

Hochschule Merseburg

Fachbereich Soziale Arbeit, Medien, Kultur

Bachelor Soziale Arbeit

Modul 6/4 Bachelor-Arbeit

Erstprüfer: Herr Prof. Dr. paed. Matthias Ehram

Zweitprüfer: Herr Prof. Dr. phil. Hardy Geyer

Sommersemester 2017

Erfassung des Wissensstandes von Substitutionspatienten über die Substitutionstherapie –

Zusammenhang mit soziodemografischen Daten

Am Beispiel einer Substitutionspraxis in Halle

Bachelorarbeit

Autorin: Anja Buchner

Matrikelnummer: 21099

anja.buchner@stud.hs-merseburg.de

Abgabe: 26.08.2017

Hinweis

In dieser Bachelorarbeit wird aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung und der besseren Lesbarkeit lediglich die männliche Form verwendet. Die Ausführungen beziehen sich gleichermaßen auf weibliche und männliche Personen.

Gliederung

1	Einleitung	1
2	Grundlagen der Substitutionsbehandlung in Deutschland	2
2.1	Heroin und Heroinabhängigkeit	2
2.2	Begriffsbestimmung Substitutionsbehandlung.....	3
2.3	Rechtliche Grundlagen der Substitutionsbehandlung	4
2.3.1	BtMG - Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Betäubungsmittelgesetz)	4
2.3.2	BtMVV – Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung	5
2.3.3	Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger	5
2.3.4	Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung (MvV-Richtlinie).....	6
2.4	Behandlungsziele	6
2.4.1	Abbau suchtbedingter Störungen und Behandlung von Suchtfolgeerkrankungen	6
2.4.2	Soziale Stabilisierung.....	6
3	Zugelassene Substitutionsmittel in Deutschland	8
3.1	Wirkungsweise von Opiaten und Opioiden	8
3.2	Nebenwirkungen von Opioiden und Opiaten	9
3.3	Wechselwirkungen mit anderen Substanzen und Medikamenten	10
3.4	Substitutionsmittel und ihre Besonderheiten.....	11
3.4.1	Methadon.....	11
3.4.2	Levomethadon	12
3.4.3	Buprenorphin	12
3.4.4	Retardiertes Morphin.....	13
4	Die Substitutionsbehandlung	14
4.1	Die Einleitung der Substitutionstherapie.....	14
4.1.1	Diagnostik der Opioidabhängigkeit.....	14

4.1.2	Voruntersuchung und Gespräch zur Erfassung der körperlichen, psychischen und sozialen Situation	15
4.1.3	Behandlungsvereinbarung	16
4.2	Die Substitutionsbehandlung im Verlauf bis zur Beendigung.....	20
4.2.1	Dokumentation	20
4.2.2	Beendigung der Substitutionsbehandlung.....	21
4.3	Auswahl besonderer Patientengruppen	21
4.3.1	Polytoxikomanie.....	21
4.3.2	Psychiatrische Komorbidität	23
4.3.3	Körperliche Komorbidität.....	24
4.3.4	Schwangere und Eltern	25
4.3.5	Migranten.....	26
4.4	Zahlen und Fakten zur Substitution in Deutschland	26
5	Substitutionsbehandlung am Beispiel der Praxis Jeschke und Bertram in Halle	27
5.1	Praxis.....	27
5.2	Zahlen und Fakten.....	27
5.3	Regeln in der Praxis	30
6	Untersuchung.....	31
6.1	Methode	31
6.1.1	Fragestellung und Hypothesen	31
6.1.2	Erhebungsinstrument.....	32
6.1.3	Durchführung der Untersuchung	34
6.2	Ergebnisse	35
6.2.1	Soziodemografische Daten der Teilnehmer.....	35
6.2.2	Wissensstand nach Notendurchschnitt	36
6.2.3	Selbsteinschätzung des Wissensstandes vs. Tatsächlicher Wissensstand	37
6.2.4	Wissensstand im Vergleich zu soziodemografischen Daten	38
6.3	Schlussfolgerungen	41
7	Zusammenfassung.....	43
8	Literatur.....	IV
9	Anhangsverzeichnis.....	VII
9.1	Anhang	VIII

Abkürzungsverzeichnis

ICD	International Classification of Diseases
DSM	Diagnostical and Statistical Manuel of Mental Disorders
BtmG	Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung
BtmVV	Betäubungsmittelverschreibungsverordnung
PSB	Psychosoziale Betreuung
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrom
HIV	Human Immune Deficiency Virus
HCV	Hepatitis C
AAK	Atemalkoholkonzentration
EKG	Elektrokardiogramm

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Verteilung der Substitutionsmittel in der Praxis Jeschke & Bertram	28
Abb. 2: Hitliste Beigebrauch im März 2017 in der Praxis Jeschke & Bertram	28
Abb. 3: Verteilung der Schulbildung der Teilnehmer	35
Abb. 4: Verteilung der Berufsausbildung der Teilnehmer	35
Abb. 5: Einkommensverteilung der Teilnehmer	35
Abb. 6: Vergleich der Behandlungsdauer der Teilnehmer	35
Abb. 7: Anteil der Teilnehmer mit Kindern/ohne Kinder	36
Abb. 8: Verteilung der Altersgruppen	36
Abb. 9: Notendurchschnitt der Teilnehmer zu einzelnen Fragen	36
Abb. 10: Vergleich der Selbsteinschätzung der einzelnen Teilnehmer mit der tatsächlich erreichten Bewertung	37
Abb. 11: Vergleich der Selbsteinschätzung und des Wissensstandes mit der Schulbildung	38
Abb. 12: Vergleich der Selbsteinschätzung und des Wissensstandes mit der Berufsausbildung	39
Abb. 13: Vergleich der Selbsteinschätzung und des Wissensstandes mit der Einkommensart	40
Abb. 14: Vergleich der Selbsteinschätzung und des Wissensstandes mit der Dauer der Behandlung	40
Abb. 15: Vergleich der Selbsteinschätzung und des Wissensstandes mit der Altersgruppe	41

1 Einleitung

Die Substitution ist eine medikamentös unterstützte Behandlung der Opiatabhängigkeit. In Deutschland befanden sich im Jahr 2016 etwa 78.500 Patienten in einer Substitutionsbehandlung. (vgl. BfArM / Substitutionsregister 2017, S. 2/Abb. 1) Die medikamentöse Substitutionstherapie wurde in den USA 1970 als Behandlungsmethode eingeführt, nachdem sich die Behandlungsversuche der Heroinabhängigen mit Methadon durch den Pharmakologen Vincent Dole und der Psychiaterin Mary Nyswander am New Yorker Rockefeller Hospital über einen Zeitraum von 7 Jahren als erfolgreich herausgestellt hatten. Durch die Abstinenzorientierung und dem damit verbundenen rechtlichen Rahmenbedingungen in Deutschland kam es erst in den Anfängen der 90er Jahre zu ersten Erprobungen der medikamentösen Behandlung von Substitutionspatienten. (vgl. Poehlke/Heinz/Stöver 2016, S. 77-78)

In Halle wird diese Behandlung ambulant unter anderem durch die Praxis für Psychiatrie, Neurologie und Suchtmedizin durchgeführt. In der Zusammenarbeit dieser Praxis mit der Hochschule Merseburg sind mehrere Projekte durchgeführt wurden. Es wurde bereits eine App für Crystalkonsumenten entwickelt, nun soll eine Substitutions-App folgen. Diese wird ein Konsumtagebuch enthalten und soll zur Aufklärung der Patienten dienen.

Die Substitutionsbehandlung ist in Deutschland an strenge Auflagen gebunden. Zu Beginn der Behandlung ist der Arzt verpflichtet, den Patienten über die Substitutionsbehandlung aufzuklären. Mir fällt jedoch manchmal auf, dass Substitutionspatienten in der Praxis Jeschke und Bertram untereinander falsche Informationen austauschen und es folglich zu Missverständnissen kommt.

In dieser Arbeit soll daher in Zusammenarbeit mit der Praxis Jeschke und Bertram der Wissensstand der Substitutionspatienten über ihre Behandlung ermittelt werden, es soll ein Zusammenhang zwischen dem Wissensstand und den soziodemografischen Daten der Patienten hergestellt werden. Die Ergebnisse können damit der Entwicklung der Substitutions-App dienen.

Daher sollen in dieser Arbeit folgende Fragen beantwortet werden:

Über welches Basiswissen über die Substitutionstherapie verfügen substituierte Patienten einer Substitutionspraxis in Halle, also zu Regeln, Substitutionsmitteln, den Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten und Beigebrauch anderer Substanzen.

Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem vorhandenen Wissensstand und den soziodemografischen Daten der Patienten?

Zur Erfassung des Wissensstandes der Patienten eignet sich am besten die quantitative Methode einer Befragung mittels Fragebögen, da dieses gut in den Praxisablauf eingebunden werden kann.

Ich möchte die Patienten in der Substitutionspraxis in Halle zu Themen der Substitutionsbehandlung wie Regeln, Nebenwirkungen, Wechselwirkungen bei Beikonsum anderer Substanzen und Medikamente befragen und so den Wissensstand der Patienten zur Substitutionsbehandlung herausarbeiten. Anschließend möchte ich herausfinden, wie der Wissensstand der Patienten mit ihren soziodemografischen Daten korreliert.

Im Hauptteil meiner Arbeit möchte ich zunächst einen Überblick über das spannende Feld der Substitution schaffen. Da dieses Thema sehr umfangreich ist, werde ich mich weitestgehend mit den Informationen beschäftigen, die für das Thema dieser Arbeit wichtig sind. Ich werde die Substitutionsbehandlung in Deutschland, insbesondere die Begriffe, die gesetzlichen Grundlagen und Ziele erörtern. Anschließend werde ich die in Deutschland zugelassenen Substitutionsmittel beschreiben. Danach werde ich die Substitutionsbehandlung von Beginn bis zur Beendigung beschreiben, um anschließend zur Therapie in der Praxis Jeschke und Bertram zu kommen. Im Anschluss daran werde ich mich mit der Untersuchung des Wissensstandes der Substitutionspatienten, sowie der Korrelation mit deren soziodemografischen Daten befassen.

2 Grundlagen der Substitutionsbehandlung in Deutschland

2.1 Heroin und Heroinabhängigkeit

An dieser Stelle möchte ich mich zunächst mit dem Begriff des Heroins und der Heroinabhängigkeit befassen, da dies die Grundvoraussetzung für die Substitutionstherapie und meiner folgenden Ausführungen ist. Heroin ist ein halbsynthetisches Opioid und wird durch chemische Prozesse aus dem Rohopium des Schlafmohns gewonnen. Wie viele andere Drogen, wurde es ursprünglich als Medikament entwickelt. Auf der Suche nach einem schmerzlindernden, nicht abhängigkeiterzeugenden Medikament, als Alternative zum Morphinum, wurde es 1974 erstmals synthetisiert. Man nutzte es als Medikament unter anderem bei Atemwegserkrankungen und als Substitutionsmittel bei Morphinabhängigkeit. Erst im Laufe der Zeit wurde bekannt, dass Heroin eine noch stärkere Abhängigkeit erzeugt

als Morphin. Daraufhin wurde es als Betäubungsmittel eingestuft. Als Medikament wird es seit einigen Jahren unter strengen Auflagen zur Substitution bei schwerster Heroinabhängigkeit eingesetzt. (vgl. DHS 2014, S. 1ff.)

Als illegale Droge verursacht Heroin die überwiegende Zahl der Drogentoten in Deutschland. Dies hängt u. a. mit dem schwankenden Wirkstoffgehalt der auf dem Schwarzmarkt erhältlichen Droge zusammen, denn Heroin wird oft mit anderen Substanzen, wie Koffein oder Glukose gestreckt. Durch die betäubende Wirkung und die geminderte Atemfrequenz kann es zu Komplikationen während des Rausches kommen, wie dem Ersticken am Erbrochenen aufgrund des getrübbten Bewusstseinszustandes. Als Droge kann Heroin geraucht, geschnupft oder gespritzt werden. Insbesondere beim intravenösen Konsum flutet die Wirkung durch eine schnelle Überwindung der Blut-Hirn-Schranke rasch an und erzeugt einen „Kick“. Die Wirkung des Heroins ist dämpfend, schmerzlindernd und euphorisierend, begleitet von einem entspannenden Gefühl und einem erhöhten Selbstvertrauen. Um diese angenehme Wirkung zu erzielen, konsumiert der Betroffene die Substanz immer wieder, entwickelt aber schnell eine körperliche und geistige Abhängigkeit. Später konsumiert der Betroffene die Substanz hauptsächlich, um Entzugssymptome zu vermeiden. (vgl. Pohlke/Flenker/Schlüter/Busch (Hrsg.) 2000, S. 10-12) Der Entzug beginnt etwa sechs bis acht Stunden nach der letzten Dosis, dauert bis zu einer Woche an und wird von Betroffenen oft als besonders quälend empfunden. Typische körperliche Entzugserscheinungen sind u. a. Bauchkrämpfe, Tränenfluss, Muskelschmerzen und -krämpfe, Übelkeit und Erbrechen. Aufgrund der starken psychischen Abhängigkeit kommt es zu einem starken Verlangen nach Heroin. (vgl. Behrendt/Backmund/Reimer 2013, S. 22-23) Eine Möglichkeit der Behandlung dieser Abhängigkeit ist die Substitutionsbehandlung, auf welche ich im Folgenden eingehen werde.

2.2 Begriffsbestimmung Substitutionsbehandlung

Der Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe hat kürzlich die Substitution im Rahmen der Novellierung der BtMVV beschrieben: „Die ärztliche Substitutionsbehandlung hilft Betroffenen, einen Ausweg aus dem Teufelskreis der Abhängigkeit zu finden. Sie ist eine wichtige Säule der Suchtbehandlung und stellt die Gesundheit und das Wohlergehen der Patienten in den Mittelpunkt. [...]“ (Gröhe 2017, S. 1) Diese Aussage verdeutlicht die Bedeutung dieser ärztlichen Behandlung der Heroinabhängigkeit. Zur genaueren Begriffsbestimmung eignet sich besonders die BtMVV, welche den Begriff rechtsgültig definiert. Die Substitutionsbehandlung ist nach §5 Abs. 1 des BtMVV:

[...] die Anwendung eines Substitutionsmittels. Substitutionsmittel im Sinne dieser Verordnung sind ärztlich verschriebene Betäubungsmittel, die bei einem opioidabhängigen Patienten im Rahmen eines Therapiekonzeptes zur medizinischen Behandlung einer Abhängigkeit, die

durch den Missbrauch von erlaubt erworbenen oder durch den Missbrauch von unerlaubt erworbenen oder erlangten Opioiden begründet ist, angewendet werden.

Hierbei sind sowohl eine Abhängigkeit von Heroin als auch von opiathaltigen Schmerzmitteln eingeschlossen. Kritisch anzumerken wäre, dass im Gesetzestext nur die Rede von Missbrauch ist; Schmerzpatienten, welche bspw. nach einem schweren Unfall von opiathaltigen Schmerzmitteln abhängig geworden sind, werden damit diskriminiert.

Die abhängigkeiterzeugende Substanz wird also im Rahmen einer medizinischen Behandlung durch ein opiathaltiges Medikament ersetzt, welches die Entzugserscheinungen lindert. Insbesondere Heroinabhängigen wird dadurch wieder ein normales Leben ermöglicht, da der Beschaffungsdruck mit dem damit verbundenen zeitlichen und finanziellen Aufwand, der Beschaffungskriminalität und Illegalität entfällt. Zudem wird aufgrund der anfangs täglichen Sichteinnahmen eine Strukturierung des Alltags ermöglicht. Die Substitutionstherapie dauert meist mehrere Jahre. Als vorrangiges Therapieziel zählt zwar die Abstinenz, aber um diese zu erreichen, bedarf es der Bearbeitung der sozialen, psychischen und körperlichen Problematik und der Stabilisierung der Lebenssituation des Patienten. (vgl. Stimmer 2000, S. 574-575)

Dies wird auch in den Hauptzielen der Substitutionsbehandlung deutlich, welche in §5 Abs. 2 des BtMVV definiert sind:

1. die Sicherstellung des Überlebens,
2. die Besserung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes,
3. die Abstinenz von unerlaubt erworbenen oder erlangten Opioiden,
4. die Unterstützung der Behandlung von Begleiterkrankungen oder
5. die Verringerung der durch die Opioidabhängigkeit bedingten Risiken während einer Schwangerschaft sowie während und nach der Geburt.

2.3 Rechtliche Grundlagen der Substitutionsbehandlung

Für die Substitutionsbehandlung gibt es in Deutschland eine Vielzahl von Regelungen, bspw. im Rahmen der Krankenhilfe. Ich werde im Folgenden jedoch nur auf die wichtigsten Regelungen eingehen.

2.3.1 BtmG - Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Betäubungsmittelgesetz)

Das Betäubungsmittelgesetz ist einer der wichtigsten gesetzlichen Grundlagen der Substitutionsbehandlung. Das BtmG regelt den grundsätzlichen Umgang mit Betäubungsmitteln, bspw. die kontrollierte Herstellung, das Inverkehrbringen, die Verwendung zu therapeutischen Zwecken und die strafrechtliche Verfolgung bei Betäubungsmittel-Delikten. Wichtig für die Behandlung Opioidabhängiger ist z. B. § 13 des BtmG *Verschreibung und Abgabe auf Verschreibung*, welcher den Einsatz von Substitutionsmitteln für Therapeutische Zwecke, einschließlich der Behandlung einer Abhängigkeit von Betäubungsmitteln, regelt.

2.3.2 BtMVV – Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung

Eine weitere bedeutende rechtliche Grundlage für den ärztliche Umgang mit Betäubungsmitteln, und damit der Substitutionsbehandlung ist die BtMVV, die *Verordnung über das Verschreiben, die Abgabe und den Nachweis von Betäubungsmitteln*, die Substitution ist in §5 *Substitution, Verschreiben von Substitutionsmitteln geregelt*. In diesem Gesetz sind die Indikationen für eine Substitutionsbehandlung und die Voraussetzungen und Bedingungen für eine Substitutionsbehandlung festgelegt. Für den Einsatz von Diamorphin, also Heroin, gibt es zusätzliche Regelungen. Außerdem wird darin festgehalten, dass die Bundesärztekammer, unter Berücksichtigung des aktuellen medizinischen Wissensstandes, für die Verfassung einer Richtlinie für die Substitutionsbehandlung zuständig ist.

In der BtMVV gibt es weitere wichtige Regelungen zur Substitution. In § 13 *Nachweisführung* ist bspw. festgelegt, wie medizinische Einrichtungen, z. B. Arztpraxen, den Bestand und den Verbleib der Substitutionsmittel zu dokumentieren haben. Regelungen zur Verschreibung von Betäubungsmitteln sind in § 8 *Betäubungsmittelrezept* und § 9 *Angaben auf dem Betäubungsmittelrezept* festgehalten.

Eine Novellierung erfährt das Gesetz mit dem Beschluss vom 15.03.2017. Damit werden die Kompetenzen der Bundesärztekammer zur Erarbeitung einer Richtlinie für die Substitution erweitert, was die Substitutionsbehandlung erleichtern soll. Diese Erneuerung der BtMVV bedarf jedoch noch der Zustimmung des Bundesrates, bevor sie umgesetzt wird. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit/Die Drogenbeauftragte des Bundestages 2017, S. 1-3)

2.3.3 Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger

In dieser Richtlinie, welche von der Bundesärztekammer verfasst wurde, sind die Grundlagen und Bedingungen für die Substitutionsbehandlung festgelegt. Sie basieren auf dem neuesten medizinischen Wissensstand. Bestandteile sind u. a. die Bedingungen für den Beginn der Substitutionsbehandlung, das Therapiekonzept und die Qualifizierung der Ärzte. Die Richtlinie wurde am 19. Februar 2010 verabschiedet. Sie ist fest mit der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung verknüpft. (vgl. Poehlke et al. 2016, S.125)

Mit der Novellierung der BtMVV wurde auch die Richtlinie der Bundesärztekammer überarbeitet, beide sollen voraussichtlich am 01. September 2017 in Kraft treten. (vgl. Meyer-Thompson 2017, online) Als Grundlage dieser Arbeit dient die derzeit noch gültige Fassung aus dem Jahre 2010.

2.3.4 Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung (MvV-Richtlinie)

Die *Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung* dient der Abrechnung der ärztlichen Behandlung mit der Gesetzlichen Krankenversicherung. In dieser Richtlinie erfolgt u.a. eine Unterteilung nach abrechnungsfähigen und nicht-abrechnungsfähigen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Die Substitutionstherapie ist in der Anlage 1 *Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden* unter Punkt 2 geregelt, hier werden Anforderungen und Bedingungen an die Substitutionstherapie festgehalten, der Inhalt entspricht weitgehend den zuvor beschriebenen rechtlichen Grundlagen. Zusätzlich ist die Genehmigung der Substitution als vertragsärztliche Leistung und der Leistungsumfang geregelt. (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2017, S. 9-15) Auf Basis dieser Richtlinie kann die Substitutionsbehandlung als kassenärztliche Leistung abgerechnet werden.

2.4 Behandlungsziele

Die Ziele der Substitutionsbehandlung sind, wie bereits geschildert, in der BtMVV und der Richtlinie der BÄK beschrieben. Bis jedoch das Hauptziel, die Abstinenz, erreicht ist, sind Teilziele zur sozialen Stabilisierung und der Bearbeitung der Sucht erforderlich, auf welche ich im Folgenden eingehen werde.

2.4.1 Abbau suchtbedingter Störungen und Behandlung von Suchtfolgeerkrankungen

Um Rückfälle und den Beikonsum anderer Substanzen zu reduzieren und später Abstinenz zu erreichen, sollte eine Behandlung der suchtbedingten Störungen erfolgen. Dies beinhaltet, dass der Patient die Mechanismen, welche zu Rückfällen führen, sowie seine Denk- und Verhaltensmuster kennenlernt. Außerdem ist es unabdingbar, Bewältigungsmuster zu erlernen, um mit Suchtdruck umzugehen und wieder die Kontrolle über seinen Konsum zu erlangen. Die Reduktion der Risiken durch Opioidkonsum und die Behandlung der körperlichen Erkrankungen, wie HIV, sind Bestandteil der Behandlung und dienen zudem der Überlebenseicherung, welche das vorrangige Ziel sein sollte. (vgl. Poehlke et al. 2016, S. 23-26)

2.4.2 Soziale Stabilisierung

Bereits in den Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der Substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger ist zu erkennen, dass eine Behandlung der Opioidabhängigkeit nicht allein die Verabreichung eines Substitutionsmittels beinhaltet, sondern gleichzeitig auch eine soziale Stabilisierung erreicht werden sollte. Ich werde im Folgenden

auf mögliche Behandlungsziele eingehen, welche unter Berücksichtigung der individuellen Situation des Patienten festgelegt werden sollten.

Die Bearbeitung existenzbedrohender Problemlagen sollte ein vorrangiges Behandlungsziel sein. Zur Beschaffung der Droge wird ein Großteil der meist geringen finanziellen Mittel genutzt und verursacht häufig materielle Armut beim Betroffenen. (vgl. Barsch 2014, S. 107-107) Zur Sicherung des Lebensunterhalts sind der Anspruch auf finanzielle Leistungen, bspw. Leistungen nach SGB II, zu prüfen. Zudem sollte auf eine regelmäßige Beantragung von Leistungen hingearbeitet werden. Dies dient auch der Sicherung der Wohnung. Bei bestehender oder drohender Wohnungslosigkeit kann der Betroffene Unterstützung durch die Wohnhilfe erhalten. Auch die Schuldsituation sollte überprüft werden, um dem Patienten bei Bedarf durch eine Schuldnerberatung bei der Bearbeitung der Schuldsituation zu unterstützen. (vgl. Poehlke et al. 2016, S.24-25)

Zur Behandlung gehört auch der Abbau beruflicher Hindernisse. Laut der Suchthilfestatistik 2015 wiesen ambulant behandelte opioidabhängige Patienten mit 58% den höchsten Anteil an Arbeitslosen auf, in der Allgemeinbevölkerung lag der Anteil bei 34,9%. Auch in Bezug auf den Schulabschluss zeigen sich deutliche Unterschiede: während 17% der ambulant behandelten Opioidabhängigen keinen Schulabschluss vorweisen können, liegt der Anteil in der Allgemeinbevölkerung nur bei 3,9%. (vgl. Dauber/ Specht/ Künzel/ Braun 2016, S. 19-21) Der hohe Anteil der Erwerbslosen lässt sich damit begründen, dass es durch die Abhängigkeit von Drogen oft zu kurzweiligen Beschäftigungsverhältnissen und langen Unterbrechungen der Berufstätigkeit kommt, da Betroffene den regelmäßigen Leistungsanforderungen nur bedingt nachkommen können. Zudem führt ein frühzeitiger Konsum von Drogen oft zu Bildungsdefiziten, was den hohen Anteil der Opioidpatienten ohne Schulabschluss begründen könnte. Dies wirkt sich wiederum negativ auf den weiteren Berufsweg aus. (vgl. Barsch 2014, S. 106)

Daher ist die berufliche Wiedereingliederung und Integration bzw. die Schaffung einer beruflichen Perspektive ein wichtiger Bestandteil der Behandlung.

Auch die sozialen Beziehungen spielen eine Rolle für den Therapieverlauf eines Patienten. Oft sind partnerschaftliche und familiäre Beziehungen durch den Drogenkonsum gestört oder fehlen. Es kommt zu einem Rückzug aus nicht-konsumierenden Bezügen, verbunden mit einer starken Bindung an die Drogenszene. Bestehende Beziehungen sind zudem häufig konfliktbelastet. In diesem Fall sollte eine Klärung und Wiederherstellung oder Förderung der nicht-konsumierenden familiären, partnerschaftlichen und freundschaftlichen Bezüge erfolgen, um eine Distanzierung zur Drogenszene zu ermöglichen. (vgl. Poehlke et al. 2016, S. 24-26)

Diese möglichen Problemlagen zeigen, wie wichtig die Klärung der individuellen Situation des Opioidabhängigen und die Zusammenarbeit der Substitutionspraxis mit anderen Institutionen im Hilfesystem ist. Nur so kann dem Patienten neben der Behandlung der Opioidabhängigkeit die bedarfsgerechte Unterstützung angeboten werden. Da das Substitutionsmittel in dieser Behandlung jedoch die zentrale Rolle spielt und durch die Linderung der Entzugerscheinungen erst die Bearbeitung der weiteren Problemlagen ermöglicht, soll im folgenden Teil auf diese eingegangen werden.

3 Zugelassene Substitutionsmittel in Deutschland

Welche Substitutionsmittel zur Behandlung zugelassen sind, ist im BtMVV §5 Abs. 6 geregelt. Danach sind zur medikamentengestützten Behandlung Opioidabhängiger die Wirkstoffe Levomethadon, Methadon und Buprenorphin, nicht-diamorphinhaltige Arzneimittel und die Wirkstoffe Codein und Dihydrocodein zugelassen. Dabei dürfen Letztere nur in Einzelfällen verordnet werden.

Schwer heroinabhängigen Patienten darf unter Umständen auch Diamorphin, also Heroin, verabreicht werden; geregelt werden die besonderen Bedingungen in §5a des BtMVV. Unter anderem müssen schon zwei erfolglose Behandlungen mit anderen zugelassenen Substitutionsmitteln, davon eine mindestens sechsmonatige, erfolgt sein und es müssen zusätzlich zum intravenösen Heroinkonsum schwere körperliche und psychischen Erkrankungen beim mindestens 23 Jahre alten Patienten bestehen. Es gelten zudem besondere Anforderungen an den Mediziner und dessen Einrichtungen.

