

Aktuelle Praxis der Substitutionsbehandlung mit Methadon in der Schweiz 2000

Gesamtschweizerischen Erhebung bei den
an der ärztlichen Opiatverschreibung
Beteiligten und Betroffenen

im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)
als Teilauftrag im Rahmen der Vorbereitungsarbeiten
zur ersten nationalen Substitutionskonferenz NASUKO 2001

Aktuelle Praxis der Substitutionsbehandlung mit Methadon in der Schweiz (2000)

Resultate einer gesamtschweizerischen Erhebung im Jahr 2000:

- bei Kantonsärzten und kantonalen Beauftragten für Suchtfragen,
- bei Privatarztpraxen,
- bei Spitälern, Psychiatrischen Kliniken, Substitutionspraxen und bei auf Suchtmittelabhängigkeit spezialisierten Kliniken,
- bei Beratungsstellen und DropIns,
- bei stationären Therapeutischen Einrichtungen
- sowie bei Apotheken

im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)
als Teilauftrag im Rahmen der Vorbereitungsarbeiten
zur ersten nationalen Substitutionskonferenz NASUKO 2001

Hannes Herrmann
Büro für sozioökonomische Studien & Projekte
Waldenburgerstr. 15
CH-4052 Basel
<http://www.hannes.ch>

Inhalt

Tabellenverzeichnis	iv
Abbildungsverzeichnis	v
Einleitung und Übersicht.....	vii
1 Gesamtschweizerische Erhebung zur aktuellen Praxis der Substitutionsbehandlung.....	1
1.1 Ziel und Fragestellung	1
1.2 Beteiligte, Arbeits- und Zeitplan.....	1
1.3 Methodik	1
2 Quantitative Dimension der im Jahr 2000 in der Schweiz durchgeführten Substitutionsbehandlungen.....	6
2.1 Anzahl mit Methadon substituierte Personen in der Schweiz	6
2.2 Anzahl Methadon verschreibende oder abgebende Personen und Einrichtungen .	7
3 Kantonale Gesetzgebung und behördliche Reglementierung der Substitutionsbehandlung.....	9
3.1 Behördliche Reglementierung von Indikation und Bewilligungsverfahren.....	9
3.2 Formale Anforderungen an die behandelnden Ärzte	11
3.3 Bewilligte und verwendete Substanzen	12
3.4 Durchführung der Methadonverschreibung und -abgabe	12
3.5 Spezifische Angebote der Kantone.....	14
3.6 Beurteilung der Fahrtüchtigkeit und Führerausweisentzug	15
3.7 Spezielle Vorschriften und Richtlinien für die Substitutionsbehandlung	15
4 Beurteilung und persönliche Einschätzung der aktuellen Substitutionspraxis durch Behördenvertreter und Suchtfachleute	18
4.1 Kantonale Regelungen und gesetzliche Rahmenbedingungen.....	18
4.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	19
4.3 Wichtigste Elemente der psychosozialen Behandlung	23
4.4 Aktuelles Substitutionsangebot	24
4.5 Suchtspezifisches Fachwissen der behandelnden Ärzte	25
4.6 Erfolg der Substitutionsbehandlung.....	26

5	Probleme rund um die Substitutionsbehandlung mit Methadon als Teil der Suchthilfe – ein Stimmungsbarometer	28
5.1	Übersicht	29
5.2	Wichtigste Problembereiche nach antwortenden Berufsgruppen	30
5.3	Detailbetrachtung	30
6	Einrichtungsübergreifende Aspekte bei der Durchführung der Substitutionsbehandlung in der alltäglichen Praxis	36
6.1	Abschluss von Behandlungsverträgen.....	36
6.2	Methadonabgabestellen	37
6.3	Dosierung des Methadons	38
6.4	Mitgabe des Methadons.....	40
6.5	Berichterstattung an übergeordnete Instanzen und Behörden.....	41
6.6	Erfassung und Auswertung von statistischen Daten zur Substitutionsbehandlung.....	43
6.7	Behandlung von schwangeren Frauen und stillenden Müttern	43
6.8	Urinkontrollen und Konsequenzen für die Behandlung.....	46
6.9	Durchführung von psychosozialer Behandlung und Betreuung.....	51
6.10	Beendigung der Substitutionsbehandlung.....	51
6.11	Zeitaufwand für Methadonpatienten	55
6.12	Fort- und Weiterbildung	56
6.13	Zwischenfälle in direktem Zusammenhang mit Substitutionsbehandlungen.....	57
7	Substitutionsbehandlung in der privatärztlichen Praxis.....	58
7.1	Quantitative Aspekte	59
7.2	Bewilligung, Aufnahmeverfahren	61
7.3	Durchführung der Methadonabgabe.....	62
7.4	Angebot und Durchführung von Entzug und Teilentzug mit Methadon.....	62
7.5	Kostendeckung.....	63
7.6	Empfehlung an Arztkollegen und -kolleginnen.....	64
8	Substitutionsbehandlung in Spitälern, Psychiatrischen Kliniken, in auf Suchtmittelabhängigkeit spezialisierten Kliniken und Substitutionspraxen.....	65
8.1	Ambulante und stationäre Substitutionsbehandlung	66
8.2	Disposition der Spitäler und Kliniken für die Behandlung von Suchtkranken	69
8.3	Aufnahmekriterien	71
8.4	Durchführung der Methadonabgabe.....	71
8.5	Angebot und Durchführung von Entzug und Teilentzug mit Methadon.....	72
8.6	Kostendeckung	73

