

COBRA – Vorbogen

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

dieser Fragebogen enthält Fragen zur Versorgungspraxis von Ärztinnen und Ärzten, die Opiatabhängige behandeln und Substitutionsmittel einsetzen. Sollten Sie nicht oder nicht mehr auf diesem Versorgungsgebiet tätig sein, füllen Sie bitte trotzdem diese erste Seite aus. Diese Information ist für die Aussagekraft des Projekts sehr wichtig!

Der Bogen soll uns in Vorbereitung der eigentlichen COBRA-Haupterhebung im Dezember 2003 bzw. Januar 2004 einige Basisinformationen zu Ihrer Praxis bzw. Einrichtung geben und uns eine optimierte Stichprobenziehung ermöglichen. Darüber hinaus werden wir die Ergebnisse im COBRA-Newsletter dem Fachkollegenkreis zugänglich machen und zur Diskussion stellen.

Das Ausfüllen des Fragebogens wird ca. 30 Minuten Ihrer Zeit in Anspruch nehmen. Aussagekräftige Ergebnisse werden nur möglich sein, wenn die Mehrzahl aller angeschriebener Ärztinnen und Ärzte mitwirken.

Herzlichen Dank für Ihre Entgegenkommen und in Vorfreude auf unser gemeinsames Projekt
Ihr Professor H.-U. Wittchen und das COBRA-Team

Behandeln Sie generell opiatabhängige Patienten?

- ja
- nein ➤ Sie brauchen den Fragebogen nicht ausfüllen. Wir möchten Sie aber bitten, das Deckblatt im beiliegenden frankierten und adressierten Rückumschlag an uns weiterzuleiten. Vielen Dank!

Wenn ja: Sind Sie in den letzten zwölf Monaten in der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger tätig gewesen?

- ja
- nein
 - habe auch davor keine Substitutionsbehandlungen durchgeführt
 - habe Substitutionsbehandlung eingestellt
Warum?
 - Vor wie vielen Monaten?
 - Sie brauchen den Fragebogen nicht ausfüllen. Wir möchten Sie aber bitten, das Deckblatt im beiliegenden frankierten und adressierten Rückumschlag an uns weiterzuleiten. Vielen Dank!

Wenn ja: Sind Sie generell bereit, diesen Fragebogen auszufüllen?

- ja ➤ Bitte beginnen Sie mit dem Ausfüllen des Fragebogens auf der folgenden Seite.
- nein ➤ Wir möchten Sie trotzdem bitten, das Deckblatt im beiliegenden frankierten und adressierten Rückumschlag an uns weiterzuleiten. Vielen Dank!

Erklärung zum Datenschutz

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Die Daten werden bei der Eingabe vollständig anonymisiert. Bitte verwenden Sie den beiliegenden Rückumschlag für den ausgefüllten Fragebogen. Übergeben Sie den verschlossenen Umschlag entweder Ihrem Betreuer oder senden Sie ihn direkt an uns (Adresse: COBRA-Projekt, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Chemnitzer Str. 46, 01187 Dresden). Alle praxisbezogenen und klinisch-therapeutischen Angaben werden verschlüsselt und anonymisiert ausgewertet. Ihre persönlichen Angaben sind somit keinem Dritten zugänglich. Die Auswertung dient ausschließlich der Beantwortung der wissenschaftlichen Projektziele bzw. der optimalen Planung der Haupterhebung.

Vorab einige Fragen zur optimierten Durchführung des COBRA-Projekts

Die Beantwortung der folgenden Fragen soll uns helfen, die Durchführung des COBRA-Projekts besser an Ihre persönlichen Bedürfnisse und Praxismöglichkeiten anzupassen. Darüber hinaus geht es darum, diejenigen Ärzte zu identifizieren, die Interesse an der vertiefenden 3-Monats-Nachuntersuchung haben.

I. Für die Haupterhebung des COBRA-Projekts suchen wir Ärztinnen und Ärzte, die bereit sind, ca.15 ihrer opiatabhängigen Patienten klinisch zu beurteilen. Sind Sie prinzipiell (unverbindlich) bereit, an der Haupterhebung teilzunehmen?