Die verschiedenen Substitutionsmittel besitzen eine ähnliche allgemeine Wirkungsweise, diese werde ich im nachfolgenden Absatz beschreiben.

3.1 Wirkungsweise von Opiaten und Opioiden

Substitutionsmittel wirken, indem sie sich an verschiedenen Rezeptoren im Gehirn binden und dadurch unterschiedliche Wirkungen entfalten. Man unterscheidet den μ -Rezeptor, den κ -Rezeptor, den δ - und σ -Rezeptor. Bedeutend für die Wirkung der Opiode ist der μ -Rezeptor. Durch Bindung des Substitutionsmittels an diesen wird eine schmerzlindernde, dämpfende Wirkung ausgelöst, die Symptome des Heroinentzugs werden verhindert. Es kommt aber auch zu Nebenwirkungen, wie Verstopfung und Atemdepression. (vgl. Gözl/Nowak 2015, S. 28)

Man unterscheidet Opioide danach, wie sie am Rezeptor wirken. Es gibt reine Agonisten, diese binden sich an den Rezeptor und lösen einen Effekt, wie die Linderung von Entzugssymptomen, aus. Dieser Effekt basiert auf dem natürlichen Vorhandensein von Neurotransmittern im Körper, welche bei der Bindung an den Rezeptor die gleiche Wirkung entfalten, z. B. Schmerzlinderung. Zu den Agonisten zählt z. B. Levomethadon. Im Gegensatz dazu gibt es Antagonisten wie Naloxon, welche sich an den Opioid-Rezeptor binden und damit die Wirkung des Agonisten blockieren bzw. diesen verdrängen. Daher sind diese besonders für den Einsatz bei Überdosierungen geeignet, da sie die Wirkung des überdosierten Opioids verhindern. Dies bedeutet wiederum, dass beim Patienten schnell Entzugssymptome einsetzen, da dieser Effekt blockiert wird. Es gibt auch partielle Agonisten, diese wirken einerseits agonistisch, andererseits antagonistisch. Bei der Einnahme eines partiellen Agonisten sind höhere Dosen des reinen Agonisten nötig, da die pharmakologische Wirkung verändert wird. Ein Beispiel dafür ist Buprenorphin. (vgl. *Poehlke et al. 2016, S. 83*)

Die Wirkungsweise verschiedener Substitutionsmittel ist demnach abhängig davon, wie sie am Rezeptor wirken und wie stark sie an den Rezeptoren wirken. Auch die Nebenwirkungen der einzelnen Wirkstoffe sind unterschiedlich stark, was auch durch die Wirkung an den Rezeptoren begründet ist. Im Folgenden werde ich auf mögliche Nebenwirkungen von Substitutionsmitteln eingehen.

3.2 Nebenwirkungen von Opioiden und Opiaten

Bei der Einnahme von Substitutionsmitteln kann es zu verschiedensten Nebenwirkungen kommen. Eine Besonderheit von Opiaten und Opioiden ist die atemdepressive Wirkung, eine Verminderung der Atemfrequenz. In schweren Verläufen kann es zu einem kompletten Aussetzen der Atmung kommen, was durch die Gabe eines Antagonisten wie Naloxon aufgehoben werden kann. Dies sollte bei der Verordnung an Menschen mit Atemwegserkrankungen, wie Asthma, berücksichtigt werden.

Häufig tritt eine auch Verlängerung der QT-Intervalle (EKG) auf. Bei Patienten mit niedriger Herzschlagrate oder anderen Risikofaktoren, wie Herz-Rhythmus-Störungen, kann eine Verordnung von Opioiden daher gefährlich werden, auch weil diese ein zusätzlicher Abfall der Herzfrequenz verursachen können. Auch andere Herz-Kreislauf-Erkrankungen, wie Blutdruckabfall, können auftreten.

Störungen des Verdauungssystems können auftreten, wie Übelkeit und Erbrechen oder Verstopfung. Mundtrockenheit, Appetitlosigkeit sowie Gallenwegskrämpfe werden häufig beobachtet. Darüber hinaus treten häufig übermäßiges Schwitzen, Juckreiz der Haut und Ausschläge auf. Dazu kommen häufig Blasenentleerungsstörungen und eine verminderte Harnmenge.

Insbesondere bei höheren Dosierungen treten oft Sedierung oder Benommenheit, Müdigkeit und Mattigkeit auf. Es wird auch von Verwirrheitszuständen oder einer Desorientierung berichtet. Dies ist insbesondere von Bedeutung, wenn der Patient bspw. aus beruflichen Gründen keine sedierende Wirkung erwünscht. Andere Störungen des Nervensystems können Kopfschmerzen, Schlafstörungen und Unruhe sein. Auch die Stimmung des Patienten kann durch die Einnahme von Substitutionsmitteln beeinflusst werden, häufig treten Euphorie oder Dysphorie auf. Daher ist die Beachtung möglicher bestehender psychischer Erkrankungen wichtig, da diese möglicherweise durch die Einnahme von Opioiden verschlimmert werden könnten.

Zu beachten ist außerdem, dass durch die schmerzlindernde Wirkung die Schmerzwahrnehmung verändert sein kann. (vgl. Hexal AG, S. 1-2)

Aufgrund verschiedener Wirkstoffe, Dosierungen und Wirkungsweisen an den Rezeptoren können diese Nebenwirkungen bei einem Substitutionsmittel mehr, bei anderen weniger auftreten. Darauf werde ich bei der Beschreibung der unterschiedlichen Substitutionsmittel eingehen.

3.3 Wechselwirkungen mit anderen Substanzen und Medikamenten

Nun möchte ich zu den wichtigsten Wechselwirkungen kommen, welche bei der Einnahme von Substitutionsmitteln mit anderen Medikamenten und Substanzen auftreten können. Dies können bspw. Veränderungen der Wirkung oder das verstärkte Auftreten von Nebenwirkungen sein.

Besonders Stoffe, die zentral dämpfend wirken, können eine Atemdepression auslösen, da die atemdepressive Wirkung des Substitutionsmittels verstärkt wird. Zu diesen Substanzen zählen insbesondere Beruhigungs- und Schlafmittel wie Benzodiazepine, andere opioidhaltige Stoffe, aber auch Alkohol. Zudem tritt diese Wirkung auch in Verbindung mit bestimmten Antidepressiva, Antipsychotika und Antihistaminika auf. Medikamente, welche den Opioidspiegel erhöhen, wie das Antibiotikum Ciprofloxacin, das Antimykotika Flucanazol oder bestimmte Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, können zu einer Überdosierung führen. Deswegen sollte während der Einnahme die Dosis des Substitutionsmittels, besonders bei Methadon und Buprenorphin, vermindert werden.

Antagonisten wie Naloxon verursachen Entzugserscheinungen, partielle Antagonisten können bei vollen Agonisten Entzugserscheinungen auslösen. Dies ist insbesondere bei der Umstellung bspw. von Methadon zu Buprenorphin zu beachten. Auch verschiedene Antiepileptika, wie Barbiturate, bestimmte HIV-Medikamente, das Antibiotikum Rifampicin,

Johanniskraut und weitere Medikamente, die den Opioidspiegel mindern, können zu Entzugserscheinungen führen. Daher sollte für die Dauer der Einnahme die Substitutionsdosis, insbesondere bei Methadon und Buprenorphin, erhöht werden.

Bei Substanzen, welche den pH-Wert des Urins mindern, wie Vitamin C, kann es zu Entzugssymptomen kommen. Bei solchen, die den pH-Wert steigern, wie Natriumbicarbonat, kann es zu Überdosierungen kommen.

Durch Arzneimittel, welche das QT-Intervall verlängern, wie Antipsychotika, kann es aufgrund der Verstärkung der QT-Intervall-verlängernden Eigenschaften von Substituten, insbesondere Methadon, zu Herzrhythmusstörungen kommen. (vgl. Gölz/Nowak 2015, S. 39)

Zudem kann der Beigebrauch anderer Substanzen neben dem Substitut schwerwiegende Folgen haben. Durch den Konsum von Alkohol, Kokain und Benzodiazepinen kann es zu einer Verkürzung der Wirkdauer des Substitutionsmittels kommen. Die sedierende und die atemdepressive Wirkung von Opioiden kann durch den Konsum von anderen Substanzen erhöht werden, was tödliche Folgen haben kann. (vgl. Poehlke et al. 2016, S. 139-140)

Um Wechselwirkungen zu vermeiden, ist es folglich wichtig, dass alle Mediziner, bei dem der Patient behandelt wird, über die Substitutionsbehandlung und das verwendete Substitut Bescheid wissen. Zudem bestehen besondere Gefahren, wenn Patienten eigenmächtig frei verkäufliche Medikamente einnehmen, wie das harmlos wirkende Johanniskraut oder Vitamin C. Außerdem zeigen diese Wechselwirkungen auf, warum der Beikonsum anderer Substanzen gefährlich werden kann.

3.4 Substitutionsmittel und ihre Besonderheiten

3.4.1 Methadon

Das Substitutionsmittel Methadon ist das wohl Bekannteste und wird in Deutschland am häufigsten verordnet. Der Wirkstoff ist Methadon-Razemat, es besteht eins zu eins aus Levomethadon und Dextromethadon. Es ist erhältlich als Tablette oder flüssige Zubereitung, wobei die Tablettenform eine einfachere Dosierung und Anwendung ermöglicht. Dabei wirkt Levomethadon analgetisch, also schmerzlindernd, Dextromethadon hat jedoch keine schmerzstillende Wirkung. Zudem besitzt das Dextromethadon keine substituierende Wirkung. (vgl. Poehlke et al. 2016, S. 139-140) Der Wirkeintritt beginnt eine halbe Stunde nach Einnahme des Methadons und hält etwa 24 Stunden an, weshalb dieses Substitutionsmittel nur einmal am Tag eingenommen werden muss. Die Substitutionstherapie darf nicht unterbrochen werden, da es sonst zu Entzugserscheinungen kommt.

Typische unerwünschte Wirkungen sind vor allem das vermehrte Schwitzen, Verstopfung, Erbrechen und sexuelle Dysfunktionen. Schwindelgefühle treten vermehrt am Anfang auf.

Zudem tritt häufig eine Minderung des Antriebes und Schläfrigkeit auf, besonders nach der Einnahme. (vgl. Poehlke et al. 2000, S. 73-75)

Das Substitutionsmittel Methadon ist eher für Menschen ohne schwerwiegendere Begleiterkrankungen geeignet, welche wenig gefährdenden Beikonsum haben, auch weil des Öfteren von einem stärkeren Suchtdruck berichtet wird. Zudem wird Methadon oft am Anfang der Behandlung verabreicht und ist insbesondere für Patienten geeignet, welche eine sedierende (beruhigende) Wirkung wünschen. (vgl. Gözl/Nowak 2015, S. 19)

3.4.2 Levomethadon

Ein weiteres Substitutionsmittel ist Levomethadon, welches unter dem Handelsnamen L-Polamidon® als Lösung oder Tablette zur oralen Anwendung erhältlich ist. Levomethadon ist, wie schon beschrieben, im Methadon-Razemat als substituierend wirksamer Stoff enthalten. Bei der Umstellung von Methadon auf Levomethadon konnte eine Verringerung der Nebenwirkungen beobachtet werden. Außerdem zeigten die betroffenen Substitutionspatienten einen geringeren Suchtdruck und Beikonsum auf. Durch die reine Form kann im Vergleich zum Methadon die Belastung des Körpers, bspw. bei Menschen mit Nebenmedikation, verringert werden. (vgl. Poehlke et al. 2016, S. 138-139)

Levomethadon ist daher insbesondere für Patienten mit mehreren Erkrankungen wie Herz- und Lebererkrankungen und Begleiterkrankungen, wie Depressionen oder Hepatitis C, geeignet. Zudem ist die dämpfende Wirkung gegenüber Methadon reduziert, der Patient fühlt sich klarer. (vgl. Gözl/Nowak 2015, S. 20)

3.4.3 Buprenorphin

Buprenorphin wird in der Schmerztherapie und der Substitutionsbehandlung eingesetzt und ist u. a. unter den Handelsnamen Subutex®, Buprenaddict® und Subutex® zur sublingualen Anwendung erhältlich. Durch das Auflösen unter der Zunge wird der Wirkstoff schnell in den Blutkreislauf aufgenommen. Besonders ist, dass dieses Substitutionsmittel nach Erreichen einer stabilen Substitution auch jeden zweiten Tag als Doppeldosis eingenommen werden kann.

Da Buprenorphin nicht dämpfend wirkt, ist es besonders für Patienten geeignet, welche diese Wirkung, bspw. aus beruflichen Gründen, nicht wünschen. Zudem treten im Gegensatz zu anderen Substitutionsmitteln auch unerwünschte Nebenwirkungen, wie Schwitzen, Verstopfung und Schlafstörungen, seltener oder schwächer auf. Dies ist zurückzuführen auf die gleichzeitige agonistische und antagonistische Wirkung am Rezeptor. Zudem wer-

den Heroinentzugssymptome und Suchtdruck gemindert. Auch die Abhängigkeit vom Substitutionsmittel sowie die Entzugssymptome nach Absetzen von Buprenorphin sind geringer, als bspw. bei Methadon. (vgl. Poehlke et al. 2000, S. 18-19)

Aufgrund der schwächeren Wirkung ist es eher für Patienten geeignet, welche vor Beginn der Behandlung noch nicht lange Heroin konsumiert haben. Zudem ist es für den Opioidentzug geeignet, da die tägliche Dosis schneller herabgesetzt werden kann. Auch der Übergang von der Substitution zur niedrigen Erhaltungsdosis oder zur Beendigung der Substitutionsbehandlung, kann damit unterstützt werden. (vgl. Poehlke et al. 2016, S. 135)

Um Missbrauch wie die nasale oder intravenöse Anwendung zu reduzieren, gibt es den Wirkstoff Buprenorphin auch kombiniert mit Naloxon. Dadurch wird bei nicht-bestimmungsgemäßem Gebrauch eine euphorisierende Wirkung verhindert, es können auch Entzugerscheinungen einsetzen. Buprenorphin mit Naloxon ist unter dem Handelsnamen Suboxone® als sublinguale Tablette erhältlich. (vgl. Poehlke et al. 2000, S.82-84)

3.4.4 Retardiertes Morphin

Seit 2015 ist auch retardiertes Morphin zur Substitutionsbehandlung zugelassen. Es ist unter dem Handelsnamen Substitol® als Kapsel mit Retard-Kügelchen erhältlich. Durch die Retard-Formulierung wird der Wirkstoff über den Tag verteilt gleichmäßig abgegeben. (vgl. Poehlke et al. 2016, S. 135)

Die Zulassungsstudie, welche mit 276 Patienten in Deutschland und der Schweiz durchgeführt wurde, brachte das Ergebnis, dass sich bei Umstellung von Methadon auf retardiertes Morphin die Patientenzufriedenheit und die Haltequote erhöhten. Der wissenschaftliche Leiter der Studie führt dies auf die bessere Verträglichkeit und die schwächeren Nebenwirkungen, wie Schwitzen und Sedierung, des Morphins gegenüber Methadon zurück. (vgl. Haasen 2015, Interview dgs info)

Da Substitol die QT-Intervalle (EKG) nicht verlängert, ist es auch für Patienten mit Herzproblemen geeignet. Für die eigenverantwortliche Einnahme zu Hause ist es jedoch aufgrund seiner Zusammensetzung nicht geeignet, denn werden die Retard-Kügelchen bspw. zerkaut, kommt es zu einer sofortigen Freisetzung des gesamten Wirkstoffes, was zu einer Überdosis und damit zum Tod führen kann. Bei missbräuchlicher Anwendung durch Injektion kann es zu schweren Nebenwirkungen kommen. (vgl. Gözl/Nowak 2015, S. 20)

Die verschiedenen Substitutionsmittel erlauben eine individuelle Anpassung der Therapie an die Lebenssituation, die Bedürfnisse und die Anforderungen aufgrund des körperlichen Zustandes und einer möglichen Begleitmedikation.

4 Die Substitutionsbehandlung

4.1 Die Einleitung der Substitutionstherapie

Bevor eine Substitution bei einem Neupatienten beginnen kann, sind einige Voruntersuchungen und Vorbereitungen nötig. In der Praxis Jeschke und Bertram ist zuvor eine Kontaktaufnahme zur einer psychosozialen Beratungsstelle notwendig, diese meldet den Neupatienten dann an. Dadurch ist sichergestellt, dass bereits Kontakt zu einer Drogenberatung besteht, welche im Rahmen der Substitutionstherapie die psychosoziale Betreuung durchführt. Da in dieser Phase auch die Aufklärung des Patienten zur Substitutionsbehandlung erfolgt, möchte ich im Folgenden auf den Ablauf eingehen.

4.1.1 Diagnostik der Opioidabhängigkeit

Allem voran muss bei einem Patienten mit Behandlungswunsch erst eine Diagnostik der Opioidabhängigkeit erfolgen, da die Substitutionstherapie nur bei manifester Opioidabhängigkeit erfolgen darf.

In der Literatur wird die Opioidabhängigkeit oft als Opiatabhängigkeit bezeichnet, so auch in den „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“. Als Opiate werden die natürlich vorkommenden Alkaloide des Schlafmohns bezeichnet, wie Morphin. Da die Heroin eine halbsynthetisch hergestellte Substanz ist, gehört dieses zu den Opioiden. Daher wäre die Bezeichnung Opioidabhängigkeit richtig, jedoch wird die Heroinabhängigkeit, bedingt durch die geschichtliche Entwicklung, umgangssprachlich als Opiatabhängigkeit bezeichnet. Diese Bezeichnung wurde auch aufgrund der Erweiterung der Substitution auf Patienten, welche von opiathaltigen Schmerzmitteln abhängig sind, übernommen. (vgl. Poehlke et al. 2016, S. 112)

Die Diagnostik der Opiatabhängigkeit erfolgt im ärztlichen Behandlungsrahmen mithilfe des ICD-10, die Diagnostikkriterien sind Punkt F11.2 – Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Abhängigkeitssyndrom festgelegt. Nach ICD-10 liegt eine Opioidabhängigkeit vor, wenn mindestens 3 der folgenden Kriterien über einen Zeitraum von einem Jahr gleichzeitig vorhanden sind:

- Der Betroffene verspürt einen starken bis übermächtigen Drang, Opioide zu konsumieren,
- Die Fähigkeit zur Kontrolle des Konsumbeginns, des -endes sowie der Konsummenge ist eingeschränkt,
- Es kann eine Toleranzentwicklung nachgewiesen werden,
- Bei Reduktion oder Beendigung des Konsums gibt es ein körperliches Entzugssyndrom,
- Der Betroffene vernachlässigt zunehmend andere Aktivitäten und Interessen,
- Es liegt ein erhöhter Zeitaufwand zur Beschaffung der Substanz vor,

- Der Betroffene konsumiert die Substanz trotz eindeutiger schädlicher Folgen weiterhin.

Ein weiteres Diagnoseinstrument ist die DSM. Die Kriterien zur Diagnostik der Abhängigkeit ähneln denen des ICD-10, jedoch kann durch das DSM-IV der Schweregrad der Abhängigkeit erfasst werden. Neben den Ausprägungen der Symptome werden auch die konsumbedingten Beeinträchtigungen des beruflichen, sozialen und zwischenmenschlichen Lebens herangezogen. Eine leichte Abhängigkeit ist demnach gegeben, wenn keine bis wenig der zur Diagnosestellung erforderlichen Symptome vorliegen und der Betroffene dadurch beruflich und sozial-interaktionell nur wenig beeinträchtigt wird. Bei einer starken Beeinträchtigung der beruflichen und sozial-interaktionellen Lebensbereiche und vielen zusätzlich vorliegenden Symptomen geht das DSM von einer schweren Abhängigkeit aus. Eine mittlere Schwere der Abhängigkeit liegt vor, wenn die Symptome und Beeinträchtigungen zwischen der leichten und schweren Abhängigkeit liegen. (vgl. Barsch 2010, S. 144-147) Zur Diagnostik der Opioidabhängigkeit wird jedoch nur das ICD-10 als Grundlage der kassenärztlichen Abrechnung verwendet.

Als wichtigstes Kriterium zum Beginn einer Substitutionsbehandlung muss eine körperliche Abhängigkeit vorliegen. Die Entscheidung, ob eine Substitutionstherapie begonnen wird, trifft der Mediziner nach Abwägung aller relevanten Faktoren einer Substitutionstherapie gegenüber der abstinenzorientierten Therapie. (vgl. Bundesärztekammer 2010, S. 2)

Zur Diagnostik der Opioidabhängigkeit gehört eine körperliche Untersuchung und eine Anamnese zur aktuellen Situation und Vorgeschichte des Patienten, um die Substitutionstherapie individuell auf die Bedürfnisse des Patienten anzupassen und weitere Maßnahmen im Rahmen des Therapiekonzeptes einzuleiten. (vgl. Poehlke et al. 2016, S.43) Darauf werde ich im Folgenden eingehen.

4.1.2 Voruntersuchung und Gespräch zur Erfassung der körperlichen, psychischen und sozialen Situation

Damit der behandelnde Arzt sich ein umfassendes Bild zur Abhängigkeit des Patienten machen kann, ist eine Suchtanamnese notwendig. Dazu wird der Patient zu seinen früheren und aktuellen Konsummustern befragt. Auch bereits erfolgte Behandlungen und deren Wirksamkeit sind ein wichtiges Kriterium (vgl. Gözl/ Nowak 2015, S. 9)

Da viele Opioidabhängige unter körperlichen Begleiterkrankungen leiden, ist eine somatische Anamnese und eine körperliche Untersuchung im Vorfeld der Behandlung nötig. Dadurch können gesundheitliche Probleme frühzeitig erkannt und ggf. eine Mitbehandlung

durch Fachärzte eingeleitet werden. Zur ärztlichen Untersuchung gehört zudem ein Drogenscreening, welches die Opioidabhängigkeit bestätigt und gegebenenfalls weitere konsumierte Substanzen nachweist.

Oft wird eine Opioidabhängigkeit zudem durch psychiatrische Erkrankungen begleitet, weshalb vor Behandlungsbeginn eine eingehende psychiatrische Anamnese notwendig ist, um ggf. eine adäquate Behandlung der psychischen Störungen einzuleiten. (vgl. Gölz/ Nowak 2015, S. 8-12)

Zur Abklärung der Therapiemotivation und Erstellung eines Therapieplanes ist auch die Besprechung der sozialen Situation notwendig. Im Gespräch erfragt der Arzt den Patienten zu seiner Biografie, unter anderem seiner familiären und sozialen Herkunft und zu sozialen Beziehungen bezüglich Partnerschaft, Kindern, Kontakten zur Herkunftsfamilie, Freunden und anderen Bezugspersonen. Weiterhin wird auch die berufliche und finanzielle Situation sowie die Wohnsituation und die strafrechtliche Lage besprochen, um im Rahmen des Therapiekonzeptes gegebenenfalls passende Maßnahmen zur Bearbeitung der Problemlagen einzuleiten. (vgl. Gölz/ Nowak 2015, S. 11)

Diese Ergebnisse der Anamnese fließen in ein umfassendes Behandlungskonzept ein, welches an den individuellen Zielen und der Situation orientiert ist und eine passende Behandlung der Opioidabhängigkeit, sowie der Begleiterkrankungen und sozialer Problemlagen erlaubt.

4.1.3 Behandlungsvereinbarung

Nachdem die Opioidabhängigkeit bestätigt, das Behandlungskonzept zusammen mit dem Patienten erstellt wurde und sich die medikamentengestützte Substitutionsbehandlung als notwendig herausgestellt hat, wird zwischen dem behandelnden Arzt und dem Patienten ein Behandlungsvertrag geschlossen. In diesem werden grundlegende Regelungen und Absprachen zur Substitutionsbehandlung festgelegt. Der Arzt hat den Patienten über die Inhalte der Behandlungsvereinbarung aufzuklären, der Patient muss anschließend den Bedingungen ausdrücklich zustimmen und die Vereinbarung unterschreiben. (vgl. Gölz/ Nowak 2015, S. 12-13)

In der Praxis Jeschke und Bertram wird die Behandlungsvereinbarung zusätzlich auch von der psychosozialen Beratungsstelle unterschrieben. Dies dient auch der besseren sozialen Stabilisierung und der besseren Kommunikation zwischen Patient, PSB und Suchtmediziner.

Auf die Inhalte der Behandlungsvereinbarung möchte ich im Folgenden näher eingehen, da sie rechtliche Grundlagen und Bedingungen der Substitutionsbehandlung widerspiegeln

und somit nicht für den Beginn, sondern auch für den Verlauf der Substitutionsbehandlung bedeutsam sind. Zudem bilden die Inhalte der Aufklärung im Rahmen der Behandlung die Grundlage für meine Befragung der Patienten.

4.1.3.1 Wahl des Substitutionsmittels und der Dosis

Der behandelnde Arzt hält in der Behandlungsvereinbarung das zu verwendende Substitutionsmittel, einschließlich der Wirkungen und Nebenwirkungen, fest. Er klärt den Patienten auch über mögliche Einschränkungen bei der Führung von Fahrzeugen und des Reaktionsvermögens auf. Bei der Wahl des Substitutionsmittels hat der Arzt die unterschiedlichen Wirkungs- und Nebenwirkungsmuster auf den Patienten und das Therapiekonzept abzustimmen. Zudem muss der Arzt den Patienten darüber aufklären, dass die Opioidabhängigkeit während der Substitution bestehen bleibt, da das Heroin durch ein anderes Opioid ersetzt wird, welches auch ein Abhängigkeitspotential hat. Um Gefährdungen des Patienten zu vermeiden, muss die Einstellung auf die Dosis gewissenhaft erfolgen. (vgl. Bundesärztekammer 2010, S. 6) Zu berücksichtigen ist die nachgewiesene Konzentration beim Drogenscreening zusammen mit den Angaben des Patienten und der unbekannte Reinheitsgehalt des konsumierten Heroins. Daher sind kleinere, sichere Dosen bis zur passenden Dosis unter Einhaltung zeitlicher Abstände und engmaschiger Beobachtung zu verabreichen. Die erste Dosis darf zudem erst verabreicht werden, wenn der Patient erste Anzeichen von Entzugerscheinungen aufzeigt. (vgl. Poehlke et al. 2016, S.144)

4.1.3.2 Vergabe des Substitutionsmittels

In diesem Teil des Behandlungsvertrages ist geregelt, wie die Vergabe des Substitutionsmittels erfolgen wird. Grundsätzlich erfolgt dies als Sichtvergabe; das bedeutet, das Substitut wird dem Patienten zum unmittelbaren Verbrauch übergeben und die ordnungsgemäße Einnahme beobachtet. Dies soll ausschließen, dass der Patient das Substitutionsmittel bspw. nicht schluckt, um es später auf dem Schwarzmarkt zu verkaufen. Befugt sind dazu der substituierende oder der vertretende Arzt und gegebenenfalls, wenn vereinbart und zulässig, die Apotheke oder entsprechend ausgebildetes Fachpersonal. Der behandelnde Arzt muss für die Sicherstellung der Versorgung des Patienten mit dem Substitutionsmittel an 365 Tagen im Jahr sorgen und daher für Urlaubs- oder Krankheitsfälle einen geeigneten Vertretungsarzt bestimmen. (vgl. Bundesärztekammer 2010, S. 7-8)

4.1.3.3 Take-Home-Verordnung

Der behandelnde Arzt kann dem Patienten unter bestimmten Voraussetzungen eine Take-Home-Verordnung zubilligen. Der Patient bekommt dafür ein Rezept für die eigenverantwortliche Einnahme des Substituts ausgehändigt, welches er in der Apotheke einlöst. Dagegen stellt die Aushändigung des Substitutionsmittels, ausgenommen Codein und Dihydrocodein, aus dem Bestand der substituierenden Einrichtung einen Strafbestand dar.

