird diese Annahme auch durch die sehr hohe Anzahl der Gespräche, welche mit den Angehörigen und Bezugspersonen geführt werden. Während in der Einstellphase und Arbeitsphase etwa 2/3 der Praxen Gespräche mit Angehörigen führten, ging diese Frequenz in der Erhaltungsphase auf 45% der Praxen deutlich zurück. Hier ist häufig eine soziale Stabilisierung anzunehmen.

4.8.3 Kontakte zu ArzthelferInnen

Auch die Antworten zur Zahl der Kontakte mit den ArzthelferInnen zeigen in erster Linie einen Spiegel des Behandlungssettings. Offensichtlich geben 14 Praxen täglich Methadon in ihrer Praxis aus, entsprechend kommt es zu 84 Kontakten mit den ArzthelferInnen im Quartal. Der zweite Gipfel bei 12 Kontakten im Quartal spiegelt den wöchentlichen Praxisbesuch der PatientInnen wider.

In Praxen mit einer größeren Zahl von SubstitutionspatientInnen geben oft die Arzthelferinnen die tägliche Methadondosis aus. Es gibt unterschiedliche Interpretationen der Leistungslegende, so definiert die KV Westfalen Lippe die Leistung nach 202: „Der Begriff *persönlich* in der ab 01.07.1999 gültigen Anmerkung zur Leistung nach der GNR 202 EBM bedeutet nicht, dass der Arzt das Methadon zur Drogensubstitution dem Patienten selbst übergeben und die Einnahme überwachen muss; es reicht vielmehr aus, wenn er eine geeignete Hilfskraft mit der Übergabe beauftragt. Voraussetzung für die Abrechenbarkeit der Leistung nach der GNR 202 ist jedoch, dass der Arzt zum selben Zeitpunkt in der Praxis anwesend ist, zu dem das Methadon dort übergeben und eingenommen wird“ (KV Westfalen – Lippe 1999).

„Die Arzthelferin, die überwiegend das Methadon ausgibt, hat in der Substitutionsbehandlung eine bedeutende Rolle. Ihr berichten die Patienten von ihren Alltagsorgen. Sie gewinnt dadurch oft wertvolle Eindrücke über den Verlauf. Andererseits muss sie sich mit allen Tricks auseinandersetzen, mit denen die Substituierten sich kleine Vorteile zu verschaffen versuchen. Die Arzthelferin wird oft ins Vertrauen gezogen bei Problemen, die noch nicht mit dem Arzt besprochen werden, oder aber zur heimlichen Verbündeten gegen den „strengen Doktor“ gemacht“ (Gölz 1999, S.309).

Diese Konstellation birgt Nutzen, aber auch Gefahren: „Die Dreierkonstellation ist eine einladende Bühne für alle Beteiligten, unbearbeitete Konflikte auszuagieren. Der Abhängige kann mit seinem Instinkt für die Schwächen seiner Mitmenschen meisterhaft die anderen Beteiligten gegeneinander ausspielen, und sich damit koordinierten therapeutischen Anforderungen entziehen“ (Gölz 1999, S.309). Dies trifft übrigens in ähnlicher Weise für die Konstellation zu den psychosozialen Beratern zu.

4.8.4 Externe Ausgabestellen

Ein überraschend großer Anteil der Praxen arbeitet mit einer externen Ausgabestelle zusammen. 71,6% der Praxen nutzen eine Apotheke als Ausgabestelle für die Methadonvergabe. Diese Vergabepaxis ist in vielen

Ländern üblich. In der Schweiz z.B. ist die Abgabe von Methadon durch Apotheken seit langem etabliert. In der deutschsprachigen Schweiz geben 79% der Apotheken Methadon an Substituierte aus. In fast 20% dieser Apotheken werden sogar Urinkontrollen durchgeführt (Kalke 1997, S.182).

Ähnliche Erfahrungen werden aus Großbritannien und Schottland berichtet. In Deutschland wurden vor allem durch das „Hamburger-Modell“ große Erfahrungen mit der Ausgabe von Methadon in Apotheken gesammelt. „1997 wurden 80% der Substituierten in Hamburg über Apotheken versorgt. Die Vergabe über Apotheken soll eine wohnortnahe, dezentrale und zeitlich flexible Ausgabe des Methadons an die Substituierten ermöglichen“ (Kalke 1997, S.182).

Wie diese Vergaben von Seiten der Apotheken bewältigt werden, ist Gegenstand einer gesonderten Untersuchung im Projekt EAMS (Lorenz pers. Mitteilung).

Es gibt einige Vorteile der Vergabe über eine Apotheke: Die vorgeschriebene Lagerung des Betäubungsmittels in der Praxis in einem Tresor der Klasse B entfällt, die Verwaltung des Methadons in der Praxis entfällt, die Öffnungszeiten sind oft großzügiger. Nachteil ist der deutlich reduzierte Kontakt der PatientInnen zur behandelnden Praxis, und eine weitere „Bühne“ für die PatientInnen, um eventuelle Vermeidungsstrategien auszuleben. Die Vergabe durch Sozialstationen spielte nur eine geringe Rolle in der Praxis.

4.8.5 Wochenendvergabe

70,9% der Praxen setzten für die Wochenendvergabe Take-Home- Regelungen ein. Immerhin 46,4% der Praxen gaben an, den Wochenenddienst selbst zu übernehmen. Nur in wenigen Regionen ist ein spezieller Methadondienst etabliert (21,4%), der kassenärztliche Notdienst spielt eine geringe Rolle (7,1%).

Diese Regelung der Wochenendvergabe stellt einen weiteren Beleg für den großen Einsatz der ÄrztInnen in der Methadonbehandlung dar. In eher ländlichen Gebieten ist die Wochenendvergabe sicherlich schwerer zu

organisieren, als in den städtischen Ballungsräumen. Die gesetzlichen Vorgaben sehen hier aber keinerlei Differenzierung vor. Außerdem besteht die Problematik: Auch vertretende Ärzte müssen über eine Genehmigung der KV zur Methadonbehandlung und eine entsprechende Weiterbildung verfügen. Es ist selbstverständlich, dass in einer Stadt oder Großstadt leichter ein Wochenenddienst organisierbar ist, als in einer ländlichen Region. Auch die Wochenendvergabe über eine Apotheke heißt in aller Regel Take-home Gabe für den Sonntag.

4.8.6 Kommunikation

Die Kommunikation mit den externen Vergabestellen scheint ohne Probleme zu funktionieren, es werden die Kommunikationswege Telefon, Fax und Einträge in den Behandlungsausweis zu gleichen Anteilen benutzt. Wünschenswert wären möglichst klare schriftliche Angaben, um Fehlerquellen zu vermeiden. Eine typische Kasuistik für derartige Fehler ist die telefonische Verwechslung von **mg** und **ml** bei der Angabe einer Dosierung, wobei schnell eine 10fache Über- oder Unterdosierung entsteht.

Das schriftliche Verfahren wird auch in der BTMVV in Form der Substitutionsbescheinigung, und in den Richtlinien der Bundesärztekammer in Form des Substitutionsausweises vorgeschlagen.

Eine überwiegende Mehrheit der Praxen (87,2%) hält Kontakt zu den Beratungsstellen. Diese Zusammenarbeit ist sicherlich eine wichtige Basis einer Substitutionsbehandlung. „Eine länger dauernde klientenzentrierte Zusammenarbeit zwischen Arzt und Drogenberater ist für Angehörige beider Berufsgruppen ein unbekanntes Arbeitsfeld. Gegenseitige Vorurteile sind abzubauen. Der berufsspezifisch unterschiedliche Umgang mit der Erkrankung muss wechselseitig akzeptiert werden. Arzt und Drogenberater müssen ihr jeweiliges fachliches Können als Teil einer erfolgreichen Substitutionstherapie verstehen lernen“ (Gölz 1999, S. 310).

Diese fast schon idealisierende Darstellung ist ohne Kommunikation nicht vorstellbar. Etwa die Hälfte der Praxen nimmt schon vor Einleitung der

Behandlung Kontakt mit den Beratungsstellen auf. Und etwa die Hälfte der Praxen hält unabhängig von aktuellen Problemen mit dem Klienten den Kontakt mit der Beratungsstelle. Die übrigen Praxen nehmen bei Problemen Kontakt mit den Beratungsstellen auf. Hier ist offensichtlich eine gute Zusammenarbeit etabliert.

4.8.7 Qualitätszirkel

Qualitätszirkel (QZ) sind Treffen einer Gruppe von ÄrztInnen, welche unter Anleitung eines Moderators auftretende Probleme diskutieren und besprechen. Diese QZ sind von den KV empfohlen, die Teilnahme ist aber nicht verpflichtend. Die Teilnahme an einem QZ ist ein klares Qualitätsmerkmal.

48 (85,7%) der Praxen nehmen an Qualitätszirkeln, zum Teil seit vielen Jahren, teil (Range in der Untersuchung zwischen 0 und 12 Jahren).

4/5 der Praxen (86,7%) nehmen regelmäßig an den Sitzungen ihres Qualitätszirkels teil, lediglich 7 Praxen (13,2%) geben nur einen gelegentlichen Besuch des Qualitätszirkels an.