- nein ➤ Zur Beurteilung der Repräsentativität wäre ich Ihnen dankbar, wenn Sie trotzdem den Fragebogen ab Frage 1 auf der nächsten Seite ausfüllen könnten.
- ja
- vielleicht, ich brauche noch mehr Informationen

II. Wenn ja oder vielleicht: Welche der zwei alternativen Erhebungswochen wäre für Sie am günstigsten? (Mehrfachantwort möglich)

- 1. bis 5. Dezember 2003
- 12. bis 16. Januar 2004

III. Gibt es einen bestimmten Wochentag, an dem Sie Ihre opiatabhängigen und Ihre substituierten Patienten vorrangig sehen?

- nein, verteilt sich über die gesamte Woche
- ja und zwar vorrangig an folgenden Tagen:
 - Montag von Uhr bis Uhr
 - Dienstag von Uhr bis Uhr
 - Mittwoch von Uhr bis Uhr
 - Donnerstag von Uhr bis Uhr
 - Freitag von Uhr bis Uhr
 - Wochenende von Uhr bis Uhr

IV. Für die Verlaufserhebung des COBRA-Projekts suchen wir Ärztinnen und Ärzte, die mit entsprechender Vergütung drei Monate nach der Haupterhebung ca. 10 opiatabhängige Patienten nachuntersuchen. Wären Sie prinzipiell (unverbindlich) bereit, an dieser Nachuntersuchung teilzunehmen?

- nein
- ja
- vielleicht, ich brauche noch mehr Informationen

Und nun die Fragen zu Ihnen und zu Ihrer Praxis bzw. Einrichtung:

1. Sie sind ...

- weiblich männlich und Jahre alt
- Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin praktische/r Arzt/Ärztin
- Internist/in Gynäkologe/in
- anderes und zwar

2. Haben Sie eine psychotherapeutische Qualifikation (Zusatztitel)?

- nein ja
- befinde mich in Ausbildung seit

3. Wenn ja oder in Ausbildung: Welche?

.....

.....

.....

4. Haben Sie Zusatzqualifikationen im Bereich der Suchtversorgung wie z.B. "Suchtmedizinische Grundversorgung" erworben?

- nein ja

5. Wenn ja: Tragen Sie bitte die Bezeichnung Ihrer Zusatzqualifikation(en) ein!

Zusatzqualifikation von Landes- und Bundesärztekammern anerkannt

Zusatzqualifikation von Verbänden und anderen Organisationen

.....

.....

.....

.....

6. Sie arbeiten als ...

	hauptberuflich	nebenberuflich
<input type="checkbox"/> niedergelassene/r Arzt/Ärztin in eigener Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> niedergelassene/r Arzt/Ärztin in einer Gemeinschaftspraxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> niedergelassene/r Arzt/Ärztin in einer Praxisgemeinschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> angestellte/r Arzt/Ärztin in einer Arztpraxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Angestellte/r in einer Drogenhilfeeinrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Angestellte/r in einer anderen Einrichtung und zwar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> anderes und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Seit wie vielen Jahren sind Sie insgesamt als Ärztin/Arzt in der Patientenversorgung tätig?

seit Jahren

8. Seit wie vielen Jahren behandeln Sie allgemein Suchterkrankungen?

seit Jahren

9. Seit wie vielen Jahren behandeln Sie speziell Patienten vom Opiatabhängigkeitstypus?

seit Jahren

10. Seit wie vielen Jahren führen Sie selbst Substitutionsbehandlungen Opiatabhängiger durch?

seit Jahren

11. Wie viele Patienten sehen Sie typischerweise täglich (Tag) bzw. wöchentlich (Woche) im Durchschnitt? Geben Sie bitte jeweils die absoluten Zahlen an! (Schätzung reicht!)

	insgesamt		davon Opiatabhängige	
	pro Tag	pro Woche	pro Tag	pro Woche
in eigener Praxis sehe ich ca.
woanders und zwar:

	Methadon		Levomethadon		Buprenorphin	
	pro Tag	pro Woche	pro Tag	pro Woche	pro Tag	pro Woche
In eigener Praxis sehe ich ca.
woanders und zwar:

12. Welche der folgenden Substitutionsmittel haben Sie bereits angewandt? (Mehrfachantworten möglich)

	nein	ja
Methadon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levomethadon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buprenorphin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere und zwar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Welches Substitutionsmittel wenden Sie vorrangig bei Langzeitsubstituierten bzw. Neusubstituierten Patienten an? Bitte geben Sie den prozentualen Anteil an!