9	Substitutionsbehandlung in Beratungsstellen und DropIns.....	74
9.1	Quantitative Aspekte	75
9.2	Medizinisches Angebot	76
9.3	Eigenes internes therapeutisches und psychosoziales Angebot	77
10	Substitutionsbehandlung in stationären Therapeutischen Einrichtungen ...	78
10.1	Quantitative Aspekte	79
10.2	Zusammenleben von abstinenten und substituierten Patienten	80
10.3	Eigenes internes therapeutisches und psychosoziales Angebot	81
10.4	Externes therapeutisches und psychosoziales Angebot.....	82
10.5	Medizinisches Angebot	82
10.6	Durchführung von Urinkontrollen.....	82
10.7	Therapieabbruch	83
11	Methadonabgabe in den Apotheken	84
11.1	Quantitative Aspekte	85
12	Zusammenfassung	87
	Hintergrund des Autors	95

Tabellenverzeichnis

- Tabelle 1: Statistik der Erhebung, Gesamtpopulation und Stichprobengrösse
- Tabelle 2: Statistik der Erhebung, Rücklauf
- Tabelle 3: Statistik der Erhebung, Fehlende Antworten
- Tabelle 4: Substitutionsbehandlungen in der Schweiz
- Tabelle 5: Gesetzliche Regelung der Substitutionsbehandlung in den Kantonen
- Tabelle 6: Ausgestaltung der gesetzlichen Regelung der Kantone betr. die Substitutionsbehandlung
- Tabelle 7: Zuständigkeit in den Kantonen für die Bewilligung einer Indikationsstellung
- Tabelle 8: Zuständigkeiten in den Kantonen für die Indikationsstellung zur Substitutionsbehandlung
- Tabelle 9: Verschiedene Formen der Erteilung von Behandlungsermächtigungen in den Kantonen
- Tabelle 10: Regelung der Kantone betr. formale Anforderungen an Methadon verschreibende Privatärzte
- Tabelle 11: Möglichkeit der Verschreibung anderer Substanzen (als Methadon)
- Tabelle 12: Verbindliche Regelung der Kantone betr. die Dosierung
- Tabelle 13: Regelung der Kantone betr. die intravenöse Methadonabgabe
- Tabelle 14: Angebot der Kantone an methadongestütztem Teilentzug
- Tabelle 15: (Möglichkeit) Angebot der Kantone, eine laufende Methadonabgabe im Gefängnis *fortzusetzen*
- Tabelle 16: (Möglichkeit) Angebot der Kantone, eine Methadonabgabe im Gefängnis zu *beginnen*
- Tabelle 17: Beurteilung der Fahrtüchtigkeit und Regelung der Kantone betr. Führerausweisentzug
- Tabelle 18: Regelung der Kantone betr. den Abschluss eines Behandlungsvertrags zwischen Patient und Arzt
- Tabelle 19: Regelung der Kantone betr. die Durchführung psychosozialer Behandlung und Betreuung
- Tabelle 20: Regelung der Kantone betr. die Durchführung von Urinkontrollen
- Tabelle 21: Regelung der Kantone betr. formale Kriterien für zwingenden Abbruch der Substitutionsbehandlung
- Tabelle 22: *Gegenseitige* Beurteilung der Berufsgruppen und Einrichtungstypen
- Tabelle 23: Probleme im Zusammenhang mit Substitutionsbehandlung, Übersicht
- Tabelle 24: Probleme im Zusammenhang mit Substitutionsbehandlungen
- Tabelle 25: Probleme im Zusammenhang mit Substitutionsbehandlungen / Fortsetzung
- Tabelle 26: Probleme im Zusammenhang mit Substitutionsbehandlungen / Fortsetzung
- Tabelle 27: Probleme im Zusammenhang mit Substitutionsbehandlungen / Fortsetzung
- Tabelle 28: Probleme im Zusammenhang mit Substitutionsbehandlungen / Fortsetzung
- Tabelle 29: Häufigkeit des Abschlusses eines Behandlungsvertrags zwischen Einrichtung/Arzt und Patient
- Tabelle 30: Konkrete Ausgestaltung des Behandlungsvertrags mit den Patienten in den Einrichtungen
- Tabelle 31: Häufigkeit der zur physischen Abgabe des Methadons in verschiedenen Abgabestellen
- Tabelle 32: Zuständigkeit zur Festlegung die Höhe der Methadondosis bei Behandlungsbeginn oder –verlauf
- Tabelle 33: Konkrete Formen der Dosierungsvorschrift bei der Methadonverschreibung und –abgabe
- Tabelle 34: Maximale Erstdosierung sowie minimale/maximale Dosis bei der Substitutionsbehandlung
- Tabelle 35: Möglichkeit der Mitgabe des Methadons
- Tabelle 36: Einschränkungen der Mitgabe des Methadons
- Tabelle 37: Vorgaben der Bewilligungsbehörden oder übergeordneter Instanzen betr. Berichterstattung
- Tabelle 38: Formen der Berichterstattung an übergeordnet Instanzen oder Behörden
- Tabelle 39: Vorgegebene Intervalle der Berichterstattung an übergeordnet Instanzen oder Behörden
- Tabelle 40: Häufigkeit der statistischen Erfassung von Behandlungsdaten von Methadonpatienten
- Tabelle 41: Häufigkeit der Aufnahme von Schwangeren oder Stillenden in Substitutionsbehandlung
- Tabelle 42: Häufigkeit der „Erlaubnis“ zum Stillen bei opiatabhängigen Müttern in Substitutionsbehandlung
- Tabelle 43: Häufigkeit differenzierter Behandlung bei Schwangeren oder Stillenden in Substitutionsbehandlung
- Tabelle 44: Häufigkeit der Durchführung von Urinkontrollen
- Tabelle 45: Häufigste Gründe für die Durchführung von Urinkontrollen