Um eine Take-Home-Rezept zu verordnen, muss der Patient auf die endgültige Dosis eingestellt sein und sich sein gesundheitlicher Zustand im Laufe der Behandlung stabilisiert haben. Zudem darf der Substitutionspatient seit einem viertel Jahr keinen gefährdenden Beigebrauch anderer Substanzen aufweisen. Außerdem dürfen keine Hinweise auf eine mögliche Selbstgefährdung durch Missbrauch oder Fremdgefährdung durch Weitergabe des Medikamentes an Andere vorliegen. Darüber hinaus muss der Patient seine regelmäßigen Termine bei der psychosozialen Beratung und beim substituierenden Arzt wahrgenommen haben, und die soziale Situation sollte stabilisiert sein.

Vor der Verordnung des Take-Home-Rezeptes hat der Arzt den Patienten über die sichere Verwahrung des Substitutionsmittels zu Hause aufzuklären und ihn auf die Gefährdung von Kindern und anderen Menschen durch Einnahme des Substitutionsmittels hinzuweisen. Weiterhin muss der Patient über den richtigen Gebrauch seines Medikaments und die Einhaltung der Dosis belehrt werden. Der Substitutionspatient hat keinen gesetzlichen Anspruch auf eine Take-Home-Regelung, der behandelnde Arzt entscheidet in jedem Fall individuell. Das Take-Home-Rezept darf für sieben Tage ausgehändigt werden. Bei Ausgabe des Take-Home-Rezeptes sollte der behandelnde Arzt persönlichen Kontakt zum Patienten haben und den Therapieverlauf ggf. mit einem Drogenscreening überprüfen. (vgl. Bundesärztekammer 2010, S. 8-10)

4.1.3.4 Psychosoziale Betreuung

Um das Ziel der Substitution, die soziale, berufliche und gesundheitliche Stabilisierung, zu erreichen, ist ein umfassendes Therapiekonzept unabdingbar. Die psychosoziale Betreuung enthält je nach Bedarf Angebote und Maßnahmen wie Soziotherapie, Psychotherapie sowie soziale Beratung und Begleitung. Unter Berücksichtigung der Biografie des Patienten und seiner aktuellen Lebensverhältnisse muss der Arzt zu Beginn der Behandlung dessen Bedarf für eine psychosoziale Betreuung feststellen und darauf hinwirken, dass der Patient diese wahrnimmt. Indikatoren, welche eine psychosoziale Betreuung notwendig machen, sind bspw. Missbrauch in der Vergangenheit des Patienten, mehrere erfolglose Therapieversuche der Drogenabhängigkeit oder eine starke Einbindung in ein durch Drogen bestimmtes Lebensumfeld. Die PSB dient zudem der begleitenden Behandlung der Abhängigkeit in Form einer Suchtberatung. (vgl. Poehlke et al. 2016, S.117-118)

4.1.3.5 Konsum anderer Substanzen

Der behandelnde Arzt hat den Patienten darauf hinzuweisen, dass der Konsum anderer Substanzen neben dem Substitutionsmittel zu unterlassen ist und dass regelmäßige Kontrollen auf die ordnungsgemäße Einnahme des Substitutionsmittels und möglichen Beikonsum anderer Substanzen erfolgen. Die Häufigkeit der Kontrollen sollte an den Verlauf der

Substitutionsbehandlung angepasst werden. Patienten in der Anfangsphase der Substitution und Patienten mit häufigem Beigebrauch werden demnach öfter kontrolliert als Patienten mit stabilem Verlauf ohne Beikonsum.

Weiterhin ist der Patient drüber aufzuklären, dass bei dem Konsum von dämpfenden Stoffen, wie Alkohol oder Benzodiazepinen, Lebensgefahr besteht. Hat der Patient Beikonsum, welcher in Verbindung mit dem Substitutionsmittel die Gesundheit gefährdet, muss die Dosierung angepasst werden. Besteht bspw. der Verdacht, dass der Patient Alkohol getrunken hat, wird vor der Ausgabe des Substituts die Atemalkoholkonzentration gemessen. In der Substitutionspraxis in Halle bekommen die Patienten ab einer AAK von 0,5‰ eine verringerte Dosis und ab 1,2‰ fällt die Ausgabe des Substituts komplett aus. Bei anhaltendem Beikonsum, welcher die Substitutionsbehandlung gefährdet, sollte unter Beachtung der möglichen Gründe der Therapieplan angepasst und ggf. eine stationäre Krisenintervention zur Entgiftung des Beikonsums angedacht werden. (vgl. *Bundesärztekammer 2010, S. 10-11*)

4.1.3.6 Meldung an das Substitutionsregister

Der Arzt hat den Patienten im Rahmen der Behandlungsvereinbarung über die Meldung seiner codierten Daten an das Substitutionsregister zu informieren. Das Substitutionsregister wird seit 2002 vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) geführt, um eine Mehrfachsubstitution zu vermeiden und beruht auf BtMVV §5a. Jeder behandelnde Arzt hat dem BfArM unverzüglich den Patientencode, das Datum der ersten Verschreibung und die Art des Substitutionsmittels unter Angabe seines Namens und seiner Adresse mitzuteilen. Diese Daten können elektronisch oder schriftlich übermittelt werden. Bei Abmeldung des Patienten hat der Arzt das Datum der letzten Verordnung mitzuteilen. Erfüllt der Arzt die Anforderungen aufgrund einer fehlenden suchtmedizinischen Ausbildung nicht, muss er zudem den Namen und die Adresse des Arztes, welchen er im Behandlungsfall hinzuzieht, melden. (vgl. *Poehlke et al. 2016, S.146-147*)

4.1.3.7 Schweigepflichtentbindungen

Die Einhaltung der Schweigepflicht ist nicht nur das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient wichtig, sondern ist u. a. auch im Strafgesetzbuch (StGB) verankert: § 203 Abs. 1 *Verletzung von Privatgeheimnissen*

Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Angehörigen eines anderen Heilberufs [...] anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

Dieses Gesetz zeigt die Möglichkeiten der Strafverfolgung bei Verletzungen der Schweigepflicht auf und unterstreicht damit die Bedeutung der Schweigepflicht für den Patienten.

Um jedoch die passende Behandlung, orientiert am individuellen Bedarf des Patienten zu ermöglichen, ist die Zusammenarbeit und der Austausch verschiedener Institutionen, z. B. der Suchtberatungsstelle (PSB), anderer behandelnder Ärzte, der Ärztekammer, der Apotheke notwendig. Der behandelnde Arzt und der Patient halten dies in einer Schweigepflichtentbindung im Rahmen der Behandlungsvereinbarung fest. (vgl. *Bundesärztekammer 2010, S. 8-10*)

4.1.3.8 Substitutionsausweis

Sobald der Patient in das Substitutionsprogramm aufgenommen wurde, erhält er einen Substitutionsausweis. Auf diesem sind die aktuelle Tagesdosis und das Substitutionsmittel, sowie die Daten des substituierenden Arztes vermerkt. Der Substitutionspatient sollte seinen Ausweis immer mitführen, sodass im Notfall die Notwendigkeit seiner Substitutionstherapie erkennbar ist. Dies kann bspw. nach einem Unfall wichtig sein, damit der Patient trotzdem sein Substitutionsmittel bekommt und der Notfallarzt ggf. mit dem Suchtmediziner Rücksprache halten kann. (vgl. *Poehlke et al. 2016, S.146*) Zudem ist der Ausweis im Falle einer notwendigen Schmerztherapie oder einer Operation ein wichtiger Hinweis für die Wahl eines geeigneten Schmerzmittels, da es Medikamente gibt, welche bei Substitutionspatienten nicht wirken, weil die Dosis angepasst werden muss oder weil bestimmte Wirkstoffzusammensetzungen nicht in Frage kommen. (vgl. *Poehlke et al. 2016, S.127*)

Nachdem der Substitutionspatient aufgenommen wurde, läuft die Substitutionstherapie nach den o.g. Bedingungen, angepasst an die vereinbarten Ziele und Regeln. Es gibt jedoch weitere Aspekte, die im Rahmen der Behandlung bedeutsam sind. Auf diese möchte ich im Folgenden eingehen.

4.2 Die Substitutionsbehandlung im Verlauf bis zur Beendigung

4.2.1 Dokumentation

Die Dokumentation besitzt in der Behandlung des Opioidabhängigen einen hohen Stellenwert. Der gesamte Verlauf der Behandlung muss von der behandelnden Stelle dokumentiert werden. Dazu gehört die Einleitung der Substitutionstherapie inklusive der Diagnostik und Untersuchungen sowie das Gespräch zur Erfassung der sozialen, körperlichen und psychischen Situation und Vorgeschichte. Auch die Maßnahmen und Vereinbarungen im Rahmen des Behandlungskonzeptes und der Behandlungsvereinbarungen, wie dem gewählten Substitutionsmittel, sind zu dokumentieren. Nach Beginn der Behandlung werden die Besonderheiten der Behandlung und der weitere Verlauf dokumentiert. Dazu gehören Kontrollen des Therapieverlaufes, z. B. Drogenscreenings, Dosisanpassungen und die Inhalte der regelmäßigen Arztgespräche. Aber auch der jeweilige Gesundheitszustand und der Verlauf der PSB sowie anderer Maßnahmen sind zu überprüfen und zu dokumentieren.

Die Dokumentation ist der Kassenärztlichen Vereinigung und Landesärztekammer nach Aufforderung zur Verfügung zu stellen. (vgl. Poehlke et al. 2016, S. 47-49) Dies ist auch in der BtMVV §5 Abs. 11 geregelt, wo es heißt: „Der substituierende Arzt hat die Erfüllung seiner Verpflichtungen [...] zu dokumentieren. Die Dokumentation ist auf Verlangen der zuständigen Landesbehörde zur Einsicht und Auswertung vorzulegen oder einzusenden.“

Auch die Herkunft und der Verbleib, also der Zugang und Abgang der Betäubungsmittel, sowie der Bestand müssen dokumentiert werden. Dies ergibt sich aus §13 *Nachweisführung* der BtMVV.

4.2.2 Beendigung der Substitutionsbehandlung

Die Substitutionsbehandlung kann beendet werden, wenn das Therapieziel erreicht ist oder der Patient die Behandlung nicht mehr wünscht.

Die Behandlung kann durch den Arzt vorzeitig beendet werden, wenn das Therapieziel durch einen fortgeführten Beikonsum gefährdet wird oder klar wird, dass die Substitutionsbehandlung nicht für den Patienten geeignet ist. Hält sich der Patient wiederholt nicht an die Vereinbarungen oder an die Hausordnung, kann dies zu einem Abbruch der Substitutionsbehandlung führen.

Da die vorzeitige Beendigung der Behandlung jedoch mit gewissen Risiken für den Patienten verbunden ist, sollte der Mediziner vorher sorgfältig den Nutzen einer fortgeführten Therapie gegen die Risiken eines Abbruchs abwägen und versuchen, den Patienten in der Therapie zu halten. Außerdem sollten vor dem Abbruch andere Möglichkeiten ausgeschöpft werden. Wird die Behandlung beendet, sollte der Patient über mögliche Folgen aufgeklärt werden. Zudem muss das Substitutionsmittel langsam herunterdosiert werden. (vgl. *Bundesärztekammer 2010, S. 12*) Auch wenn die Behandlung beendet wird, weil die Therapieziele erreicht wurden, muss das Substitutionsmittel in kleinen Schritten herabgesetzt werden, um Entzugserscheinungen und Beikonsum zu vermeiden. (vgl. Poehlke et al. 2016, S. 142-143)

4.3 Auswahl besonderer Patientengruppen

Nun möchte ich besondere Patientengruppen vorstellen, die in der Substitutionsbehandlung vorkommen können und aufzeigen, welche unterschiedlichen Bedürfnisse diese haben.

4.3.1 Polytoxikomanie

Die Polytoxikomanie bezeichnet einen Mischkonsum verschiedener Substanzen, wovon meist eine die Hauptdroge ist. Die anderen Stoffe werden bspw. konsumiert, um finanzielle Engpässe oder solche bei der Beschaffung der Hauptdroge zu überbrücken und damit Entzugserscheinungen zu vermeiden. Auch wenn bei der Hauptdroge bereits eine Toleranz

entwickelt wurde, werden oft andere Stoffe konsumiert, um die Effekte der bevorzugten Droge zu erhöhen. Dies könnte erklären, warum bei opiatabhängigen Patienten oft ein gleichzeitiger Konsum anderer dämpfender Substanzen, wie Alkohol, auftritt. Es gibt auch Patienten, welche die Effekte einer Substanz durch eine andere ausgleichen, z. B. wird Cannabis konsumiert, um nach Crystal-Konsum schlafen zu können. (vgl. Poehlke et al. 2000, S.63-65)

Der Jahresbericht der deutschen Suchthilfestatistik stellt die substanzbezogenen Komorbiditäten von Patienten mit der Hauptdiagnose Opioidabhängigkeit, unterschieden nach ambulanter und stationärer Behandlung, im Jahr 2015 dar. Danach wiesen 23,8 % der ambulant und 48% der stationär behandelten Patienten einen Missbrauch oder eine Abhängigkeit von Alkohol auf. 31,7 % der Patienten im ambulanten, 54 % im stationären Setting, konsumierten Cannabis. Der Anteil der Opioidabhängigen, welche auch Kokain konsumierten, lag bei 23% (ambulant) und 41% (stationär), Benzodiazepine nahmen 14,2% der Patienten in ambulanter und 25 % in stationärer Behandlung. (vgl. Dauber et al 2016, S. 12-14)

Bei Betrachtung dieser Zahlen fällt auf, dass es große Unterschiede zwischen ambulanter und stationärer Behandlung gibt. Ob die Anteile der substanzbezogenen Komorbiditäten in stationärer Behandlung größer sind, weil Patienten mit Mehrfachkonsum vermutlich eher im stationären Setting behandeln werden, oder die Konsummuster dort eher aufgedeckt werden, ist fraglich und wird im Bericht nicht erwähnt. Trotzdem zeigen diese Zahlen auf, wie verbreitet der Konsum anderer Substanzen neben Opioiden ist, auch wenn nicht ersichtlich ist, bei wie vielen der Patienten tatsächlich eine Mehrfachabhängigkeit im Sinne der Polytoxikomanie vorlag.

Zudem fällt auf, dass ein großer Anteil der Opioidkonsumenten zusätzlich, wie oben geschildert, zentral dämpfende Substanzen konsumiert. Dies birgt, wie schon unter Punkt 3 beschrieben, besondere Gefahren, wie eine Atemdepression. Um Gefährdungen auszuschließen, sollte der behandelnde Arzt darauf hinwirken, dass der betroffene Patient den Konsum dieser Substanzen unterlässt. (vgl. Poehlke et al. 2000, S. 65)

Wie bereits unter dem Punkt *Konsum anderer Substanzen* beschrieben, müssen regelmäßige Kontrollen erfolgen, um Beikonsum festzustellen. Tritt Beikonsum auf, ist ein klärendes Gespräch zwischen behandelnden Arzt und Patienten notwendig, um herauszufinden, welche Gründe der Beikonsum hat, und darauf adäquat zu reagieren. Dies kann eine Dosisanpassung des Substitutionsmittels sein, wenn weitere Substanzen wegen anhaltendem Suchtdruck konsumiert werden. Aber auch andere Maßnahmen, wie eine stationäre Entgiftung als Krisenintervention oder die Intensivierung der Therapie psychischer Störungen,

die oft im Zusammenhang mit Mehrfachkonsum stehen, sind möglich. (vgl. BÄK 2010, S. 12)

4.3.2 Psychiatrische Komorbidität

Auch psychische Erkrankungen treten oft zusammen mit einer Substanzabhängigkeit auf. Nach der PREMOS-Studie, für welche 2.284 Substitutionspatienten im Rahmen einer Langzeitbeobachtung untersucht wurden, wiesen 17,2 % eine psychische Multimorbidität, also mindestens 2 psychische Störungen nach ICD-10 auf. Mehr als ein Drittel der Patienten litt an Depressionen, bei etwa 20 % konnte eine Persönlichkeitsstörung festgestellt werden. Auch Angststörungen (ca. 17 %) und Schlafstörungen traten häufig auf. Insgesamt konnten bei 83,9 % der Patienten Symptome psychischer Art festgestellt werden. (vgl. Wittchen et al. 2011, S. 50-51)

Diese Zahlen verdeutlichen, dass bei Substitutionspatienten häufig psychische Erkrankungen auftreten. Im Vergleich zur Normalbevölkerung ist das Risiko, an einer psychiatrischen Erkrankung zu leiden, stark erhöht. (vgl. Poehlke et al. 2016, S.89-90)

Es gibt verschiedene Modelle, welche den ursächlichen Zusammenhang der Abhängigkeit mit der psychiatrischen Erkrankung erklären.

Demnach kann eine bestehende psychische Störung die Ursache für die Entstehung einer Abhängigkeit sein oder den Grad und die Entwicklung dessen beeinflussen. Bei einigen Patienten kann der Drogenkonsum als eine Art Selbsttherapie verstanden werden, da durch den Konsum psychotroper Substanzen bestehende psychiatrische Erkrankungen in den Hintergrund treten. Auch zur Regulation der eigenen Emotionen werden Substanzen konsumiert. (vgl. Gözl/Nowak 2015, S. 63-64)

Auch in der Praxis in Halle gibt es Patienten, die schildern, dass sie durch Drogen beispielsweise versucht haben, die Auswirkungen ihrer Vergangenheit, wie traumatischer Erfahrungen, zu mildern. Oder Patienten, welche erzählen, dass sie seit der Kindheit bestehende ADHS-Symptome lindern können, wenn sie Cannabis konsumieren. Dies könnte diese Hypothese bestätigen.

Ein weiteres Modell besagt, dass beides auch aufgrund gemeinsamer Risikofaktoren, wie genetischer Anlagen, entstehen. (vgl. Gözl/Nowak 2015, S. 63-54)

Die Drogenabhängigkeit kann aber auch erst die Entwicklung einer psychischen Störung beeinflussen, bspw. als Reaktion auf die Lebensumstände, welche durch den Drogenkonsum auftreten. Es können auch Substanzgebrauch und psychische Erkrankung gleichzeitig auftreten, ohne im Zusammenhang zu stehen. Es bedarf jedoch weiterer Erforschung, wie sich psychische Störungen und Suchtmittelkonsum beeinflussen. Da es jedoch Hinweise

gibt, dass psychische Störungen den Verlauf der Therapie, bspw. aufgrund niedriger Haltequoten, negativ beeinflussen können, ist eine rechtzeitige Diagnostik möglicher psychiatrischer Erkrankungen erforderlich, um eine Behandlung dieser einzuleiten. (vgl. *Poehlke et al. 2016, S.89-90*)

4.3.3 Körperliche Komorbidität

Häufig treten neben der Opioidabhängigkeit körperliche Begleiterkrankungen auf, besonders, wenn die Patienten sich Drogen gespritzt haben. Dazu zählen Entzündungen und Infektionen, wie Abszesse an der Einstichstelle und bakterielle Entzündungen des Herzens. Durch die atemdepressive Wirkung und dem damit verbundenen Sauerstoffmangel kann es zu Herzerkrankungen, wie Herzinfarkten, und Lungenerkrankungen, wie einer Lungenentzündung, kommen. (vgl. *Gölz/Nowak 2015, S. 60*)

Zu den häufigsten Erkrankungen zählt jedoch die Hepatitis C-Infektion, in Deutschland sind schätzungsweise 400.000 Menschen mit dem Virus infiziert. Besonders der intravenöse Gebrauch von Drogen birgt durch unhygienische Konsumbedingungen und dem Tausch der Spritzen ein hohes Risiko, sich zu infizieren. Aber auch der nasale Konsum ist risikoreich, wenn das Zubehör mit anderen Konsumenten geteilt wird. Wird die Erkrankung nicht entsprechend behandelt, gilt diese nach einem halben Jahr als chronische Hepatitis-C-Infektion. Bei der ersten Untersuchung des Substitutionspatienten sollte der Status des Patienten daher labordiagnostisch geklärt werden. Besteht keine Infektion, sollte im Verlauf der Therapie eine regelmäßige Bestimmung der Antikörper erfolgen. Die klassische Behandlung war bisher eine Interferon-Therapie, in letzter Zeit haben sich die Behandlungsmöglichkeiten durch weitere Medikamente erweitert. Es sollte auch eine mögliche Hepatitis-A- und Hepatitis-B-Infektion abgeklärt werden. Erweist sich diese als negativ, sollten drogenkonsumierende Patienten geimpft werden. (vgl. *Poehlke et al. 2016, S.128-129*)

Von HIV-Infektionen sind in Deutschland etwa sechs Prozent der intravenös konsumierenden Patienten betroffen; diese leiden zudem häufig an Abszessen, verursacht durch unhygienische Konsumbedingungen. (vgl. *Gölz/Nowak 2015, S. 60*). Wird eine HIV-Infektion nicht behandelt, entwickelt sich bei etwa 70% dieser Patienten AIDS als schwerwiegende, lebensbedrohliche Form des Immundefektes. Zur Behandlung einer HIV-Infektion stehen Medikamente mit unterschiedlichen Wirkungsweisen zur Verfügung. (vgl. *Poehlke et al. 2016, S.128-129*)

Um zu Beginn einer Substitutionsbehandlung eine mögliche HIV-Infektion festzustellen und entsprechen zu behandeln, ist demnach eine labordiagnostische Untersuchung notwendig. Da das Infektionsrisiko bei Patienten, welche nebenher intravenös andere Substanzen

konsumieren, erhöht ist, ist in diesen Fällen folglich eine regelmäßige Untersuchung notwendig.

Besondere Achtsamkeit bei der Untersuchung auf körperliche Begleiterkrankungen ist demnach bei Patienten gefragt, welche sich Drogen intravenös appliziert haben. Auch bei Patienten, welche neben der Substitutionsbehandlung Beikonsum haben, sind gefährdet. Teilen diese ihre Utensilien, wie Spritzen bei intravenösen oder Ziehröhrchen bei nasalem Konsum, ist ihr Risiko für Infektionskrankheiten erhöht. Eine Aufklärung über diese Risiken und Möglichkeiten zum sicheren Gebrauch ist genauso notwendig, wie regelmäßige Untersuchungen auf mögliche Erkrankungen.

4.3.4 Schwangere und Eltern

Eine weitere besondere Patientengruppe mit besonderen Anforderungen an die Therapie bilden Schwangere und Eltern. Für Schwangere Heroinabhängige wird eine Substitutionsbehandlung empfohlen, da die Risiken für das ungeborene Kind niedriger sind als bei fortgeführten Konsum von Opioiden. Dies ist auch in der BtMVV §5 Abs. 2 festgelegt, dort ist ein Ziel der Substitution: *„die Verringerung der durch die Opioidabhängigkeit bedingten Risiken während einer Schwangerschaft sowie während und nach der Geburt“*.

Als geeignete Substitutionsmittel haben sich Levomethadon/Methadon und Buprenorphin erwiesen. Da Substitutionsmittel über die Plazenta auch an das ungeborene Kind abgegeben werden, sollte die Dosis so niedrig wie möglich gehalten werden, um Entzugserscheinungen des Neugeborenen nach der Geburt zu vermeiden oder zu mindern. Jedoch sollte die Dosierung auch an die Bedürfnisse der Mutter angepasst werden, um den Suchtdruck zu mindern und vor den Risiken eines erneuten Heroinkonsums zu schützen. Zudem sollte die werdende Mutter den weiteren Konsum von Alkohol, Tabak und Medikamenten und anderen Substanzen unterlassen, um weitere Risiken zu vermeiden. (vgl. Poehlke et al. 2016, S.128-129)

Eine weitere Patientengruppe sind Eltern - etwa 50 % der substituierten Frauen und 30 % der substituierten Männer in Deutschland haben Kinder. Diese Zahlen zeigen, dass es wichtig ist, diese Patientengruppe stärker in den Fokus zu rücken. Um zu vermeiden, dass Eltern aus Angst vor einer Herausnahme des Kindes nicht über Probleme bezüglich der Erziehung sprechen, ist es wichtig, darauf hinzuwirken, dass Eltern das Jugendamt als Institution sehen, welche im Bedarfsfall Unterstützung bietet. Besondere Beachtung sollte hier die Aufklärung bei Take-Home-Verordnung des Substituts finden, damit sichergestellt ist, dass die im Haushalt lebenden Kinder das Substitut nicht versehentlich einnehmen. (vgl. Poehlke et al. 2016, S. 69-70)

In der Substitutionspraxis in Halle wird daher schon bei Behandlungsbeginn das Einverständnis der Eltern eingeholt, um vor der Geburt des Kindes oder danach Kontakt zum Jugendamt zur Abstimmung eines möglichen Hilfebedarfes zu vermitteln. Dies gilt auch, wenn Probleme bei der Versorgung eines Kleinkindes erkennbar sind. (vgl. Praxis Jeschke & Bertram 2010)

4.3.5 Migranten

Auch Menschen mit ausländischer Herkunft sind eine besondere Patientengruppe, da die Behandlung aufgrund sprachlicher Barrieren erschwert wird, unter Umständen sogar, wenn der Patient die deutsche Sprache scheinbar gut beherrscht. Bei Bedarf sollte folglich ein Übersetzer hinzugezogen werden, um die Kommunikation zwischen Arzt und Patienten zu erleichtern. Neben der Sprachbarriere kann auch die kulturelle Sozialisation eine Rolle für den Behandlungsverlauf spielen, z. B. die guten Familienstrukturen für die Einbeziehung der Familie in die Therapie. (vgl. Götz/Nowak 2015, S. 12-13) Schwierigkeiten in der Behandlung können durch mangelndes Vertrauen in Ärzte und Behandlungsformen entstehen. Daher ist der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Arzt und Patienten bedeutend für die Bereitschaft des Patienten zu kooperieren und damit wichtig für den Therapieverlauf. Durch ressourcenorientiertes Arbeiten kann die Eigenverantwortung des Patienten gestärkt werden. (vgl. Poehlke et al. 2016, S.149-151)

In der Substitutionsbehandlung finden sich demzufolge verschiedene Patientengruppen. Für eine erfolgreiche Behandlung einer Opioidabhängigkeit ist eine Beachtung der individuellen Situation notwendig. Auch wird wieder deutlich, wie wichtig ein interdisziplinäres Netzwerk ist, um bei Bedarf die Betreuung und Behandlung zu gewährleisten und die Ziele der Substitution zu erreichen.

4.4 Zahlen und Fakten zur Substitution in Deutschland

Das Bundesinstitut für Arzneimittel verfasst einen regelmäßigen Bericht zur Substitution in Deutschland, welcher auf den Daten des Substitutionsregisters basiert. Demnach waren am 01. Juli 2016 in Deutschland 78.500 Substitutionspatienten gemeldet. Die Zahl der gemeldeten Substitutionspatienten ist seit 2007 gestiegen, damals befanden sich 68.800 Patienten in Substitutionsbehandlung. Dagegen ist die Zahl der substituierenden Ärzte gefallen: 2007 lag diese bei 2.786, 2016 nur noch bei 2.590. Damit ist die durchschnittliche Patientenzahl von 26,5 (2007) auf 30,3 Patienten pro Substitutionsarzt (2016) gestiegen. In Sachsen-Anhalt lag die Zahl der gemeldeten Patienten bei 693, verteilt auf 37 Ärzte, dies entspricht einem Verhältnis von 18,7 Patienten pro Arzt. In Hamburg liegt die Anzahl der Patienten pro Arzt im Vergleich dazu bei 45,9. (vgl. Bundesinstitut für Arzneimittel und

Medizinprodukte 2017, S. 1-6) Die Anzahl der Patienten pro Arzt variiert je nach Bundesland. Zudem gibt es Unterschiede zwischen den Ärzten selbst. Dies liegt auch daran, dass Substitution von verschiedenen Fachärzten und Hausärzten durchgeführt wird und Substitutionspatienten daher nur einen Teil ihrer Patienten ausmachen. Ein nicht suchtmedizinisch qualifizierter Arzt darf zudem, unter bestimmten Voraussetzungen, höchstens 10 Patienten gleichzeitig substituieren; dies ist im BtMVV §5 Abs. 4 geregelt.