	Methadon	Levomethadon	Buprenorphin
bei Langzeitsubstituierten (>12 Monate) % % %
bei Neusubstituierten (bis 12 Monate) % % %

14. Wie viele Ihrer Substitutionspatienten erhalten eine Substitutionsbehandlung als zeitlich begrenzte Maßnahme zum Übergang in eine drogenfreie Therapie? Bitte geben Sie den prozentualen Anteil an!

.....%

15. Wie kommen Ihre opiatabhängigen Patienten hauptsächlich zur Substitutionsbehandlung?

	häufig	selten	nie
Eigeninitiative des Patienten (Wunsch nach Substitution)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontakt über Sekundärerkrankung (z. B. Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überweisung eines anderen Arztes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empfehlung von Drogenberatung, Sozialarbeiter etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empfehlung anderer Substitutionspatienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
durch Zuteilung durch die zuständige Clearingstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapieauflage (§35, BtMG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anderes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Wie wird die Substitutionsbehandlung finanziert? Bitte geben Sie an, wie viel Prozent Ihrer Patienten über den jeweiligen Kostenträger abgerechnet werden!

Ortskrankenkassen % Betriebskrankenkassen %
 Ersatzkassen % Private Krankenkassen %
 Sozialamt % anderes: %
 Wie viel Prozent Ihrer Substitutionspatienten sind Selbstzahler? %

17. Nehmen Ihre Substitutionspatienten das Substitutionsmittel unter Aufsicht ein?

	immer	meistens	selten	nie
Methadon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levomethadon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buprenorphin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Mittel und zwar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Wo erhalten Ihre Substitutionspatienten gewöhnlich das Substitutionsmittel?

in meiner Praxis/Einrichtung in der Apotheke
 anderenorts und zwar:

19. Wie hoch ist die minimale und maximale Dosis der jeweiligen Substitutionsmittel, die Sie verschreiben?

	Dosis	Methadon	Levomethadon	Buprenorphin
Einstellungsphase	min.	..... mg	..... mg	..... mg
	max.	..... mg	..... mg	..... mg
Erhaltungsphase	min.	..... mg	..... mg	..... mg
	max.	..... mg	..... mg	..... mg

20. Wie oft haben Sie Probleme bei der Sicherung einer kontinuierlichen Betreuung Ihrer Substitutionspatienten an Wochenenden und Feiertagen?

häufig selten nie

21. Wenn es in Ihrer Region zu Versorgungsengpässen bezüglich des Substitutionsmittels kommt, welches sind die häufigsten Gründe dafür?

zu wenige Substitutionsärzte
 zu wenige Apotheken mit Nacht- und Wochenenddienst
 anderes und zwar:

22. Wie häufig sehen Sie gewöhnlich Ihre Substitutionspatienten? Bitte geben Sie den jeweiligen prozentualen Anteil an!

	Einstellungsphase	im weiteren Behandlungsverlauf
nahezu täglich % %
etwa 2 bis 3 mal pro Woche % %
1 mal pro Woche % %
1–2 mal pro Monat % %
seltener % %

23. Wie groß ist der Anteil an Ihren jeweiligen Substitutionspatienten, die ...

	Methadon	Levomethadon	Buprenorphin
einen regelmäßigen, aber unproblematischen Beikonsum aufweisen? % % %
einen problematischen Beikonsum aufweisen? % % %
einen extrem risikoreichen Beikonsum aufweisen? % % %

(Bitte legale [Alkohol/Medikamente] wie auch illegale Substanzen berücksichtigen!)

24. Wie überprüfen Sie den Beikonsum Ihrer Substitutionspatienten?

	wöchentlich	monatlich	seltener
Befragung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urintest (mit Sichtkontrolle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urintest (ohne Sichtkontrolle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anderes und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Wie reagieren Sie, wenn Sie problematischen bis risikoreichen Beikonsum bei einem Substitutionspatienten feststellen?

	häufig	selten	nie
Reduzierung der Dosis des Substitutionsmittels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stationäre Entgiftung von den beikonsumierten Substanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abdosieren des Substitutionsmittels und Beendigung der Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sofortiger Therapieabbruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anderes und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Wie problematisch haben Sie das Umstellen Ihrer Substitutionspatienten auf ein anderes Substitutionsmittel erlebt?

	kaum	ausgeprägt	extrem	keine Erfahrungen
von Methadon auf Buprenorphin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
von Buprenorphin auf Methadon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
von Levomethadon auf Methadon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
von Methadon auf Levomethadon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
von Levomethadon auf Buprenorphin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
von Buprenorphin auf Levomethadon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Was muss Ihrer Erfahrung nach unbedingt beim Umstellen auf ein anderes Substitutionsmittel beachtet werden? Bitte skizzieren Sie in Stichpunkten!

von Methadon auf Buprenorphin:

.....

von Buprenorphin auf Methadon:

.....

von Levomethadon auf Methadon:

.....

von Methadon auf Levomethadon:

.....

von Levomethadon auf Buprenorphin:

.....

von Buprenorphin auf Levomethadon:

.....