- Tabelle 46: Frequenz und Art der Durchführung von Urinkontrollen
 Tabelle 47: Konsequenzen einer positiven Urinprobe auf die Behandlung
 Tabelle 48: Einschätzung der Einrichtungen betr. den Einfluss von Urinkontrollen auf den Behandlungserfolg
 Tabelle 49: Häufigkeit der obligatorischen Durchführung von psychosozialer Behandlung für Methadonpatienten
 Tabelle 50: Häufigkeit des ausserordentlichen und vorzeitigen Behandlungsabbruchs in den Einrichtungen
 Tabelle 51: Häufigste Gründe für einen ausserordentlichen, vorzeitigen Behandlungsabbruch
 Tabelle 52: Häufigste angeführte Gründe für ein reguläres Ende der Substitutionsbehandlung
 Tabelle 53: Häufigkeit suchtspezifischer Fortbildung von Privatärzten, Beratungsstellen, Therapieeinrichtungen
 Tabelle 54: Suchtspezifische Fortbildung von Privatärzten, Beratungsstellen, Stationären Therapieeinrichtungen
 Tabelle 55: Vergleich der Anzahl behandelter Methadonpatienten in den Spitälern und Kliniken im Jahr 2000
 Tabelle 56: Anteil der Methadonpatienten am Total aller behandelten Patienten der Einrichtungen im Jahr 2000
 Tabelle 57: Zeitliche Erfahrung in der Substitutionsbehandlung von Methadonpatienten (in Jahren)
 Tabelle 58: Häufigkeit spezieller Behandlungs-Richtlinien für Suchtkranke in den Spitälern und Kliniken
 Tabelle 59: Häufigkeit spezieller Abteilungen für Suchtkranke in den Spitälern und Kliniken
 Tabelle 60: Häufigste (zu Methadon) alternative Substanzen zur Substitutionsbehandlung
 Tabelle 61: Anteil der alle Spitäler/Kliniken, die methadongestützte Entzüge (ambulant) durchführen
 Tabelle 62: Anteil der alle Spitäler/Kliniken, die Teilentzüge nicht opioider Substanzen durchführen

Abbildungsverzeichnis

- Diagramm 1: Anzahl ausgewerteter Fragebogen
 Diagramm 2: Anzahl Personen in Substitutionsbehandlung mit Methadon
 Diagramm 3: Anzahl Methadonpatienten pro behandelnde Einrichtung
 Diagramm 4: Anzahl Substitutionsbehandlungen pro Einrichtung
 Diagramm 5: Konkrete Höhe der max. Erstdosierung
 Diagramm 6: Konkrete Höhe max. Behandlungsdosis
 Diagramm 7: Häufigste Gründe für die Durchführung von Urinkontrollen
 Diagramm 8: Häufigste Konsequenzen einer positiven Urinkontrollen
 Diagramm 9: Einschätzung des Einflusses von UPs auf Behandlungserfolg
 Diagramm 10: Häufigste Gründe für ausserordentlichen Behandlungsabbruch
 Diagramm 11: Häufigste Gründe für reguläres Ende Substitutionsbehandlung
 Diagramm 12: Durchschnittlicher täglicher Zeitaufwand für Methadonpatienten
 Diagramm 13: Häufigste Zwischenfälle bei Substitutionsbehandlungen
 Diagramm 14: Anzahl Methadonpatienten pro Privatarztpraxis
 Diagramm 15: Anzahl Methadonpatienten pro Arzt in der Deutschschweiz
 Diagramm 16: Anzahl Methadonpatienten pro Arzt in der frz. Schweiz und TI
 Diagramm 17: Anteil der Methadonpatienten am Total aller behandelten Patienten
 Diagramm 18: Zeitliche Erfahrung der Privatärzte in der Substitutionsbehandlung (in Jahren)
 Diagramm 19: Anteil der Privatarztpraxen, welche klare Aufnahmebedingungen formuliert haben
 Diagramm 20: Häufigste Bedingungen in Privatarztpraxen für Aufnahme von Methadonpatienten
 Diagramm 21: Anteil der Privatarztpraxen, die auch andere Substanzen als Methadon verschreiben
 Diagramm 22: Häufigste Substanzen, die in Privatarztpraxen nebst Methadon verschrieben werden
 Diagramm 23: Anteil der Privatarztpraxen, die methadongestützte Entzüge (ambulant) durchführen
 Diagramm 24: Anteil der Privatarztpraxen, die methadongestützte Teilentzüge durchführen
 Diagramm 25: Angaben der Privatarztpraxen betr. die Kostendeckung der Substitutionsbehandlung