Das meist verordnete Substitutionsmittel war 2016 Methadon (42,5%), gefolgt von Levomethadon (33,0%) und Buprenorphin (23,1%). Diamorphin, also Heroin, wird dagegen nur selten verordnet (0,8%). Jedoch hat der Anteil von Methadon seit 2002 abgenommen, während die Anteile von Levomethadon und Buprenorphin gestiegen sind. (vgl. *Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 2017, S. 1-6*)

5 Substitutionsbehandlung am Beispiel der Praxis Jeschke und Bertram in Halle

5.1 Praxis

Die Praxis Jeschke und Bertram ist eine in Halle-Silberhöhe ansässige Gemeinschaftspraxis mit der Ausrichtung auf Neurologie, Psychiatrie und Suchtmedizin. Die Inhaber der Praxis sind Herr Dipl. med. Jeschke und Frau Dipl. med. Bertram, zusätzlich sind aktuell 2 weitere Ärzte sowie ein Arzt in Ausbildung angestellt. Weiterhin arbeiten in der Praxis 4 Schwestern, 3 Sekretärinnen, 2 Sozialarbeiterinnen und eine Fachkraft für Substitution.

Häufige Krankheitsbilder sind (Alzheimer-)Demenz, depressive Störungen, Psychosen, Abhängigkeitserkrankungen und Persönlichkeitsstörungen.

Besondere zusätzliche Angebote der Praxis neben der ärztlichen Behandlung sind die regelmäßige Akupunktur nach NADA-Protokoll, ein Freitagscafé für Substitutionspatienten, wo gemeinsam gekocht und gegessen wird, sowie eine Frauengruppe für Alkoholikerinnen.

5.2 Zahlen und Fakten

Eine Auswertung der Daten von 130 Substitutionspatienten im März 2017 ergab folgendes Bild bezüglich der Verteilung der Substitutionsmittel:

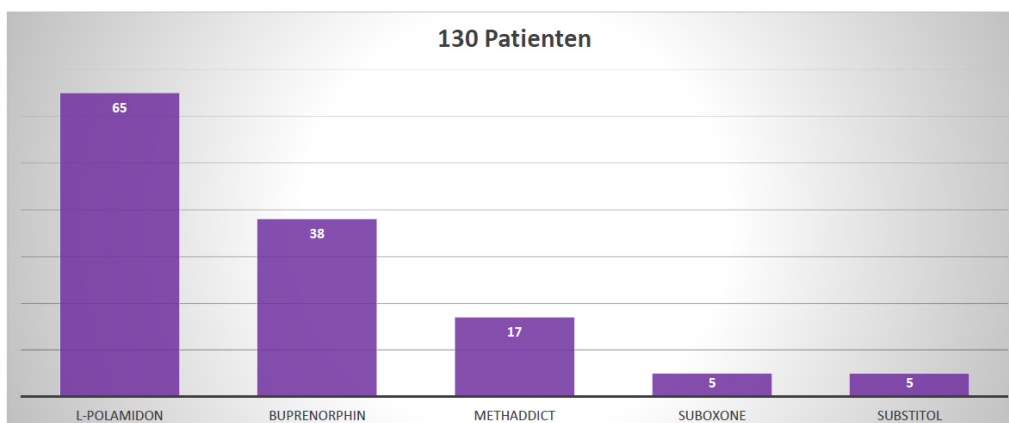


Abb. 1: Verteilung der Substitutionsmittel in der Praxis Jeschke & Bertram (Kutz 2017)

Von 130 Patienten erhielten 65 das Substitutionsmittel L-Polamidon®, 38 Buprenorphin, 17 Methadict®, 5 Suboxone® und 5 Substitol®. Der am meisten verordnete Wirkstoff ist also Levomethadon. Im Gegensatz dazu ist der in Deutschland am meisten verordnete Stoff Methadon.

Die Untersuchung der Patienten auf den häufigsten Beikonsum ergab folgendes Bild:

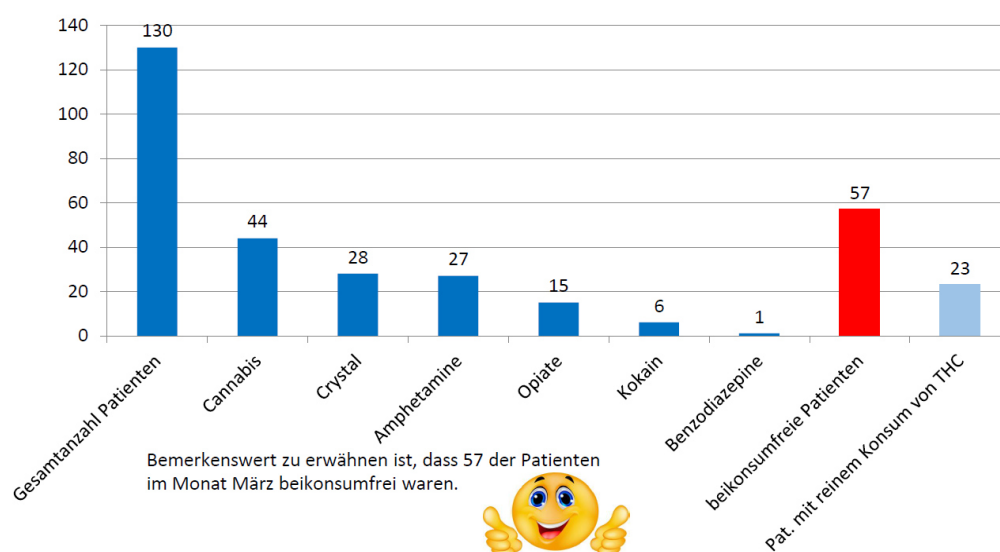


Abb. 2: Hitliste Beigebrauch im März 2017 in der Praxis Jeschke & Bertram (Kutz 2017)

Von 130 Patienten waren 57 völlig Beikonsum-frei. Die restlichen 73 Patienten, also etwa 56 %, konsumierten neben der Substitution weitere Substanzen. Bei mehr als der Hälfte, genauer 44 Patienten, wurde Cannabis nachgewiesen, 23 davon konsumieren dies als einzige Substanz. Demnach konsumierten etwa 50 Patienten, dies entspricht einem Anteil von 38,5% der Patienten, andere Substanzen. Ungefähr 21,5 %, nämlich 28 Patienten, hatten

nachweislich Methamphetamin, also „Crystal“ konsumiert, dicht gefolgt von Amphetaminen, auch als „Speed“ bekannt. Bei 15 der 130 Patienten, also 11,5%, wurden Opiate (Opiode) nachgewiesen. Kokain hatten der Statistik zufolge sechs Patienten konsumiert. Das Schlusslicht der „beliebtesten“ Substanzen bildeten Benzodiazepine mit dem Nachweis bei einem Patienten.

Vergleicht man einige Zahlen mit den Ergebnissen der PREMOS-Studie, liegt der Anteil der Patienten, bei welchen Beigebrauch festgestellt wurde, in der Praxis mit 56,2 % sogar leicht unter dem Anteil der bei der PREMOS Studie untersuchten Patienten mit 59,5 %. Bemerkenswert ist der Anteil der Patienten der halleschen Substitutionspraxis mit Opiatkonsum, welcher bei 11,5% liegt, im Gegensatz zu den Patienten der PREMOS-Studie mit 21,4 % nachgewiesenem Opiatkonsum. Zudem liegt der Anteil mit einem Benzodiazepin-Nachweis (0,8% der Patienten) weit unter dem Anteil der PREMOS-STUDIE mit 22,5%. (vgl. Wittchen et al. 2011, S. 49)

Anzumerken ist jedoch, dass im Rahmen der PREMOS-Studie keine Patienten auf Crystal untersucht wurden. Diese Substanz wurde bei 21,5 % der Patienten der Praxis Jeschke und Bertram nachgewiesen. Dieser Anteil spiegelt die Entwicklung des Problems Crystal-Konsum wider, welcher besonders in Ostdeutschland verbreitet ist. Erst letztes Jahr berichtete bspw. die LVZ über den Nachweis der Droge in den Abwässern im Osten Deutschlands: „In Dresden konnten täglich im Schnitt 136,7 Milligramm pro 1000 Menschen nachgewiesen werden. In München waren es nur knapp 25 Milligramm und in Dortmund 3,7 Milligramm.“ (LVZ online 2016) Wie auch die Bundesbeauftragte für Drogen feststellt, breitet sich der Konsum von den Tschechischen Grenzgebieten mittlerweile aus (vgl. Die Bundesbeauftragte für Drogen 2016, S. 111). Der Osten Deutschlands ist, wie man sieht, aber immer noch besonders stark betroffen. Dass der Anteil der Patienten mit Opiat- und Benzodiazepin-Beigebrauch geringer ist als der der PREMOS-Studie, ist jedoch insoweit positiv, dass weniger Patienten einen gefährlichen Beigebrauch haben, bei dem möglicherweise eine Atemdepression auftreten kann.

Eine Auswertung der Daten von 142 Patienten, darunter 57 Frauen, im Dezember 2014 hat ergeben, dass das Durchschnittsalter der Patienten bei Beginn der Substitutionsbehandlung bei 26 liegt. Die durchschnittliche Behandlungsdauer liegt bei 7,94 Jahren, der am längsten substituierte Patient ist seit 18 Jahren in Behandlung. Der Jüngste sich in Behandlung befindliche Patient im Dezember 2014 war 25, der Älteste war 53 Jahre alt. Der Jüngste dieser Patienten war bei Behandlungsbeginn 13 Jahre alt, der älteste war 48 Jahre alt. (Praxis Jeschke & Bertram 2014, interne Auswertung)

Die Dauer der Substitutionsbehandlung mag lang erscheinen. Da jedoch, wie bereits erörtert, viele Faktoren, wie die psychische Komorbidität oder der Verlauf der sozialen Stabilisierung, den Behandlungsverlauf beeinflussen können, ist eine solche Dauer nicht unüblich. Auch im Abschlussbericht der PREMOS-Studie wird darauf hingewiesen: „Charakteristisch ist, dass sich die Substitutionsbehandlungen über viele Jahre hinweg erstrecken [...]“ (Wittchen et al. 2011, S. 49)

5.3 Regeln in der Praxis

Um den Ablauf der Substitutionsbehandlung sicher zu gestalten und jedem Patienten die nötige Wertschätzung und Wahrung seiner Rechte zukommen zu lassen, ist es unabdingbar, dass die Patienten der Praxis sich an Regeln halten, welche in einer Hausordnung festgelegt sind. Dies wird zu Beginn der Behandlung als Anlage zum Behandlungsvertrag vorgelegt.

Der erste Teil der Hausordnung enthält allgemeine Regeln für das Erscheinen in der Praxis sowie den Aufenthalt. Dazu zählen saubere Kleidung und Körperpflege, höfliches Auftreten gegenüber den Mitarbeitern, Einhalten von Terminen und Ausgabezeiten sowie Ordnung und Sauberkeit in den Praxisräumen.

In der Hausordnung sind außerdem Punkte aufgeführt, die nach mehrmaligem Auftreten zum Therapieabbruch führen. Dazu zählen u. a. der fortlaufende Missbrauch illegaler Substanzen, Alkohol und nicht verordneter Medikamente, Betrugsversuche beim Drogenscreening, die Nicht-Inanspruchnahme der PSB und wichtiger medizinischer Behandlungen sowie das Verschweigen von Informationen oder die bewusste Falschinformation wichtiger in der Behandlung beteiligter Personen.

Auch Verstöße, welche zum unmittelbaren Abbruch der Substitutionstherapie führen, sind aufgeführt. Dazu zählen der Verkauf von Drogen und deren Konsum im Bereich des Gesundheitszentrums, der Erwerb und die Weitergabe von Substitutionsmitteln, Diebstahl, Gewalt und deren Androhung, Beleidigungen gegenüber Mitarbeitern und Patienten, schwerwiegende Täuschungs- und Betrugsversuche, sowie das Erpressen, Nötigen und der Missbrauch Anderer. Der Patient unterschreibt, dass er diese Regeln zur Kenntnis genommen hat und akzeptiert. (vgl. OAGS e. V. o. J., S. 1)

Da ich nun auf alle wichtigen Grundlagen der Substitutionsbehandlung eingegangen bin und damit die Vorarbeit für meine Untersuchung zur Beantwortung der wissenschaftlichen Fragestellungen dieser Arbeit abgeschlossen ist, folgt nun der empirische Teil als Gegenstand der vorliegenden Arbeit.

6 Untersuchung

6.1 Methode

6.1.1 Fragestellung und Hypothesen

Die zentrale Fragestellung, die in dieser Arbeit herausgearbeitet werden soll, lautet:

Über welches Basiswissen über die Substitutionstherapie verfügen substituierte Patienten einer Substitutionspraxis in Halle, also zu Regeln, Substitutionsmitteln, den Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten und Beigebrauch anderer Substanzen?

Anhand der soziodemografischen Daten der Patienten, ergibt sich daraus die Frage:

Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem vorhandenen Wissensstand und den soziodemografischen Daten, wie bspw. der Schulbildung der Patienten?

Außerdem soll mithilfe der Selbsteinschätzung der Teilnehmer folgende Frage geklärt werden:

Wie realistisch ist die Einschätzung der Substitutionspatienten im Vergleich mit dem tatsächlichen Wissensstand?

Da es keine öffentlich zugänglichen Untersuchungen des Wissensstandes von Substitutionspatienten über die Substitutionsbehandlung gibt, kann eine Einschätzung aufgrund wissenschaftlicher Untersuchungen nicht erfolgen. Einen Hinweis könnte allerdings eine Untersuchung des Wissensstandes von Patienten zu Patientenrechten im Jahr 2015 dienen, welche ergab, dass Patienten ihr Wissen zwar als gut einschätzen, aber tatsächlich schlechter informiert sind. Im Vergleich zum Jahr 2010 wissen die im Jahr 2015 befragten Patienten weniger über ihre Patientenrechte. (vgl. Böcken/ Braun/ Meierjürgen 2016, S. 93-96) Zudem verfügten insbesondere Menschen mit höherem Einkommen und höherer Schulbildung über ein besseres Wissen über Patientenrechte. Auch längere Krankheit galt als Indikator für besseres Wissen. (vgl. Böcken/ Braun/ Meierjürgen 2016, S. 105) Daher liegt die Vermutung nah, dass insbesondere bei Substitutionspatienten mit Brüchen im Lebenslauf und oftmals geringerer Schulbildung Wissensdefizite vorliegen. Die Substitutionspatienten werden zu Beginn der Behandlung umfassend aufgeklärt. Da sie aber auf Heroineinsatz zur ersten Behandlung kommen, kann dies mögliche Wissensdefizite verursachen. Ein Exemplar der Behandlungsvereinbarung wird dem Patienten ausgehändigt; zudem hängt diese im Ausgabezimmer aus, sie könnten folglich nachlesen und sich infor-

mieren. Während der Ausgabe des Substituts und in folgenden Arztgesprächen werden bestimmte Sachverhalte nochmals erklärt. Der Patient bekommt somit im Laufe der Behandlung nochmals wichtige Informationen. Zudem kann man sich mithilfe des Internets, wo alle Informationen verfügbar sind, informieren. Aufgrund dieser möglichen Einflussfaktoren und der o. g. Studie kann man folgende Hypothesen bilden:

H1: Die untersuchten Patienten weisen Wissensdefizite zum Thema Substitution auf. Der Wissenstand zu einzelnen Fragen ist verschieden.

H2: Die Teilnehmer schätzen ihr Wissen insgesamt besser ein, als es ist.

H3: Substitutionspatienten mit geringer Schulbildung weisen einen geringeren Wissenstand auf als diejenigen mit höherer Schulbildung.

H4: Substitutionspatienten ohne abgeschlossene Berufsausbildung weisen einen geringeren Wissenstand auf als Patienten mit einer abgeschlossenen Ausbildung oder einem Studium.

H5: Substitutionspatienten, welche sich länger in Behandlung befinden, weisen einen besseren Wissenstand auf als jene mit kürzerer Behandlungsdauer.

H6: Teilnehmer, welche Einkommen aus Lohn/Gehalt haben, weisen ein besseres Wissen auf als Personen aus niedrigem Einkommen.

6.1.2 Erhebungsinstrument

Zur Erfassung des Wissensstandes und der soziodemografischen Daten habe ich die quantitative Methode einer Befragung mittels Fragebögen ausgewählt, da diese gut in den täglichen Praxisablauf eingebunden werden kann.

Diese quantitative Forschungsmethode eignet sich besonders, um die wissenschaftliche Frage dieser Arbeit zu beantworten, da bestimmte soziodemografische Merkmale der Teilnehmer mit dem Wissensstand verglichen werden können und diese Ergebnisse auf die gesamte Gruppe der Substitutionspatienten übertragen werden können. (vgl. Berger-Grabner 2016, S. 164)

Die Teilnehmer bekommen den Fragebogen im Ausgabezimmer ausgehändigt, um ihn selbstständig zu beantworten. Für die Befragung von einheitlichen Gruppen, wie Substitutionspatienten, ist die schriftliche Befragung mittels Fragebogen gut geeignet. Bei dieser Methode hat der Interviewer nicht die Möglichkeit einzugreifen, z. B. bei Verständnisprob-

lemen. Daher ist eine verständliche, strukturierte Formulierung des Fragebogens notwendig. Außerdem sind die Umstände, unter denen der Fragebogen beantwortet wird, nicht kontrollierbar. Im Fall dieser Befragung ist es nicht nachvollziehbar, ob der Teilnehmer die Fragen zum Wissensstand selbst beantwortet hat oder er dafür bspw. das Internet als Hilfe zur Beantwortung genutzt hat. Oft werden mithilfe dieser Methode nur geringen Rücklaufquoten erzielt, was für die statistische Auswertbarkeit der Daten nachteilig sein könnte. Um möglichst gute Ergebnisse zu erzielen, sollte der Fragebogen ansprechend gestaltet sein und eine Einleitung der Fragen zur Information enthalten. Bei offenen Fragen, welche Bestandteil der Befragung sein können, kann es passieren, dass der Befragte bspw. aus Angst vor Rechtschreibfehlern nicht ausführlich antwortet. Außerdem könnte die Auswertung der Umfrage durch die Lesbarkeit der Handschrift erschwert werden. Ein Vorteil einer schriftlichen Befragung ist Möglichkeit des Befragten, den Zeitpunkt zur Beantwortung selbst zu wählen. Außerdem wird dessen Anonymität gewährleistet, was in diesem Fall zu einer erhöhten Bereitschaft führen könnte, den Fragebogen auszufüllen, da der Teilnehmer keine Angst haben muss, dass mögliche Wissenslücken mit seiner Person in Verbindung gebracht werden. (vgl. Berger-Grabner 2016, S. 164)

Das Ergebnis dieser Befragung soll nicht repräsentativ sein, sondern lediglich eine Tendenz des Wissensstandes der Patienten aufzeigen. Weitere Untersuchungen werden in Zukunft voraussichtlich mithilfe von Interviews erfolgen, sollen aber nicht Teil dieser Arbeit sein.

Der Fragebogen enthält einen allgemeinen Teil, in welchem die Patienten fünf Fragen zur ihrer Person, wie das Alter und der Schulabschluss beantworten sollen. Zur Erleichterung für die Patienten besteht dieser Teil aus Multiple-Choice-Fragen. Die Antworten sollen später dazu dienen, einen möglichen Zusammenhang mit dem Wissenstand zur Substitutionsbehandlung herzustellen. Auf die Frage nach dem Geschlecht wurde verzichtet, da in Verbindung mit anderen abgefragten Daten womöglich Rückschlüsse auf den Teilnehmer möglich wären. Im nächsten Teil soll der Umfrageteilnehmer allgemeine Fragen zur Substitution beantworten, z. B. zum Substitutionsmittel oder nebenher eingenommenen Medikamenten. Auch dieser Teil enthält Multiple-Choice-Fragen und solche, die kurz beantwortet werden. Dieser Teil kann später bei Bedarf mit den Antworten zum Wissensstand verglichen werden. Der letzte Teil dient zur Erfassung des Wissensstandes. Zuerst sollen die Patienten ihren Wissensstand einschätzen und mit einer Schulnote bewerten. Diese Schulnote dient zum Vergleich mit der erreichten Bewertung. Die restlichen Fragen können in offener Form beantwortet werden. Die Anzahl der Einzelpunkte pro Antwort habe ich bei einigen Fragen zur Orientierung angegeben. Bei anderen Fragen, bspw. zu Nebenwirkungen wurde bewusst darauf verzichtet, um dem Teilnehmer die Nennung aller ihm bekannten Antworten zu ermöglichen. Insgesamt enthält der Fragebogen 20 Fragen.

6.1.3 Durchführung der Untersuchung

Nach der Literaturrecherche und -sichtung zum Verschaffen eines Überblicks über das Thema wurde der Fragebogen mit wichtigen Inhalten zur Substitution, welche den Teilnehmern aufgrund der Aufklärung zum Behandlungsbeginn bekannt sein sollten, erstellt und die Fragen dem Suchtmediziner DM P. Jeschke vorgelegt. Aufgrund der mangelnden Datenlage zur wissenschaftlichen Fragestellung dieser Arbeit, wurden zur Erarbeitung des Themas vor allem Grundlagen der Substitution, wie im Hauptteil der Arbeit ersichtlich, herangezogen. Diese bilden die Grundlage zur Beantwortung der wissenschaftlichen Fragestellung, da Patienten aufgrund der ärztlichen Aufklärung zu Beginn der Behandlung über die Inhalte der Befragung Bescheid wissen sollten. Zudem soll der Theorieteil zum besseren Verständnis für die Leser dieser Arbeit dienen.

Der Fragebogen wurde im Zeitraum vom 22. Juni 2017 bis 26. Juni 2017, also in einem Zeitraum von 3 Ausgabebtagen, im Ausgabezimmer an insgesamt 55 Patienten verteilt, welche sich zur Teilnahme bereit erklärten. Es wurden keine Vorauswahl bezüglich der zu befragenden Gruppe getroffen, um für die Beantwortung der wissenschaftlichen Frage eine Stichprobe aus der gesamten Gruppe der Substitutionspatienten zu ermöglichen. Als Frist für die Rückgabe wurde der 15. Juli angesetzt.

Insgesamt 29 beantwortete Fragebögen kamen zurück, welche zur Auswertung dienen. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 53 %. Von 132 in der Woche vom 19. Bis 23. Juni gemeldeten Substitutionspatienten, nahmen demnach 22% an der schriftlichen Befragung teil. Aufgrund der geringen Anzahl der beantworteten Fragebögen kann keine statistisch bedeutsame Auswertung durchgeführt werden, insbesondere nicht beim Vergleich mit den soziodemografischen Daten. Die Ergebnisse können nur als Tendenz gewertet werden, um vorhandene Wissenslücken aufzuzeigen und ggf. weitere Untersuchungen einzuleiten.

Zur Auswertung der Befragung wurde ein Notensystem als Maßstab für den erreichten Wissenstand der Teilnehmer gewählt. Dies sollte den Vergleich der einzelnen Ergebnisse untereinander und die Darstellung des Gesamtergebnisses erleichtern.

Zur Verwertung der Daten wurden zuerst die Antworten der einzelnen Fragebögen in eine Excel-Tabelle übertragen. Danach wurden richtige Antworten zu jeder Frage festgelegt und kategorisiert, um anschließend die Antworten der einzelnen Teilnehmer zu kürzen und in Kategorien zu sortieren. Dies diente der Bewertbarkeit und Vergleichbarkeit. Nach dieser Kategorisierung erfolgte, mithilfe eines festgelegten Bewertungsmaßstabes pro Frage, die Bewertung der Teilnehmer. Anschließend konnten Durchschnittsnoten pro Teilnehmer und pro Frage ermittelt werden. Die Ergebnisse werde ich im Folgenden aufzeigen.

6.2 Ergebnisse

6.2.1 Soziodemografische Daten der Teilnehmer

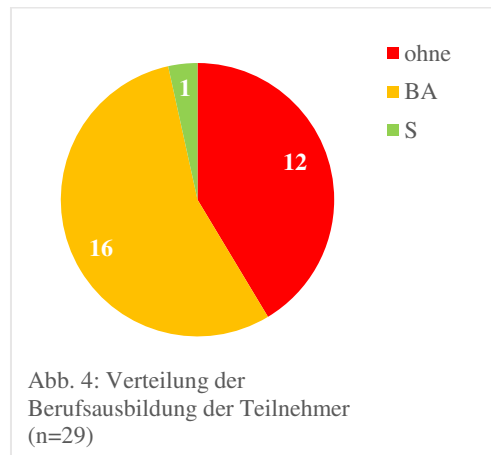
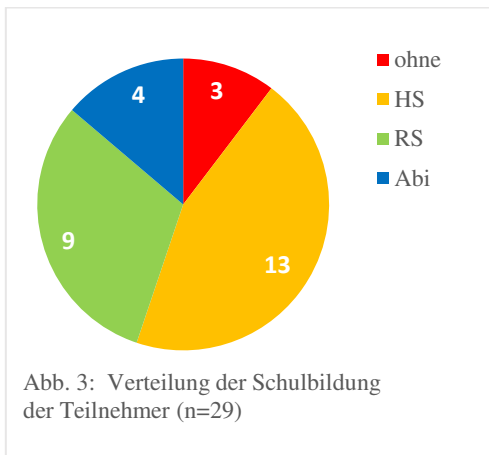


Abb. 3 zeigt die Auswertung der soziodemografischen Daten hinsichtlich der Schulbildung. Diese hat ergeben, dass vier der Teilnehmer keinen Schulabschluss besitzen (Bezeichnung „ohne“), 13 einen Hauptschulabschluss („HS“), neun einen Realschulabschluss („RS“) und vier (Fach-)Abitur („Abi“).

Abb. 4: Hinsichtlich der Berufsbildung lieferte die Befragung folgende Ergebnisse: 16 Teilnehmer haben eine abgeschlossene Ausbildung (gelb), 12 haben keine Berufsausbildung bzw. haben diese nicht abgeschlossen (rot) und eine Person hat ein abgeschlossenes Studium bzw. einen gleichwertigen Abschluss (grün).