Schwerpunkte der Themen der Qualitätszirkel sind: Fallbesprechungen in 67,3% der QZ, Klärung von Formalitäten in 46,1% der QZ, sowie Fortbildungen in 42,3% der QZ. Die kollegiale Supervision nahm mit 17,3% der Praxen den kleinsten Raum ein. Ein Beispiel für eine erfolgreiche Qualitätszirkelarbeit findet sich in der Evaluation des Qualitätszirkels Reutlingen (Greiner 2000).

Qualitätszirkel greifen den ursprünglichen Ansatz von Balint auf. „Anders gesagt: Wenn hausärztliche Balint - Gruppen ihre Diskussion systematisch dokumentieren und evaluieren, entsteht ein Qualitätszirkel zum Thema Arzt – Patient – Interaktion (Bahrs 1994 , S.18) .

„Die Teilnehmer eines Qualitätszirkels haben einen gemeinsamen Erfahrungshorizont. Jeder ist, bei aller Unterschiedlichkeit, **Experte seiner eigenen Praxis**. Die Zirkelteilnehmer bringen sich als Experten in die Diskussion ein, indem sie ihr **Alltagshandeln dokumentieren** und im Qualitätszirkel, in der Regel fallbezogen, zur Diskussion stellen. Erfahrungen

mit anderen teilen heißt: **Erfahrungswissen** nachvollziehbar machen und sich bewähren lassen“ (Bahrs 1994, S.19, Hervorhebungen im Original). Qualitätszirkel wurden seit 1987 zunächst zur Früherkennung chronischer Krankheiten in Hamburg und danach flächendeckend in der Bundesrepublik, vor allem zur Diskussion der Behandlung chronischer Krankheiten (Asthma, Diabetes, Kreuzschmerz), aufgebaut. Sie spiegeln das allgemeinmedizinische Expertenwissen wider.

Nach Bahrs treten in Hausarztpraxen zwei Grundprobleme auf: Einerseits Isolation und andererseits Versagensängste. Vereinzelung in der Praxis wird oft als entscheidendes Manko freiberuflicher Tätigkeit erlebt. Fachwissen ist im Rahmen einer Praxisstruktur oft nicht, oder nur schwierig, umzusetzen. Typische Fragen sind dann: Habe ich alles „richtig“ gemacht, oder hätte es „bessere“ Alternativen gegeben?

Experten haben eine hohe Fachkompetenz, aber häufig nicht bezogen auf die Anwendungsbedingungen einer Praxis.

„Hausärztliche Qualitätszirkel bieten die Chance, diese beiden Grundprobleme zu lösen: Zum einen ist der interkollegiale Erfahrungsaustausch über Probleme der eigenen hausärztlichen Praxis ein Grundprinzip, zum anderen sind alle Teilnehmer gleichrangige Experten der eigenen Praxis. Nach allen vorliegenden Erfahrungen spielt dabei auch der Effekt der fachlich und emotional entlastenden Kollegialität und Supervision in einer offenen und angstfreien Atmosphäre eine wichtige Rolle, und wird von den Teilnehmern schließlich aktiv gesucht“ (Bahrs et. al 1994, S.58).

Qualitätszirkel erfüllen also kommunikative und instrumentelle Funktionen.

In der Qualitätszirkelarbeit können aber auch verschiedene Formen der Interaktion unterschieden werden. „Regelmodifizierende Zirkel verstehen sich im Sinne praxisbezogener Fortbildung als normdurchsetzende Instanzen, Forschungszirkel sind regelexplorierend und regelregenerierend, und Supervisionszirkel zielen auf exemplarisches Lernen im strukturierten kollegialen Erfahrungsaustausch“ (Bahrs et. al 1994, S.21).

Die Bedeutung von Qualitätszirkeln wird auch in dieser Befragung bestätigt. Wie bereits von Bahrs geradezu vorausgesagt: Die überwiegende Mehrheit der Ärztinnen und Ärzte war sehr zufrieden mit den Qualitätszirkeln, und schätzte die Arbeit als anregend (49%) und motivationssteigernd (52,9%) ein. Nur sehr wenige ÄrztInnen übten mit den Beschreibungen „wenig motivierend“ (9,8%) und „demotivierend“ (3,95%) Kritik an den Qualitätszirkeln.

Zusammenfassend kann die hohe Akzeptanz der nicht verpflichtenden Qualitätszirkel, und die positive Motivation der TeilnehmerInnen als Beleg für ein großes Engagement in der weiteren Verbesserung der Qualität der Behandlungen und als Qualitätsmerkmal selbst angesehen werden.

4.9 Probleme durch Substitutionsbehandlungen

Eine überraschend hohe Anzahl der Praxen berichtete über Probleme mit der Justiz (20%). Es ist im hektischen Praxisalltag sicher mehr als schwierig, alle vorgeschriebenen Regeln korrekt einzuhalten. Andererseits ist der Selbstschutz der behandelnden ÄrztInnen durch penible Einhaltung der Regularien nicht hoch genug einzuschätzen. Ein verurteilter und vorbestrafter Arzt schädigt sich selbst erheblich, und bewirkt eine Diskreditierung des gesamten Behandlungsansatzes. Exemplarisch seien zwei Fälle erwähnt, vorgestellt beim DGS Kongress in Berlin 2003 (unveröffentlicht):

- Ein Arzt verwahrt die Methadonlösung im Kühlschrank auf. Bei einem Praxiseinbruch wird Methadon entwendet. Dies führt zu einer hohen Geldstrafe für den Arzt, aufgrund des Verstoßes gegen die korrekte Lagerung von Betäubungsmitteln.
- Eine Ärztin vergisst bei mehreren Rezepten die vorgeschriebene Kennzeichnung der Betäubungsmittelrezepte mit S = Substitution und A = Dosisüberschreitung. Es folgte eine Praxisdurchsuchung. Das Verfahren ist noch nicht abgeschlossen.

Nach dem selbst das Bundesgesundheitsministerium in einem Brief der Drogenbeauftragten an einen substituierenden Arzt die Substitution als „dirty medicine“ bezeichnet (Michels, 2002 pers. Mitteilung), ist die Tatsache, dass die meisten Praxen keine Abwanderung ihrer allgemeinärztlichen PatientInnen beobachten konnten, sehr erfreulich und wichtig.

Sehr hoch ist auch die Zahl der Einbrüche und Diebstähle in den Praxen mit Substitutionsbehandlungen. Jeweils ein Drittel der Praxen berichteten über Einbrüche und Diebstähle aus den Praxen. Offensichtlich werden Praxen häufig im Rahmen der Beschaffungskriminalität bestohlen.

Auf den ersten Blick wurde mit 64 erfassten Todesfällen eine sehr hohe Sterblichkeit angegeben. Diese Zahl ist allerdings der Querschnitt über einen langen Zeitraum und kann deshalb nicht weiter aufgeschlüsselt werden. Selbstverständlich geben Praxen mit sehr langer Substitutionserfahrung mehr Todesfälle an, als Praxen mit zeitlich sehr kurzer Substitutionserfahrung. Es soll nochmals erinnert werden wie lange einige Praxen schon Behandlungen durchführen, teilweise schon lange vor Beginn der Legalisierung.

Bleibt weiterhin eines der stärksten Argumente für die Substitutionsbehandlung die radikale Senkung der Sterblichkeit (Heinemann 1999). Unbehandelte Opiatabhängige haben eine jährliche Sterberate von 2-3%, PatientInnen in einer Substitutionsbehandlung eine Sterberate unter 1% (Meili 2003, S.533). Die Sterberate im Hamburger Methadonprojekt betrug nach 3 Jahren 0,9% (Raschke 1999, S. 252). Im Hamburger Modell waren von 852 Menschen in der Behandlung nach 3 Jahren 39 Menschen gestorben. 12 Personen starben an einer Intoxikation. 29 Todesfälle standen nicht im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum (Raschke 1994, S.25). In unserer Studie waren Intoxikationen bei der Hälfte der Todesfälle als Todesursache angegeben.

Die Einstellung der Ärztinnen und Ärzte zu den vorhandenen Regeln und Gesetzen, gab die zum Zeitpunkt der Untersuchung bestehende gesetzliche Situation wider: Eine deutliche Mehrheit (75,5%) befürwortete die Einführung des Substitutionsregisters, um Doppelbehandlungen zu vermeiden. Auch die

Regeln der BTMVV finden überwiegend Zustimmung (57,1%). Ebenfalls positiv werden die zum Zeitpunkt der Befragung gültigen BUB Richtlinien (44%) eingeschätzt. Die Meldepflicht für Urlauber an das Regierungspräsidium wird von 70% der Praxen abgelehnt. Ebenfalls deutlich abgelehnt wird die Genehmigungspflicht durch die Methadonkommissionen. Diese Regelung ist seit dem 1.1.2003 entfallen. Damit ist eine „Forderung“ der Befragung inzwischen bereits umgesetzt. Insgesamt werden sinnvolle bürokratische Regelungen offensichtlich akzeptiert, als unsinnig empfundene Regelungen deutlich abgelehnt. Diese Einstellung ist auch in der Untersuchung der Ärztekammer Westfalen-Lippe bestätigt worden. Bei der dort offen formulierten Frage, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssten, um eine Erhöhung der Patientenzahlen in Betracht zu ziehen, wurde am häufigsten die Stichworte „Entbürokratisierung des Genehmigungsverfahrens“ genannt, gefolgt von „Änderung der Vergütung“ (Nolting et. al 2001).