- Diagramm 26: Häufigkeit der Art des Verlusts einer nicht kostendeckenden Substitutionsbehandlung
- Diagramm 27: Häufigkeitsverteilung der Verlusthöhe
- Diagramm 28: Anzahl Methadonpatienten pro Einrichtung
- Diagramm 29: Möglichkeit für Beginn einer Substitutionsbehandlung im Spital / in Klinik
- Diagramm 30: Möglichkeit für Weiterführung einer Substitutionsbehandlung im Spital / in Klinik
- Diagramm 31: Anteil der Spitäler/Kliniken, die andere Substanzen als Methadon verschreiben
- Diagramm 32: Anteil der Spitäler/Kliniken, die andere Substanzen als Methadon verschreiben
- Diagramm 34: Häufigkeitsverteilung Anzahl Methadonpatienten
- Diagramm 35: Anteil der Methadonpatienten am Total aller behandelten Patienten
- Diagramm 36: Zeitliche Erfahrung in der Behandlung von Methadonpatienten (in Jahren)
- Diagramm 37: Häufigkeit eines eigenen medizinischen Angebots
- Diagramm 38: Häufigkeit interner therapeutischer u. psychosozialer Angebote
- Diagramm 39: Anzahl Methadonpatienten pro Einrichtung
- Diagramm 40: Anteil der Methadonpatienten am Total aller behandelten Patienten
- Diagramm 41: Zeitliche Erfahrung in Substitutionsbehandlung (in Jahren)
- Diagramm 42: Häufigkeit interner therapeutischer / psychosozialer Angebote
- Diagramm 43: Häufigkeit externer therapeutischer / psychosozialer Angebote
- Diagramm 45: Anzahl Methadonpatienten pro Apotheke
- Diagramm 46: Häufigkeitsverteilung durchschnittliche Anzahl Methadonpatienten Deutschschweiz
- Diagramm 47: Häufigkeitsverteilung durchschnittliche Anzahl Methadonpatienten frz. Schweiz und TI
- Diagramm 48: Zeitliche Erfahrung in der Betreuung
- Diagramm 49: Vergleich der Erfahrung in Betreuung

Einleitung und Übersicht

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG), Facheinheit Sucht und Aids, gab im Vorfeld der ersten Nationalen Substitutionskonferenz 2001 als *ein* Teil einer Serie von Vorbereitungsarbeiten die Erarbeitung einer Übersicht zur aktuellen Praxis der Substitutionsbehandlung mit Methadon in Auftrag.

Mittels einer gesamtschweizerischen Erhebung im Jahr 2000 wurde in der Folge die aktuelle Praxis der Substitutionsbehandlung mit Methadon in der Schweiz bei allen massgeblich beteiligten Akteuren evaluiert und im vorliegenden Bericht sowohl qualitativ wie auch quantitativ beschrieben. Die Resultate ergänzen mit empirischen Daten die gleichzeitig in Auftrag gegebenen Metaanalysen der nationalen und internationalen Methadonforschung. Auf der Basis dieser Grundlagen werden mögliche zukünftige Handlungsperspektiven erarbeitet.

Der Bericht als Darstellung der Resultate ist folgendermassen aufgebaut:

Das **Kapitel 1** *Gesamtschweizerische Erhebung zur aktuellen Praxis der Substitutionsbehandlung mit Methadon* hat die Erhebung selbst zum Thema. Es werden Zielsetzung, Inhalt, Methodik des Vorgehens sowie engere und weitere Rahmenbedingungen beschrieben.

In **Kapitel 2** *Quantitative Dimension der im Jahr 2000 in der Schweiz durchgeführten Substitutionsbehandlungen* werden vor allem quantitative Aspekte der Substitutionsbehandlung in der Schweiz beschrieben. Es wird die zahlenmässige Dimension der Betroffenen und Beteiligten im Rahmen der sogenannten „Methadonprogramme“ für das Jahr 2000 fassbar dargestellt.

Kapitel 3 gibt einen Überblick über *Kantonale Gesetzgebung und behördliche Reglementierung der Substitutionsbehandlung*. Es wird die aktuelle Praxis der Substitutionsbehandlung in der Schweiz im Hinblick auf deren gesetzliche Grundlagen, Reglementierungen sowie allgemeine Rahmenbedingungen analysiert und dargelegt.

