

Ergebnisse der Expertenbefragung zur Versorgung von substituierten Opiatabhängigen in der suchtmmedizinischen Praxis

D. Gansefort¹, N. Steinhagen¹, B. Schulte^{1,3}, B. Wiebner², C. Haasen¹, J. Reimer¹, H. Wedemeyer²

¹ Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung; ² Deutsche Leberstiftung; ³ Institut für Therapieforchung

Hintergrund

- die Substitutionsbehandlung hat sich als erfolgreiche Therapieoption bewährt (Behandlungszahlen seit 2002 um mehr als 57% gestiegen) (Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2009)
- trotz steigender Patientenzahlen geht die Zahl aktiv substituierender Ärzte nicht mit der steigenden Nachfrage einher
- dieser Umstand hat direkten Einfluss auf die infektiologische Versorgung von Opiatabhängigen: die Lebenszeitprävalenz von Hepatitis C Infektionen beträgt 60-80% (Backmund et al. 2003; Brack 2002; Stark et al. 1997)
- erfolgt keine Zunahme der Zahl niedergelassener Ärzte, die sich an der infektiologischen Versorgung und Substitutionsbehandlung beteiligen, wird sich die Versorgungssituation weiter verschärfen

Zielvorstellung

Diese Expertenbefragung soll einen Beitrag zur Identifikation und zum Abbau von strukturellen und fachlichen Hemmnissen in der Substitution und infektiologischen Versorgung von Opiatabhängigen leisten.

Methodik

Bundesweite Expertenbefragung unter 2.332 aktiv substituierenden Ärzten zur Versorgungssituation von Substitutionspatienten mittels eines strukturierten, anonymen Fragebogens; durchgeführt vom Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) in Kooperation mit der Deutschen Leberstiftung (DLS) und Unterstützung der Essex Pharma GmbH

Ergebnisse

- Rücklauf: 672 (28,8%)
- Stichprobe: 99,0% der TeilnehmerInnen sind Ärztinnen und Ärzte; die hauptsächlich vertretenen Einrichtungsarten sind Einzelpraxen (53,3%) und Gemeinschaftspraxen (32,1%); die teilnehmenden Einrichtungen sind vornehmlich in Mittel- bis Großstädten (68,1%) aber auch Kleinstädte bzw. Ortschaften (31,3%) zu finden; die überwiegende medizinische Fachrichtung ist Allgemeinmedizin (81,5%), gefolgt von Innerer Medizin (8,6%) und Psychiatrie (6,5%); die Behandler verfügen im Mittel über eine 12,3-jährige Erfahrung mit der Substitutionsbehandlung und über 8,6 Jahre Erfahrung mit der HCV-Therapie; 16,5% der TeilnehmerInnen sind in der DGS e.V. organisiert, 7% in der DSÄ e.V. und 6,5% in der DAGNÄ e.V.
- als Hemmnisse in der Substitutionstherapie wurden vor allem „starker Regulierungsgrad und hoher administrativer Aufwand“ (84,1%), „juristische Konsequenzen bei Verstößen gegen Richtlinien und Verordnungen“ (76,2%) sowie „Unverhältnismäßigkeit von Aufwand und finanzieller Honorierung“ (73,3%) häufig bzw. sehr zutreffend benannt
- 50,3% der Befragten führen eine antivirale HCV-Therapie in ihrer Einrichtung durch; 24,0% der Befragten führen eine antiretrovirale HIV-Therapie durch
- patientenbezogenen Therapieausschlussgründe liegen vor allem in den Bereichen der mangelnden Adhärenz, der psychiatrischen Komorbidität sowie den Nebenwirkungen; strukturelle Therapieausschlussgründe liegen in der unzureichenden fachlichen Erfahrung, den hohen Therapiekosten und den hoch eingeschätzten Behandlungsrisiken (Tabelle 2)
- Benannte Verbesserungsbedarfe und -vorschläge decken sich weitgehend mit den genannten Hemmnissen und liegen in den Bereichen der gesicherten Finanzierung durch den Versicherungsträger, Abbau administrativer Hürden sowie einer Entkriminalisierung der Substitutionsbehandlung (Tabelle 2)

Tabelle 1: Testung und Therapie drogenassoziierter Infektionskrankheiten (alle Angaben in %)

Testung auf Infektionskrankheiten (Mehrfachantwort möglich)	
Regelhaft	36,6
Klinischer Verdacht	39,1
Patientenwunsch	21,7
Alle 3 / 6 / 12 Monate	3,0 / 10,0 / 30,2
Bei Aufnahme	20,9
Nie	1,9
HCV-Prävalenz (Mittelwert)	53,1
HIV-Prävalenz (Mittelwert)	6,3
HCV-Behandlungsquote pro Jahr / Einrichtung	13,0
HIV-Behandlungsquote pro Jahr / Einrichtung	52,8

Tabelle 2: Häufige patientenbezogene und strukturelle Therapieausschlussgründe sowie Veränderungsbedarfe (alle Angaben in %)

Häufige patientenbezogene Therapieausschlussgründe		
Mangelnde Therapieadhärenz	45,7	
Psychiatrische Komorbidität	36,2	
Medizinische Kontraindikation (keine Behandlungsnotwendigkeit)	21,0	
Nebenwirkungen	21,4	
Strukturelle Therapieausschlussgründe	HCV	HIV
Unzureichende fachliche Erfahrung	26,9	50,6
Hohe Therapiekosten	18,6	24,4
Behandlungsrisiken zu hoch	13,5	19,8
Nicht in den Tagesablauf integrierbar	11,5	15,0
Veränderungsbedarfe	HCV	HIV
Gesicherte Finanzierung durch Versicherungsträger	32,3	28,4
Spezifische Fort- und Weiterbildungen	26,9	26,2
Verbesserte Vernetzung mit Kompetenzpartnern	23,8	21,9
Spezifische Einrichtungskonzepte	17,6	17,7

Diskussion:

- Möglicher selektiver Rücklauf (Positiv-Selektion) durch Teilnahme motivierter Ärztinnen und Ärzte
- Ergebnisse (insbesondere Behandlungshemmnisse) ähneln thematisch vergleichbaren Untersuchungen (vgl. Kunstmann 2008, Schulte et al. 2009).
- Die medizinische Antwort auf Infektionserkrankungen erfordert eine breite Beteiligung der suchtmmedizinischen Einrichtungen. Hierzu ist es erforderlich, dass die entsprechenden Rahmenbedingungen, insbesondere die Finanzierung und die interdisziplinäre Vernetzung zwischen den notwendigen Disziplinen, geschaffen und zukünftig gesichert werden.
- Aktuelle wissenschaftliche Studien zeigen, dass sowohl die Testung auf drogenassozierte Infektionskrankheiten in Risikopopulationen (Srocynski et al. 2009) als auch die frühe Einleitung einer Kombinationstherapie bezogen auf Behandlungsraten sowie Behandlungskosten effektiv ist (Wasem et al. 2006).

Literatur:

- Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2009). Drogen- und Suchtbericht 2009. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit
- Backmund M, Meyer K, Wächter M et al. (2003). Hepatitis C virus infection in injection drug users in Bavaria: risk factors for seropositivity.
- Brack J (2002). Die Hepatitis B und C bei drogenabhängigen Patienten: Eine epidemiologische Studie.
- Kunstmann W. (2008). Aktuelle Stand der Substitution Opiatabhängiger. Ergebnisse einer Befragung der Landesärztekammern. Bundesärztekammer.
- Stark K, Bienzle U, Vonk R et al. (1997). History of Syringe Sharing in Prison and Risk of Hepatitis B Virus, Hepatitis C, and Human Immunodeficiency Virus Infection Among Injecting Drug Users in Berlin.
- Schulte B, Gansefort D, Stöver H. et al. (2009): Strukturelle Hemmnisse in der Substitution und infektiologischen Versorgung Opiatabhängiger.
- Srocynski G, Esteban E, Conrads-Frank A (2009): Long-term effectiveness and cost-effectiveness of screening for Hepatitis C virus infection.
- Wasem J, Srocynski G, Aidelburger P (2006): Gesundheitsökonomische Aspekte chronischer Infektionskrankheiten am Beispiel der chronischen Hepatitis C.