In unserer Studie schätzten 83% der Praxen das Honorar als zu niedrig ein. Lediglich 17% der Praxen fanden die Honorierung angemessen.

4.10 Arbeitshypothesen und Ergebnisse

1. Durch die notwendigen Zugangsvoraussetzungen wie Fachkunden und Weiterbildungen, besteht ein entsprechendes Fachwissen bei den behandelnden niedergelassenen AllgemeinärztInnen

Es zeigte sich eine hohe Weiterbildungsbereitschaft der ÄrztInnen. Mehr als die Hälfte der BehandlerInnen hatte die Fachkunde Suchtherapie erworben. 44% verfügten zum Zeitpunkt der Befragung, d.h. bereits vor der Gültigkeit der neuen Zulassungsregeln, über die Fachkunde Suchtmedizin. Die überwiegende Mehrheit (82,1%) nahm häufig oder immer an einem Qualitätszirkel teil. Qualitätszirkel dienen auch der Weiterentwicklung des Expertenwissens.

Defizite zeigten sich trotzdem in der kritischen Einstellphase und den initial verwendeten Dosierungen der Substitutionsmittel.

2. Voraussetzungen, um die Behandlung von opiatabhängigen Menschen in einer hausärztlichen Praxis ermöglichen zu können, sind klare Handlungsabläufe und interne Regeln

Am Beispiel des Umgangs mit fortgesetztem Beigebrauch anderer Substanzen ist eine klare Behandlungsstruktur in vielen Praxen erkennbar. 78,8% der Praxen geben an, über klare Abläufe zur Lösung dieses Problems zu verfügen. Auch die Anwendung von Leitlinien in 61,8% der untersuchten Praxen spricht für eine zunehmende Strukturierung der Behandlung.

Schließlich zeigt auch die Organisation der Wochenendvergaben die Anwendung von zwar unterschiedlichen, aber klaren Abläufen.

3. Die vorgegebenen Qualitätskriterien und Regelungen werden in den hausärztlichen Praxen weitgehend umgesetzt. Defizite können Anlass zur Änderung in der Praxis oder der Vorschriften sein.

Die Richtlinien der Bundesärztekammer werden im Diagnostikteil weitgehend umgesetzt. Anamnese, körperliche Untersuchung und Urinkontrollen sind Standard in nahezu allen Praxen. An diesem Punkt haben die ÄrztInnen durch die Abschaffung der Genehmigungspflicht inzwischen zurecht die größte Autonomie, aber auch eine größere Verantwortung selbstständig die Behandlung einzuleiten, erhalten.

Der Einsatz von Hilfsmitteln, als Beispiel der Behandlungsausweis, ist dagegen verbesserungswürdig.

Probleme zeigen sich im eher ländlichen Bereich mit der Wochenendvergabe. Hier werden für Sonntag oft frühzeitig Take-home- Dosen ermöglicht, entgegen den Vorgaben der Bundesärztekammer. Diese Richtlinien sehen Take-home-Dosen erst nach zumindest über sechs Monate bestehender, stabiler Behandlung vor. Diese Vorgaben sind offensichtlich nicht komplett umsetzbar.

Urinkontrollen werden, häufig unter Sichtkontrolle, regelgerecht veranlasst. Insgesamt zeigt sich hierin eine gute Umsetzung der bestehenden Vorschriften. Eine verbesserungswürdige Schwachstelle stellen die eigentlich notwendigen Alkoholkontrollen dar.

4. Mit der zunehmenden Ausdifferenzierung der Rahmenbedingungen entstand eine Ausdifferenzierung von Qualitätsmerkmalen, auch in den einzelnen Praxen.

Diese These lässt sich auch am Beispiel der Alkoholkontrollen verfolgen. Immerhin 7 Praxen verfügten zum Zeitpunkt der Untersuchung über die Möglichkeit Alkoholatemmessungen durchzuführen. Diese Messung setzt die Investition in ein Messgerät voraus. Gleichzeitig bestand zum Zeitpunkt dieser Befragung keine Abrechnungsmöglichkeit der vorgenommenen Untersuchungen. Damit wurde eine Vorleistung der Praxen nur zur Verbesserung der Behandlungsqualität ohne jede Honorierung erbracht. Einen weiteren Beleg für diese Annahme bilden die statistischen Untersuchungen, die der Qualitätszirkel Reutlingen vorlegte. Evaluation macht die Arbeit transparent und nachvollziehbar. Schließlich zeigen auch Qualitätszirkel mit eigenen internen Leitlinien, wie die Arbeit des QZ in Wangen, einen Beweis für diese These. Eigene Leitlinien stellen einen erheblichen Beitrag zur weiteren Entwicklung der Behandlungsqualität dar.

Auch die dokumentierte hohe Anzahl von ärztlichen Gesprächen in den befragten Praxen zeigt: Die Behandlungen sind weit mehr als nur die Vergabe eines langwirksamen Opiats.

5. Zusammenfassung

In den letzten Jahren wurden mehrere Studien zur Evaluierung der Substitutionsbehandlung vorgelegt, die in der Regel Modellprojekte oder Schwerpunktpraxen erfassten. Diese Behandlungen werden aber überwiegend in den Praxen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte, insbesondere von Allgemein- und Hausärzten, durchgeführt. Die Behandlungen sind durch zahlreiche Vorschriften reglementiert. Diese Regelwerke zeigen ein ausgeprägtes Misstrauen gegenüber der Qualität der durchgeführten Substitutionsbehandlungen, zumal der Focus in der Öffentlichkeit oft auf fatalen und missglückten Behandlungen lag.

Anlässlich der neu eingeführten Meldung aller Behandlungen an das BfARM zum 1.7.2002, wurden in dieser Studie die an der Substitutionsbehandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzte im Versorgungsgebiet der KV Südwürttemberg nach ihren eigenen Behandlungs- und Diagnoseregeln befragt. An 70 von 77 behandelnde Praxen wurde ein selbstentwickelter Fragebogen zugesandt. Die Rücksendung erfolgte anonym. entsprechend dem Zweiumschlagverfahren.

Zur Auswertung kamen 56 Bögen (Rücklaufquote 80%). Etwa 2/3 der untersuchten Praxen strukturierten Abläufe im Sinne eines Qualitätsmanagementkonzepts, analog den Richtlinien der Bundesärztekammer. In 35% der Praxen werden eher hohe Methadondosen, und in 70% der Praxen eher niedrige Subutex® Dosierungen zur Ersteinstellung verwendet. Die DHC Behandlung spielt praktisch keine Rolle mehr. Fast alle Praxen (92%) halten Kontakte zu den psychosozialen Beratungsstellen. Die Qualitätszirkel werden als unabdingbar (66%) ,motivierend (53%) und anregend (48%) eingestuft. Es gab in 32% der Praxen z.T. mehrfache Einbrüche , 38% berichteten über Diebstähle, und 20% der Ärztinnen und Ärzte hatten „Probleme“ mit der Justiz. Eine Patientenabwanderung, ausgelöst durch die Substitutionsbehandlungen, wird von 86% der Praxen verneint. Die Honorierung wird von 82% der Praxen als zu niedrig, und von 17% als angemessen eingestuft. In den freien Antworten wird bei den Ärztinnen und Ärzten eine deutliche Frustration über die Rahmenbedingungen spürbar und

das Gefühl, von den vielfältigen Schwierigkeiten erdrückt zu werden, deutlich benannt.

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen ein hohes Engagement und ein entwickeltes Expertenwissen in den meisten der untersuchten Praxen. Probleme zeigen sich vor allem in der kritischen Ersteinstellphase und bei den Alkoholkontrollen. Deutlich wird auch, dass nicht alle geltenden Vorschriften im eher ländlichen Raum in der Praxis umsetzbar zu sein scheinen.



6. Anhang Anhang I Anschreiben

Medizinische Fakultät

Lehrbereich Allgemeinmedizin

Vorsitzender des Fakultätsvorstandes

Dekan:

Professor Dr. med. Claus D. Claussen

Fakultätsvorstand

Prof. Dr. Claus D. Claussen (Dekan) - Vorsitz -

Prof. Dr. Richard Meyermann (Prodekan)

Prof. Dr. Hans-Ulrich Häring (Studiendekan)

Prof. Dr. Klaus Unertl (Bereich Finanzen)

Prof. Dr. Hans-Georg Rammensee (Bereich Forschung)

Prof. Dr. Michael Bamberg (Ltd. Ärztl. Direktor)

Rüdiger Strehl (Kaufmännischer Direktor)

Leiter des Lehrbereichs Allgemeinmedizin

Professor Dr. med. Gernot Lorenz

gernot.lorenz@uni-tuebingen.de

Sekretariat: Fr. Orlikowsky-Rein

Telefon: 0 70 71 · 29 852 13

Telefax: 0 70 71 · 29 5896

LehrbereichAM@med.uni-tuebingen.de

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

über den Leiter des Qualitätszirkels Substitutionsbehandlung haben wir von Ihrer Substitutionsbehandlung erfahren und bitten Sie deshalb um Ihre Mitarbeit. Der Lehrbereich Allgemeinmedizin der Universität Tübingen unternimmt in einer Studie „EAMS“ („Erfassung ambulanter Methadon-Substitution“), den gegenwärtigen Stand der ambulanten Methadonbehandlungen im Bereich Süd-Württemberg am 01.07.2002 zu erfassen. In einer Teilstudie werden dabei die an das BfArM gemeldeten Patienten mit ihren Charakteristika anonymisiert erfasst; in einer zweiten die von den Ärzten durchgeführten Behandlungsstandards. Die Substitutionsbehandlung ist ja besonders streng reglementiert, ohne dass die Durchführbarkeit in den hausärztlichen Praxen je überprüft wurde. So gibt es wenig veröffentlichte Daten über die dort real durchgeführten Behandlungen und Behandlungsstandards .

Wir bitten Sie deshalb heute dringend um Ihre Mitarbeit in diesem Forschungsprojekt zur Erfassung ambulanter Methadonsubstitution. Der beiliegende Fragebogen soll ihre durchgeführten Behandlungsstandards anonymisiert erfassen. Das kann auch dazu dienen, eventuelle Probleme mit den zahlreich vorhandenen und nur schwierig einzuhaltenden Regularien zu verdeutlichen. Wir bitten Sie um weitere Ergänzungen, die Ihnen über die im Fragebogen erfassten Aspekte hinaus wichtig sind.

Unsere Untersuchung wird zur Anonymisierung mit einem Zwei-Umschlag-Systems durchgeführt. Eine Zwischenauswertung und Endauswertung wird durch unsere Vorplanung bald möglich sein. Eine Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse werden wir Ihnen nach Abschluss gerne zukommen lassen.

Sie haben die Gelegenheit, mit der Teilnahme an dieser Untersuchung zur sinnvollen weiteren Entwicklung ambulanter Substitutionstherapie beizutragen. Wir danken für Ihr Verständnis und für Ihre Mitarbeit sehr herzlich!

Mit freundlichem Gruß.
Prof. Dr. Gernot Lorenz

Facharzt/Ärztin für

Zusatzqualifikationen

- Psychosomatische Grundversorgung
- Psychotherapie
- Naturheilverfahren
- Sportmedizin
- Homöopathie
- Chiropraktik
- Umweltmedizin
- Sonstiges _____

Qualifikation in der Suchtmedizin

- Fachkunde Suchttherapie
- Fachkunde Suchtmedizin
- Sonstige _____

Psychiatrischer Anteil der Weiterbildung ja

nein

Erfahrung in Balint-Gruppenarbeit

ja

nein

Qualifikationskurs KV für Substitutionsbehandlungen

Monat/Jahr _____

Andere Qualifikationskurse für Substitutionsbehandlungen ja

nein

wenn ja, welche _____

Beginn der Substitutionsbehandlungen seit (Monat/Jahr) _____

1. Modus vor Behandlungsbeginn

Mit der folgenden Erhebung wird ein Blick auf den Praxisalltag mit Substitutionspatienten in ihren unterschiedlichsten Realitäten geworfen. Bitte versuchen Sie, Ihre Alltagsroutinen anzugeben und möglichst keine Idealisierungen vorzunehmen.

1.1. *DIAGNOSESICHERUNG DER OPIATABHÄNGIGKEIT:*

Erhebung der Anamnese ja

nein

Nachweis von Einstichstellen am Körper ja

nein

Drogenscreening im Urin ja

nein

Wenn ja, welche Substanzen werden untersucht

- Kokain

- Benzodiazepine

- Amphetamine
- THC
- Opiate

Werden Test-Kits in der Praxis verwendet
(z.B. Streifentests)? ja
nein

Werden die Drogenscreening- Untersuchungen
zum Laborarzt eingeschickt? ja
nein

Alkoholtest
ja
nein

Wenn ja, auf welche Weise untersuchen Sie Alkohol

- Urin
- Blut
- Atemalkohol

Nehmen Sie Laborkontrollen vor Beginn der Substitutionsbehandlung vor? ja
nein

Wenn ja, im Gemeinschaftslabor/Zentrallabor

- Leberwerte
- Blutbild
- Nierenwerte
- Entzündungsparameter
- Gerinnung

Laborarzt auf Überweisungsschein

- HIV
- Lues
- Hepatitisserologie (A,B,C)
- Schwangerschaft

Wird ein Tine-Test durchgeführt ja
nein

Ganzkörperuntersuchung (Abszesse, Einstiche) ja
nein

Gynäkol. Untersuchung
vereinzelt
in jedem Fall
nie

Führen sie die folgende Untersuchungen durch

- EKG ja
nein
- Sonografie
Abdomen ja
nein
- Impfstatus ja
nein

1.2. STRUKTURIERTE HILFSMITTEL:

Setzen Sie vorgefertigte Hilfsmittel wie

Vordrucke, Formblätter o.ä. ein ?

ja
nein

Wenn ja, welche:

- Anamnesefragenbogen
- Dokumentationsbögen
- Behandlungsvertrag
- Aushändigung einer
Vertragskopie
- Behandlungsausweis

Dokumentieren Sie schriftliche

Schweigepflichtentbindung

ja
nein

Wenn ja, gegenüber:

- Apotheke
- Beratungsstelle
- Bundesopiumstelle
- KV-/Methadonkommission

Aufklärung Fahruntüchtigkeit

ja
nein

Schriftliche Dokumentation/
Aufklärungsgespräch

ja
nein

Aufklärung über Risiken der
Substanztoxizität

ja
nein

Kennen Sie Hilfen zum
Qualitätsmanagement (z.B. ASTO Ordner)

ja
nein

Orientieren Sie Ihre Behandlung an Leitlinien ja
nein

Wenn ja, an welchen? _____

1.3. VORBEDINGUNGEN, SCHWELLEN.

Stabiler Kontakt mit Drogenberatung
als Vorbedingung zur Substitution ja
nein

Welche der folgenden Vorbedingungen halten
Sie für den Beginn einer Behandlung für erforderlich:

- | | |
|--|-------------------------------|
| - Entgiftungserfahrung | ja <input type="checkbox"/> |
| | nein <input type="checkbox"/> |
| - Therapieerfahrung
(abstinenzorientiert) | ja <input type="checkbox"/> |
| | nein <input type="checkbox"/> |
| - Bestehendes
Arbeitsverhältnis | ja <input type="checkbox"/> |
| | nein <input type="checkbox"/> |
| - Sonstige _____ | |

Beginnen Sie eine Substitution auch bei bekanntem Gebrauch folgender
Substanzen:

- | | |
|---|--------------------------|
| - Benzodiazepine | |
| - Kokain | |
| - Cannabis/THC | |
| - Alkohol | |
| bei keiner | <input type="checkbox"/> |
| bei einer | <input type="checkbox"/> |
| bei höchstens zwei | <input type="checkbox"/> |
| auch bei mehr als zwei
dieser Substanzen | <input type="checkbox"/> |

2. Modus der Ersteinstellung auf Methadon/L-Polamidon/DHC

Sind klinisch deutliche Entzugssymptome
Voraussetzung für eine Erstgabe?

- immer
- gelegentlich
- nie

Anfangsdosierung von Methadon 1%

- 1-4 ml
- >4 ml

Anfangsdosierung von Subutex

- 4-8 mg
- > 8 mg

Anfangsdosierung DHC-Präparate

welche? _____

Verabreichen Sie die erste Tagesdosis fraktioniert?

- immer
- gelegentlich
- nie

Beobachtungszeitraum nach Erstgabe mit Verbleib in der Praxis

- unter 1 Stunde
- 1-2 Stunden
- 2-3 Stunden
- länger

Erster klinischer Kontrollzeitpunkt nach Erstgabe
nach

- 1 Stunde
- 2-3 Stunden
- 4-6 Stunden
- 7-12 Stunden
- >12 Stunden

3. Behandlungsregeln

Verlaufskontrollen im ersten Jahr der ambulanten Substitution (Urinkontrollen auf
Beigebrauch):

- unregelmäßig
- 1-mal/Monat
- 1-mal/Quartal
- bei Auffälligkeit

Verlaufskontrollen nach einem Jahr bei kooperativen Patienten (Urinkontrollen auf
Beigebrauch):

- unregelmäßig
- 1-mal/Monat
- 1-mal/Quartal
- bei Auffälligkeit

Sicherung der Urinuntersuchung durch:

- Sichtkontrolle ja
- nein
- Temperaturkontrolle ja
- nein
- sonstige Kontrollen _____

Art der Beratungskontakte im Verlauf eines Quartals

In der Arbeitsphase (Wohnungs-, Arbeitssuche etc.):

- Anzahl der Arztkontakte____
- Anzahl eingehender Beratungen(204) ____
- Anzahl der psychotherapeutischen Gespräch____
- Anzahl der Angehörigengespräche____
- Anzahl der Kontakte mit Arzthelferin____

Art der Beratungskontakte im Verlauf eines Quartals

in der stabilen Erhaltungsphase

- Anzahl der Arztkontakte____
- Anzahl eingehender Beratungen (204)____
- Anzahl der psychotherapeutischen
Gespräche____
- Anzahl der Angehörigengespräche____
- Anzahl der Kontakte mit Arzthelferin____

4. Kommunikation

Besteht eine Kooperation mit externen Ausgabestellen?

ja

nein

Wenn ja, mit welchen z.B.:

- Apotheke
- mehrere Apotheken
- Sozialstation
- andere Ausgabestelle

Aus welchen Gründen verwenden Sie andere Abgabestellen?