In **Kapitel 4 und 5** wird die subjektive Meinung der befragten Einrichtungen – oder besser gesagt, der antwortenden Personen – ausgelotet. Im Sinne eines Stimmungsbarometers werden einzelne Aspekte der heutigen Substitutionspraxis als *Beurteilung und persönliche Einschätzung der aktuellen Substitutionspraxis durch Behördenvertreter und Suchtfachleute* beleuchtet. Dabei interessieren auch die negativen – oder als negativ empfundenen – Seiten der aktuellen Substitutionspraxis als *konkrete Probleme rund um die Substitutionsbehandlung mit Methadon als Teil der Suchthilfe – ein Stimmungsbarometer* in diesem Kapitel. Denn nebst den anerkanntermassen positiven Seiten erlebt die Durchführung von Substitutionsbehandlungen besonders im ganz konkreten Alltag auch ihre schwierigen Momente. Die Analyse beruht auf der Auswertung der freien Meinungsäusserung als Antwort auf die offenen Fragen im Fragebogen.

Das **Kapitel 6** hat die *Konkrete Durchführung der Substitutionsbehandlung in der Praxis – Einrichtungsübergreifende Aspekte* zum Thema. In diesem Kapitel interessieren diejenigen Aspekte der Substitutionsbehandlung, welche alle Einrichtungstypen gleichermassen betreffen.

In den **Kapiteln 7-10** hingegen wird auf die konkrete Durchführung der Substitutionsbehandlung in der *privatärztlichen Praxis, in den Spitälern, Psychiatrischen Kliniken, auf Suchtmittelabhängigkeit spezialisierten Kliniken und Substitutionspraxen, in Beratungsstellen und DropIns* sowie in *stationären therapeutischen Einrichtungen* fokussiert und diese detailliert beschrieben, sofern die einzelnen Themen nicht bereits im Kapitel 6 einrichtungsübergreifend behandelt wurden. Die spezifischen Dimensionen der *Methadonabgabe in den Apotheken* sind Bestandteil von **Kapitel 11**.

Der flüssigeren Lesbarkeit (und Schreibarbeit) wegen wird in diesem Bericht jeweils nur die männliche Form genannt. Die Aussagen gelten aber immer, sofern nichts anderes erwähnt ist, für beide Geschlechter gleichermassen.

1 Gesamtschweizerische Erhebung zur aktuellen Praxis der Substitutionsbehandlung mit Methadon

1.1 Ziel und Fragestellung

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG, Facheinheit Sucht und Aids) beauftragte im Vorfeld der ersten Nationalen Substitutionskonferenz – als ein Teil einer Serie von Vorbereitungsarbeiten – das *Büro für sozioökonomische Studien & Projekte* mit der Erarbeitung einer gesamtschweizerischen Übersicht zur aktuellen Praxis der Substitutionsbehandlung mit Methadon. Formuliertes Ziel war die Durchführung und Auswertung einer gesamtschweizerischen Erhebung bei allen massgeblichen bei der Substitutionsbehandlung von Betäubungsmittelabhängigen beteiligten Behörden und Einrichtungen.

Diese Erhebung soll ermöglichen, die aktuelle Praxis der Substitutionsbehandlung mit Methadon in der Schweiz mit allen beteiligten Akteuren zu erfassen und sowohl qualitativ wie auch quantitativ zu beschreiben. Die Resultate sollten die gleichzeitig in Auftrag gegebenen Metaanalysen der nationalen und internationalen Methadonforschung mit empirischen Daten ergänzen. Auf der Basis dieser Grundlagen sollten mögliche zukünftige Handlungsperspektiven erarbeitet werden können.

1.2 Beteiligte, Arbeits- und Zeitplan

Der Auftrag selbst wurde vergeben an das *Büro für sozioökonomische Studien & Projekte* in Basel, Inhaber Lic.rer.pol. Hannes Herrmann. Das Pflichtenheft umfasste:

- Erstellen des Konzepts und Durchführung der Erhebung
- quantitative und qualitative Datenauswertung und Interpretation
- Redaktion des Berichts

Erste Vorarbeiten wurden im August 2000 in Angriff genommen. Der formelle Auftrag wurde im September 2000 erteilt. Die weiteren Arbeitsschritte wurde nach folgendem zeitlichen Rahmen realisiert:

- | | |
|--|-------------------------------|
| • Formulierung Konzept, Fragebogen | September, Oktober 2000 |
| • Übersetzung Fragebogen, Tests | November 2000 |
| • Versand Fragebogen | Dezember 2000 |
| • Rücklauf, Erfassung der Antworten | Dezember 2000 bis Januar 2000 |
| • Erste Auswertungen | Februar 2001 |
| • 2. Versand Fragebogen | März 2001 |
| • 2. Rücklauf, Erfassung der Antworten | März bis April 2001 |
| • Statistische Datenauswertung | April 2001 |
| • Qualitative Datenauswertung, Redaktion Bericht | Mai 2001 |