28. Wie viele Ihrer opiatabhängigen bzw. substituierten Patienten weisen eine oder mehrere der folgenden körperlichen Krankheiten auf? Bitte geben Sie die prozentualen Anteile an!

	Opiatabhängige insgesamt	Substitutions- patienten
chronische Hepatitis B % %
chronische Hepatitis C % %
Leberentzündung % %
Leberzirrhose % %
HIV-Infektion % %
AIDS % %
Herzklappenentzündung/KHK % %
Lungenentzündung % %
TBC % %
Gastrointestinale Erkrankungen % %
tiefe Beinvenenthrombose % %
Abszesse % %
anderes und zwar: % %

29. Wie oft untersuchen Sie Ihre opiatabhängigen bzw. substituierten Patienten auf Hepatitis C?

	regelmäßig	selten	gar nicht
opiatabhängige Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
substituierte Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Wenn selten oder gar nicht: Warum?

.....

.....

.....

31. Behandeln Sie selbst Hepatitis C?

- nein ja

32. Wenn ja: Welche der folgenden Therapiemethoden führen Sie durch?

	immer	meistens	selten	nie
Interferon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kombinationstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere und zwar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Wenn nein: Welche Gründe haben Sie, die Hepatitis-C-Behandlung nicht durchzuführen?

- arbeite mit kompetenten Spezialisten zusammen
- Unzuverlässigkeit der Patienten
- fehlende eigene Kompetenz
- fehlende eigene Erfahrung in der Hepatitis-C-Behandlung
- zu hohe Behandlungskosten
- Hepatitis-C-Behandlung nicht sinnvoll bei Opiatabhängigen
- anderes und zwar:

34. Wie viele Ihrer opiatabhängigen bzw. substituierten Patienten weisen eine oder mehrere der folgenden psychischen Störungen auf? Bitte geben Sie die prozentualen Anteile an!

	Opiatabhängige insgesamt	Substitutionspatienten
Depressive Störungen % %
Angststörungen % %
Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit % %
weitere Substanzstörungen % %
Psychotische Störungen % %
Somatoforme Störungen % %
Persönlichkeitsstörungen % %
anderes und zwar % %

Sicherlich sind Ihnen die BUB-Richtlinien zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger bekannt. Eine Zusammenfassung finden Sie auf der nächsten Seite.

35. Wie stark orientieren Sie sich an den BUB-Richtlinien bei der Substitution Opiatabhängiger?

- stark eingeschränkt kaum
- ich orientiere mich eher an anderen Leitlinien und zwar:
- Methadon-Standards Leitlinien der BAS
- Leitlinien der DGS anderes:

36. Welche Inhalte der BUB-Richtlinien beachten Sie bei der Ausführung Ihrer Tätigkeit ?

	beachte ich sehr	beachte ich weniger	beachte ich kaum
Indikationskriterien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausschlussgründe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abbruchkriterien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapiekonzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meldepflicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualitätssicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dokumentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zusammenfassung der BUB-Richtlinien zur substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger

1. Genehmigungspflicht

Ärzte müssen gegenüber KV fachliche Befähigung nachgewiesen und Genehmigung erhalten haben.

2. Indikation

Ziele:

- bei manifester Opiatabhängigkeit Wiederherstellung der Betäubungsmittelabstinenz
- Stabilisierung des Gesundheitszustandes
- Verringerung der Risiken bei Schwangerschaft und Geburt

Kriterien:

- erfolglose Abstinenzversuche unter ärztlicher Aufsicht
- drogenfreie Therapie nicht möglich
- beste Heilungschancen bei Substitution

Therapiekonzept:

- ausführliche Anamnese, körperliche Untersuchung (inkl. Urinanalyse)
- Abklärung von Suchtfolge- und Suchtbegleiterkrankungen
- Abwägung von drogenfreier gegenüber substituionsgestützter Therapie
- Ermittlung des psychosozialen Hilfebedarfs
- Erstellung eines individuellen Therapieplans (Therapieziele, Auswahl und Dosierung des Substitutionsmittels, Dosierungsschema)
- Verlaufs- und Ergebniskontrollen (inkl. unangekündigte Beigebrauchskontrollen)
- Behandlungsvereinbarung mit Patienten

3. Ausschlussgründe

- medizinisch allgemein anerkannte Ausschlussgründe
- Beikonsum in Art und Menge, der den Zweck der Substitution gefährdet

4. Meldeverfahren

- Meldepflicht gegenüber BfArM zur Vermeidung von Mehrfachsubstitutionen

5. Substitutionsmittel

- gemäß BtMVV zugelassene Substitutionsmittel
- Wirtschaftlichkeitsgebot

6. Dokumentation

- Dokumentation und Begründung der Indikation
- Dokumentation der vorgesehenen medizinischen Behandlungsmaßnahmen
- Angabe der psychosozialen Betreuungsstelle
- Meldung von Beginn und Beendigung an die zuständige KV und Krankenkasse (mit Einverständnis des Patienten)
- bei Mehrfachsubstitution Einigung der beteiligten Ärzte mit dem Patienten, Meldung an KV und Krankenkasse

7. Abbruchkriterien

- Mehrfachsubstitution
- Missbrauch des Substitutionsmittels
- Ausweitung oder Verfestigung des Beikonsums
- dauerhafte Nichtteilnahme an ggf. erforderlichen psychosozialen Betreuungsmaßnahmen
- Indikationskriterien sind nicht mehr erfüllt (Feststellung durch Kommission)

8. Qualitätssicherung

Die Qualitätssicherungskommissionen der KVs

- beraten die Ärzte
- kontrollieren (min. 2% der abgerechneten Fälle/Quartal)
- erhalten Patientendokumentationen von den Ärzten bei Opiatabhängigen <18 Jahre oder Opiatabhängigkeit <2 Jahre
- erhalten alle Patientendokumentationen nach jeweils 5 Behandlungsjahren
- beheben Qualitätsmängel und entziehen ggf. die Genehmigung
- berichten alle 2 Jahre an die KV und die Landesverbände der Krankenkassen

9. Genehmigung der Leistungserbringung

- Arzt muss Genehmigung zur Substitution bei KV beantragen
- i.d.R. soll ein Arzt nicht mehr als 50 Patienten substituieren

10. Übergangsregelung

- Überprüfung von Substitutionsbehandlungen, die schon mindestens seit 5 Jahren laufen
- Substitution ohne Zusatzqualifikation bis 31.12. 2003 erlaubt

37. In welchen Bereichen der BUB-Richtlinien sehen Sie aus Ihrer persönlichen Erfahrung heraus unbedingten Änderungsbedarf? Bitte skizzieren Sie ggf. in Stichpunkten!

Indikationskriterien:

keine Anmerkungen

.....

.....

Ausschlussgründe:

keine Anmerkungen

.....

.....

Abbruchkriterien:

keine Anmerkungen

.....

.....

Therapiekonzept:

keine Anmerkungen

.....

.....

Meldepflicht:

keine Anmerkungen

.....

.....

Qualitätssicherung:

keine Anmerkungen

.....

.....

Dokumentation:

keine Anmerkungen

.....

.....

38. Welche Kriterien sprechen Ihrer Ansicht nach besonders für die Indikation einer Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger? Geben Sie bitte auch an, welche Präparatgruppe Sie ggf. bevorzugen!

	Methadon	Levomethadon	Buprenorphin
schwere Opiatabhängigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bestehende schwere körperliche Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bestehende schwere psychische Störung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bestehende Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dauer der Abhängigkeit >2 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
allgemein schlechter Gesundheitszustand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mehrere erfolglose Abstinenzversuche unter ärztlicher Aufsicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chance zur Besserung und Heilung nur durch Substitution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wunsch des Opiatabhängigen nach Substitution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fortgeschrittene soziale Desintegration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschaffungsprostitution des Opiatabhängigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anderes und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39. Welche mittelfristigen (3-Monats-)Therapieziele verfolgen Sie primär mit einer Substitutionsbehandlung? Bitte bringen Sie die folgenden Ziele in eine Rangreihe! Sie können auch den gleichen Rangplatz mehrfach vergeben! (1 für das wichtigste Ziel bis 7 für das am wenigsten wichtige Ziel)