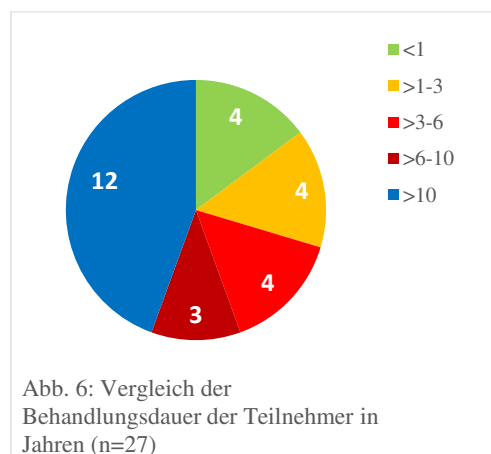
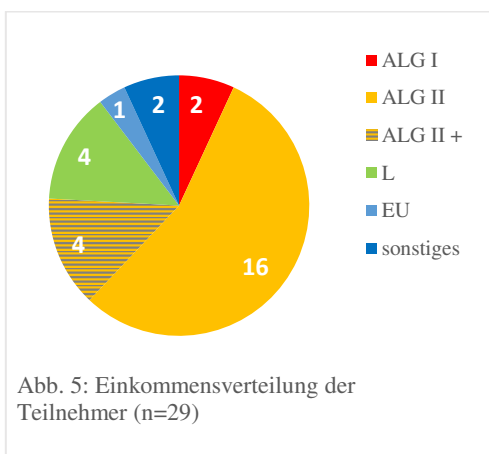


Abb. 5: Die Auswertung der aktuellen Einkommensart brachte das Ergebnis, dass 20 Teilnehmer (69%) hauptsächlich von ALG II leben (gelb + braun), zwei Teilnehmer bekommen ALG I (rot), eine Person war EU-Rentner (hellblau) und vier (14%) leben von eigenem Einkommen im Sinne von Lohn oder Gehalt (grün). Zwei der Teilnehmer hatten „sonstiges“ ausgewählt, aber nicht genannt, welche Art von Einkommen dies ist (dunkelblau).

Abb. 6: Die Auswertung der allgemeinen Befragung (Abb. 6) zur Substitutionsbehandlung hinsichtlich der Behandlungsdauer ergaben, dass sich 12 der Teilnehmer seit mehr als 10 Jahren in Behandlung befinden, drei der Befragten seit sechs bis 10 Jahren, vier der Befragten seit drei bis sechs Jahren, vier der Teilnehmer seit ein bis 3 Jahren und einer seit weniger als einem Jahr. Durchschnittlich befanden sich die Teilnehmer seit 9 Jahren in Behandlung (2 ohne Angabe, daher mit 27 Teilnehmern errechnet). Der am längsten Substituierte wird seit 14 Jahren behandelt, der am kürzesten seit 2 bis 3 Monaten.

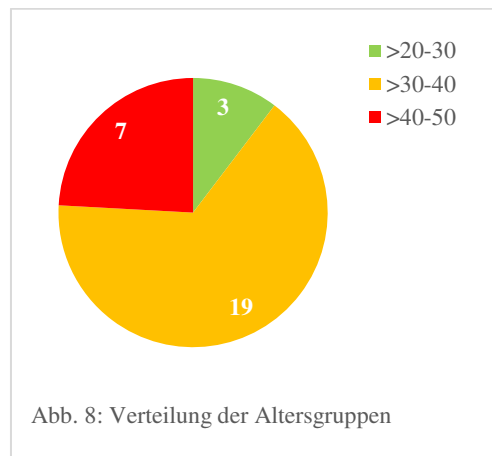
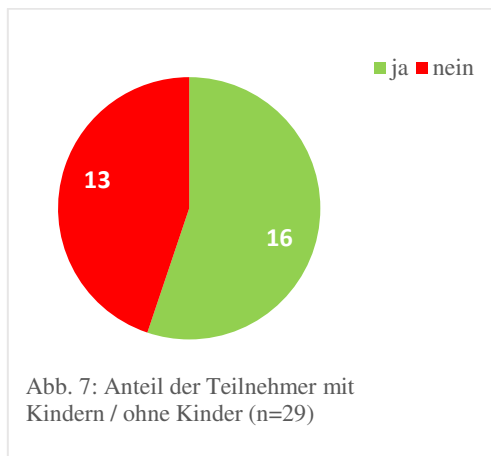


Abb. 7: Die Frage „Haben Sie Kinder“ wurde von 16 Personen mit „ja“ beantwortet (grün). Demnach hatten 13 der Teilnehmer keine Kinder.

Abb. 8: Wie hier erkennbar ist, bildet die Altersgruppe von 20 bis 30 Jahren den kleinsten Anteil mit sechs Teilnehmern, der größte Teil der Befragten gehört zur Altersgruppe der 30 bis 40-Jährigen. Das Durchschnittsalter der Teilnehmer lag bei 36 Jahren.

6.2.2 Wissensstand nach Notendurchschnitt

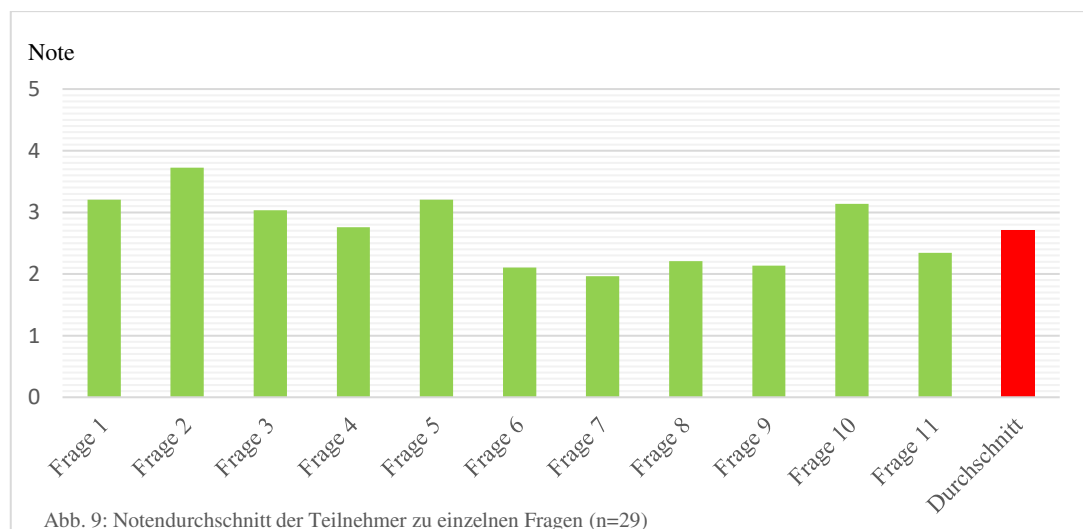


Abb. 9: Insgesamt erzielten die Teilnehmer einen befriedigenden Wissensstand (Durchschnitt 2,7). Die Abweichung der Durchschnittsnoten zwischen den verschiedenen Fragen zeigt jedoch auf, dass die Teilnehmer bei bestimmten Fragen ein größeres Wissensdefizit haben als bei anderen. Die schlechteste Durchschnittsnote (3,7) wurde demnach bei der Frage 2 des Hauptteils: „Welche Wechselwirkungen des Substitutionsmittels mit Medikamenten können auftreten“ erzielt. Über ein gutes Basiswissen verfügen die Teilnehmer bei folgenden Fragen: Frage 6 „Aus welchem Grund werden in der Praxis regelmäßige Kontrollen auf Drogen durchgeführt?“ (Durchschnitt 2,1), Frage 7, „Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein, um das Substitutionsmittel als Take-Home zu bekommen?“ (2,0), Frage 8 „Was ist in der Behandlungsvereinbarung festgelegt?“ (2,2) und Frage 9 „Was ist insbesondere im Take-Home im Haushalt mit Kindern zu beachten?“ (2,1)

6.2.3 Selbsteinschätzung des Wissensstandes vs. Tatsächlicher Wissensstand

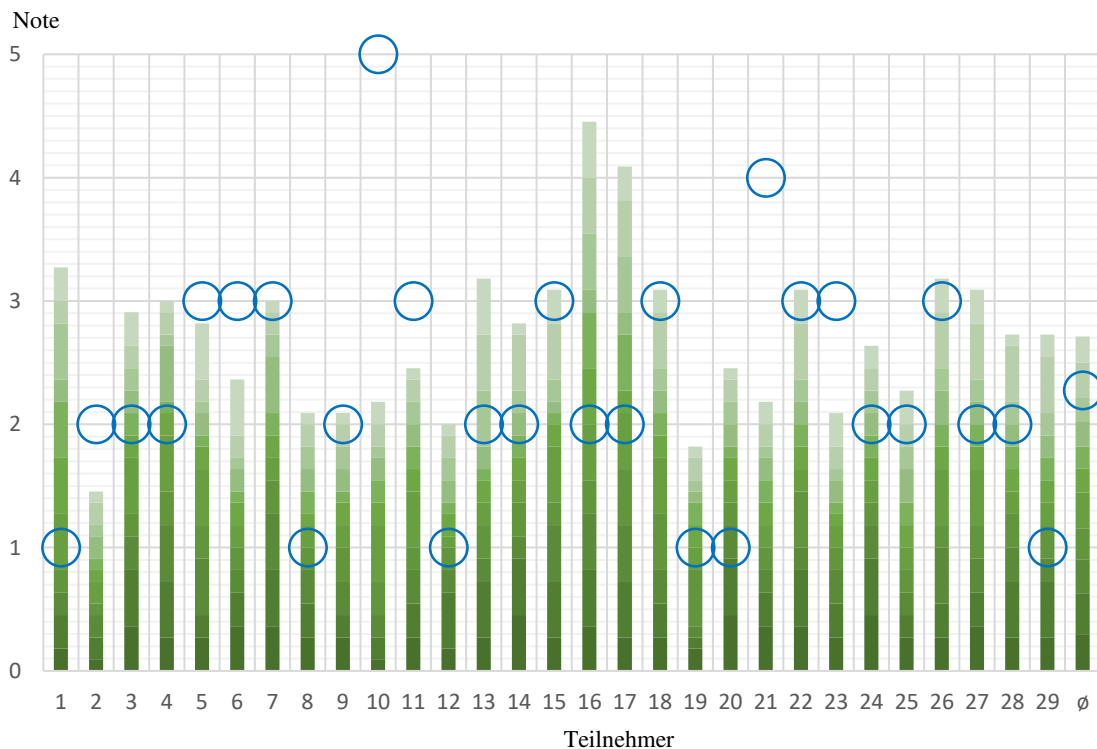


Abb.10: Vergleich der Selbsteinschätzung (blauer Kreis) der einzelnen Teilnehmer mit der tatsächlich erreichten Bewertung nach Schulnoten (n=29)

Betrachtet man die Einzelergebnisse der Teilnehmer, fällt auf, dass die Selbsteinschätzung häufig von dem tatsächlich erreichten Ergebnis abweicht. Der größere Teil der Patienten überschätzte sich selbst, auch wenn die Abweichung gering ist. Die Teilnehmer 1, 16 und 17 schätzten ihr Wissen ungefähr 2 Noten besser ein, als es tatsächlich war. Im Gegensatz dazu schätzte ein Teilnehmer seinen Wissensstand als „ausreichend“ ein, erreichte aber dann ein „gut“. Teilnehmer 10 schätzte sich selbst mit einem „mangelhaft“ ein, erzielte aber ein „gut“ Insgesamt sechs Teilnehmer schätzten ihr Wissen als „sehr gut“ erzielten

aber tatsächlich schlechtere Durchschnittsnoten. Insgesamt schätzten sich 15 Teilnehmer besser ein, als sie waren, sechs Teilnehmer schätzten sich schlechter ein. Folglich konnten acht der Befragten ihr Wissen realistisch einschätzen. Die Durchschnittsnote aller Teilnehmer war etwas schlechter (2,7) als die Durchschnittsnote der Gesamteinschätzung (2,3).

Ein Teilnehmer verfügt insgesamt über ein sehr gutes Wissen, 11 Teilnehmer verfügen über ein gutes Wissen, 15 der Befragten haben einen befriedigenden Wissensstand zur Substitutionstherapie und zwei Teilnehmer erreichen ein „ausreichend“.

Die Selbsteinschätzung des Wissens ergab folgende Verteilung: sechs Teilnehmer bewerteten sich mit „sehr gut“, einer mit „sehr gut bis gut“, 11 schätzten ihren Wissensstand als „gut“ ein, neun bewerteten sich mit „befriedigend“, einer mit „ausreichend“ und einer mit „mangelhaft“.

6.2.4 Wissensstand im Vergleich zu soziodemografischen Daten

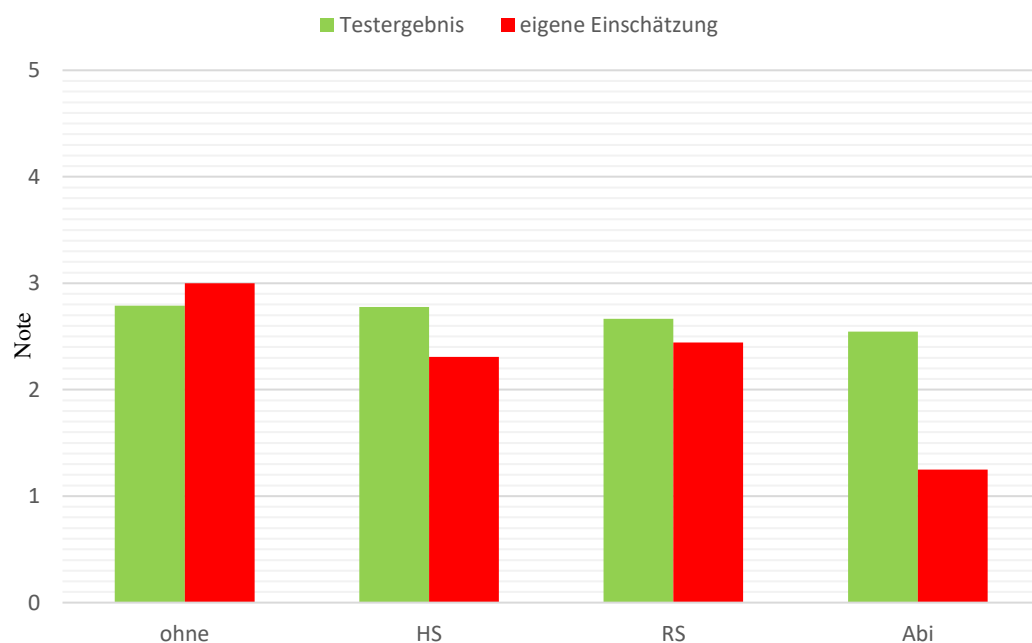


Abb. 11: Vergleich der Selbsteinschätzung und des Wissenstandes mit der Schulbildung

Wie in Abb. 11 ersichtlich ist, haben die Teilnehmer ohne Schulabschluss („ohne“) und mit Hauptschulabschluss („HS“) mit einer Durchschnittsnote von 2,8 geringfügig schlechtere Ergebnisse bei der Befragung erzielt als Teilnehmer mit einem Realschulabschluss (2,7). Die beste Durchschnittsnote mit einer 2,5 erzielten Teilnehmer mit Abitur oder vergleichbarem Abschluss („Abi“). Die Unterschiede sind jedoch nicht signifikant. Die Teilnehmer ohne Schulabschluss schätzten ihr Wissen zuvor schlechter ein, als jene mit Schulabschlüssen. Besonders die Teilnehmer mit Abitur schätzten sich wesentlich besser ein.

Die realistischste Einschätzung ihres Wissensstandes gaben Teilnehmer ohne Schulabschluss und mit Realschulabschluss ab.

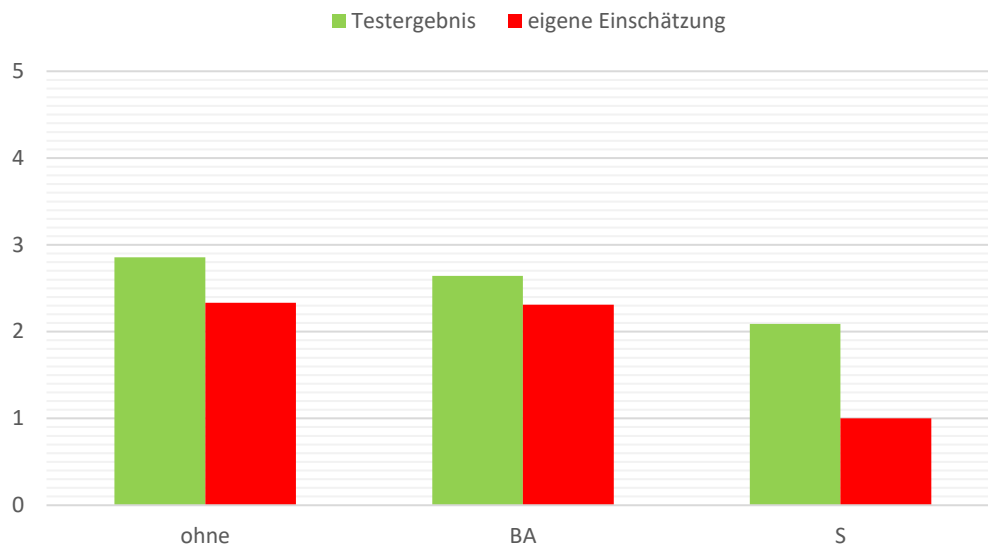
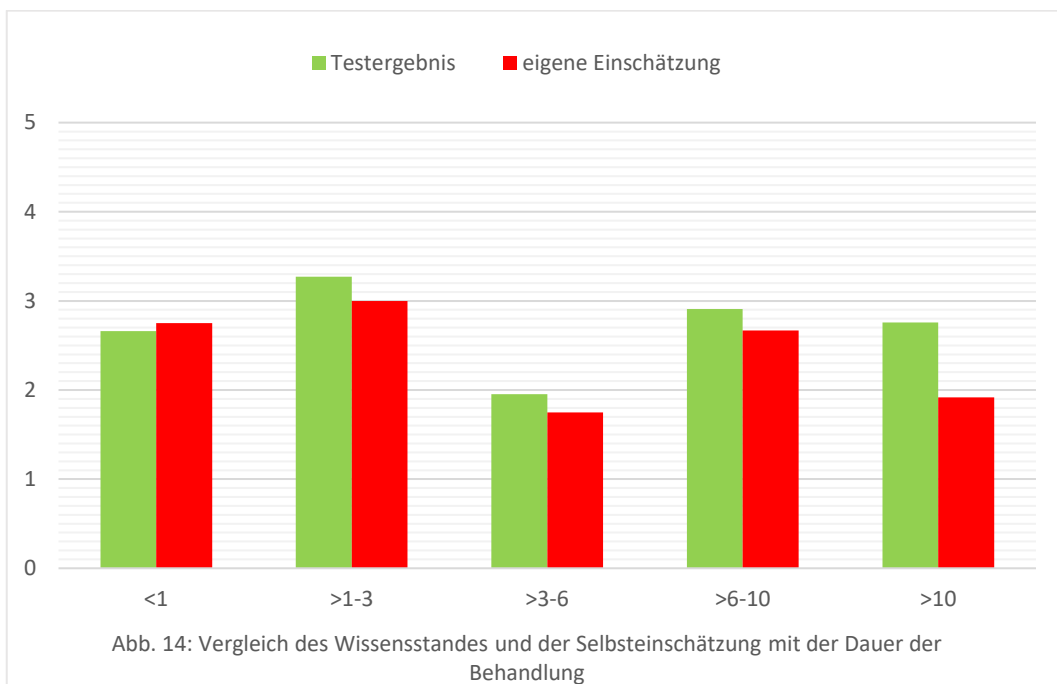
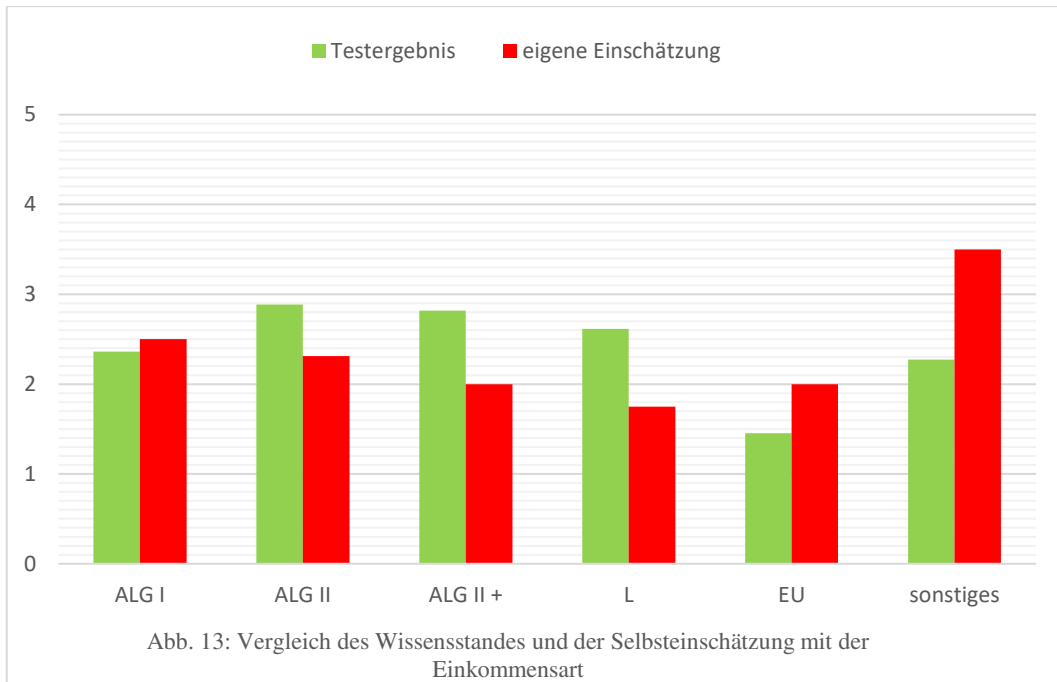


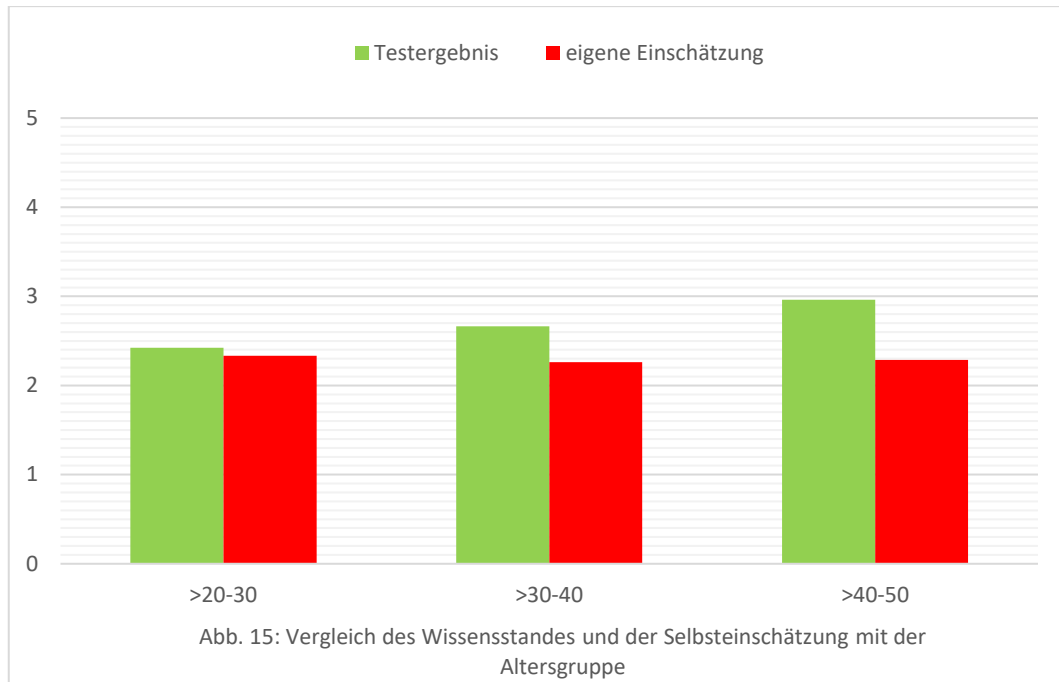
Abb. 12: Vergleich des Wissensstandes und der Selbsteinschätzung mit der Berufsausbildung

Abb. 12: Bei dem Vergleich des Wissensstandes und der Berufsbildung schnitten die Teilnehmer ohne abgeschlossene Berufsausbildung (ohne) am schlechtesten ab (2,9), gefolgt von jenen mit abgeschlossener Ausbildung mit einem Durchschnitt von 2,6 (BA). Am besten schloss der Teilnehmer mit dem Studium/gleichwertigen Abschluss (S) ab (2,1). Allen Teilnehmern gleich war hier die bessere Selbsteinschätzung ggü. der tatsächlichen Leistung, der Teilnehmer mit dem Studium/gleichwertigen zeigte jedoch die größte Differenz zwischen Selbstbewertung und erreichter Durchschnittsnote auf. Am realistischsten war die Teilnehmergruppe mit Berufsabschlüssen.

Abb. 13 zeigt den Vergleich zwischen dem Wissensstand der Teilnehmer unterteilt nach Einkommensart auf. Am besten schloss hier der Teilnehmer mit der EU-Rente ab (1,5), am schlechtesten die Gruppe der ALG II Empfänger und jene, welche ALG und Zusatzeinkommen als Einkommensquelle angegeben hatten, die Differenz zu anderen Einkommensgruppen, ausgenommen EU-Rente, war jedoch nicht signifikant. Den größten Abstand zwischen Selbsteinschätzung (3,5) und erreichtem Ergebnis (2,3) erreichten die Teilnehmer, welche „sonstiges“ als Einkommensart angegeben hatten. Die Teilnehmer mit der Einkommensart „Sonstiges“, „EU-Rente“ und ALG I schätzten sich im Vergleich zur tatsächlichen Leistung allesamt schlechter ein. Die realistischste Einschätzung der eigenen Fähigkeiten erreichten die ALG I-Empfänger.



Bei der Betrachtung der Ergebnisse nach Dauer der Behandlung fällt auf, dass die Teilnehmer, welche drei bis sechs Jahre in Behandlung sind, die besten Ergebnisse erzielen (2,0). Die Patienten, welche zwischen einem und drei Jahren in Behandlung sind, erzielen die schlechtesten Ergebnisse. Der Teilnehmer, welcher bisher die kürzeste Zeit in Behandlung ist, hat sich etwas schlechter eingeschätzt, als er tatsächlich war, jedoch erzielte er die realistischste Einschätzung seines Wissens zur Substitution. Die größte Abweichung zwischen Selbsteinschätzung und Wissensstand erzielten die Patienten, welche bereits seit mehr als 10 Jahren in Behandlung sind.



Beim Vergleich der Altersgruppen fällt auf, dass sich alle Altersgruppen besser eingeschätzt haben, als sie tatsächlich waren und sich gleich einschätzten (2,3). Die realistischste Einschätzung im Vergleich zum tatsächlichen Wissensstand erzielte hier die Altersgruppe der 20 bis 30-Jährigen, die unrealistischste die Altersgruppe der 40 bis 50-Jährigen. Das beste Ergebnis erzielte die Altersgruppe der 20 bis 30-Jährigen, gefolgt von den 30 bis 40-Jährigen. Am schlechtesten schnitten die 40 bis 50-Jährigen ab.

6.3 Schlussfolgerungen

Nachdem die Ergebnisse der Befragung vorgestellt wurden, werde ich sie im Folgenden mit den unter Punkt 6.1 erstellten Hypothesen abgleichen, um festzustellen, ob sich die Vermutungen als wahr herausgestellt haben.