1.3 Methodik

1.3.1 Stichprobenbildung und Datenerhebung

Die zu befragenden Einrichtungen der jeweiligen Grundpopulation (P) wurden nach folgendem Muster ausgewählt und im Dezember 2000 angeschrieben (Stichprobe N):

- **direkt** angeschriebene Einrichtungen (Adresskartei BAG und/oder KOSTE)
 - Kantonsärzte und kantonale Beauftragte für Suchtfragen, Vollerhebung
 - stationäre Therapeutische Einrichtungen mit Methadonpatienten, Vollerhebung
 - Beratungsstellen und DropIns, Vollerhebung
 - Psychiatrische Kliniken, auf Suchtmittelabhängigkeit spezialisierte Kliniken sowie Substitutionspraxen, Vollerhebung
 - Apotheken, randomisierte Stichprobe von 10% (Adresskartei Apothekerverband)

- **indirekt** über die Kantonsärzte angeschriebene Einrichtungen (Auswahl und Versand der Fragebogen durch die jeweiligen Kantonsärzte)
 - mind. je 1 Kantons- und 2 Regionalspitäler pro Kanton
 - Privatarztpraxen mit Methadonpatienten, Stichprobe von rund 13%

Im März 2001 erfolgte aufgrund eines ungenügenden Rücklaufs ein zweiter Versand (Nachfassung) an Kantonsärzte, kantonale Suchtbeauftragte und Privatarztpraxen einiger weniger ausgewählter Kantone.

Die Datenerhebung erfolgte mittels eines standardisierten Fragebogens, der in deutscher und französischer Sprache versandt wurde. In einem ersten Teil wurden vorwiegend quantitative Daten ermittelt. In einem zweiten, qualitativ orientierten Teil wurde die subjektive Einschätzung der befragten Personen zur aktuellen Substitutionspraxis ausgelotet. Beide Teile beinhalteten nebst vorherrschend geschlossenen Fragen auch einige offene Fragen, welche die freie Meinungsäusserung erlaubten.

Die erhobenen Daten beruhen auf (unüberprüften) Selbstangaben der Einrichtungen. Dem Fragebogen wurde ein erklärendes Begleitschreiben des Bundesamts für Gesundheit (BAG) sowie ein kurzer Leitfaden zum Ausfüllen des Fragebogens in der jeweiligen Landessprache beigelegt. Die Privatarztpraxen sowie Kantons- und Regionalspitäler, welche über ihre Kantonsärzte angeschrieben wurden, erhielten teilweise zusätzliche Empfehlungen ihres Kantonsarztes.

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die quantitative Dimension der durchgeführten Erhebung. Insgesamt wurden rund 850 Einrichtungen oder Personen angeschrieben.

Tabelle 1: Statistik der Erhebung, Gesamtpopulation und Stichprobengrösse

Anzahl angeschriebene Einrichtungen und ausgewertete Antworten, gegliedert nach Sprachregion und Einrichtungstyp

	Kantonsärzte	kantonale Sucht-beauftragte	Privatarztpraxen	Kantons- und Regionalspitäler	Psychiatr. Kliniken, Spezialisierte Kliniken, Substitutionspraxen	Apotheken	Beratungsstellen, Dropins	Stationäre Therapie-einrichtungen
Gesamtpopulation (P)	26	23	2'000-2'500 ¹⁾	221 ²⁾	105 ²⁾	1'640 ²⁾	153 ³⁾	52 ³⁾
angeschriebene Einrichtungen (N)	deutsch	19	256	36	61	98	116	42
	franz. & TI	7	7	37	6	35	65	36
	Gesamt	26	23	293	42	96	163	152
ausgewertete Antworten (n)	deutsch	12	94	10	18	44	56	21
	franz. & TI	4	5	35	7	6	27	17
	Gesamt	16	12	129	17	24	71	73
Rücklaufquote in %	62%	52%	44%	40%	25%	44%	48%	52%

1) Schätzwert: ca. 50% der Allgemeinpraktiker, freipraktizierenden Internisten und Psychiater (Angaben BFS)

2) Angaben BFS, Spitalstatistik 98

3) Angaben BAG/KOSTE

Von den 452 Antworten (Fragebogen ausgefüllt oder leer retourniert) konnten 368 (82%) in die Substichprobe (n) der statistisch auswertbaren Antworten aufgenommen werden, was einem brauchbaren Rücklauf von 43% entspricht. Die Daten hatten folgenden Ansprüchen zu genügen:

- die jeweilige Einrichtung muss Methadonpatienten behandelt haben oder aktuell behandeln
- der Fragebogen musste partiell oder vollständig ausgefüllt sein

Die Zusammensetzung der Substichprobe (n) entspricht nicht exakt der Zusammensetzung der Stichprobe (N) der angeschriebenen Einrichtungen. Kantons- und Regionalspitäler sind in der Substichprobe im Vergleich untervertreten (unterdurchschnittlicher Rücklauf), Beratungsstellen und Sta-

tionäre therapeutische Einrichtungen übervertreten (überdurchschnittlicher Rücklauf). Diese Tatsache beeinträchtigt die statistische Auswertung jedoch wenig, da die meisten Fragen isoliert pro Einrichtungstyp ausgewertet und kommentiert werden.