- berufliche Rehabilitation
- Entkriminalisierung
- Opiatfreiheit
- Reduktion und Einstellung des Beikonsums
- soziale Reintegration
- Stabilisierung des allgemeinen Gesundheitszustandes des Patienten
- anderes und zwar:

40. Wann motivieren Sie Ihre Patienten zum Ausstieg bzw. Ausschleichen aus der Substitutionsbehandlung?

- bei dauerhafter Einstellung des Beikonsums
- bei Erreichen einer dauerhaft niedrigen Dosis des Substitutionsmittels
- bei fortgeschrittener beruflicher und sozialer Rehabilitation des Patienten
- auf Wunsch des Patienten
- anderes und zwar

41. Wie viele Ihrer Substitutionstherapien werden vorzeitig abgebrochen? Bitte geben Sie den prozentualen Anteil an!

	in den ersten 3 Monaten	später
insgesamt % %
seitens des Arztes % %
seitens des Patienten % %

42. Welches sind die häufigsten Gründe für den Abbruch von Substitutionstherapien? Bitte bringen Sie die folgenden Gründe in eine Rangreihe. Sie können auch den gleichen Rangplatz mehrfach vergeben! (1 für den häufigsten Abbruchgrund bis 13 für den seltensten Abbruchgrund)!

- anhaltende Aggression gegenüber dem Arzt/Pflegepersonal
- anhaltender problematischer Beikonsum
- generelle Noncompliance des Substituierten (Missbrauch des Substitutionsmittels, Nichterscheinen zu Terminen etc.)
- Inhaftierung des Patienten
- körperliche Krankheit(en)
- kriminelle Aktivitäten des Patienten (Weiterverkauf des Substitutionsmittels, Dealen in den Räumen der Behandlungseinrichtung)
- Parallelverschreibung des Substitutionsmittels durch anderen Arzt
- psychische Störung(en)
- starke Nebenwirkungen
- Therapieunzufriedenheit
- Tod des Patienten
- unsichere Finanzierung
- kein spezifischer Grund
- anderes und zwar

43. Wie hoch ist Ihr ungefährender Zeitaufwand für psychosoziale Betreuungsmaßnahmen pro Substitutionspatient und Termin?

zu Beginn der Therapie
..... Minuten

im späteren Verlauf
..... Minuten

44. Haben Sie Probleme bei der Umsetzung psychosozialer Betreuungsmaßnahmen?

	häufig	selten	nie
Zeitmangel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mangel an qualifizierten Betreuungsangeboten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzierung nicht möglich oder schwierig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mangelnde eigene Kompetenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fehlende Motivation des Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anderes und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. Wie häufig ist es seit Einführung des Substitutionsregisters vorgekommen, dass Sie vom BfArM über eine parallele Substitutionsbehandlung einer Ihrer Patienten durch einen anderen Arzt erfahren haben?

..... Anzahl der Fälle

46. Es gibt sicherlich Ausnahmefälle, in denen es gute Gründe gibt, die Substitutionsbehandlung nicht ans BfArM zu melden. Haben Sie sich schon einmal in einer solchen Situation befunden?

nein ja

47. Wenn ja: Welche Gründe haben Sie dazu bewogen, die Substitutionsbehandlung nicht beim BfArM zu melden?

.....
.....

48. Welches sind Ihre vordringlichsten Wünsche für die Verbesserung der Behandlung Opiatabhängiger?

- mehr Kompetenz für effektive psychotherapeutische Behandlung
- mehr Fachwissen zur Substitution
- regelmäßiger Austausch mit anderen Kollegen
- regelmäßige Supervision
- engere Vernetzung mit Drogenhilfeeinrichtungen
- größerer gesetzlicher Handlungsspielraum
- mehr psychosoziale Betreuungseinrichtungen
- bessere Honorierung der Substitutionsbehandlung
- weniger Dokumentationsaufwand
- stärkere Zusammenarbeit mit Fachpersonal und zwar mit
- anderes und zwar:

Wir möchten Sie nun bitten, den beiliegenden Fragebogen ("Anonymer Fragebogen für substituierende Ärzte/Ärztinnen") zur Einstellung gegenüber Drogen, Drogenabhängigkeit und Substitution auszufüllen. Dieser Fragebogen wurde bereits international eingesetzt und soll mit den bereits vorhandenen Daten verglichen werden.

HERZLICHEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT !