

RESPECT

IMPROVE

Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger

IMPROVE

Eine Befragung unter Drogenkonsumenten,
Patienten und Ärzten – Ansätze zur
Verbesserung einer erfolgreichen
Therapieform

akzept e.V.
Prof. Dr. Heino Stöver
Dirk Schäffer
Urs Köthner



akzept e.V.

Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit
und humane Drogenpolitik

Zusammenfassung

Die Opioid-Substitutionstherapie (OST) gilt international als die wirksamste Maßnahme zur Verringerung der sozialen, gesundheitlichen und wirtschaftlichen Belastungen, mit denen eine Opioidabhängigkeit einhergeht [1]. Es ist jedoch davon auszugehen (2), dass in Deutschland ein bedeutender Anteil der Opioidabhängigen eine OST entweder nicht wahrnehmen kann oder unter diesen Umständen nicht will, und dass darüber hinaus (3) ein erheblicher Teil der qualifizierten ÄrztInnen keine OST (mehr) anbietet [4].

akzept e.V. führte mit „IMPROVE“ eine Befragung unter Suchtmedizinern, Drogenkonsumenten und Substitutionspatienten durch. Die Studie soll die Hindernisse für den Zugang, die Aufrechterhaltung und die Qualität der OST sowohl in der Patientenzielgruppe als auch unter den behandelnden Ärzten besser verstehen helfen.

Methoden:

Konkret wurde ein interview- und fragebogengestütztes Verfahren angewandt, um Einstellungen und Erfahrungen von 200 Drogenkonsumenten außerhalb von OST, 200 Substitutionspatienten, 101 substituierenden Ärzten und 51 nicht-substituierenden Ärzten mit suchtmmedizinischer Qualifikation zu evaluieren.

Ergebnisse:

1. Suchtmediziner, Patienten und Opioidkonsumenten sehen die OST als wertvoll und wirksam an (siehe Tabelle 1).
2. Der Zugang zur OST ist insbesondere abseits der Großstädte unzureichend. Dies ist zurückzuführen auf ein sich weiter verschärfendes Missverhältnis zwischen der Patientennachfrage

einerseits und der Verfügbarkeit von substituierenden Ärzten andererseits.

3. Verbesserungen der rechtlichen Rahmenbedingungen für eine OST – die gegenwärtig als unklar oder ungünstig wahrgenommen werden – würden mehr dafür zugelassene Ärzte veranlassen, die Substitution aktiv anzubieten.

4. Es kommt zu Missbrauch und unerlaubter Weitergabe der Medikamente. Hier haben Ärzte Bedenken. Therapeutische Strategien zur Eindämmung von Missbrauch und unerlaubter Weitergabe sind bei vielen Ärzten und Patienten entweder nicht bekannt oder werden nicht genutzt (siehe Tabelle 2).

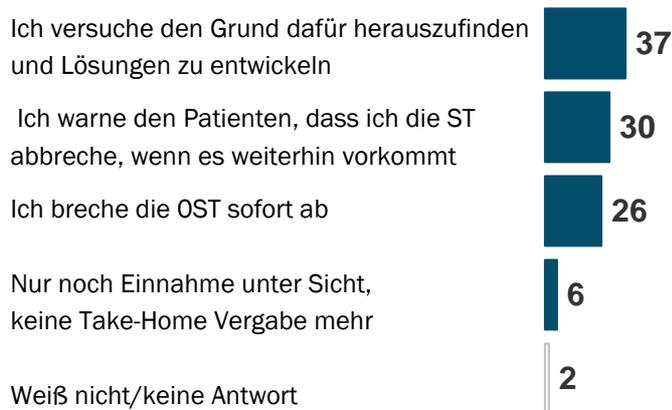
5. Die Chance, während des Gefängnisaufenthalts den Zustand von Opioidabhängigen durch einen Beginn oder eine Fortführung einer OST zu stabilisieren, bleibt in enormem Maße ungenutzt.

Tabelle zu (1)

Gründe für den Beginn einer OST:

Ich wollte meinen Gesundheitszustand verbessern.....	71
Die Finanzierung meiner Sucht war zu teuer.....	65
Ich wollte aus meinem bisherigen Umfeld ausbrechen.....	61
Ich wollte meine Drogensucht endgültig beenden.....	59
Ich wollte für die Sucht keine Straftaten mehr begehen.....	57
Ich wollte meinen Drogenkonsum reduzieren, weil es zuviel wurde	52
Ich wollte wieder in der Lage sein, zu arbeiten.....	51
Ich machte mir Sorgen über Strafverfolgung/Inhaftierung.....	46
Ich wollte mich besser um meine Familie kümmern.....	41
Ich wollte alte Gewohnheiten hinter mir lassen, es wurde zu chaotisch	36
Ich hatte Sorgen, eine Infektionskrankheit zu bekommen/weiterzugeben	24
Ich hatte Angst vor einer Überdosis.....	20
Ich hatte Angst um meinen Job.....	12
Schwangerschaft.....	7
Andere.....	11

Tabelle 2
Ärztliche Strategien bei Missbrauch



Hintergrund

Die Anzahl der OST-Patienten in Deutschland ist von 52.700 im Jahr 2003 auf 74.600 in 2009 angestiegen (5). Setzt man jedoch die Schätzung der Opioidabhängigen zwischen 150.000 und 200.000 an, so deckt die Behandlung gegenwärtig nur 30 bis 50 % der Opioidkonsumenten ab. Die Zahl der aktiv substituierenden Ärzte stagniert seit einigen Jahren. Dies führte zu einem Anstieg der Patientenzahl pro Arzt (von 20 :1 im Jahr 2003 auf 27 :1 im Jahre 2008). Darüber hinaus besteht ein erhebliches und wachsendes Missverhältnis zwischen der Anzahl der Ärzte, die aktiv substituieren, und jenen mit suchtmmedizinischer Qualifikation.

(siehe Abb.1)



Zur gegenwärtigen Problemsituation haben mehrere Aspekte beigetragen. Dazu gehören das regional zersplitterte und dezentrale Herangehen an die Bereitstellung der Therapie, die rechtlichen und bürokratischen Hürden, denen sich die Ärzte gegenübersehen, das Fehlen von bundesweit geltenden wissenschaftlich fundierten Richtlinien für die Qualität der Patientenbetreuung, die unzureichende Koordination zwischen den verschiedenen Diensten und Berufsgruppen, die fehlende Anerkennung von Sucht als medizinisches Problem, und die Stigmatisierung und das mangelhafte Verständnis von Opioidabhängigkeit als chronische und rezidivierende Erkrankung.

IMPROVE soll helfen, die Einstellungen und Erfahrungen von Ärzten (sowohl substituierenden als auch nicht substituierenden) und Opioidabhängigen (sowohl in Behandlung als auch nicht mehr in Behandlung befindlichen) bezüglich der Qualität und der Versorgungslage der OST einzuschätzen.

Methoden

Die Datenerhebung unter Drogenkonsumenten, Substitutionspatienten und Ärzten erfolgte zwischen Ende September und Anfang November 2009 mit jeweils zwei Untergruppen, wie unten aufgeführt (Tabelle 3).

Opioidabhängige: OST-Patienten und nicht substituierte Opioidkonsumenten

Die Daten wurden von zwei Untergruppen von Opioidabhängigen erhoben:

- Patienten: Opioidabhängige, die sich gegenwärtig in OST befinden
- Opioidkonsumenten: Opioidabhängige, die sich gegenwärtig nicht in OST befinden

Tabelle 3:
Stichprobenverteilung Substitutionspatienten und Opioidkonsumenten

	Patienten	Opioid-konsumenten
Stichprobengrösse insgesamt	N=200	N=200
Rekrutierung der Befragten in		
Drogenberatungszentren	N= 101	N=200
Arztpraxen	N= 99	--
Regionen*		
Norden (Hamburg, Berlin,Vechta)	N= 50	N= 50
Westen (Bochum, Köln,Oberhausen,Dortmund)	N= 50	N= 50
Osten (Halle, Leipzig)	N= 50	N= 50
Süden (Augsburg, Nürnberg)	N= 50	N= 50

* Pro Region nahmen zwei Drogenberatungszentren und zwei Ärzte aus unterschiedlichen Städten an der Studie teil (Ausnahme: im Norden drei Ärzte). Es wurden Regionen mit unterschiedlich großen Städten sowie der ländliche Raum einbezogen.

Pro Region wurden 50 % der Patientendaten in Arztpraxen sowie 50 % in Drogenberatungsstellen rekrutiert. Die Daten der nicht substituierten Opioidkonsumenten wurden über Drogenberatungszentren erfasst, die für ihre Teilnahme Spenden erhielten. Die Ärzte erhielten für jeden ausgefüllten Patientenfragebogen eine Aufwandsentschädigung. Substituierte Patienten wie auch nicht substituierte Opioidkonsumenten erhielten für ihre Teilnahme ebenfalls eine Aufwandsentschädigung. Als Erhebungsmethode wurden Fragebögen verwendet, die von den Befragten selbst ausgefüllt wurden. Die Arztinterviews wurden als computer-gestützte telefonische Befragungen durchgeführt. Die Feldarbeit wurde durch Synovate Healthcare, ein unabhängiges Marktforschungsinstitut, durchgeführt.

	Substituierende Ärzte	Suchtmedizinisch qualifizierte, nicht- substituierende Ärzte
Gesamtstichprobe:	n= 101	n= 51
Regionen		
Nord (Schleswig-Holstein, Hamburg, Niedersachsen, Berlin)	n= 18	n= 10
West (Nordrhein-Westfalen)	n= 22	n= 8
Ost (Sachsen-Anhalt, Brandenburg, Thüringen)	n= 5	n= 7
Süd (Rheinland-Pfalz, Baden- Württemberg, Bayern)	n= 56	n= 26

Ärzte mit Fachkundenachweis „suchtmedizinische Grundversorgung“

Mit zwei Untergruppen der Ärzte wurden Interviews durchgeführt:

- Substituierende Ärzte
- Nicht substituierende Ärzte: Ärzte mit suchtmedizinischer Qualifikation, die nicht aktiv substituieren (noch nie oder nicht mehr)

Ergebnisse

Die Substitutionsbehandlung ist wirksam

Übereinstimmend mit der internationalen Erfahrung schätzen Ärzte, Patienten und nicht substituierte Opioidkonsumenten den Wert und die Vorteile der OST.

Insgesamt sehen Patienten und Ärzte die soziale Rehabilitation, verringerte Straffälligkeit, verringerten Drogenkonsum und verbesserten Gesundheitszustand als wichtigste Aspekte der OST.

Die (flächendeckende) Versorgung Opiatabhängiger ist teilweise mangelhaft

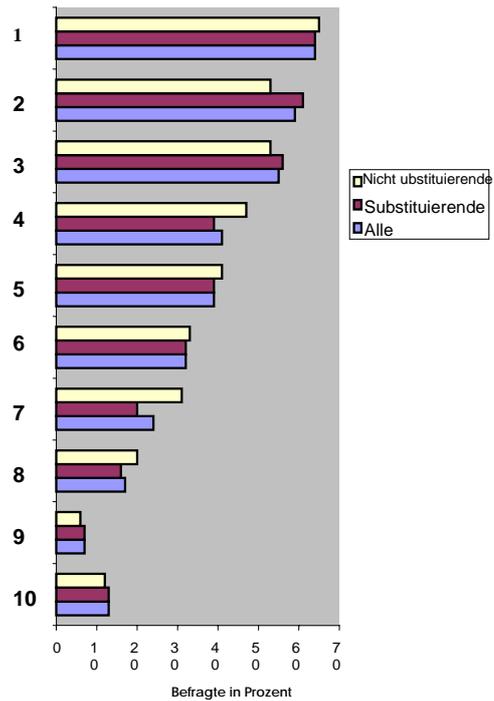
Die derzeitige Verfügbarkeit der OST in Deutschland wird angesichts des enormen Bedarfs als unzureichend wahrgenommen - insbesondere außerhalb der Großstädte.

Ein erheblicher Teil der Patienten (insgesamt 31 %) gibt an, die Versorgungssituation sei schwierig oder sehr schwierig. Hier gibt es regionale Unterschiede: Während die Mehrzahl der Patienten im Norden (78 %), Westen (80 %) und Osten (68 %) das Finden eines Substitutionsarztes als leicht oder sehr leicht einstufte,

schätzte dies die Mehrheit der Patienten im Süden (54 %) als schwierig oder sehr schwierig ein. Da diese Einschätzungen von Patienten stammen, die bei ihrer Suche nach Zugang zur OST *erfolgreich* waren, könnte es sein, dass sie die Schwierigkeiten beim Zugang zur OST unterschätzten.

Übereinstimmend mit den o.g. Ergebnissen waren die schlechte Verfügbarkeit eines Arztes (59 %) und Wartelisten für die Aufnahme in die Behandlung (55 %) stark präsent, als die Ärzte ebenfalls gebeten wurden, Hindernisse für Patienten beim Beginn der Substitution in ihrem Land oder ihrer Region anzugeben. Weitere Hindernisse bestanden im strengen Behandlungsreglement (64 %), in fehlendem Wissen zu den verfügbaren unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten (41 %) sowie in der Stigmatisierung (39 %).

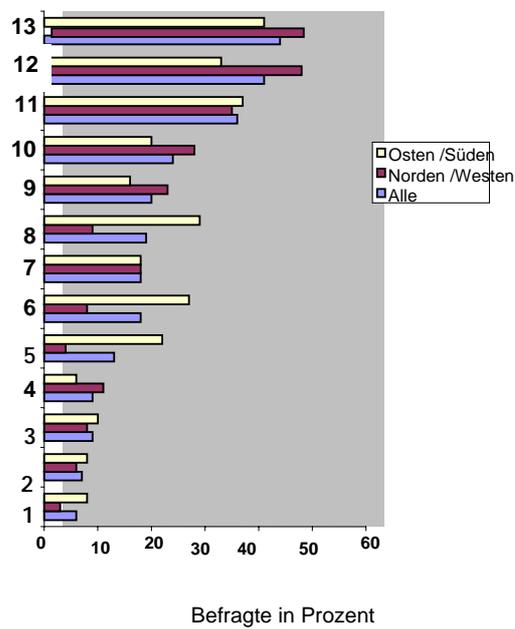
Abb. 2. Ärzte:
Einschätzung der Hindernisse, die Patienten vom Beginn einer OST abhalten



- 1 Strenge Therapiereglement, z.B. Urinproben, tägliche Überwachung, Pflichtberatung, Forderung nach Abstinenz
- 2 Schlechte örtliche Verfügbarkeit eines Arztes
- 3 Wartelisten für die Teilnahme an einem Therapieprogramm
- 4 Mangelhafte Informiertheit zu den verschiedenen existierenden Möglichkeiten und Therapien
- 5 Stigmatisierung
- 6 Fehlendes Wissen darüber, wie man eine Therapie erhalten kann
- 7 Keine psychosoziale Beratung verfügbar
- 8 Therapiekosten
- 9 Sonstige
- 10 Ich weiß nicht /keine Antwort

Für ihr Fernbleiben von einer OST gaben Opioidkonsumenten eine Reihe von Gründen an. Am häufigsten war die Besorgnis, die Regeln der Behandlung nicht einhalten zu können (44 %), und die Sorge vor einem Behandlungsabbruch (41 %) (3). Im Vergleich zum Norden und zum Westen nannten Konsumenten im Süden und im Osten Schwierigkeiten beim Zugang zur OST (29 % gegenüber 9 %), die Existenz von Wartelisten (27 % gegenüber 8 %), sowie die Kosten (22 % gegenüber 14 %) als Gründe, keine OST zu machen.

Abb. 3.
Opioidkonsumenten: Gründe, keine OST zu machen



- 1 Keine Antwort
- 2 Ich weiss nicht an wen ich mich wegen eines Therapieplatzes wenden könnte
- 3 Zu wenig Informationen/ich weiss nicht genug über die Therapien
- 4 Ich möchte meine jetzige Lebensweise nicht ändern, bin zufrieden damit
- 5 Kosten
- 6 In meinem Gebiet gibt es eine Warteliste für die Teilnahme an der Therapie
- 7 Was ich so über die Therapieprogramme gehört habe gefällt mir nicht
- 8 In meinem Umkreis kann ich keinen Zugang bekommen
- 9 Mir ist es das letzte Mal nicht gut gegangen. Deshalb will ich das nicht wiederholen
- 10 Ich habe Angst, dass meine Familie/meine Freunde/mein Arbeitgeber davon erfährt
- 11 Manchmal würde ich schon noch gern Drogen nehmen
- 12 Ich glaube, ich werde die Therapie nicht bis zum Schluss durchhalten können
- 13 Ich glaube, ich werde das Reglement nicht einhalten können

Um das Missverhältnis zwischen Angebot und Bedarf bei der OST-Verfügbarkeit in Deutschland aufheben zu können, ist es unabdingbar, die Gründe zu verstehen, warum viele zur OST zugelassene Ärzte diese Therapie nicht anbieten. Bemerkenswert dabei ist, dass 82 % der nicht substituierenden Ärzte in der Vergangenheit substituiert haben.

Wenn nicht substituierende Ärzte gefragt werden, was sich ändern müsste, damit sie wieder substituieren, war dies:

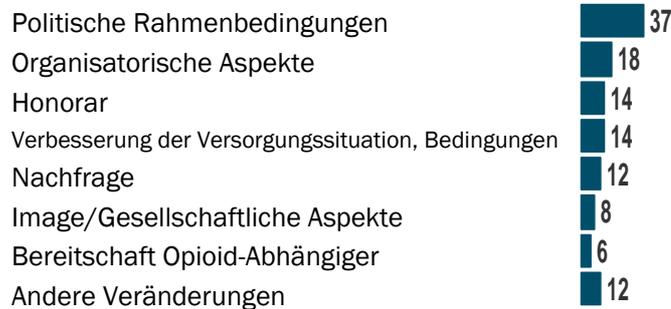
- die politischen/rechtlichen Rahmenbedingungen (37 %) - eine Verringerung der juristischen Bürokratie und die Schaffung klarerer Strukturen und Bedingungen
- organisatorische Aspekte (18 %) - eine Verringerung des Aufwandes im Büro

- eine Anhebung der Vergütung /der Honorare (14 %)
- Erfassung der substituierenden Ärzte und Bedingungen für ihre Leistungserbringung (14 %) - dabei eine bessere Verfügbarkeit von "Vertretungsärzten" sowie ein besseres Zeitbudget oder aber eine geringere Patientenzahl.

Auch aktiv substituierende Ärzte wünschen sich ähnliche Veränderungen:

- die politischen/rechtlichen Rahmenbedingungen (47 %) - weniger Bürokratie, ein weniger restriktives Vorgehen sowie juristische Unterstützung statt Sanktionen
- Erfassung und Arbeitsbedingungen von Ärzten (43 %), insbesondere der Bedarf an einer vergrößerten Anzahl substituierungsbereiter Ärzte; besonders die Ärzte aus den Regionen Osten und Süden (59 %) geben in diesem Bereich Änderungsbedarf an
- begleitende Angebote und Dienstleistungen (19 %) wie eine bessere Verfügbarkeit psycho-sozialer Unterstützung
- eine bessere Vernetzung und Zusammenarbeit (16 %) auch zwischen Ärzten und Apothekern sowie die Verfügbarkeit von "Springer-Ärzten" zur Abdeckung von Wochenend- und Urlaubszeiten
- eine Anhebung der Vergütung /der Honorare (9 %).

Veränderungswünsche:



Die rechtlichen Rahmenbedingungen und Angebotsstrukturen für eine OST werden von vielen Ärzten (sowohl substituierenden als auch nicht substituierenden) als ungünstig und unklar angesehen. Dadurch verschärft sich das wachsende Problem der flächendeckenden Versorgung weiter. Eine Verschlankung der bürokratischen Anforderungen würde mehr für OST zugelassenen Ärzte veranlassen, zu substituieren.

Missbrauch und Verbreitung von Substitutionsmedikamenten auf dem Schwarzmarkt gefährden eine Erleichterung des Zugangs zu OST

Ein wichtiges Problem für Behandler und Gesetzgeber besteht darin, einerseits den Zugang zur Therapie zu maximieren und zu gewährleisten, andererseits aber Sicherheit und Störungsfreiheit der Substitution zu gewährleisten. Ein besonders wichtiger Gesichtspunkt beim Bestreben, Therapiezugang, -fortführung und -effektivität zu maximieren besteht im sachgemäßen Gebrauch der Dosis in der Take-Home-Vergabe, während gleichzeitig das Potenzial für Missbrauch (z.B. Sniefen oder Injizieren) und für unerlaubte Weitergabe (z.B. Weiterreichen oder Verkaufen des Medikaments) zu minimieren ist.

Opioidkonsumenten wie auch Substitutionspatienten haben in der vorliegenden Studie angegeben, dass die strengen Take-Home-Regelungen das Haupthindernis für Zugangsbeschränkungen zur Therapie sind.

Auf die Bitte an Substitutionspatienten, anzugeben, welchen Aspekt der Therapie sie gern geändert hätten und warum, lautete die häufigste Antwort (26 %), der Zugang zur Take-Home-Vergabe

solle vereinfacht werden. Die zweithäufigste Antwort bezieht sich auf die Medikamentenausgabestellen (14 %), wobei besonders eine Flexibilisierung der Ausgabezeiten gewünscht wird. Auf die Frage, was für sie eine Fortführung der Therapie erleichtern würde, gaben die Substitutionspatienten am häufigsten Folgendes an: größere Flexibilität (51 %), mehr persönliche Verantwortung (32 %) sowie eine Verkürzung der Zeitspanne, in der der Dosisgebrauch überwacht wird (29 %).

Aspekte der OST, die Patienten gerne ändern würden:

Take-Home einfacher machen.....	 26
Ort der Substituts-Einnahme.....	 14
Arzt-bezogene Aspekte.....	 13
Weniger Vorschriften/Kontrolle.....	 12
Dosierung/Entzugserscheinungen.....	 6
Substitutionspräparat.....	 6
Mehr Vorschriften/Kontrolle.....	 6
ST allgemein.....	 4
PSB.....	 3
Soziale Aspekte.....	 3
Zeitaufwand/Kosten.....	 3
Andere.....	1
Weiß nicht/keine Antwort.....	 20

Demgegenüber äußerten die Ärzte erhebliche Bedenken in Bezug auf Missbrauch und unerlaubte Weitergabe der Substitutionsmedikamente durch die Substitutionspatienten. So gaben beispielsweise zwei Drittel der substituierenden Ärzte an, dass die unerlaubte Medikamentenweitergabe (an andere Personen als den beabsichtigten Empfänger) ein erhebliches (49 %) oder ein besonders schwerwiegendes (17 %) Problem darstellt. Auch den

Missbrauch der Substitute betrachtet man als erhebliches (42 %) oder besonders schwerwiegendes (12 %) Problem. Über ein Viertel der substituierenden Ärzte (26 %) reagiert bei Missbrauch oder Verbreitung der Medikamente auf dem Schwarzmarkt mit Therapieabbruch.

Wie Antworten von Substitutionspatienten belegen, sind die Bedenken der Ärzte nicht unbegründet. Ungefähr ein Viertel der Patienten (23 %) gab an, das Substitut schon einmal verkauft oder weitergegeben zu haben. Häufigste Gründe für eine unerlaubte Weitergabe waren, anderen eine Eigensubstitution zu ermöglichen (54 %) und /oder ihren Suchtdruck zu befriedigen (36 %). Diese Ergebnisse belegen die Notwendigkeit, mehr und angemessenere Therapieangebote zu machen.

Um das positive Vorteils-Risiko-Verhältnis der OST beizubehalten und zu optimieren, sollten sich der rechtliche Rahmen und die Take-Home-Praxis an einer Abwägung von Benefit und Risiken orientieren. Zwar sind sicherere, weniger missbrauchsgefährdete Präparate auf dem Markt, jedoch werden sie zu selten genutzt. Wenn die Vorschriften für die Take-Home-Vergabe allein im Ermessen des Arztes lägen, wurde von substituierenden Ärzten als geeignetes Medikament für die Take-Home-Vergabe bei neuen Patienten Buprenorphin-Naloxon genannt.

Die Qualität der Betreuung wird durch das Fehlen umfassender bundesweiter Richtlinien beeinträchtigt

Für 72 % der substituierenden Ärzte gibt es in Deutschland große regionale Unterschiede im Reglement der OST. Darüber hinaus gaben 59% der Ärzte an, dass zwischen den Städten und

Regionen erhebliche Unterschiede in Bezug auf die *Qualität* der Patientenbetreuung bestünden.

Auf die konkrete Nachfrage, welche Änderungen für eine Verbesserung der Versorgungsqualität am dienlichsten wären, wurden politische/rechtliche Rahmenbedingungen (45 %) und eine Erhöhung der Attraktivität beim Anbieten einer Substitutionstherapie für Opioidabhängige (37 %) genannt.

Fast zwei Drittel der Patienten (61 %) haben ihren substituierenden Arzt um ein bestimmtes Medikament gebeten. Dieser Bitte wurde in über 90 % der Fälle entsprochen. Gegenwärtig existieren keine umfassenden bundesweiten klinischen Richtlinien, die den substituierenden Ärzten als umfassende Orientierung für die Qualität der Behandlung dienen könnten.

Ogleich der Wunsch des Patienten offensichtlich großen Einfluss auf die Verordnung hat, variiert doch die Informiertheit der Patienten zu den bestehenden medikamentösen Möglichkeiten. Im Vergleich zu neueren Medikamenten wie Buprenorphin und Buprenorphin-Naloxon kennen die Patienten viel häufiger flüssiges Methadon, Levomethadon und Codein. Die Patienten, die sich vor Beginn der OST über die Möglichkeiten informiert hatten (79%), hatten als häufigste Informationsquellen Gespräche mit Personen in Drogenberatungszentren sowie mit anderen Opioidkonsumenten genutzt. Nur 43 % gaben an, dass sie durch ihren substituierenden Arzt informiert worden seien. Dies zeigt, dass die Ärzte weniger Einfluss als andere Informationsquellen haben, und dass eine individuelle Therapie durch das Arzt-Patient-Verhältnis nicht automatisch gewährleistet ist.

Insgesamt zeigt sich, dass bei der Verbesserung der Betreuungsqualität Handlungsbedarf besteht.

Nutzen der psychosozialen Betreuung im Rahmen einer OST

Als wichtigste Aspekte der PSB werden Unterstützung der Therapie und Hilfe im alltäglichen Leben angesehen (alle Ärzte, n= 151).

Unterstützung der ST	42
Hilfe/Unterstützung im täglichen Leben	42
Stabilisierung der Patienten	34
Soziale Re-Integration	19
Unterstützung/ Austausch mit dem substituierenden Arzt	09

Mangel an Therapieangeboten im Justizvollzug

Ein erheblicher Anteil der Opioidabhängigen hat bereits eine Freiheitsstrafe verbüßt: Nur ein Drittel der Patienten (35 %) und Opioidkonsumenten (32 %) waren noch nie in Haft. Die durchschnittliche Anzahl der Gefängnisaufenthalte betrug 2,8 bei Patienten und 4 bei Opioidkonsumenten. Diese Gefängnisaufenthalte waren bei Patienten zu 86 % und bei Opioidkonsumenten zu 70 % auf Drogendelikte zurückzuführen. Die durchschnittliche Gesamtdauer des Gefängnisaufenthalts betrug 3,2 bzw. 4,6 Jahre.

Nur 23 % der aktuellen Substitutionspatienten und 35% der Opioidkonsumenten wurden während der Freiheitsstrafen substituiert. Ein wichtiges Ergebnis ist, dass von denjenigen Patienten und Opioidkonsumenten, die bis zum Antritt der

Freiheitsstrafe in OST waren, bei Haftantritt 70 % die Therapie abbrechen mussten.

Diese Ergebnisse zeigen, dass nur wenige Patienten und Opioidkonsumenten die Chance hatten, ihre Therapie im Justizvollzug zu beginnen oder fortzuführen. Somit bleibt die Chance ungenutzt, den Zustand dieser Patienten während ihres Gefängnisaufenthalts und unmittelbar nach Haftentlassung zu stabilisieren und zu verbessern (6).

Schlussfolgerung

Die IMPROVE - Ergebnisse belegen eindeutig einen Handlungsbedarf, die rechtlichen, administrativen und fachlichen Bedingungen so zu verändern, dass mehr Opioidabhängige von dieser Therapie profitieren können. Das bedeutet die Zugänge zur und die Qualität der Behandlung müssen die Lebenssituation und die Ressourcen der Patienten einerseits und andererseits die Praxisbedingungen stärker berücksichtigen. Noch ist die OST weit entfernt von einer ‚normalen Krankenbehandlung‘. Insbesondere das zentrale Therapieziel, die Unterstützung der sozialen Reintegration durch weniger illegalen Drogengebrauch und Risikoverhalten und mehr gesundheitliche und soziale Stabilität, wird durch tägliche Vergabemuster in Frage gestellt.

Die Bundesärztekammer (BÄK) hat mit der Novellierung der Richtlinien zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger bereits einen wichtigen Schritt zur Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung getan¹. Ein zentraler Fortschritt in diesen Richtlinien ist die Umdefinition der Zielsetzung: Es geht nicht mehr pauschal um Abstinenz als Ziel

¹ <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=3.71.7962.8072.8073>

der Behandlung, sondern die Behandlungsziele sind jeweils am Einzelfall und an der gegenwärtigen Situation des Patienten auszurichten. Hierin spiegelt sich einerseits wissenschaftliche Evidenz wieder, aber auch praktische Erfahrungen: Nur mit einer auf den Patienten ausgerichteten individualisierten und an den jeweiligen Ressourcen ausgerichteten Therapie kann die schwere Erkrankung Opiatabhängigkeit stabilisiert bzw. überwunden werden. Die Abstinenzorientierung stellte lediglich einen zusätzlichen Druck dar, der das Arzt-Patient-Verhältnis gestört hat, und aufgrund unrealistischer Vorgaben und Erwartungen eher zu Therapieabbrüchen, denn zu Therapieerfolgen geführt hat.

Ein weiteres wichtiges Ziel ist die Kontinuität der Behandlung durch andere Institutionen. Wenn ein Patient beispielsweise inhaftiert wird, ins Krankenhaus eingeliefert wird oder eine Rehabilitationsmaßnahme aufnimmt, ist die Behandlung fortzusetzen. Dies reflektiert die IMPROVE-Ergebnisse: Bei 70% der Substitutionspatienten wurde die Therapie abgebrochen, nur weil sie sich in Haft begeben mussten.

Die Unterstützung der psycho-sozialen Professionen ist in ihrer Bedeutung für einen Behandlungserfolg eindeutig bestätigt worden. Es sind am Ende Sozialarbeiter und Pädagogen, die für eine Verbesserung der Wohn-, Arbeits- Schuldensituation und damit für eine höhere Wahrscheinlichkeit einer Wirksamkeit der Behandlung verantwortlich sind. Erfreulich ist auch, dass eine Substitutionsbehandlung nicht erst begonnen werden darf, wenn die psychosoziale Betreuung gesichert ist. Dies war der Hemmschuh zur Ausdehnung dieser Behandlung in den vergangenen Jahren. Damit kann die noch immer vorherrschende Lücke zwischen Therapienachfrage und Therapieangebot weiter geschlossen werden (7).

Der Begriff „Beikonsum“ wird nicht mehr verwendet. Der Rückfall ist als ein Normalfall dieser schweren Erkrankung anzusehen und muss individuell im Arzt-Patient-Verhältnis bearbeitet werden. „Beikonsum“ kann und darf nicht pauschal als Ausschlussgrund betrachtet werden, sondern als Aufforderung die Therapie auf die Lebenssituation des/der Betroffenen abzustimmen.

Wie die o.g. IMPROVE-Studie festgestellt hat, existiert in Deutschland ein erhebliches Nord-Süd-, bzw. West-Ost-Gefälle in der Versorgung Suchtkranker. Vor allem auf dem Lande ist die Versorgung völlig unzureichend. Dies hat mit der schlechten Hausarztversorgung, aber auch mit großen Rechtsunsicherheiten vieler Ärzte zu tun. Die BÄK-Richtlinien sehen nun vor, dass zum Zwecke der Qualitätssicherung und zur konsiliarischen Beratung substituierender Ärzte bei den zuständigen Landesärztekammern Beratungskommissionen eingerichtet werden (mit in der Sucht- und Substitutionsbehandlung erfahrene Ärzten). Mit diesem Instrument könnten beginnende, oder unsichere Ärzte Unterstützung in der sehr bürokratischen Behandlung erfahren.

Literatur:

- [1] WHO (2009): Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence, 2009
- [2] Schulte B, Gansefort D, Stöver H, Reimer J. Strukturelle Hemmnisse in der Substitution und infektiologischen Versorgung Opiatabhängiger. Suchttherapie 2009; 10: 125-130
- [3] Michels I I, Stöver H, Gerlach R. Substitution Treatment for Opioid Dependents in Germany. International Journal of Harm Reduction 2009; 4/5
<http://www.harmreductionjournal.com/content/4/1/5>
- [4] Michels I I, Sander G, Stöver H. Praxis, Probleme und Perspektiven der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2009, 52:111–121
- [5] Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM; 2010): Bericht zum Substitutionsregister (Januar 2010)
http://www.bfarm.de/cIn_012/nn_424416/SharedDocs/Publikation/en/DE/Bundesopiumstelle/BtM/substit-reg/Subst_Bericht_2010,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Subst_Bericht_2010.pdf
- [6] Keppler K, Stöver H, Schulte B, Reimer J. (2010): Prison Health is Public Health! Angleichungs- und Umsetzungsprobleme in der gesundheitlichen Versorgung Gefangener im deutschen Justizvollzug. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2010, 53, H. 2/3: 233–244
- [7] Stöver H, Gerlach R. (2010): Zur Bedeutung und zum Stellenwert der Psycho-sozialen Betreuung in der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger. In: Suchtmedizin 12/2 (im Druck)

DANK

akzept dankt allen PatientInnen und ÄrztInnen, die an der Befragung teilgenommen haben

akzept e.V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik dankt der Fa. RB Pharmaceuticals für die bedingungslose Unterstützung dieser Studie und Purple Hat Communications Ltd für die Vermittlung.

IMPRESSUM

Studiendesign und -Leitung

Prof. Dr. Heino Stöver
Fachhochschule Frankfurt/Main
akzept e.V.
hstoever@fb4.fh-frankfurt.de

Durchführung Synovate Health Care

Gestaltung: akzept e.V. Ch.Kluge Haberkorn
Grafiken im Text: Synovate health Care
Titelfoto: Heino Stöver (Apartheid Museum,
Johannesburg, Südafrika)
Druck: Druckerei Dressler, Berlin



akzept e.V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit
und humane Drogenpolitik
Christine Kluge Haberkorn
Südwestkorso 14
D-12161 Berlin
akzeptbuero@yahoo.de
www.akzept.org

© akzept e.V. 2010