Tabelle 2: Statistik der Erhebung, Rücklauf

Anzahl der ausgewerteten Fragebogen, gegliedert nach Kanton und Einrichtungstyp

	kantonale Sucht-beauftragte	Kantonsärzte	Privatarztpraxen	Kantons- oder Regionalspitäler	Psychiatrische Kliniken	Spezialisierte Kliniken und Substitutionspraxen	Apotheken	Beratungsstellen Dropins	Stationäre Therapeutische Einrichtungen	Gesamt ABSOLUT	Gesamt RELATIV
AG		1	13				5	6	1	26	7%
AI		1	1					1		3	1%
AR	1	1	5					2		9	2%
BE					1	2	14	4	6	27	8%
BL	1		4			2	1	1	4	13	4%
BS		1	6	1		3	3	2	3	19	5%
FR	1		7				2	2		12	3%
GE		1	3	1		3	1	3	1	13	4%
GL		1	1	1			1		1	5	1%
GR		1					1	6		8	2%
JU		1	3	2			1	2		9	2%
LU	1						2	3	1	7	2%
NE	1	1	4	1			3	3	2	15	4%
NW	1	1	1	1				1		5	1%
OW	1		5							6	2%
SG		1	15	2			4	10	1	33	9%
SH		1	2		1					4	1%
SO			9	2		1	1	3	1	17	5%
SZ		1						2		3	1%
TG		1	10		1		2	4		18	5%
TI	1		8	1	1		7	2	1	21	6%
UR											0%
VD	1		6	2		1	10	3	2	25	7%
VS	1	1	4		1		3	2		12	3%
ZG	1				1			2		4	1%
ZH	1	1	22	3	1	5	10	9	3	55	15%
Gesamt	12	16	129	17	7	17	71	73	27	369	100%

Insgesamt 84 Fragebogen (19% der Antworten) wurden nicht in die Substichprobe (n) der auswertbaren Antworten aufgenommen, weil die antwortenden Einrichtungen keine Substitutionsbehandlung mit Methadon durchführen und daher den Fragebogen leer retournierten.

Über alle angeschriebenen Einrichtungstypen betrachtet kamen am meisten Antworten aus den Kantonen ZH (15%), SG (9%), BE (8%), AG und VD (je 7%) sowie TI (6%), was mit anderen Worten bedeutet, dass allein die angeschriebenen Einrichtungen dieser 6 Kantone die Hälfte aller Fragebogen ausfüllten. Die Antwortenden der restlichen Kantone trugen jeweils zwischen 1% und 5% des Rücklaufs bei.

Bei der Betrachtung der Antwortverteilung über die Kantone in obiger Tabelle fallen insbesondere die „weissen Flecken“ auf, dh. Kantone ohne Antworten angeschriebener Einrichtungen. So sind (da fehlend) in der Auswertung der Erhebung nicht berücksichtigt die Antworten der Einrichtungen aus den folgenden Kantonen:

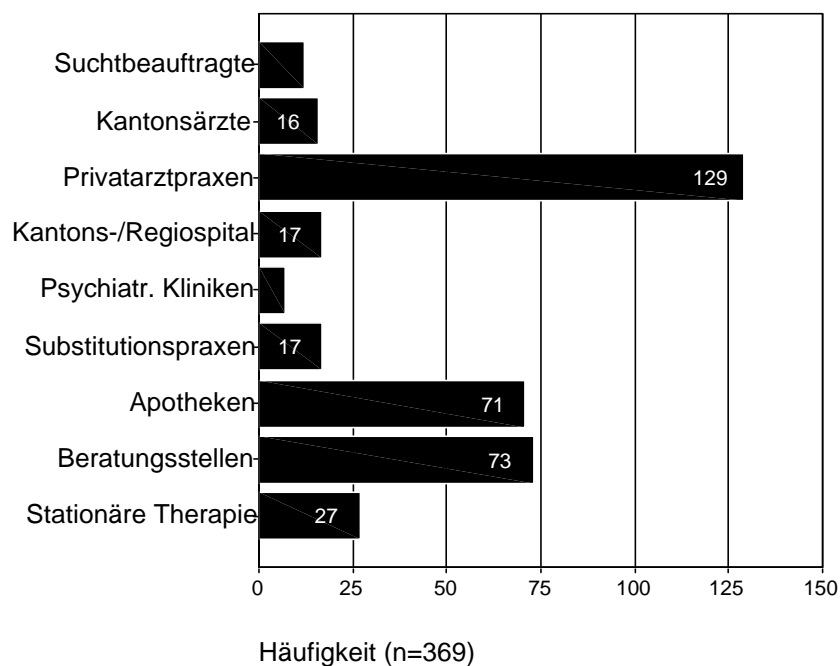
Tabelle 3: Statistik der Erhebung, Fehlende Antworten		
Kantone ohne ausgewertete Fragebogen, gegliedert nach Kantonen und Einrichtungstyp		
Art der Einrichtung	Kantone	Anzahl
Kantonale Suchtbeauftragte und Kantonsärzte	BE, SO, UR	3
Privatarzt-Praxen	BE, GR, LU, SZ, UR, ZG	6
Regional- oder Kantonsspitäler, Psychiatrische Kliniken spezialisierte Kliniken und Substitutionspraxen	AI, FR, GR, SZ, UR	5
Apotheken	AI, AR, OW, SZ, UR	5
Beratungsstellen, DropIns	GL, OW, SH, UR	4
Stationäre Therapieeinrichtungen	AI, AR, FR, GR, JU, NW, OW, SH, SZ, TG, UR, ZG	12