Die Hypothese 1 (Die untersuchten Patienten weisen Wissensdefizite zum Thema Substitution auf. Der Wissensstand zu einzelnen Fragen ist verschieden) konnte durch die Untersuchung bestätigt werden. Auch wenn insgesamt ein befriedigendes Ergebnis erzielt wurde, gibt es innerhalb der Fragen erhebliche Abweichungen, bspw. bei der Beantwortung der Frage nach den Wechselwirkungen mit Medikamenten (3,7) und der Frage nach den Voraussetzungen für die Take-Home-Verordnung (2,0). Die zweite Hypothese (Die Teilnehmer schätzen ihr Wissen insgesamt besser ein, als es ist.) kann aufgrund der erzielten Ergebnisse bestätigt werden, da 15 von 29 Teilnehmern eine bessere Selbsteinschätzung abgaben, als sie tatsächlich erzielten. Acht Teilnehmer schätzten ihr Wissen realistisch ein, sechs unterschätzten ihren Wissensstand. Insgesamt überschätzten sich mehr Teilnehmer,

als sich unterschätzten. Insgesamt ergab sich eine Abweichung von 0,4 Noten (Selbsteinschätzung: 2,3; erreichte Werte: 2,7). Die dritte Hypothese (Substitutionspatienten mit geringer Schulbildung weisen einen geringeren Wissensstand auf, als diejenigen mit höherer Schulbildung.) konnte in dieser Untersuchung nur bedingt bestätigt werden. Teilnehmer mit geringerer Schulbildung (ohne Schulabschluss: 2,8; Hauptschulabschluss: 2,8) erzielten zwar geringfügig schlechtere Ergebnisse als Teilnehmer mit Realschulabschluss (2,7) und Abitur (2,5); die Unterschiede zwischen dem schlechteren Durchschnitt der Personen mit geringerer Schulbildung und dem besseren Durchschnitt der Personen mit Abitur beträgt jedoch nur 0,3 Schulnoten und ist damit nicht signifikant. Damit kann dieser Zusammenhang nicht belegt werden. Die vierte Hypothese (Substitutionspatienten ohne abgeschlossene Berufsausbildung weisen einen geringeren Wissensstand auf, als Patienten mit einer abgeschlossenen Ausbildung oder einem Studium.) wurde bedingt bestätigt, Teilnehmer ohne Berufsausbildung erreichten eine Durchschnittsnote von 2,9, Teilnehmer mit Berufsausbildung eine 2,6. Der Teilnehmer mit Studium oder gleichwertigem Abschluss erreichte eine 2,1 als Durchschnittsnote; dies ergibt eine Differenz von 0,8 Schulnoten zur Gruppe der Menschen ohne Berufsausbildung. Da jedoch nur eine Person der Gruppe mit abgeschlossenem Studium oder gleichwertiger Ausbildung zugeordnet war, ist dieser Zusammenhang nicht nachweisbar. Die fünfte Hypothese (Substitutionspatienten, welche sich länger in Behandlung befinden, weisen einen besseren Wissensstand auf, als jene mit kürzerer Behandlungsdauer) konnte im Rahmen der Untersuchung nicht bestätigt werden. Die Befragten, welche seit mehr als 10 Jahren in Behandlung sind, erreichten mit 2,8 ungefähr das gleiche Ergebnis, wie Personen, welche unter einem Jahr in Behandlung sind (2,7). Besonders gut schnitten die Teilnehmer ab, welche sich seit drei bis sechs Jahren in Behandlung befinden (1,9), am schlechtesten jene, welche seit ein bis drei Jahren in Behandlung waren (3,3). Die sechste Hypothese (Teilnehmer, welche Einkommen aus Lohn/Gehalt haben, weisen ein besseres Wissen auf, als Personen aus niedrigem Einkommen) konnte im Rahmen dieser Untersuchung nicht bestätigt werden, da die Unterschiede zwischen ALG-Empfängern (2,9), ALG-Empfängern mit Zusatzeinkommen (2,8) und Menschen mit Einkommen im Sinne von Lohn/Gehalt (2,6) nicht signifikant sind. Am besten schnitt die Person mit EU-Rente ab (1,4), da dies jedoch nur eine Person betraf, kann man keine Rückschlüsse ziehen. Die Ergebnisse der ähnlichen Untersuchung zum Patientenwissen bezüglich eines Zusammenhangs des Wissensstandes und der soziodemografischen Daten konnten demnach aufgrund der insgesamt geringen Teilnehmerzahl in dieser Untersuchung nicht bestätigt werden. Jedoch konnte aufgrund der Ergebnisse eine Tendenz bezüglich des Wissensstandes der Patienten zur Substitutionsbehandlung aufgezeigt werden, auch wenn die Untersuchung durch die Teilnehmermenge nicht repräsentativ ist. Die Patienten haben einen befriedigenden Wissensstand bewiesen. Jedoch bestehen, insbesondere

in einigen Teilgebieten, Wissensdefizite und das Basiswissen könnte insgesamt noch verbessert werden. Außerdem hat der Großteil der Befragten sein Wissen zur Substitutionsbehandlung besser eingeschätzt, als es tatsächlich war. Zumindest diese Ergebnisse sind vergleichbar mit der Studie zum Wissen von Patienten zu Patientenrechten, auch dort haben sich die Personen besser eingeschätzt, als sie tatsächlich abgeschnitten haben. Insbesondere im Bereich der Substitution kann die Ursache des Wissensdefizites tatsächlich in der geringeren Bildung aufgrund des oft zeitigen Konsumbeginns begründet sein. Zudem kann die Aufnahmefähigkeit der Patienten während der Aufklärung zu Beginn der Behandlung wegen des Heroinzuges eingeschränkt sein, was ein Grund für die Wissensdefizite sein kann.

7 Zusammenfassung

Abschließend kann man sagen, dass die Substitutionsbehandlung ein spannendes Feld ist, dass jedoch aufgrund der umfangreichen bestehenden rechtlichen Regelungen und Bedingungen für Nicht-Mediziner schwer verständlich ist und es schwierig ist, den Überblick zu behalten. Eine verständliche Aufklärung durch den Suchtmediziner, angepasst an die individuellen Fähigkeiten des Patienten, ist demnach besonders wichtig.

Die Befragung mittels Fragebogen konnte aufgrund der geringen Teilnehmerzahl keine statistisch bedeutsamen Ergebnisse liefern, jedoch konnte bei der Stichprobe mit 29 ausgefüllten Fragebögen eine Tendenz bezüglich des Wissensstandes aufgezeigt werden. Die wissenschaftliche Fragestellung dieser Arbeit kann zumindest insofern beantwortet werden, dass Patienten über ein Basiswissen zur Substitutionstherapie verfügen, dieses aufgrund der durchschnittlichen Note von 2,7 jedoch verbesserungswürdig ist. Insbesondere das Ergebnis der Frage zu Wechselwirkungen mit Medikamenten zeigt auf, dass das Wissen in Teilbereichen nur ausreichend ist. Die Ausführungen in dieser Arbeit haben jedoch verdeutlicht, wie wichtig das Wissen der Patienten über Wechselwirkungen, wie lebensbedrohlichen Atemdepressionen und Atemstillstand, ist. Daher sollten Substitutionspatienten zum Schutz vor Gefahren darüber Bescheid wissen. Gerade auch, weil Wechselwirkungen mit einfachen Substanzen, wie Johanniskraut oder Vitamin C, auftreten können. Da Patienten jedoch laut Behandlungsvereinbarung ohne Absprache keine Medikamente einnehmen sollen, kann das Ergebnis auch damit zusammenhängen. Bessere Ergebnisse wurden in Fragen erzielt, welche die Substitutionspatienten im Ablauf der Behandlung vermutlich häufiger direkt betreffen, wie Beigebrauchskontrollen oder die Voraussetzungen für die Take-Home-Verordnung. Auch konnte mithilfe der Untersuchung festgestellt werden, dass es eine Tendenz der Substitutionspatienten gibt, das eigene Wissen besser einzuschätzen,

als es ist. Dies könnte ein Gefühl der Sicherheit vermitteln und damit gefährlich werden, insbesondere, wenn falsche Informationen unter den Patienten ausgetauscht werden.

Zum Abbau der Wissensdefizite eignen sich Projekte, wie die geplante Substitutions-App. Diese vermittelt den Patienten auf moderne Art und Weise wichtiges Wissen und kann überall genutzt werden. Die Voraussetzung hierfür ist jedoch das Erkennen eigener Wissenslücken und die richtige Einschätzung seines Wissensstandes sowie der Bereitschaft, sich neues Wissen anzueignen. Eine wichtige Rolle spielt auch die PSB, diese könnte wichtiges Basiswissen zur Substitution auch in den Gesprächen mit den Patienten thematisieren und so den Wissensstand der Patienten verbessern.

8 Literatur

Berger-Grabner, Doris (2016): Wissenschaftliches Arbeiten in den Wirtschafts- und Sozialwissenschaften. Hilfreiche Tipps und praktische Beispiele. (E-Book) 3. Aktualisierte und erweiterte Auflage. Springer Fachmedien. Wiesbaden

BÄK (Bundesärztekammer) (2010): Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger - vom Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 19. Februar 2010 verabschiedet. Bundesärztekammer. Berlin. Online verfügbar unter: http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/RL-Substitution_19-Februar-2010.pdf (Abruf am 16.07.2017)

Barsch, Gundula (2010): Drogen und soziale Praxis. Teil 2: Das Drogenthema und wie es in Berufsfeldern der sozialen Arbeit auftaucht. Für alle, die sich von Drogenproblemen weit weg wähnen und überrascht sind, dass das Thema im Berufsalltag eine große Rolle spielt. Engelsdorfer Verlag. Leipzig

Behrend, Klaus/ Backmund, Markus/ Reimer, Jens (2013): Drogenabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe. Band 4. Völlig neu bearbeitete und neu gestaltete Auflage, Mai 2013. herausgegeben von der DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.). Hamm.

BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) (2017): Bericht zum Substitutionsregister. Januar 2017. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Berlin. Online verfügbar unter: http://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/SubstitReg/Subst_Bericht2017.pdf;jsessionid=FE32F9C888FFD41FD28AA0836B7353B2.2_cid329?__blob=publicationFile&v=2 (Abruf am 16.07.2017)

Böcken, Jan/ Braun, Bernhard/ Meierjürgen, Rüdiger (Hrsg.) (2016): Gesundheitsmonitor 2016. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK. Verlag Bertelsmann Stiftung. Gütersloh. Online verfügbar unter: http://gesundheitsmonitor.de/uploads/tx_itaoarticles/5._Euler_Boecken_Gemo_16.pdf (Abruf am 18.08.2017)

Bundesministerium für Gesundheit/ Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2017): Gemeinsame Pressemitteilung. Bundeskabinett beschließt Reform der betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften zur Substitutionsbehandlung von Drogenabhängigen. Bundesministerium für Gesundheit und Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Berlin. Online abrufbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/4_Pressemitteilungen/2017/2017_1/170315_PM_Substitutionsverordnung.pdf (Abruf am 09.08.2017)

Dauber, Hanna/ Specht, Sara/ Künzel, Jutta/ Braun, Barbara. Unter Mitwirkung des Fachbeirates Suchthilfestatistik (2016): Suchthilfe in Deutschland. Jahresbericht der deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) 2015. IFT Institut für Therapieforchung. München

DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.) 2014: Heroin. Die Sucht und ihre Stoffe 4. Eine Informationsreihe über die gebräuchlichen Suchtstoffe. Deutsche Hauptstelle für Suchtstoffe e. V.. Hamm. Online verfügbar unter: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/2014_Faltblatt_Heroin.pdf (Abruf am 16.07.2017)

Die Bundesbeauftragte für Drogen (2016): Drogen-und Suchtbericht. Juni 2016. Die Bundesbeauftragte für Drogen. Berlin. Online verfügbar unter: http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/4_Presse/1_Pressemitteilungen/2016/2016_2/160928_Drogenbericht-2016_NEU_Sept.2016.pdf (Abruf am 20.07.2017)

Gemeinsamer Bundesausschuss (2017): Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Stand: 7. Juni 2017 des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) in der Fassung vom 17. Januar 2006 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2006 Nr. 48 (S. 1 523) in Kraft getreten am 1. April 2006 zuletzt geändert am 16. März 2017 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 06.06.2017 B3) in Kraft getreten am 7. Juni 2017. Online verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1409/MVV-RL_2017-03-16_iK-2017-06-07.pdf (Abruf am 11.08.2017)

Gölz, Jörg/Nowak, Manfred (2015): Kompendium zur Substitutionstherapie. Stand: Juni 2015. 3. Erweiterte Auflage. Sanofi-Aventis Deutschland GmbH. Frankfurt

Gröhe, Hermann (2017) in: Gemeinsame Pressemitteilung. Bundeskabinett beschließt Reform der betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften zur Substitutionsbehandlung von Drogenabhängigen. Bundesministerium für Gesundheit und Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Berlin. Online abrufbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/4_Pressemitteilungen/2017/2017_1/170315_PM_Substitutionsverordnung.pdf (Abruf am 09.08.2017)

Haasen, Christian (2015) in: Welche Vorteile hat retardiertes Morphin im Vergleich mit Methadon in Bezug auf Verträglichkeit, Nebenwirkungen und die Ziele der Substitutionsbehandlung? Interview dgs-info extra zu Morphin ret. in der Substitutionsbehandlung. Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin. Online verfügbar unter: http://www.dgsuchtmedizin.de/fileadmin/documents/dgs-info_extra_20150325/Haasen-Interview-ret_Morphin-final.pdf (Abruf am 11.08.2017)

Hexal AG (2013): Gebrauchsinformation für den Anwender. Methaddict® 5 mg Tabletten, Methaddict® 10 mg Tabletten, Methaddict® 40 mg Tabletten. Zuletzt überarbeitet im Mai 2013. Hexal AG. Holzkirchen

Kutz, Melanie (2017): Beigebrauch unserer Substitutionspatienten. Hitliste für den Monat März. Praxis Jeschke & Bertram. Halle (im Anhang)

LVZ (Leipziger Volkszeitung) (2016): Dresden besonders kritisch. Crystal Meth in ostdeutschen Abwässern nachweisbar. Artikel vom 13.12.2016, akt. am 15.12.2016. Leipziger Verlags- und Druckereigesellschaft mbH & Co. KG. Leipzig. Online verfügbar unter: <http://www.lvz.de/Mitteldeutschland/News/Crystal-Meth-in-ostdeutschen-Abwaessern-nachweisbar> (Abruf am 13.08.2017)

Meyer-Thompson, Hans-Günther (2017): Vorstandnews. Die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger wurde vom Vorstand der BÄK in seiner Sitzung am 27./28. April 2017 verabschiedet. Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e. V. Hamburg. Online abrufbar unter: http://www.dgsuchtmedizin.de/vorstands-news/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=177&cHash=76a1f9a234c4aa8a07fcf7c3f4da70ba (Abruf am 09.08.2017)

OAGS (Ostdeutsche Arbeitsgemeinschaft für Suchtmedizin e. V.) (o. J.): Hausordnung. Ostdeutsche Arbeitsgemeinschaft für Suchtmedizin. Halle. Online verfügbar unter: <http://www.suchtmed-ost.de/clients> (Abruf am 10.08.2017)

Poehlke, Thomas/ Flenker, Ingo/ Schlüter, Hans-Joachim/ Busch, Heiner (Hrsg.) (2000): Orientierung am Weiterbildungs-Curriculum der Bundesärztekammer. Suchtmedizinische Versorgung. Drogen. (E-Book) Springer Verlag. Berlin Heidelberg

Poehlke, Thomas/ Heinz, Werner/ Stöver, Heino (2016): Drogenabhängigkeit und Substitution. Ein Glossar von A–Z. 4. Auflage. (E-Book) Springer Verlag. Berlin Heidelberg

Praxis Jeschke & Bertam (2014): Interne Auswertung der Patientendaten im Dezember 2014. Praxis für Neurologie, Psychiatrie und Suchtmedizin. Halle. (Daten liegen vor und können bei Bedarf bei der Autorin dieser Arbeit eingesehen werden)

Praxis Jeschke & Bertram (2010): Behandlungsvereinbarung. Praxis für Neurologie, Psychiatrie und Suchtmedizin. Halle (im Anhang)

Stimmer, Franz (Hrsg.) unter Mitarb. v. Andreas-Siller, Petra (2000): Suchtlexikon. Oldenburg Wissenschaftsverlag. München

Wittchen, Hans-Ulrich/ Bühringer, Gerhard/ Rehm, Jürgen (2011): Schlussbericht PREMOS. Substitution im Verlauf. Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatments – Effekte der langfristigen Substitution Opioidabhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcome. Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie & Center of Clinical Epidemiology and Longitudinal Studies. Technische Universität Dresden. Online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Projektbericht_PREMOS_-_Langfristige_Substitution_Opiatabhaengiger.pdf (Abruf am 21.07.2017)

9 Anhangsverzeichnis

Anhang 1: Beikonsum unserer Substitutionspatienten. Hitliste im Monat März 2017

Anhang 2: Behandlungsvereinbarung der Praxis Jeschke & Bertram 2010

Anhang 3: Fragebogen

Anhang 4: Auswertung der Daten

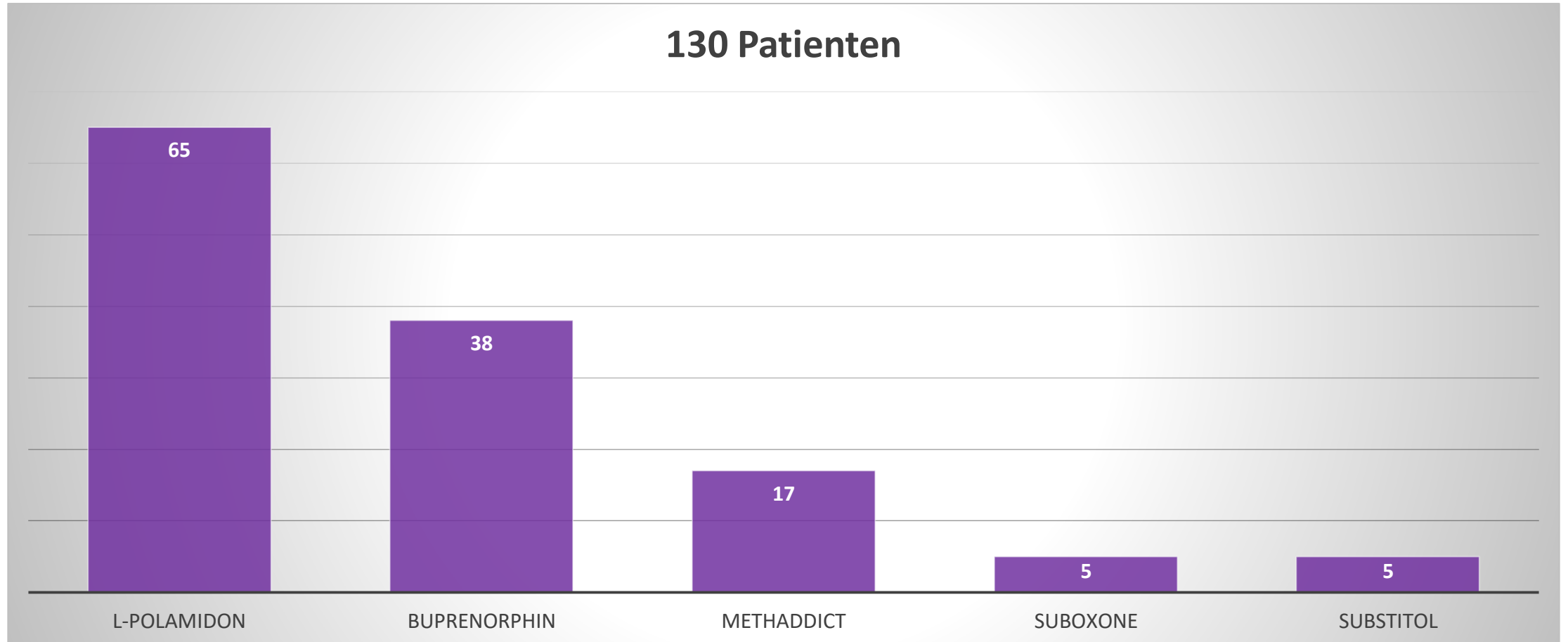
9.1 Anhang

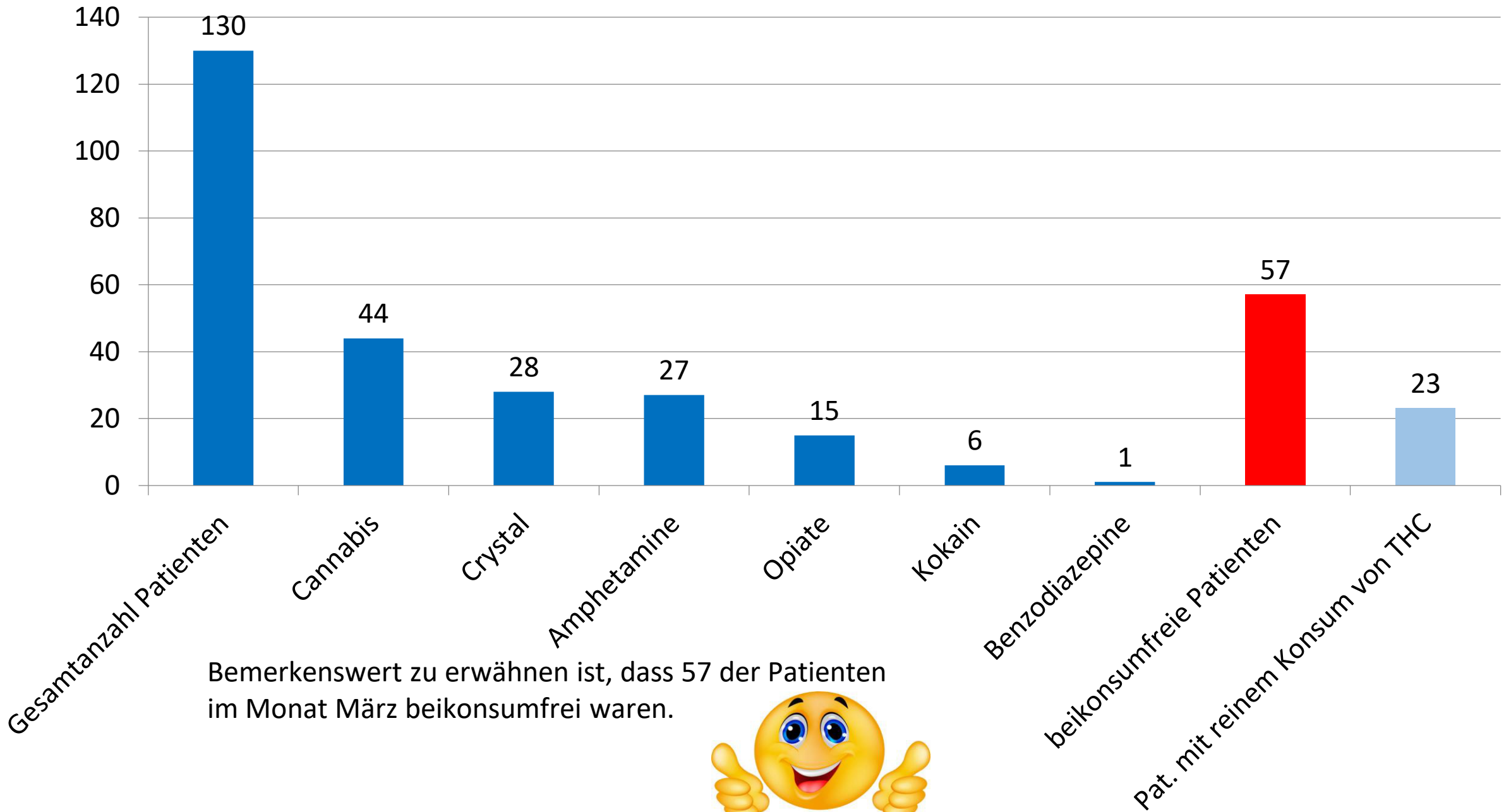
Beikonsum unserer Substitutionspatienten

-Hitliste im Monat März 2017-

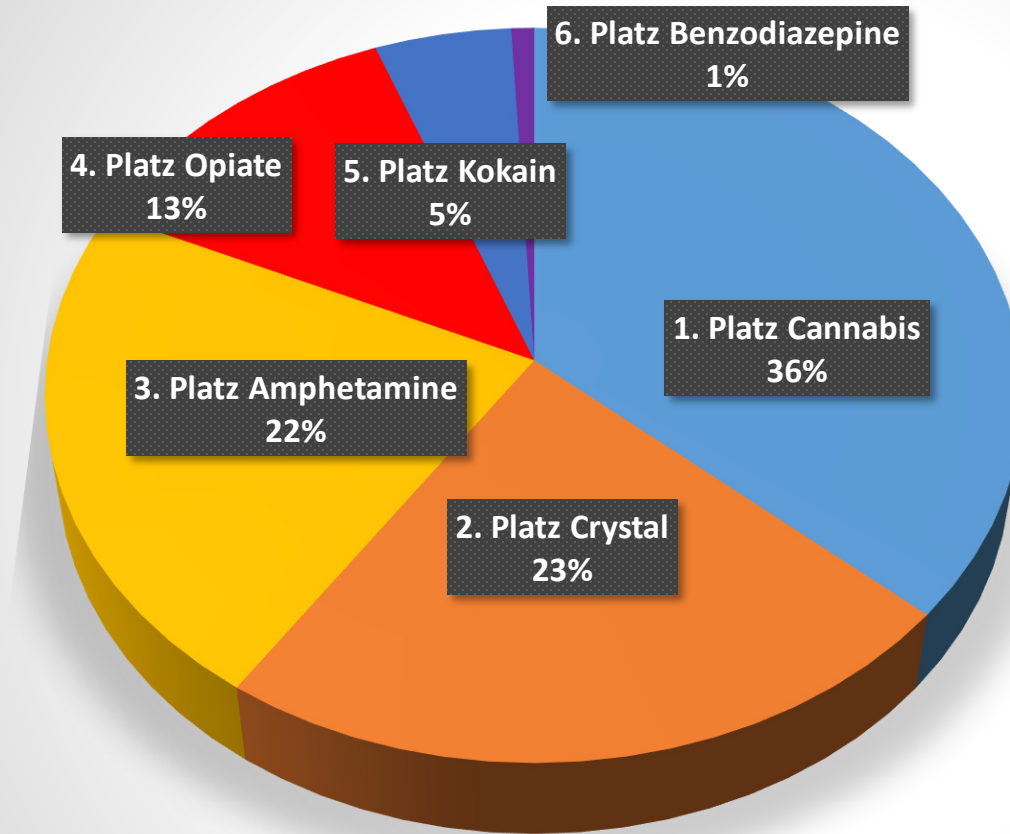


Verteilung der Substitute





Schematische Darstellung Drogenhitliste Monat März



Von den Patienten, die
Beikonsum hatten, wurden
gebraucht:

- 1. Platz Cannabis
- 2. Platz Crystal
- 3. Platz Amphetamine
- 4. Platz Opiate
- 5. Platz Kokain
- 6. Platz Benzodiazepine

Auswertung der Drogenscreenings

130 Patienten, März 2017

- Ausgewertet wurden alle Drogenscreenings in Form von Drogenschnelltests im Urin, Speicheltests sowie kapillare Blutentnahmen der gesamten Substitutionspatienten im Monat März 2017 der GP DM P. Jeschke & DM E. Bertram.
 - 130 Substitutionspatienten im März 2017
- In der schematischen Darstellung ist deutlich erkennbar, dass der Beikonsum von Kokain und Opiaten im Gegensatz zu Amphetaminen/ Methamphetaminen und Cannabis „relativ gering“ ist.
- Der Trend von Crystal, der ja schon seit längerem ein massives Problem darstellt, ist auch bei uns in der Praxis deutlich zu beobachten.

Patient (Name, Vorname):	Geburtsdatum:
Behandelnder Arzt (Stempel):	Psychosoziale Betreuung:

Nachdem ich umfassend durch meinen behandelnden Arzt aufgeklärt worden bin über die Substitutionsbehandlung schließe ich mit ihm folgende

Behandlungsvereinbarung

1. Die medizinische Betreuung erfolgt nur durch den oben bezeichneten Arzt bzw. seinen ärztlichen Vertreter.
2. Die Verabreichung des Substitutionsmittels erfolgt täglich zu den vom Arzt festgelegten Zeiten an den festgelegten Orten durch den Arzt oder durch von ihm beauftragtes Personal. An der erforderlichen Dosiseinstellung wirke ich mit. Ich werde regelmäßig zu den vom Arzt angeordneten Behandlungen und Kontrollen erscheinen.
3. Mir ist bekannt, dass der Konsum anderer suchterzeugender Substanzen und die Einnahme von Medikamenten nicht erlaubt sind, ausgenommen sie wurden vom Arzt verordnet. Ich verzichte ausdrücklich auf jeglichen Beikonsum von nicht ärztlich verordneten Medikamenten, illegalen Drogen und Alkohol. Über Medikamente, die von anderen Ärzten verordnet wurden, informiere ich meinen substituierenden Arzt unverzüglich.
4. Ich bin über die möglichen Gefahren im Umgang mit dem Substitutionsmittel aufgeklärt worden. Insbesondere über Überdosierung, Beigebrauch und Gefahren durch Kombination mit anderen Suchtstoffen. Auf die Gefährdung von Dritten (z.B. Kindern) durch versehentliche Einnahme des Substitutionsmittels und auf die sachgerechte Aufbewahrung bin ich hingewiesen worden.
5. Ich verpflichte mich, an den angeordneten Kontrollen auf Beikonsum (Urinkontrollen, Alkoholtests oder Blutuntersuchungen) teilzunehmen. Die Kontrollen können regelmäßig, aber auch unangekündigt durchgeführt werden.
6. Die Rezepte werden ausschließlich durch den Arzt oder seine Mitarbeiter/innen eingelöst. Das verordnete Substitutionsmittel soll über die im Anhang bezeichnete Apotheke oder bei der wohnortnahen Vergabe einer Apotheke nach entsprechender vertraglicher Vereinbarung bezogen werden.
7. Ich verpflichte mich, an den vereinbarten Maßnahmen zur psychosozialen Betreuung teilzunehmen und die getroffenen Vereinbarungen und Termine einzuhalten. Die psychosoziale Betreuung wird durch genannte Person/Institution (siehe Anhang) übernommen. Ich bin damit einverstanden, dass Arztpraxis und Beratungsstelle behandlungsrelevante Informationen über mich austauschen.
8. Ich verpflichte mich zur Einhaltung der Behandlungsregeln sowie der Hausordnung der Praxis (Anlagen zum Behandlungsvertrag).
9. Die Substitutionsbehandlung kann durch den Arzt beendet werden
 - bei fehlender Mitwirkung an den angeordneten bzw. vereinbarten medizinischen Maßnahmen oder psychosozialen Betreuungsmaßnahmen,
 - bei fortgesetztem Beikonsum von Drogen, Alkohol oder Medikamenten,
 - bei mißbräuchlicher Verwendung des Substitutionsmittels,
 - bei Verstößen gegen die vereinbarten Behandlungsregeln oder die Hausordnung der Praxis (siehe Anlagen).

10. Ich bestätige, dass ich ausführlich über das Substitutionsmittel und dessen Wirkungen, Wechselwirkungen mit anderen Substanzen, insbesondere Alkohol und psychoaktive Substanzen wie Benzodiazepine, Antidepressiva, Antiepileptika und Neuroleptika aufgeklärt wurde.
11. Des Weiteren bestätige ich, dass der Arzt mich darüber aufgeklärt hat, dass während der Substitutionsbehandlung die Fahrtüchtigkeit und die Eignung zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt sein können. Dies gilt insbesondere, wenn zusätzlich Schlaf- oder Beruhigungsmittel oder Alkohol konsumiert werden. Ich wurde ausdrücklich darüber aufgeklärt, dass das Führen eines Fahrzeugs im öffentlichen Straßenverkehr nicht zulässig ist, solange von einem Arzt Medikamente verordnet werden, die die Fahrtüchtigkeit einschränken.
12. Die zur Durchführung der medizinischen Behandlung und der psychosozialen Betreuung erforderlichen Daten und Informationen werden in Akten dokumentiert (sowie auf EDV erfasst und verarbeitet). Ich wurde über Umfang und Charakter der Dokumentation informiert und erkläre mich damit einverstanden.
13. Ich wurde informiert, dass der Arzt verpflichtet ist, dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte meine Substitutionsbehandlung in anonymisierter Form zu melden, um das Verschreiben eines Substitutionsmittels durch mehrere Ärzte für denselben Patienten und denselben Zeitraum zu verhindern. Die Meldung erfolgt entsprechend den Vorschriften in codierter Form.
14. Ein Behandlungsausweis wurde mir ausgehändigt.
15. **Gilt nur für Frauen:**
Ich erkläre mich einverstanden, dass mein substituierender Arzt nach vorheriger Absprache mit mir bei vorangeschrittener Schwangerschaft, vor oder unmittelbar nach der Geburt eines Kindes oder bei absehbaren Schwierigkeiten bei der von mir verantworteten Versorgung von Kleinkindern einen Kontakt zum zuständigen Jugendamt zur Einleitung von Maßnahmen der Hilfe und Unterstützung vermittelt.
16. Von dieser Vereinbarung erhalten ich, die Arztpraxis und die Beratungsstelle je ein Exemplar.

Ort, Datum

Unterschrift Ärztin/Arzt

Ort, Datum

Unterschrift Patientin/Patient

Umfrage

"Was wissen Substitutionspatienten über die Substitutionsbehandlung?"

Sehr geehrter Patient/sehr geehrte Patientin,
im Rahmen meiner Bachelorarbeit (Soziale Arbeit) möchte ich erfahren, was Substitutionspatienten über die Substitutionstherapie wissen. Die Umfrage wird anonym durchgeführt, ihre Antworten werden für eine statistische Auswertung verwendet. Ich möchte Sie bitten, mir den Fragebogen auszufüllen und bis zum 15.07.2017 im Ausgabezimmer oder bei mir (Gruppenraum) abzugeben. Ich danke für Ihre Mithilfe!
Anja Buchner

Allgemeine Fragen

1. Wie alt sind Sie? Bitte geben Sie Ihr Alter an.

2. Haben Sie Kinder? Bitte kreuzen Sie eine Antwort an.

ja nein

3. Welchen Schulabschluss haben Sie? Bitte kreuzen Sie eine Antwort an.

Keinen Hauptschulabschluss Realschulabschluss Abitur

4. Welche Berufsausbildung haben Sie? Bitte kreuzen Sie eine Antwort an.

keine Berufsausbildung /keinen Abschluss abgeschlossene Berufsausbildung abgeschlossenes Studium/ Meister oder ähnlicher Abschluss

5. Wovon bestreiten Sie Ihren Lebensunterhalt (hauptsächlich)?

Lohn/Gehalt (EU-)Rente ALG I ALG II anderes: _____

Allgemeine Fragen zur Substitution

6. Seit wann befinden Sie sich in der Substitutionsbehandlung? Bitte tragen Sie das Jahr ein.

7. Aus welchem Grund befinden Sie sich in der Substitutionsbehandlung?
Bitte kreuzen Sie eine Antwort/mehrere Antworten an.

Heroinabhängigkeit Abhängigkeit von Medikamenten

8. Welches Substitutionsmittel bekommen Sie zurzeit? Bitte tragen Sie den Namen des Substitutionsmittels ein.

Nehmen Sie regelmäßig oder gelegentlich weitere Medikamente ein?

Bitte kreuzen Sie eine Antwort/mehrere Antworten an.

- Keine Schmerzmittel Schlafmittel/
Beruhigungsmittel Antidepressiva Medikamente bei
Herzerkrankungen

Andere, und zwar: _____

Fragen zum Wissen über die Substitutionsbehandlung

9. Wie schätzen Sie Ihr Wissen über die Substitutionsbehandlung (Regeln, Nebenwirkungen u. Ä.) ein?

Bitte geben Sie sich eine Schulnote (1= sehr gut; 6= ungenügend)

Schulnote: _____

10. Welche (unerwünschten) Nebenwirkungen ihres Substitutionsmittels sind Ihnen bekannt?

Bitte schreiben Sie diese auf.

11. Welche Wechselwirkungen des Substitutionsmittels mit Medikamenten können auftreten?

Bitte geben Sie diese an.

12. Welche Wechselwirkungen/Gefahren können auftreten, wenn Sie neben dem Substitutionsmittel Beigebrauch haben (also andere Substanzen konsumieren).

Bitte nennen Sie die wichtigsten Wechselwirkungen/Gefahren

13. Welche Konsequenzen (Strafen) können auf Beigebrauch folgen?

14. Warum bekommen Sie ab 0,5 ‰ Atemalkoholgehalt eine verringerte Dosis und ab 1,2 ‰ keine Dosis ihres Substitutionsmittels? Bitte geben Sie Ihnen bekannte Gründe an.

15. Aus welchem Grund werden in der Praxis regelmäßige Kontrollen auf Drogen durchgeführt?

16. Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein, um das Substitutionsmittel als Take-Home zu bekommen? Bitte nennen Sie 2 Voraussetzungen.

17. Was ist im Behandlungsvertrag festgelegt? Bitte nennen Sie mind. 5 Bestandteile der Vereinbarung.

18. Was ist insbesondere mit Take-Home im Haushalt mit Kindern zu beachten?

19. Warum sind Sie verpflichtet, an der psychosozialen Betreuung (PSB) teilzunehmen?

20. Aus welchen Gründen kann eine Substitutionsbehandlung vorzeitig beendet werden? Bitte nennen Sie 3 Gründe.

Sie sind am Ende der Befragung angelangt. Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Ifd. Nr.	Wie alt sind Sie?	Haben Sie Kinder?	Welchen Schulabschluss haben Sie? <i>Kategorisierung</i>	Welche Berufsausbildung haben Sie? <i>Kategorisierung</i>	Wovon bestreiten Sie Ihren Lebensunterhalt hauptsächlich? <i>Kategorisierung</i>	Wie lange befinden Sie sich insgesamt in der Substitutionsbehandlung? <i>Kategorisierung</i>	Aus welchem Grund befinden Sie sich in der Substitutionsbehandlung?	Welches Substitutionsmittel bekommen Sie zur Zeit?	Nehmen Sie regelmäßig oder gelegentlich weitere Medikamente ein? <i>Kategorisierung</i>
1	38	nein	(Fach-)Abitur <i>Abi</i>	abgeschlossene Berufsausbildung <i>BA</i>	ALG II andere: IT-Techn. <i>ALG II +</i>	12 Jahre >10	Heroinabhängigkeit	L-Polamidon (Tabletten)	Schmerzmittel Schlaf- und Beruhigungsmittel andere: THC <i>ja</i>
2	30	nein	erweiterten Realschulabschluss <i>RS</i>	abgeschlossene Berufsausbildung <i>BA</i>	(EU)-Rente <i>EU</i>	3 1/2 Jahre >3-6	Abhängigkeit von Medikamenten	Substitol	gelegentlich Schmerzmittel Noralgin, Ibuprofen, Migräne Tabl. Andere: Kalinor Kalium Tabletten <i>ja</i>
3	33	nein	Hauptschulabschluss <i>HS</i>	keine Berufsausbildung <i>ohne</i>	Lohn/Gehalt <i>L</i>	14 Jahre >10	Heroinabhängigkeit	Buprenaddict	Schmerzmittel Ibuprofen <i>ja</i>
4	49	ja	Abitur <i>Abi</i>	abgeschlossene Berufsausbildung <i>BA</i>	Lohn/Gehalt <i>L</i>	1993 >10	Heroinabhängigkeit	L-Polamidon	keine <i>nein</i>
5	33	nein	Hauptschulabschluss <i>HS</i>	abgeschlossene Berufsausbildung <i>BA</i>	ALG II <i>ALG II</i>	2008 >6-10	Heroinabhängigkeit	L-Polamidon	andere: Metoprolol, Amitriptylin <i>ja</i>
6	28	ja	Hauptschulabschluss <i>HS</i>	keine Berufsausbildung/keinen Abschluss <i>ohne</i>	anderes <i>sonstiges</i>	27.04.2016 >1-3	Heroinabhängigkeit	Subutex	keine <i>nein</i>
7	34	nein	Hauptschulabschluss <i>HS</i>	abgeschlossene Berufsausbildung <i>BA</i>	ALG II <i>ALG II</i>	4 Monate <1	Heroinabhängigkeit	Substitol	Antidepressiva andere: Valsartan AbZ, 160 mg (Blutdrucksenker) <i>ja</i>
8	35	nein	Abitur <i>Abi</i>	abgeschlossenes Studium/ Meister oder ähnlicher Abschluss <i>S</i>	ALG II <i>ALG II</i>	ca. 10 Jahre >10	Heroinabhängigkeit	L-Polamidon	Schlafmittel / Beruhigungsmittel <i>ja</i>
9	35	ja	erweiterter Realschulabschluss! <i>RS</i>	abgeschlossene Berufsausbildung <i>BA</i>	Lohn/Gehalt <i>L</i>	 <i>ohne</i>	Heroinabhängigkeit	Substitol	Schlafmittel / Beruhigungsmittel <i>ja</i>

Ifd. Nr.	Wie alt sind Sie?	Haben Sie Kinder?	Welchen Schulabschluss haben Sie? <i>Kategorisierung</i>	Welche Berufsausbildung haben Sie? <i>Kategorisierung</i>	Wovon bestreiten Sie Ihren Lebensunterhalt hauptsächlich? <i>Kategorisierung</i>	Wie lange befinden Sie sich insgesamt in der Substitutionsbehandlung? <i>Kategorisierung</i>	Aus welchem Grund befinden Sie sich in der Substitutionsbehandlung?	Welches Substitutionsmittel bekommen Sie zur Zeit?	Nehmen Sie regelmäßig oder gelegentlich weitere Medikamente ein? <i>Kategorisierung</i>
10	38	ja	Realschulabschluss <i>RS</i>	abgeschlossene Berufsausbildung <i>BA</i>	ALG II <i>ALG II</i>	1 1/2 Jahre >1-3	Heroinabhängigkeit	Substitol	keine <i>nein</i>
11	34	ja	Hauptschulabschluss <i>HS</i>	abgeschlossene Berufsausbildung <i>BA</i>	ALG II <i>ALG II</i>	13 Jahre >10	Heroinabhängigkeit	L-Polamidon	keine <i>nein</i>
12	36	ja	Hauptschulabschluss <i>HS</i>	keine Berufsausbildung/keinen Abschluss <i>ohne</i>	ALG II <i>ALG II</i>	2002 >10	Heroinabhängigkeit	Substitol	keine <i>nein</i>
13	35	ja	Hauptschulabschluss <i>HS</i>	keine Berufsausbildung/keinen Abschluss <i>ohne</i>	ALG II <i>ALG II</i>	10 oder 11 Monaten <1	Heroinabhängigkeit	L-Polamidon	<i>ohne/nein</i>
14	42	nein	Realschulabschluss <i>RS</i>	keine Berufsausbildung/keinen Abschluss <i>ohne</i>	ALG II <i>ALG II</i>	8 Jahre mit Pausen >6-10	Heroinabhängigkeit	Buprenaddict	keine <i>nein</i>
15	35	ja	keinen <i>ohne</i>	keine Berufsausbildung/keinen Abschluss <i>ohne</i>	ALG II <i>ALG II +</i> plus Minijob	fast 20 Jahre lang, mit Pausen >10	Heroinabhängigkeit	Subutex	Schmerzmittel Ibuprofen <i>ja</i> Schlafmittel / Beruhigungsmittel Antidepressiva Citalopram, Mirtazapin
16	31	nein	Hauptschulabschluss <i>HS</i>	keine Berufsausbildung/keinen Abschluss <i>ohne</i>	ALG II <i>ALG II</i>	seit 2014 >1-3	Heroinabhängigkeit	L-Polamidon	Schlafmittel / Beruhigungsmittel <i>ja</i>

Ifd. Nr.	Wie alt sind Sie?	Haben Sie Kinder?	Welchen Schulabschluss haben Sie?	Kategorisierung	Welche Berufsausbildung haben Sie?	Kategorisierung	Wovon bestreiten Sie Ihren Lebensunterhalt hauptsächlich?	Kategorisierung	Wie lange befinden Sie sich insgesamt in der Substitutionsbehandlung?	Kategorisierung	Aus welchem Grund befinden Sie sich in der Substitutionsbehandlung?	Welches Substitutionsmittel bekommen Sie zur Zeit?	Nehmen Sie regelmäßig oder gelegentlich weitere Medikamente ein?	Kategorisierung
17	45	ja	Realschulabschluss	RS	abgeschlossene Berufsausbildung	BA	ALG II	ALG II	2	>1-3	Abhängigkeit von Medikamenten	L-Polamidon	Schlafmittel / Beruhigungsmittel	ja
18	37	ja	Realschulabschluss	RS	abgeschlossene Berufsausbildung	BA	ALG II	ALG II	21 Jahre	>10	Heroinabhängigkeit Abhängigkeit von Medikamenten	L-Polamidon	andere: Omeprazol	ja
19	30	nein	Fach-Abitur	Abi	abgeschlossene Berufsausbildung	BA	ALG II	ALG II + anderes: Musik, Cryptocoins	seit 2013	>3-6	Heroinabhängigkeit Abhängigkeit von Medikamenten	Substitol	Antidepressiva	ja
20	42	ja	Realschulabschluss	RS	abgeschlossene Berufsausbildung	BA	Lohn/Gehalt	L	ca. 6 Jahre	>3-6	Heroinabhängigkeit	Subutex	keine	nein
21	43	ja	keinen	ohne	keine Berufsausbildung/keinen Abschluss	ohne	anderes	sonstiges	15.08.2016	<1	Heroinabhängigkeit	Subutex	Schmerzmittel Schlafmittel / Beruhigungsmittel Antidepressiva	ja
22	43	ja	Realschulabschluss	RS	abgeschlossene Berufsausbildung	BA	ALG II anderes Selbstständigkeit	ALG II +	7 Jahre	>6-10	Heroinabhängigkeit	L-Polamidon	andere: Heroin	ja
23	36	nein	Hauptschulabschluss	HS	abgeschlossene Berufsausbildung	BA	ALG I	ALG I	6 Jahre	>3-6	Heroinabhängigkeit	L-Polamidon	Schmerzmittel	ja
24	28	ja	Hauptschulabschluss	HS	abgeschlossene Berufsausbildung	BA	ALG I	ALG I	12 Jahre	>10	Heroinabhängigkeit	Buprenaddict	keine	nein
25	26	nein	Hauptschulabschluss	HS	keine Berufsausbildung/keinen	ohne	ALG II	ALG II	2-3 Monate	<1	Heroinabhängigkeit Abhängigkeit von	Methaddict	Schlafmittel / Beruhigungsmittel	ja
26	39	nein	Hauptschulabschluss	HS		ohne	ALG II	ALG II	zu lange	ohne	Heroinabhängigkeit	L-Polamidon	keine	nein
27	42	ja	keinen	ohne	keine Berufsausbildung/keinen Abschluss	ohne	ALG II	ALG II	2004	>10	Heroinabhängigkeit	Methaddict	Schmerzmittel andere: Falitrom 47,5, Ramipril 2,5	ja
28	37	ja	Realschulabschluss	RS	keine Berufsausbildung/keinen Abschluss	ohne	ALG II	ALG II	seit 2000	>10	Heroinabhängigkeit	Methaddict	Schlafmittel / Beruhigungsmittel Antidepressiva	ja
29	38	nein	Hauptschulabschluss	HS	abgeschlossene Berufsausbildung	BA	ALG II	ALG II	seit 2005	>10	Heroinabhängigkeit	Methaddict	Schlafmittel / Beruhigungsmittel	ja

Ifr. Nr.	EIGENBEWERTUNG	FRAGE 1	FRAGE 2	FRAGE 3	FRAGE 4	FRAGE 5	FRAGE 6
	Wie schätzen Sie Ihr Wissen über die Substitutions-behandlung ein?	Welche (unerwünschten) Nebenwirkungen Ihres Substitutionsmittels sind Ihnen bekannt?	Welche Wechselwirkungen des Substitutionsmittels mit Medikamenten können auftreten? Note	Welche Wechselwirkungen/Gefahren können auftreten, wenn Sie neben dem Substitutionsmittel Beigebruch haben? Note	Welche Konsequenzen können auf Beigebruch folgen? Note	Warum bekommen Sie ab 0,5 AAK eine verringerte Dosis und ab 1,2 keine Dosis Ihres Substitutionsmittels? Note	Aus welchem Grund werden in der Praxis regelmäßige Kontrollen auf Beikonsum durchgeführt? Note
		mögliche Antworten: Sedierung Müdigkeit Benommenheit Vewirrtheit Desorientierung Mattigkeit Schlafstörungen Unruhe Ödeme Juckreiz Hautausschläge Starkes Schwitzen Kopfschmerzen Übelkeit und Erbrechen Verstopfung Mundtrockenheit gehobene Stimmung gedrückte Stimmung Libidoverlust Einschränkung der Potenz verminderte Harnmenge Blasenentleerungsstörung Gallenwegskrämpfe Herzklopfen verlangsamter Herzschlag Blutdruckabfall Schwindelanfälle Schwächeanfälle Atemdepression Pupillenverengung Sehstörungen Gewichtszunahme	mögliche Antworten: Atemdepression und Atemstillstand Wirkungsverstärkung und Überdosierung Herz-Kreislauf-Erkrankungen Wirkungsabschwächung und Entzugserscheinungen Beeinflussung pH-Wert Urin (gesteigerte und verminderte Ausscheidung) Schmerzbehandlung beeinflusst verstärkte Nebenwirkungen durch Wirkungsverstärkung	mögliche Antworten: Atemdepression und Atemstillstand Wirkungsverstärkung und Überdosierung Wirkungsabschwächung und Entzugserscheinungen Herz-Kreislauf-Erkrankungen verstärkte Nebenwirkungen durch Wirkungsverstärkung Abhängigkeit von weiteren Substanzen psychische Erkrankungen	mögliche Antworten: Dosisanpassung des Substitutionsmittels Stationäre Entgiftung / Krisenintervention häufiger Drogenscreening Verlust der Take-Home-Verordnung häufigere Arztgespräche häufiger Kontakt zur PSB Beendigung der Substitution	mögliche Antworten: Gefahr einer Atemdepression Gefahr einer Wechselwirkung mit dem Substitut / Verstärkung	mögliche Antworten: Kontrolle des Therapieverlaufs (feststellen, ob andere Substanzen konsumiert werden) Gefahren des Beikonsums Anpassung der Therapie / Konsequenzen
		Bewertungskriterien: >=8 richtige Antworten >4 richtige Antworten 2 bis 4 richtige Antworten 1 richtige Antwort falsche oder keine Antworten	Bewertungskriterien: 1 >=4 richtige Antworten 2 2 bis 3 richtige Antworten 3 1 richtige Antwort 4 - 5 falsche oder keine Antworten	Bewertungskriterien: 1 >=4 richtige Antworten 2 2 bis 3 richtige Antworten 3 1 richtige Antwort 4 - 5 falsche oder keine Antworten	Bewertungskriterien: 1 >=4 richtige Antworten 2 2 bis 3 richtige Antworten 3 1 richtige Antwort 4 - 5 falsche oder keine Antworten	Bewertungskriterien: 1 >=2 richtige Antworten 2 1 richtige Antwort 3 - 4 - 5 falsche oder keine Antworten	Bewertungskriterien: 1 >=3 richtige Antworten 2 2 richtige Antworten 3 1 richtige Antwort 4 - 5 falsche oder keine Antworten

Ifr. Nr.	EIGENBEWERTUNG	FRAGE 1	FRAGE 2	FRAGE 3	FRAGE 4	FRAGE 5	FRAGE 6	
	Wie schätzen Sie Ihr Wissen über die Substitutions-behandlung ein?	Welche (unerwünschten) Nebenwirkungen Ihres Substitutionsmittels sind Ihnen bekannt?	Welche Wechselwirkungen des Substitutionsmittels mit Medikamenten können auftreten? Note	Welche Wechselwirkungen/Gefahren können auftreten, wenn Sie neben dem Substitutionsmittel Beigebruch haben? Note	Welche Konsequenzen können auf Beigebruch folgen? Note	Warum bekommen Sie ab 0,5 AAK eine verringerte Dosis und ab 1,2 keine Dosis Ihres Substitutionsmittels? Note	Aus welchem Grund werden in der Praxis regelmäßige Kontrollen auf Beikonsum durchgeführt? Note	
1	1	Sedierung Gewichtszunahme Suchtpotential Verstopfung Übelkeit	2 Wirkungsverstärkung und Überdosierung	3 Atemdepression und Atemstillstand Herz-Kreislauf-Erkrankungen Wirkungsverstärkung und Überdosierung	2 Dosisanpassung des Substitutionsmittels Stationäre Entgiftung / Krisenintervention	2 Ich trinke keinen Alkohol	5 keine, als solche adäquaten und relevanten	5
2	2	Übelkeit und Erbrechen Schwindelanfälle Blutdruckabfall Kopfschmerzen Müdigkeit Pupillenverengung Verstopfung Veränderung der Schmerzempfindung Suchtpotential Mundtrockenheit Mattigkeit	1 Wirkungsverstärkung und Überdosierung Schmerzbehandlung beeinflusst	2 Wirkungsverstärkung und Überdosierung verstärkte Nebenwirkungen durch Wirkungsverstärkung Atemdepression und Atemstillstand	2 häufiger Arztgespräche Beendigung der Substitution Verlust der Take-Home-Verordnung Stationäre Entgiftung / Krisenintervention häufiger Drogenscreening häufiger Suchtberatung Dosisanpassung des Substitutionsmittels	1 Gefahr einer Wechselwirkung mit dem Substitut / Verstärkung	2 Gefahren des Beikonsums Anpassung der Therapie / Konsequenzen	1
3	2	Übelkeit	4 keine bekannt	5 verstärkte Nebenwirkungen durch Wirkungsverstärkung	3 Verlust der Take-Home-Verordnung Beendigung der Substitution	2 Ich trinke keinen Alkohol	5 Kontrolle des Therapieverlaufs (feststellen, ob andere Substanzen konsumiert werden)	2
4	2	Müdigkeit Libidoverlust	3 keine bekannt	5 keine bekannt	5 Beendigung der Substitution	3 Ich trinke keinen Alkohol	5 Gefahren des Beikonsums	2
5	3	Mattigkeit Unruhe Starkes Schwitzen Gewichtszunahme	3 Wirkungsverstärkung und Überdosierung	2 falsche Angabe	5 Verlust der Take-Home-Verordnung	3 Ich trinke keinen Alkohol	5 Kontrolle des Therapieverlaufs (feststellen, ob andere Substanzen konsumiert werden)	2
6	3	Müdigkeit	4 Wirkungsabschwächung und Entzugserscheinungen	3 Wirkungsverstärkung und Überdosierung Abhängigkeit von weiteren Substanzen	2 stationäre Entgiftung / Krisenintervention Beendigung der Substitution	2 Gefahr einer Wechselwirkung mit dem Substitut / Verstärkung	2 Kontrolle des Therapieverlaufs (feststellen, ob andere Substanzen konsumiert werden)	2
7	3	Verstopfung	4 -	5 keine bekannt	5 stationäre Entgiftung/ Krisenintervention	3 Gefahr einer Wechselwirkung mit dem Substitut / Verstärkung	2 Kontrolle des Therapieverlaufs (feststellen, ob andere Substanzen konsumiert werden)	2
8	1	Sodbrennen Müdigkeit Mattigkeit	3 Wirkungsabschwächung und Entzugserscheinungen	3 Atemdepression und Atemstillstand	3 Verlust der Take-Home-Verordnung stationäre Entgiftung/ Krisenintervention Beendigung der Substitution	2 Gefahr einer Atemdepression	2 Kontrolle des Therapieverlaufs (feststellen, ob andere Substanzen konsumiert werden) Anpassung der Therapie / Konsequenzen	1
9	2	Verstopfung Übelkeit und Erbrechen Müdigkeit Bauchschmerzen	3 Herz-Kreislauf-Erkrankungen	2 Herz-Kreislauf-Erkrankungen	3 Beendigung der Substitution	3 Gefahr einer Wechselwirkung mit dem Substitut / Verstärkung	2 Kontrolle des Therapieverlaufs (feststellen, ob andere Substanzen konsumiert werden)	2

Ifr. Nr.	EIGENBEWERTUNG	FRAGE 1	FRAGE 2	FRAGE 3	FRAGE 4	FRAGE 5	FRAGE 6
	Wie schätzen Sie Ihr Wissen über die Substitutions-behandlung ein?	Welche (unerwünschten) Nebenwirkungen Ihres Substitutionsmittels sind Ihnen bekannt?	Welche Wechselwirkungen des Substitutionsmittels mit Medikamenten können auftreten? Note	Welche Wechselwirkungen/Gefahren können auftreten, wenn Sie neben dem Substitutionsmittel Beigebrauch haben? Note	Welche Konsequenzen können auf Beigebrauch folgen? Note	Warum bekommen Sie ab 0,5 AAK eine verringerte Dosis und ab 1,2 keine Dosis Ihres Substitutionsmittels? Note	Aus welchem Grund werden in der Praxis regelmäßige Kontrollen auf Beikonsum durchgeführt? Note
10	5	Müdigkeit erhöhter Blutdruck Schlafstörungen Starkes Schwitzen Benommenheit Verwirrtheit Konzentrationsstörungen Herzstillstand Atemdepression Fahruntauglichkeit Sehstörungen Taubheitsgefühle	1 verstärkte Nebenwirkungen durch Wirkungsverstärkung Herz-Kreislauf-Erkrankungen Atemdepression und Atemstillstand	2 verstärkte Nebenwirkungen durch Wirkungsverstärkung Herz-Kreislauf-Erkrankungen Atemdepression und Atemstillstand	2 Beendigung der Substitution	3 Ich trinke keinen Alkohol	5 Kontrolle des Therapieverlaufs (feststellen, ob andere Substanzen konsumiert werden)
11	3	Starkes Schwitzen Verstopfung	3 Wirkungsabschwächung und Entzugerscheinungen	3 Wirkungsabschwächung und Entzugerscheinungen	3 Beendigung der Substitution Verlust der Take-Home-Verordnung	2 Ich trinke keinen Alkohol	5 Gefahren des Beikonsums
12	1	Starkes Schwitzen Mundtrockenheit Übelkeit und Erbrechen Verstopfung Schwindelanfälle Kopfschmerzen	2 Monoaminoxidase-Hemmern Narkoanalgetika Tranquilizer Anästhetika Hypnotika Sedativa Alkohol Antihypertensiva Cinexidin gemischte Agonisten/Antagonisten	5 Atemdepression und Atemstillstand Herz-Kreislauf-Erkrankungen Wirkungsverstärkung und Überdosierung	2 Beendigung der Substitution stationäre Entgiftung/ Krisenintervention häufiger Drogenscreening	2 Gefahr einer Atemdepression Gefahr einer Wechselwirkung mit dem Substitut / Verstärkung	1 Kontrolle des Therapieverlaufs (feststellen, ob andere Substanzen konsumiert werden)
13	2	Starkes Schwitzen Müdigkeit Gewichtszunahme Schlafstörungen	3	5 Wirkungsverstärkung und Überdosierung psychische Erkrankungen	2 Beendigung der Substitution	3 Gefahr einer Wechselwirkung mit dem Substitut / Verstärkung	2 Kontrolle des Therapieverlaufs (feststellen, ob andere Substanzen konsumiert werden)
14	2	keine bekannt	5 keine bekannt	5 Atemdepression und Atemstillstand Herz-Kreislauf-Erkrankungen	2 Beendigung der Substitution	3 Gefahr einer Atemdepression	2 Kontrolle des Therapieverlaufs (feststellen, ob andere Substanzen konsumiert werden)
15	3	Müdigkeit Mattigkeit Kopfschmerzen Gliederschmerzen	3 keine bekannt	5 keine bekannt	5 stationäre Entgiftung/ Krisenintervention Beendigung der Substitution	2 nicht bekannt	5 Kontrolle des Therapieverlaufs (feststellen, ob andere Substanzen konsumiert werden)
16	2	Müdigkeit	4 keine bekannt	5 keine bekannt	5 Beendigung der Substitution	3 Ich trinke keinen Alkohol	5 falsche Antwort

Frd. Nr.	EIGENBEWERTUNG	FRAGE 1	FRAGE 2	FRAGE 3	FRAGE 4	FRAGE 5	FRAGE 6		
	Wie schätzen Sie Ihr Wissen über die Substitutions-behandlung ein?	Welche (unerwünschten) Nebenwirkungen Ihres Substitutionsmittels sind Ihnen bekannt?	Welche Wechselwirkungen des Substitutionsmittels mit Medikamenten können auftreten?	Welche Wechselwirkungen/Gefahren können auftreten, wenn Sie neben dem Substitutionsmittel Beigebruch haben?	Welche Konsequenzen können auf Beigebruch folgen?	Warum bekommen Sie ab 0,5 AAK eine verringerte Dosis und ab 1,2 keine Dosis Ihres Substitutionsmittels?	Aus welchem Grund werden in der Praxis regelmäßige Kontrollen auf Beikonsum durchgeführt?		
	Note	Note	Note	Note	Note	Note	Note		
17	2	Gewichtszunahme Müdigkeit Unruhe	3 keine bekannt	5	5 falsche Antwort	5 nicht bekannt	5 Kontrolle des Therapieverlaufs (feststellen, ob andere Substanzen konsumiert werden)	2	
18	3	Gewichtszunahme Starkes Schwitzen	3 verstärkte Nebenwirkungen durch Wirkungsverstärkung	3	3 Atemdepression und Atemstillstand	5 falsche Antwort	5 nicht bekannt	5 Kontrolle des Therapieverlaufs (feststellen, ob andere Substanzen konsumiert werden)	2
19	1	Pupillenverengung Verstopfung verminderte Harnmenge Appetitlosigkeit Veränderung der Schmerzempfindung Benommenheit Atemdepression	2 verstärkte Nebenwirkungen durch Wirkungsverstärkung Wirkungsverstärkung und Überdosierung Wirkungsabschwächung und Entzugserscheinungen Beeinflussung pH-Wert Urin (gesteigerte und verminderte Ausscheidung) Atemdepression und Atemstillstand	1 verstärkte Nebenwirkungen durch Wirkungsverstärkung Wirkungsverstärkung und Überdosierung Wirkungsabschwächung und Entzugserscheinungen Beeinflussung pH-Wert Urin (gesteigerte und verminderte Ausscheidung) Atemdepression und Atemstillstand	1 falsche Antwort	5 Gefahr einer Atemdepression	2 Kontrolle des Therapieverlaufs (feststellen, ob andere Substanzen konsumiert werden)	2	
20	1	keine	5	5 Wirkungsabschwächung und Entzugserscheinungen	3 Beendigung der Substitution Verlust der Take-Home-Verordnung	2 Gefahr einer Wechselwirkung mit dem Substitut / Verstärkung	2 Kontrolle des Therapieverlaufs (feststellen, ob andere Substanzen konsumiert werden)	2	
21	4	Schwächeanfälle	4 Herz-Kreislauf-Erkrankungen	3 verstärkte Nebenwirkungen durch Wirkungsverstärkung Herz-Kreislauf-Erkrankungen	2 vermehrte Arztgespräche stationäre Entgiftung/ Krisenintervention	2 Gefahr einer Wechselwirkung mit dem Substitut / Verstärkung	2 Kontrolle des Therapieverlaufs (feststellen, ob andere Substanzen konsumiert werden)	2	
22	3	Starkes Schwitzen	4	5 Herz-Kreislauf-Erkrankungen Wirkungsverstärkung und Überdosierung	2 falsche Antwort falsche Antwort	5 Gefahr einer Wechselwirkung mit dem Substitut / Verstärkung	2 Kontrolle des Therapieverlaufs (feststellen, ob andere Substanzen konsumiert werden)	2	
23	3	Starkes Schwitzen Mattigkeit	3 Wirkungsabschwächung und Entzugserscheinungen	3 Wirkungsabschwächung und Entzugserscheinungen	3 Beendigung der Substitution Verlust der Take-Home-Verordnung	2 Ich trinke keinen Alkohol Gefahr einer Wechselwirkung mit dem Substitut / Verstärkung	2 Kontrolle des Therapieverlaufs (feststellen, ob andere Substanzen konsumiert werden) Anpassung der Therapie / Konsequenzen	1	
24	2	keine	5 keine bekannt	5 Wirkungsverstärkung und Überdosierung	3 Verlust der Take-Home-Verordnung stationäre Entgiftung/ Krisenintervention	2 Gefahr einer Wechselwirkung mit dem Substitut / Verstärkung	2 Kontrolle des Therapieverlaufs (feststellen, ob andere Substanzen konsumiert werden)	2	
25	2	Suchtpotential Überdosierung	3 Atemdepression und Atemstillstand Herz-Kreislauf-Erkrankungen	2 Atemdepression und Atemstillstand Herz-Kreislauf-Erkrankungen	2 Verlust der Take-Home-Verordnung Beendigung der Substitution	2 Gefahr einer Wechselwirkung mit dem Substitut / Verstärkung	2 Kontrolle des Therapieverlaufs (feststellen, ob andere Substanzen konsumiert werden)	2	
26	3	Starkes Schwitzen Schlafstörungen veränderte Gefühlswahrnehmung	3 Wirkungsabschwächung und Entzugserscheinungen	3 keine bekannt	5 stationäre Entgiftung/ Krisenintervention Beendigung der Substitution	2 Ich trinke keinen Alkohol	5 Kontrolle des Therapieverlaufs (feststellen, ob andere Substanzen konsumiert werden)	2	
27	2	Starkes Schwitzen	4 Wirkungsabschwächung und Entzugserscheinungen	3 Atemdepression und Atemstillstand	3 Beendigung der Substitution	3 Ich trinke keinen Alkohol	5 Kontrolle des Therapieverlaufs (feststellen, ob andere Substanzen konsumiert werden)	2	
28	2	Starkes Schwitzen Übelkeit und Erbrechen	3 keine bekannt	5 Herz-Kreislauf-Erkrankungen	3 Beendigung der Substitution	3 Gefahr einer Wechselwirkung mit dem Substitut / Verstärkung	2 Kontrolle des Therapieverlaufs (feststellen, ob andere Substanzen konsumiert werden)	2	
29	1	Starkes Schwitzen gedrückte Stimmung	3 falsche Angabe	5 Wirkungsverstärkung und Überdosierung Atemdepression und Atemstillstand	2 Verlust der Take-Home-Verordnung	3 Gefahr einer Wechselwirkung mit dem Substitut / Verstärkung	2 Kontrolle des Therapieverlaufs (feststellen, ob andere Substanzen konsumiert werden)	2	

Ifd. Nr.	FRAGE 7 Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein, um das Substitutionsmittel als Take-Home zu bekommen?	FRAGE 8 Was ist in der Behandlungsvereinbarung festgelegt?	FRAGE 9 Was ist insbesondere mit Take-Home im Haushalt mit Kindern zu beachten?	FRAGE 10 Warum sind Sie verpflichtet, an der PSB teilzunehmen?	FRAGE 11 Aus welchen Gründen kann eine Substitutionsbehandlung vorzeitig beendet werden?
	mögliche Antworten: stabile Substitution Dosis eingestellt Einhaltung von Terminen, regelmäßige Einnahme Vertrauen / keine Selbst- oder Fremdgefährdung kein Beikonsum (min. 3 Monate)	mögliche Antworten: Behandelnder Arzt / Vertretung Ausgabe Wahrnehmen von Terminen Teilnahme am Drogenscreening Beigebrauch und Konsequenzen Gefahren und Umgang mit Substitutionsmitteln Beendigung der Substitution Aufklärung über das Substitutionsmittel Einschränkung Fahrtüchtigkeit / Bedienung Maschinen Regelmäßige PSB Meldung an das Substitutionsregister Behandlungsausweis Vermittlung von Kontakt zum Jugendamt Einhaltung der Hausordnung / Behandlungsregeln Mitwirkung / Informationen für behandelnden Arzt Regeln und Pflichten Dokumentation	mögliche Antworten: Aufbewahrung außerhalb der Reichweite von Kindern bestenfalls verschlossen	mögliche Antworten: Bestandteil der Behandlungsvereinbarung Voraussetzung für Substitutionsbehandlung / gesetzliche Verpflichtung soziale Stabilisierung / Bearbeitung von Problemen gehört zur Substitutionsbehandlung Bearbeitung des Suchtproblems (Suchtberatung)	mögliche Antworten: fehlende Mitwirkung an medizinischen Behandlungen und PSB fortgesetzter Beikonsum missbräuchliche Verwendung des Substituts Verstöße gegen Behandlungsregeln/Hausordnung Dealen Diebstahl Betrug, Täuschung Nötigung, Erpressung, Missbrauch Gewalt / Gewaltandrohung Beleidigung von Mitarbeitern und Patienten Finanzielle Geschäfte und Geldanleihen in der Praxis Sachbeschädigung, Verschmutzung, Diebstahl in der Praxis Nichtteilnahme an PSB Verstöße gegen Vereinbarungen und Nichtbefolgen der Anweisungen Betrug bei Drogenscreening Tod des Patienten Abbruch durch Patienten
	Bewertungskriterien: >=2 richtige Antworten 1 richtige Antwort - - falsche oder keine Antworten	Bewertungskriterien: 1 >=5 richtige Antworten 2 3 bis 4 richtige Antworten 3 2 richtige Antworten 4 1 richtige Antwort 5 falsche oder keine Antworten	Bewertungskriterien: 1 >=2 richtige Antworten 2 1 richtige Antwort 3 - 4 - 5 falsche oder keine Antworten	Bewertungskriterien: 1 >=3 richtige Antworten 2 2 richtige Antworten 3 1 richtige Antwort 4 - 5 falsche oder keine Antworten	Bewertungskriterien: 1 >=3 richtige Antworten 2 2 richtige Antworten 3 1 richtige Antwort 4 - 5 falsche oder keine Antworten

lfd. Nr.	FRAGE 7 Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein, um das Substitutionsmittel als Take-Home zu bekommen?	Note	FRAGE 8 Was ist in der Behandlungsvereinbarung festgelegt?	Note	FRAGE 9 Was ist insbesondere mit Take-Home im Haushalt mit Kindern zu beachten?	Note	FRAGE 10 Warum sind Sie verpflichtet, an der PSB teilzunehmen?	Note	FRAGE 11 Aus welchen Gründen kann eine Substitutionsbehandlung vorzeitig beendet werden?	Note
1	falsche Angabe	5	Aufklärung über das Substitutionsmittel Gefahren Substitutionsmittel Beigebrauch und Konsequenzen Teilnahme am Drogenscreening	2	nicht bekannt	5	Bestandteil der Behandlungsvereinbarung	2	fern bleiben	3
2	kein Beikonsum (min. 3 Monate) Einhaltung von Terminen, regelmäßige Einnahme Dosis eingestellt	1	Regelmäßige PSB Teilnahme am Drogenscreening Ausgabe Einhaltung der Hausordnung/Behandlungsregeln	2	Aufbewahrung außerhalb der Reichweite von Kindern bestenfalls verschlossen	1	Voraussetzung für Substitutionsbehandlung gesetzliche Verpflichtung soziale Stabilisierung / Bearbeitung von Problemen	2	fortgesetzter Beikonsum fehlende Mitwirkung an medizinischen Behandlungen und PSB Verstöße gegen Behandlungsregeln/Hausordnung	1
3	kein Beikonsum (min. 3 Monate)	2	Beigebrauch und Konsequenzen Regelmäßige PSB	2	Aufbewahrung außerhalb der Reichweite von Kindern	2	soziale Stabilisierung / Bearbeitung von Problemen	2	fortgesetzter Beikonsum	3
4	kein Beikonsum (min. 3 Monate) Einhaltung von Terminen, regelmäßige Einnahme	1		5	Aufbewahrung außerhalb der Reichweite von Kindern bestenfalls verschlossen	1	gehört zur Substitutionsbehandlung	2	Gewalt / Gewaltandrohung fortgesetzter Beikonsum Dealen	1
5	Einhaltung von Terminen, regelmäßige Einnahme kein Beigebrauch (min. 3 Monate) Dosis eingestellt	1	Mitwirkung Wahrnehmen von Terminen Einhaltung der Hausordnung/Behandlungsregeln Teilnahme am Drogenscreening	2	Aufbewahrung außerhalb der Reichweite von Kindern bestenfalls verschlossen	1	gehört zur Substitutionsbehandlung soziale Stabilisierung / Bearbeitung von Problemen	2	nicht bekannt	5
6	Einhaltung von Terminen, regelmäßige Einnahme kein Beigebrauch Vertrauen (keine Selbst- oder Fremdgefährdung)	1	Ausgabe des Substitutionsmittels Beigebrauch und Konsequenzen Gefahren und Umgang mit Substitutionsmittel Einhaltung der Hausordnung/Behandlungsregeln	2	Aufbewahrung außerhalb der Reichweite von Kindern bestenfalls verschlossen	1	Bearbeitung des Suchtproblems (Suchtberatung)	2	nicht bekannt	5
7	Vertrauen / keine Selbst- oder Fremdgefährdung	2	nicht bekannt	5	Aufbewahrung außerhalb der Reichweite von Kindern	2	soziale Stabilisierung / Bearbeitung von Problemen	2	Verstöße gegen Behandlungsregeln/Hausordnung Abbruch durch Patienten Tod des Patienten	1
8	kein Beikonsum (mind. 3 Monate)	2	Regeln und Pflichten Einhaltung der Hausordnung/Behandlungsregeln regelmäßige PSB	2	Aufbewahrung außerhalb der Reichweite von Kindern	2	Bestandteil der Behandlungsvereinbarung gehört zur Substitutionsbehandlung	2	Gewalt / Gewaltandrohung Betrug, Täuschung Dealen	1
9	Dosis eingestellt stabile Substitution kein Beikonsum (mind. 3 Monate)	1	Regeln und Pflichten Wahrnehmen von Terminen Regelmäßige PSB Mitwirkung	2	Aufbewahrung außerhalb der Reichweite von Kindern	2	gehört zur Substitutionsbehandlung	2	Betrug bei Drogenscreening fortgesetzter Beikonsum Gewalt / Gewaltandrohung Dealen Missbräuchliche Verwendung des Substituts	1

lfd. Nr.	FRAGE 7 Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein, um das Substitutionsmittel als Take-Home zu bekommen?	Note	FRAGE 8 Was ist in der Behandlungsvereinbarung festgelegt?	Note	FRAGE 9 Was ist insbesondere mit Take-Home im Haushalt mit Kindern zu beachten?	Note	FRAGE 10 Warum sind Sie verpflichtet, an der PSB teilzunehmen?	Note	FRAGE 11 Aus welchen Gründen kann eine Substitutionsbehandlung vorzeitig beendet werden?	Note
10	kein Beikonsum (mind. 3 Monate)	2	Einhaltung der Hausordnung/Behandlungsregeln Beigebrauch und Konsequenzen	2	Aufbewahrung außerhalb der Reichweite von Kinder bestenfalls verschlossen	1	gehört zur Substitutionsbehandlung	2	Tod des Patienten fortgesetzter Beikonsum	2
11	kein Beikonsum (mind. 3 Monate)	2	Beigebrauch und Konsequenzen Regeln und Pflichten Mitwirkung	2	Aufbewahrung außerhalb der Reichweite von Kindern	2	gehört zur Substitutionsbehandlung	2	fortgesetzter Beikonsum fehlende Mitwirkung an medizinischen Behandlungen und PSB Sachbeschädigung, Verschmutzung, Diebstahl in der Praxis Verstöße gegen Behandlungsregeln/Hausordnung	1
12	Einhaltung von Terminen, regelmäßige Einnahme kein Beikonsum (mind. 3 Monate) Vertrauen / keine Selbst- oder Fremdgefährdung	1	Beigebrauch und Konsequenzen Teilnahme am Drogenscreening Wahrnehmen von Terminen Einhaltung der Hausordnung/Behandlungsregeln	2	Aufbewahrung außerhalb der Reichweite von Kindern	2	soziale Stabilisierung / Bearbeitung von Problemen	2	fortgesetzter Beikonsum Gewalt / Gewaltandrohung Dealen/Diebstahl fehlende Mitwirkung an medizinischen Behandlungen und PSB Verstöße gegen Behandlungsregeln/Hausordnung	1
13	kein Beikonsum (mind. 3 Monate) Einhaltung von Terminen, regelmäßige Einnahme	1	Ausgabe des Substitutionsmittels Wahrnehmen von Terminen Einhaltung der Hausordnung/Behandlungsregeln Beigebrauch und Konsequenzen	2	nicht bekannt	5	nicht bekannt	5	nicht bekannt	5
14	kein Beikonsum (mind. 3 Monate)	2	Wahrnehmen von Terminen Einhaltung der Hausordnung/Behandlungsregeln	2	Aufbewahrung außerhalb der Reichweite von Kindern	2	nicht bekannt	5	fortgesetzter Beikonsum fehlende Mitwirkung an medizinischen Behandlungen und PSB Verstöße gegen Behandlungsregeln/Hausordnung	1
15	kein Beikonsum (mind. 3 Monate) Vertrauen / keine Selbst- oder Fremdgefährdung	1	Ausgabe des Substitutionsmittels Wahrnehmen von Terminen Beigebrauch und Konsequenzen Gefahren und Umgang mit Substitutionsmitteln Regelmäßige PSB Einhaltung der Hausordnung/Behandlungsregeln	1	Aufbewahrung außerhalb der Reichweite von Kindern	2	nicht bekannt	5	fortgesetzter Beikonsum	3
16	nicht bekannt	5	Beigebrauch und Konsequenzen Ausgabe des Substitutionsmittels Wahrnehmen von Terminen	2	nicht bekannt	5	falsche Angabe	5	nicht bekannt	5

lfd. Nr.	FRAGE 7 Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein, um das Substitutionsmittel als Take-Home zu bekommen?	Note	FRAGE 8 Was ist in der Behandlungsvereinbarung festgelegt?	Note	FRAGE 9 Was ist insbesondere mit Take-Home im Haushalt mit Kindern zu beachten?	Note	FRAGE 10 Warum sind Sie verpflichtet, an der PSB teilzunehmen?	Note	FRAGE 11 Aus welchen Gründen kann eine Substitutionsbehandlung vorzeitig beendet werden?	Note
17	nicht bekannt	5	Beigebrauch und Konsequenzen Mitwirkung	2	falsche Angabe	5	falsche Angabe	5	fortgesetzter Beikonsum	3
18	kein Beikonsum (min. 3 Monate)	2	Beigebrauch und Konsequenzen Einhaltung der Hausordnung/Behandlungsregeln Wahrnehmen von Terminen	2	Aufbewahrung außerhalb der Reichweite von Kindern	2	nicht bekannt	5	fortgesetzter Beikonsum Verstöße gegen Behandlungsregeln/Hausordnung	2
19	kein Beikonsum (min. 3 Monate)	2	Regelmäßige PSB Wahrnehmen von Terminen Ausgabe des Substitutionsmittels Einhaltung der Hausordnung/Behandlungsregeln Teilnahme am Drogenscreening	1	Aufbewahrung außerhalb der Reichweite von Kindern bestenfalls verschlossen	1	gehört zur Substitutionsbehandlung soziale Stabilisierung / Bearbeitung von Problemen	2	fortgesetzter Beikonsum fehlende Mitwirkung an medizinischen Behandlungen und PSB missbräuchliche Verwendung des Substituts	1
20	kein Beikonsum (mind. 3 Monate) stabile Substitution nicht bekannt	1	Beigebrauch und Konsequenzen Einhaltung der Hausordnung/Behandlungsregeln Wahrnehmen von Terminen	2	Aufbewahrung außerhalb der Reichweite von Kindern	2	gehört zur Substitutionsbehandlung	2	fortgesetzter Beikonsum Beleidigung von Mitarbeitern und Patienten Gewalt / Gewaltandrohung	1
21	kein Beikonsum (mind. 3 Monate)	2	Beigebrauch und Konsequenzen Wahrnehmen von Terminen Mitwirkung	2	Aufbewahrung außerhalb der Reichweite von Kindern bestenfalls verschlossen	1	soziale Stabilisierung / Bearbeitung von Problemen	2	missbräuchliche Verwendung des Substituts Verstöße gegen Behandlungsregeln/Hausordnung	2
22	kein Beikonsum (mind. 3 Monate)	2	Beigebrauch und Konsequenzen Wahrnehmung von Terminen Mitwirkung	2	Aufbewahrung außerhalb der Reichweite von Kindern	2	nicht bekannt	5	fortgesetzter Beikonsum	3
23	kein Beikonsum (mind. 3 Monate) stabile Substitution	1	Regeln und Pflichten Einhaltung der Hausordnung/Behandlungsregeln	2	Aufbewahrung außerhalb der Reichweite von Kindern bestenfalls verschlossen	1	soziale Stabilisierung / Bearbeitung von Problemen gehört zur Substitutionsbehandlung	2	fortgesetzter Beikonsum	3
24	kein Beikonsum (min. 3 Monate)	2	Beigebrauch und Konsequenzen Wahrnehmung von Terminen Mitwirkung	2	Aufbewahrung außerhalb der Reichweite von Kindern	2	gehört zur Substitutionsbehandlung	2	fortgesetzter Beikonsum Verstöße gegen Behandlungsregeln/Hausordnung	2
25	kein Beikonsum (mind. 3 Monate)	2	Regeln und Pflichten	3	bestenfalls verschlossen	2	gehört zur Substitutionsbehandlung	2	fortgesetzter Beikonsum	3
26	kein Beikonsum (mind. 3 Monate)	2	regelmäßige PSB	3	Aufbewahren außerhalb der Reichweite von Kindern	2	nicht bekannt	5	fortgesetzter Beikonsum	3
27	kein Beikonsum (mind. 3 Monate)	2	Wahrnehmung von Terminen Beigebrauch und Konsequenzen	2	bestenfalls verschlossen	2	nicht bekannt	5	fortgesetzter Beikonsum	3
28	kein Beikonsum (mind. 3 Monate)	2	Einhaltung der Hausordnung/Behandlungsregeln Beigebrauch und Konsequenzen	2	Aufbewahrung außerhalb der Reichweite von Kindern	2	nicht bekannt	5	missbräuchliche Verwendung des Substituts fortgesetzter Beikonsum Betrug bei Drogenscreening	1
29	kein Beikonsum (mind. 3 Monate)	2	Beigebrauch und Konsequenzen Ausgabe des Substitutionsmittels Wahrnehmung von Terminen regelmäßige PSB	2	Aufbewahrung außerhalb der Reichweite von Kindern	2	nicht bekannt	5	fortgesetzter Beikonsum Verstöße gegen Behandlungsregeln/Hausordnung	2

Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere, dass die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig angefertigt wurde und ich mich anderer als der im beigefügten Verzeichnis angegebenen Hilfsmittel nicht bedient habe.

Schkopau, den 26.08.2017

Anja Buchner