- Wochenende
- Vertretung(z.B. Urlaub)
- andere Gründe (Wohnortnähe)

Welche Ausgaberegulung verwenden Sie am Wochenende?

- Ausgabe durch Apotheke
- Ausgabe durch KV- Bereitschaftsdienst
- Ausgabe selbst
- Ausgabe durch organisierten Methadondienst
- Take- Home

Kommunikation mit den praxisexternen Abgabestellen:

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------|--------------------------|
| Telefonisch | jedes mal | <input type="checkbox"/> |
| | nur bei Dosisänderung | <input type="checkbox"/> |
| | selten | <input type="checkbox"/> |
| Fax | jedesmal | <input type="checkbox"/> |
| | nur bei Dosisänderung | <input type="checkbox"/> |
| | selten | <input type="checkbox"/> |
| Einträge in den Behandlungsausweis | ja | <input type="checkbox"/> |
| | nein | <input type="checkbox"/> |

Sonstige Kommunikationsformen , z.B. E-mail:

- Halten Sie Kontakt mit den PSB - Beratungsstellen ja
nein

Wenn ja, wie gestalten Sie die Kommunikation:

- vor Aufnahme der Substitution
- nach Aufnahme der Substitution
- weiterhin regelmäßig 1mal/Monat
- 1 mal/Quartal
- selten
- unregelmäßig, bei Bedarf

5. Qualitätszirkel

Mitarbeit im Qualitätszirkel:

Seit Monat/Jahr _____

Frequenz der Treffen des Qualitätszirkels:

- | | |
|---------------|--------------------------|
| 1 mal/Quartal | <input type="checkbox"/> |
| 2 mal/Quartal | <input type="checkbox"/> |
| monatlich | <input type="checkbox"/> |

Wie oft nehmen Sie selbst am Qualitätszirkel teil?

- | | |
|--------|--------------------------|
| immer | <input type="checkbox"/> |
| häufig | <input type="checkbox"/> |
| selten | <input type="checkbox"/> |

Dauer der Treffen im Qualitätszirkel

- | | |
|-------------|--------------------------|
| 1 Stunde | <input type="checkbox"/> |
| 2 Stunden | <input type="checkbox"/> |
| > 2 Stunden | <input type="checkbox"/> |

Sind die Treffen im Qualitätszirkel als
Fortbildung durch die LÄK anerkannt?

- | | |
|------|--------------------------|
| ja | <input type="checkbox"/> |
| nein | <input type="checkbox"/> |

Welche inhaltlichen Instrumente zur Gestaltung
der Qualitätszirkel verwenden Sie?

- | | | |
|--------------------|--------------|--------------------------|
| Fallbesprechungen | immer | <input type="checkbox"/> |
| | nie | <input type="checkbox"/> |
| | gelegentlich | <input type="checkbox"/> |
| Fortbildungsthemen | immer | <input type="checkbox"/> |
| | nie | <input type="checkbox"/> |
| | gelegentlich | <input type="checkbox"/> |

Kollegiale Supervision	immer	<input type="checkbox"/>
	nie	<input type="checkbox"/>
	gelegentlich	<input type="checkbox"/>

Klärung von Formalitäten	immer	<input type="checkbox"/>
	nie	<input type="checkbox"/>
	gelegentlich	<input type="checkbox"/>

Führen Sie innerhalb Ihres Qualitätszirkels statistische Erhebungen durch	ja	<input type="checkbox"/>
	nein	<input type="checkbox"/>

Teilnehmer/innen an Ihrem Qualitätszirkel

Behandelnde Ärzte/Ärztinnen	<input type="checkbox"/>
Ärzte/Ärztinnen des öffentlichen Gesundheitswesens	<input type="checkbox"/>
Apotheker/innen	<input type="checkbox"/>
Suchtberater/innen	<input type="checkbox"/>

Eigene Erfahrungen mit den Qualitätszirkeln

Ich halte sie für:	
unabdingbar	<input type="checkbox"/>
relativ wichtig	<input type="checkbox"/>
wichtig	<input type="checkbox"/>
weniger wichtig	<input type="checkbox"/>
überflüssig	<input type="checkbox"/>

Ich finde sie	
motivationssteigernd	<input type="checkbox"/>
anregend	<input type="checkbox"/>
wenig motivierend	<input type="checkbox"/>
demotivierend	<input type="checkbox"/>

Bestehen innerhalb Ihres Qualitätszirkels feste Absprachen für Regelung der

Aufnahme einer Behandlung ja

nein

Übernahme in die Substitution aus einer anderen Praxis

ja

nein

Übernahme in die Substitution nach NUB

ja

nein

vorübergehender Übergabe

ja

in eine andere Praxis (Wochenende, Urlaub etc.) nein

6. Probleme durch Substitutionsbehandlungen

Hatten Sie Probleme mit

Praxiseinbrüchen

ja

nein

Diebstählen (z.B. Rezepte)

ja

nein

Justiz , z.B. Ermittlungsverfahren, Geldbußen

ja

nein

Beobachteten Sie in Ihrer Praxis

durch die Substitutionsbehandlungen eine Abwanderung

ja

nein

von anderen Patienten/innen

Todesfälle unter den behandelten Patienten/innen

Anzahl____

Intoxikation____

Schwere Infekte____

Unfälle____

Sonstige Ursachen _____

7. Bürokratische Regelungen

Welche der folgenden Regelungen halten Sie für den täglichen Praxisablauf schwierig und eher hinderlich

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------|
| Substitutionsregister | <input type="checkbox"/> |
| Antrag KV-Methadonkommission | <input type="checkbox"/> |
| BTMVV | <input type="checkbox"/> |
| Meldepflicht Urlaubs-take-home an RP | <input type="checkbox"/> |
| BUB-Richtlinien | <input type="checkbox"/> |

Welche der folgenden Regelungen halten Sie für den täglichen Praxisablauf nützlich und sinnvoll

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------|
| Substitutionsregister | <input type="checkbox"/> |
| Antrag KV-Methadonkommission | <input type="checkbox"/> |
| BTMVV | <input type="checkbox"/> |
| Meldepflicht Urlaubs-take-home an RP | <input type="checkbox"/> |
| BUB-Richtlinien | <input type="checkbox"/> |

Halten Sie die Honorierung nach EBM und die Abrechnungsbestimmungen für

- | | |
|------------|--------------------------|
| Zu niedrig | <input type="checkbox"/> |
| Angemessen | <input type="checkbox"/> |
| Zu hoch | <input type="checkbox"/> |

8. Ausblick

Haben Sie weitere wichtige Anmerkungen und Anregungen zur Substitutionspraxis in Ihrer Praxis

Anhang III Freie Kommentare

Bemerkungen und Kommentare in den freien Antworten

Die Kommentare wurden zu acht Themenblöcken zusammenfasst. Einige Kommentare berühren mehrer Themengebiete, wurden aber nur einmal aufgenommen.

1. Umgang mit Gesetzen, Regelungen, Vorschriften

- Da das Ausfüllen der BTM-Rezepten korrekt sein muss, bin ich gezwungen, dieses in meiner Freizeit vorzunehmen (das ist doch echt schwierig).
- Die Datumsangabe für die Verordnung von- bis ist unheimlich lästig und idiotisch. .
- Der bürokratische Komplex sollte auf ein Minimum reduziert werden.
- Klare Richtlinien bzgl. Führerschein und Fahrtüchtigkeit, da ohne Auto keine Arbeit bzw. keine Sub-Möglichkeit für viele Drogenabhängige
- Großzügigere take-home-Regelung.
- Leitlinien haben wir im QZ selbst erarbeitet.
- Der individuelle Entscheidungsspielraum ist durch die bestehenden Gesetze/Richtlinien/Verordnungen stark eingeschränkt.
- Am Sonntag keine Abgabe über Apotheke möglich, deshalb illegale Abgabe aus Praxis.
- Take-home Regelung bei weitem zu liberal.
- Bereits bei 10 Sub-Patienten bin ich mit einer nicht so großen Landarztpraxis am Rande der Überforderung und neige dazu, die Regeln nicht streng genug einzuhalten.
- Politik und Krankenkassen wollen letztlich die nachgewiesen sinnvolle Behandlung Drogenabhängiger aushebeln.

2. Probleme mit der Justiz , Einbrüche, Todesfälle

- Die Infrastruktur ist auf dem Land Welten von den KV- Vorschriften entfernt, den Staatsanwalt interessiert das aber nicht.
- Ich hatte ca. 5-10 Tote in 30 Jahren.
- Irgendwann habe ich nach Einbrüchen ,Überfällen, Nötigungen und Drohungen keine Lust mehr der Verlierer gegenüber einer kriminellen Bande von Drogenabhängigen zu sein, vielleicht sollte die KV einen Fond für Sachschäden (alleine bei mir 7000.-) einrichten, da die Versicherung nicht mehr bezahlt.

3. Honorierung, Abrechnung

- Die ganze Substitution sollte sofort von den Kassen übernommen werden, da Drogensucht eine psychiatrische Erkrankung darstellt.
- Bezahlte Alkoholkontrollen.
- Bezahlte Alkoholkontrollen.
- Bei den vielfältigen Problemen der Sub-Patienten mit der Lebensführung, Partnerproblemen, Problemen mit Justiz und Polizei, Sorgen um Entgiftungs- und Therapieplätze, aufwendige Kontakte mit Krankenhäusern, Sozialämtern, Kostenträgern, und in meinem Fall mit Apotheken, besteht eine deutliche Diskrepanz zwischen Aufwand und Ertrag zu meinen Ungunsten.
- Bei den neuen BUB- Richtlinien (28.10.2002) wird der Gegensatz zu den Forderungen der Richtlinien der Bundesärztekammer zu einer wirtschaftlich desolaten Situation des substituierenden Arztes führen, sodass bald keiner mehr substituieren wird.
- Ziffern 204 im Quartal nur 4 mal sind Almosen für die Zeit, die man mit diesem Klientel braucht.
- Vergütung für Blutalkoholbestimmung fehlt, Vergütung für take-home-Regelung fehlt.

4. Eigene Perspektiven, Umgang mit Substitution in der Region

- Nach vielen Jahren habe ich mich aus der täglichen (und Wochenend-) Abgabe zurückgezogen, da diese den Praxisbetrieb auf Patienten- und Helferinnenseite stark beeinträchtigte. Seit einiger Zeit nehme ich deshalb keine neuen PatientInnen mehr auf, sondern habe nur noch Altkunden, meist mit schweren chronischen Krankheiten. Daher unterscheidet sich bei mir wohl manches von anderen Praxen.
- Werde mit zunehmender Substitutionspraxis immer strenger, unnachgiebiger, und es werden engere Grenzen gesetzt. Werde versuchen schneller zum Substitutionsende zu kommen.
- Der Druck, den Aufwand zuungunsten der Patienten zu reduzieren, ist ständig zu spüren und beeinträchtigt meinen Gesundheitszustand in beunruhigender Weise.
- Zu Qualitätszirkel: Wurde von mir 1994 gegründet (habe als erster substituiert, bin in den 70er Jahren dafür bestraft worden). Als Gast erschienen –sehr willkommen- Kliniker aus dem PLK, die sehr rasch den Zirkel zu dominieren begannen, und mit meinen Grundsätzen zur Substitution nicht vereinbare Regeln aufstellten. Ich habe den Kreis dann verlassen.
- Ich bin frustriert, wütend, verärgert.
- Ich substituiere nur in Vertretung, im Notfall auf Bitten des Kontaktladens und nur eigene Patienten.
- Keine wesentliche Frustration da viele Langläufer (Stabil).
- Lässt sich auch in die Hausarztpraxis integrieren.
- Andererseits scheint mein extrem grenzsetzender Umgang mit der Opiatabhängigkeit eine wichtige Taktik zu sein: meine Patienten sind inzwischen clean, Dauerkonsumenten in der Nachbarpraxis.
- Aufgabe der Substitution wegen zuviel Unruhe, Auflagen der KV, Handhabung der Gesetze im Bezirk Tübingen.
- Gebe Substitution mittelfristig auf !!!

- Ich würde gerne statistische Erhebungen im QZ machen, mir fehlt aber die Zeit und das Know-how.

5. Einsatz von Buprenorphin (Subutex ®)

- Bin zur Zeit dabei, möglichst viele Patienten von Methadon auf Buprenorphin umzustellen. Für dieses Medikament sind die bisher geltenden Regeln (nach Methadon entwickelt) zu strikt.
- Abgabe von Subutex aus Blister sollte möglich sein.
- Die Substitution z.B. mit Buprenorphin sollte aus meiner Sicht wesentlich liberaler geregelt werden, ein Wegfall aller bürokratischen Regelungen wäre m.E. sinnvoll.
- Bei mir nimmt die Subutextherapie einen immer größeren Raum ein.

6. Kritik an der Untersuchung

- Der gesamte Fragebogen geht an meiner Praxis vorbei: ich dosiere in gezielter und befristeter Aktion Motivierte ab, keine Dauersubstitution; z.B. bei HIV oder HCV etc. mache ich nicht, überwiegend habe ich keine Substitutionen am Laufen , vertretungsweise aber bis zu 15 Patienten /Woche.
- Mir fehlt die Frage nach der Zahl der Substitutionspatienten.
- Es fehlt die Frage nach der Zahl der substituierten Patienten in der Praxis (15).

7. Problemfelder

- Substituierte steuern bei vielen Ärzten die Substitution.
- Keine Urlaubsregelung für PatientInnen.
- ASTO Handbuch theoretisch gut, aber für die Praxen umständlich.
- Keine ausreichende psychosoziale Betreuung wenn die Patienten sich in einer Krisensituation befinden.
- Zu wenig substituierende Ärzte.

- 60-80% der Pat. sind nicht nur süchtig, sondern auch richtig psychisch krank (manisch-depressiv, psychotisch, Depression mit Suizidgedanken); die Betreuung ist dann sehr zeitintensiv, kaum möglich in einem normalen Tagesablauf zu gewähren (!).
- der Beigebrauch ist ein großes Problem.
- Ich würde gerne nicht mehr substituieren (müssen), das Klientel ist leider massenweise da. Meiner Helferin geht es genau so.
- Sollte die Politik sich weiter verschärfen, werde ich in Zukunft auf die Behandlung verzichten.
- Es führt kein Weg daran vorbei, auch im ländlichen Raum Drogen-Schwerpunktpraxen einzuführen, z.B. in jeder Kreisstadt.
- In dieser Stadt teilweise unmögliche Abgabeverhältnisse ohne jeden Bezug zu den Vorschriften.

8. Sonstige Kommentare

- FA Gynäkologie
- Schwerpunkt Naturheilkunde/Homöopathie (ohne Qualifikation); Nachschulung Suchtmedizin im Nov. 02 , Test Kits bei stabilen Pat. ohne Alkoholprobleme vor Behandlungsbeginn, bei Pat. außerhalb BUB wegen Laborbudgets. Alle Anderen zum Laborarzt einschließlich C2 wegen Kreatinin u. Methadon; Metabolitbestimmung; Manipulationen besser erkennbar, quantitative Angaben. Bei Blutentnahmen aus anderen Gründen Drogenscreening und C2, zusätzlich Laborkontrollen, nicht regelmäßig, wenn Pat. zuvor bei Kollege in Substitution war. Ganzkörperuntersuchung und EKG nicht regelmäßig, Schweigepflichterklärung gegenüber Arbeitskreis/QZ in Behandlungsvertrag enthalten; Aufklärung über Substanz: die meisten Patienten haben schon Erfahrung mit Methadon . Erklärung eher bei Einstellung/Umstellung auf Subutex ; weiter s. extra Text.
- Überregionale Fortbildungsveranstaltungen

7. Literaturverzeichnis

Ärzttekammer Westfalen-Lippe (Hrsg.) (2001) ASTO Handbuch, Handbuch zur Qualitätssicherung in der ambulanten Substitutionstherapie Opiatabhängiger

Ahrens D., Dehde L., Schmidt S., Güntert B. (2003) Gesundheitsökonomische Evaluation der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger – eine Standortbestimmung Sucht 49 (4) S. 228 - 238

American Psychiatric Association (1994) ; Diagnostic Statistical Manual of Mental disorder 4th ed (DSM -IV) Washington DC

Arnold T., Simmedinger R. (1999) Substitutionsbehandlung Drogenabhängiger in Schwerpunktpraxen Sucht 16 herausgegeben vom Sozialministerium Baden-Württemberg Stuttgart

Arzneikommission der deutschen Ärzteschaft (2002) Mitteilungen : Auftreten von Kammetachykardien (Torsade de pointes) nach hoch dosierter Gabe von Methadon Deutsches Ärzteblatt 99 Ausgabe 49 Seite A-3363

Bayerische Akademie für Suchtfragen BAS e.V. (2001) Empfehlungen zur Qualitätssicherung bei der Substitutionsbehandlung Vertrieb BAS München

Bengel J. (1999) Evaluationsforschung und Qualitätsmanagement Skript Vorlesung Evaluation und Forschungsmethoden WS 1999 FB Psychologie Universität Freiburg

Blank J. (1996) Ärztliche Schweigepflicht bei Methadon-Substituierten Patienten Dtsch. med. Wschr. 121 , 351-354 Georg Thieme Verlag Stuttgart New York

Böcker F. (1991) Behandlung drogenabhängiger Patienten mit Methadon Fortschr. Med. 109 5: 129-131

Böllinger L., Stöver H. (2002) Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik: Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen Fachhochschul – Verlag, Frankfurt

Bornemann R. (1999) Das Methadonprogramm in Nordrhein-Westfalen (1988-1998) in Götz J. (Hrsg.) Der drogenabhängige Patient Urban und Fischer Verlag München Jena

Bossong H., Stöver H. (Hrsg.) (1992) Methadonbehandlung Ein Leitfaden Campus Verlag Frankfurt/M New York

BTMVV 1998 (20.1.1998) BB 1 1998, 74, 80

Bühringer G., Künzel J., Spies G. (1995) Methadon- Expertise, Expertise zum Einsatz von Methadon bei der Behandlung von Drogenabhängigen in Deutschland, Band 55 der Schriftenreihe des Bundesministerium für Gesundheit, Nomos Baden – Baden

Bühringer G. u.a. (1995) Methadonstandards , Enke, Stuttgart

Bundesärztekammer (1988) Ersatzdrogen Stellungnahme des gemeinsamen Arbeitskreises des Wissenschaftlichen Beirates und des Ausschusses

“Psychiatrie, Psychotherapie und Psychohygiene der Bundesärztekammer vom 4. Februar 1988 Dt. Ärzteblatt 85 , 5 : A -244-245

Bundesärztekammer (1990) Ersatzdrogen Beschluss des Vorstands vom 9. Februar 1990 Dt. Ärzteblatt 87, 10 : A 775-777

Bundesärztekammer (1997) Leitlinie der Bundesärztekammer zur Substitutionstherapie Opiatabhängiger Dt. Ärzteblatt 94 , 7 : A 401

Bundesärztekammer (2002) Richtlinien zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger vom 22. März 2002 Dt. Ärzteblatt 99, 21: A1459-1461

Bundesärzteammer (2003) Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus 2. Auflage der Studie zur Altersstruktur- und Arztlzahlentwicklung der KBV und der BÄK Köln

Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (1991), NUB Richtlinie, Bundesarbeitsblatt Nr.10 S. 85-86

Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (1992) Änderung der NUB Richtlinien Dt. Ärzteblatt 89, 14

Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (1994), Änderungen der NUB – Richtlinien 1994 Dt. Ärzteblatt 91,14: A 985-98

Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (1999), Richtlinien über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und über die Überprüfung erbrachter vertragsärztlicher Leistungen Dt. Ärzteblatt 96 Heft 25 A 1733-1735

Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (2000) Richtlinie über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 153 Abs.1 SGB V (BUB Richtlinien) ;Dt. Ärzteblatt 97, Heft 13, A 864-868

Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (2003) Bekanntmachungen: Bekanntmachung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen Dt. Ärzteblatt 100, Heft 3 A 144

Bundesgesetzblatt (1994), Jahrgang 1994, Teil I , Nr. 4, Bonn

Bundesgesetzblatt (1998), Jahrgang 1998 Teil I Nr. 4, Bonn

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (2001) Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001, Köln Endbericht

Decker F. (1997) Das große Handbuch Management für soziale Institutionen, mi Verlag Moderne Industrie Landsberg / Lech

Deutsche Apothekerzeitung (1995) Editorial Dihydrocodein - ein bayrisches Problem DAZ Nr. 56 S.4658

Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS) (2001) Stellungnahme zum Fragenkatalog des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger Rundbrief 2001

- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2003) Drogen und Suchtbericht 2002. Berlin Bundesministerium für Gesundheit
- Dole V., Nyswander M. (1965) A Medical Treatment for Diacetylmorphine (Heroin) Addiction JAMA 193 8: 80-84
- Donabedian A. (1982) Explorations in quality assessment and monitoring Vol II: The criteria and standards of quality Health Administration Press Ann Arbor
- Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) (2001) Dienstaufgabe der kassenärztlichen Bundesvereinigung Deutscher Ärzte Verlag Köln
- Ewing H. (1995) Diskussionsbeitrag zur Erarbeitung von Leitlinien für die Methadon Substitution Kongressband 4. Suchtmedizinischer Kongress der DGDS Hannover S.155
- Finkbeiner T., Gastpar M. (1997) Der aktuelle Stand in der Substitutionsbehandlung Drogenabhängiger Nervenarzt 16 : 215 - 221
- Fischer B. (2003) Illegale Opiatsucht, Behandlung und ökonomische Kostenforschung – ein beispielhafter Überblick und eine Diskussion aus sozialwissenschaftlicher Perspektive Suchttherapie 4 : 2-7 Georg Thieme Verlag Stuttgart New York
- Flenker I., Follmann A. (1999); Projekt Qualitätssicherung in der ambulanten Substitutionstherapie , Westfälisches Ärzteblatt, Nr.8 S.14
- Flenker I.(2002) Editorial Suchttherapie 2002 ; 3: 195 –196
- Follmann A. (1999) Qualitätssicherung in der Substitutionstherapie Subletter 5 addicare Arzneimittel GmbH Holzkirchen www.methadon.de
- Forth W., Henschler D., Rummel W. (2001) Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie Urban und Fischer Jena München
- Gerlach R., Schneider W. (1994) Methadon und Codeinsubstitution, Verlag für Wissenschaft und Bildung Berlin, Berlin
- Greiner B. (2000) Statistische Erhebungen Des Qualitätszirkels Substitution in Reutlingen Ärzteblatt Baden Württemberg 7/2000 S. 277
- Glöser S. (1999) Unterschätzte Gefahr Methadonsubstitution Deutsches Ärzteblatt 96 11, A-649
- Gmür M. (1989) Resultate empirischer Studien zur Methadonbehandlung Schweiz. med. Wschr. 119 , 44 : 1560 -70
- Gölz J.(Hrsg.) (1999) Der drogenabhängige Patient ,Urban und Fischer, München
- Grimm G. (1992) Drogen gegen Drogen, Veris Verlag, Kiel
- Günthner A., Ullmann R. (2003) Leitlinienforum der DGS – Thema Substitution Suchttherapie; Supplement 1, 4: S 27 Georg Thieme Verlag Stuttgart New York
- Hämmig R. (2002) Substanzfragen Sucht und Therapie S. 1-4 www.aid-berlin.org

- Heinemann A., Ribbat J., Püschel K., Iwersen S., Schmoltdt A. (1998) Rauschgifttodesfälle mit Methadonbeteiligung (Hamburg 1990 – 1996) Rechtsmedizin 8 : 55-6
- Heinemann A., Iwersen-Bergmann S., Stein S., Schmoltdt A., Püschel K. (2000) Methadone-related fatalities in Hamburg 1990-1999: implications for quality standards in maintenance treatment Forensic Sci Int Sep 11; 113(1.3): 449-55
- Heinz T. (1997) Screeningverfahren : Nachweis von illegalen Drogen in der Praxis Deutsches Ärzteblatt 94 8, A-430
- Heinz T. (1998) Drogenschnelltests: Qual der Wahl bei einer Fülle von Produkten Deutsches Ärzteblatt 95, 49: A-3118
- Hildebrand R. (1995) Benchmarking, in f&w 3/95 , 12.Jg , Melsungen
- Härter M., Groß-Hardt M. (1999) Interne Qualitätssicherung, Qualitätszirkel und ihre Anwendung Skript Vorlesung Evaluation und Forschungsmethoden FB Psychologie Uni Freiburg
- Herwig-Lempp J. (1994) Von der Sucht zur Selbstbestimmung borgmann publishing Dortmund
- Jacobowski C. (1999) Erfahrungen mit der Methadonsubstitution in Berlin in Gözl J. (Hrsg.) Der drogenabhängige Patient Urban und Fischer München Jena
- Kalke J. (1997) Die Vergabe von Methadon durch Apotheken – der Hamburger Weg Gesundheitswesen 59 181- 185 Georg Thieme Stuttgart Verlag New York
- Kamps H. (1997) Therapie von Drogenabhängigen und AIDS –Patienten aus juristischer Sicht Deutsches Ärzteblatt 94 Ausgabe 49 Seite A-3332
- Kassenärztliche Vereinigung Berlin (1996) Berliner Standards zu Diagnostik, Behandlung und Verlaufsdokumentation bei substituierten Drogenabhängigen in KV Blatt 3/96
- Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe(1999) Rundschreiben vom 30.6.1999 Blatt 6
- KBV(2003) Health Technology Assessment 2.Richtlinien zur substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger www.kbv.de Zugriff am 9.5.2003
- Klee J. (2002) Erfassung der ambulanten Methadonsubstitution in der allgemeinmedizinischen Praxis im Bereich Südwürttemberg Inauguraldissertation Tübingen
- Konsenustexte (2000) Empfehlungen zur Anwendung von Buprenorphin (Subutex®) in der Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Patienten in der Schweiz, Österreich und Deutschland Suchtmed 2 (1) 43 –53
- Kraus L., Beloch E., Qammou-Engel M., Müller - Kalthoff T. (2001) Verbesserung der therapeutischen Situation für Drogenkonsumenten in Augsburg unter besonderer Berücksichtigung von Maßnahmen zur Reduzierung der Zahl der Todesfälle ITF Berichte Band 119 München

- Kraus L., Müller-Kalthof T. (2002) Psychosoziale Vorbelastung bei Drogentoten Gesundheitswesen 2002 ; 64: 548-553 Georg Thieme Verlag Stuttgart New York
- Krausz M., Raschke P. (Hrsg.) (1999) Drogen in der Metropole Lambertus Verlag Freiburg
- Langnickel H. (2000) Unterschiedliche Ansätze von Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung Dokumentation der Expertentagung 14. und 15.9.1999 Gotha DHS Hamm
- Lautkeit G. (2003). Der Einsatz von Substitutionsmitteln ist deutlich gestiegen in Ärztezeitung vom 4.6.2003
- Mann K., Kapp B. (1997) Drogenentzug Baden- Württemberg Sucht 14 Sozialministerium Stuttgart
- Matheson C., Pitcairn J., Bond C. M., van Tejkingsen E., Ryan M.(2003) General practice management of illicit drug users in Scotland: a national survey Addiction 98,119 - 126
- Meili D. (2003) Substitution und psychosoziale Betreuung oder Plädoyer für die Abschaffung des Begriffs der psychosozialen Betreuung Suchttherapie Suppl.1, 4 : 533
- Moll S.(1990) : Strafrechtlicher Aspekte der Behandlung Opiatabhängiger mit Methadon und Codein, Peter Lang, Frankfurt/Main
- Newman R.(1985) Opiat addiction and methadone treatment in Hongkong, Journal of Public Health Vol.6 No 4
- Newman R.(2003) Robert-Newman-Workshop über optimierte Bedingungen zur Behandlung der Opiatabhängigkeit : Die Rolle von Allgemeinärzten Suchttherapie 4 : Anhang) Georg Thieme Verlag Stuttgart New York
- Nickels C. (1999) Drogenpolitik : Substitutionsgestützte Behandlung Dt. Ärzteblatt 96, 44 A-2803
- Nolting H.-D., Follmann A., Alfert A., Berger J. (2001) Substitutionsbehandlungen in nordrhein-westfälischen Arztpraxen - Erste Ergebnisse aus dem ASTO Projekt der Ärztekammer Westfalen-Lippe Poster vom 2. Interdisziplinären Suchtkongress München 25.-27.1.2001
- Palette Tagungstext (2001) Psychosoziale Begleitung und ambulante Therapie im Rahmen der Substitutionsbehandlung Erfahrungen der Einrichtungen von Palette e.V. Januar 2001 Hamburg
- Pant A. (2000) Drogentodesfälle in Berlin 2000 Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport Berlin
- Penning R., Frimm E., Betz P., Kauert G., Drasch G., Meyer L. (1993) Drogentodesfälle durch dihydrocodeinhaltige Ersatzmittel. Deutsches Ärzteblatt 90, 528-529
- Petry N., Bickel W., Badger G. (1999) A comparison of four burenorphine dosing regimens in the treatment of opioid dependence, Clinical Pharmacology & Therapeutics (66) 3 306-314

- Poehlke T., Flenker I., Schlüter H.-J., Busch H. (Hrsg.) (2000) Suchtmedizinische Versorgung 2 Orientierung am Weiterbildungs-Curriculum der Bundesärztekammer Springer Verlag Berlin Heidelberg New York
- Pollak A. (2002) Die Durchführung einer Substitutionsbehandlung nach dem „Saarbrücker Modell“ Suchtmed 4(1)55-57
- Püschel K., Hoffmann M. (1995) Morphologie der Drogentodesfälle Kongressband des 4. Suchtmedizinischen Kongress der DGDS Hannover S. 171
- Raschke P. (1994) Substitutionstherapie Ergebnisse langfristiger Behandlung von Opiatabhängigen Lambertus Freiburg
- Raschke P., Verthein U., Kalke J. (1999) Substitutionsbehandlung mit Methadon in Hamburg in Götz J. (Hrsg) Der drogenabhängige Patient Urban und Fischer München Jena
- Rheinberger P., Sander G. (2000) Methadon-Substitution: Steigende Akzeptanz Deutsches Ärzteblatt 97 Ausgabe 36 A-2275
- Richter E. (2000) Drogenpolitik : Für eine kontrollierte Methadonsubstitution Dt. Ärzteblatt 97 13 : A-8111
- Richtlinien für den Arbeitskreis Substitution in Wangen Grundlagenpapier und Beitrittserklärung
- Rössler H., Madlung E. (2000) Opiatabhängigkeit : Buprenorphin macht Substitution sicherer Jatros 1/2000 Erfahrungsaustausch Subutex® als neue Alternative in der Drogensubstitution Feldkirch 29. Oktober 1999
- Rohrmeister K., Bernert G., Langer M., Fischer G., Weniger M., Pollak A. (2001) Opiatabhängigkeit in der Schwangerschaft - Konsequenzen für das Neugeborene Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie 205 , 224-230
- Schendzielorz P. (1988) Die Anfänge der Betäubungsmittelgesetzgebung in Deutschland Inauguraldissertation FU Berlin
- Schmoldt A., Iwersen-Bergmann S., Stein S., Franzelius C., Heinemann A., Schulz M. (1999) Methadontodesfälle und – intoxicationen im Umfeld der Substituierten und bei Drogenkonsumenten Hamburger Ärzteblatt 3 /99 S.5
- Seidenberg A., Honegger U. (1998) Methadon, Heroin und andere Opiode Bern, Hans Huber Verlag
- Seivewright N. (2003) Methadone treatment outcomes appear mainly unaffected by cannabis use Addiction, 98, 251-252
- Siegel I. (1996) Möglichkeiten und Grenzen einer Substitutionsbehandlung in der ambulanten Praxis ZaeF 90; 307-313 Fischer Jena
- Simon R., Spiegel H. et. al. (2002) Bericht des Nationalen REITOX Knotenpunkts für Deutschland an die EBDD: Drogensituation 2001 München (www.dbdd.de)
- Tretter F. (1998) Ökologie der Sucht Das Beziehungsgefüge Mensch-Umwelt-Droge Hogrefe Verlag Göttingen Bern Toronto Seattle

- Uchtenhagen A., Zieglgänsberger W. (2000) Suchtmedizin Konzepte Strategien und therapeutisches Management Urban und Fischer München
- Ullmann R. (1997) Leitlinien zur Substitutionsbehandlung im internationalen Vergleich Kongressband des 6. Suchtmedizinischen Kongress der DGDS Hamburg S.189
- Ulmer A. (1994) Ärztliche Behandlung von Drogenabhängigen Dt. Ärzteblatt 91 16, A-1104
- Ulmer A. (1997) Die Dihydrocodein-Substitution Thieme Verlag Stuttgart New York
- Ulmer A. (1998) Substitution für opiatabhängige Patienten Z. Allg. Med. 74: 434 – 438 Hippokrates Verlag Stuttgart
- Van den Brink W. (2003) Drogenkonsum und Sucht : gestern - heute – morgen Suchttherapie 4 : 89 –92 Georg Thieme Verlag Stuttgart New York
- Verthein U., Kalke J., Raschke P. (1994) Resultate internationaler und bundesdeutscher Evaluationsstudien zur Substitutionstherapie mit Methadon – eine Übersicht PPM 44 : 128-136 Georg Thieme Stuttgart New York
- Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (KV) 2001 Was heißt eigentlich Qualitätssicherung? KV Blatt extra 4 S. 1-4
- Wagner-Servais D. (2001), Critical aspects of current methadone treatment in Germany Dtsch. Med. Wochenschr. 126(10):275-8
- Ward J., Mattick RP., Hall, W. (1996) Methadone maintenance treatment and other opioid replacements therapies Harwood Academic Publishers Amsterdam
- Wienberg G. (1992) (Hrsg.) Die vergessene Mehrheit: Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen Psychiatrie-Verlag Bonn
- Willweber-Strumpf A., Zenz M. (2000) Opioide in der Schmerztherapie in Uchtenhagen et. al. Suchtmedizin Urban und Fischer München Jena S. 500 - 507
- World Health Organization : (1992) International Statistical Classification of Diseases and Related Harm Problems. 10th revision, ICD 10 , vol.1-3 WHO Genf
- Zeidler D., Tretter F. (1998) Zur Aussagekraft der Anzahl der Drogentoten Diskussionspapier 1. Auflage Bayerische Akademie für Suchtfragen München

Mein besonders herzlicher Dank gilt vor allem meiner gesamten Familie für die außergewöhnliche Hilfe. Danke an Herrn Professor Dr. med. Lorenz für die Ermutigung mein spätes Werk zu beginnen und seine stetige Begleitung.

8. Lebenslauf

Geburtsdatum	21. Mai 1953
Geburtsort	Reutlingen
Familienstand	verheiratet, 3 Kinder
Schulbildung	
April 1960 – April 1964	Katholische Grundschule Reutlingen
April 1964 – Juni 1972	Johannes Kepler Gymnasium Reutlingen
Hochschulbildung	
WS 1973 – WS 1977	Chemie Studium, Universität Tübingen
SS 1978 – WS 1984	Medizin Studium, Universität Gießen
16. April 1984	3. Staatsexamen, Universität Gießen
Berufstätigkeit	
August 1984 – Februar 1985	Assistenzarzt, Chirurgische Abteilung St. Josef Krankenhaus, Gießen
Februar 1985 – April 1985	Praxisassistent, Chirurgische Praxis Dr. Korom, Kaiserin-Auguste-Victoria KH, Ehringshausen
Mai 1985 – Dezember 1987	Assistenzarzt, Chirurgische Abteilung, St. Josef Krankenhaus, Gießen
Oktober 1988 – Juli 1991	Assistenzarzt, Innere Abteilung, Hospital zum Heiligen Geist, Horb
August 1991 – Juni 1993	Ärztlicher Leiter der Fachklinik Schloß Börstingen, Starzach
Seit Juli 1993	Allgemeinarzt in eigener Praxis
September 1993	Facharztprüfung Allgemeinmedizin, Tübingen