Die Gründe für das Fehlen obgenannter Antworten sind vielschichtig und je nach angeschriebenem Einrichtungstyp verschieden. Zusammengefasst können die folgenden Gründe als die wichtigsten angeführt werden:

- es gibt im entsprechenden Kanton keine Einrichtungen des jeweiligen Typs mit Methadonpatienten in Behandlung
- die angeschriebenen Einrichtungen fühlten sich durch Fragestellung nicht angesprochen
- in einigen Kantonen wurden Privatarztpraxen und Spitäler aufgrund der mangelnden Kooperationsbereitschaft ihrer Kantonsärzte nicht angeschrieben.

Diagramm 1: Anzahl ausgewerteter Fragebogen

alle Einrichtungstypen und Personen



1.3.2 Datenerfassung und Datenanalyse

Die Daten der ausgefüllten Fragebogen wurden in einer Datenbank elektronisch erfasst. Vor der statistischen Auswertung wurden die Antworten – soweit möglich – auf Plausibilität und Konsistenz geprüft. Diese Prüfung beschränkte sich weitgehend auf die quantitativen Angaben. Der grösste Teil der inkonsistenten oder nicht plausiblen Angaben konnte durch wenige telefonische Nachfragen korrigiert oder zumindest erklärt werden. Ein weiterer Teil war auf eine inkorrekte Datenerfassung selbst zurückzuführen und konnte durch einen Vergleich der erfassten Daten mit dem Fragebogen bereinigt werden.

Zur statistischen Auswertung wurden die Daten anonymisiert. Das Datenmanagement und die statistischen Analysen erfolgten mit dem Statistikprogramm SPSS Base v.10. Die Outputs wurden in Form von Tabellen und Grafiken in ein Textverarbeitungsprogramm exportiert (MS Word 2000).

Die Auszählung einzelner Werte (Häufigkeitsanalysen) sowie Berechnungen der Durchschnittswerte (arithmetische Mittel und Mediane) erfolgten mit Hilfe der in SPSS eingebauten Prozeduren zur deskriptiven Statistik. Zur Berechnung wurden fehlende Werte jeweils nicht berücksichtigt. Signifikanzanalysen wurden mehrheitlich mit dem Chi-Quadrat-Test gemacht. Korrelationen wurden bei ordinalen Variablen mit dem Spearman'schen Korrelationskoeffizienten beschrieben, bei intervallskalierten Variablen wurde der Produkt-Moment-Korrelationskoeffizient nach Pearson als Korrelationsmass verwendet. Das Statistikprogramm SPSS Base v.10 stellt entsprechende automatisierte Prozeduren zur Verfügung.

1.3.3 Einschränkende Bemerkung

Die Verfügbarkeit der Daten fällt je Einrichtungstyp unterschiedlich aus; ein Minimum an Repräsentativität ist bei den Psychiatrischen Kliniken zu verzeichnen, ein Maximum bei den Privatarztpraxen und Kantonsvertretern (Kantonsärzte und kantonale Beauftragte für Suchtfragen). Entsprechend vorsichtig sind die jeweiligen Ergebnisse zu interpretieren.

Die Variablen zu quantitativen Angaben der Einrichtungen zeigen eine meist schiefe Verteilung. Häufigkeitsverteilungen für die wichtigsten Variablen sind in den entsprechenden Kapiteln grafisch dargestellt. Die Interpretation von Durchschnittswerten ist daher heikel. Je grösser und heterogener die untersuchte Einheit und je schiefer die Verteilung ist, umso weniger werden Durchschnittswerte der entsprechenden Variablen, als Abbild der effektiven Situation einer einzelnen spezifischen Einrichtung, gerecht. Dies muss bei der Lektüre im Auge behalten werden.

Die vorliegende Erhebung zur aktuellen Praxis der Substitutionsbehandlung mit Methadon in den Kantonen und deren Einrichtungen beschreibt die Situation zu einem definierten Zeitpunkt. Sie kann keine zeitliche Entwicklung über die Jahre nachvollziehen und ist daher eine mit den entsprechenden Konsequenzen betr. Aussagefähigkeit behaftete Momentaufnahme des Jahres 2000.

2 Quantitative Dimension der im Jahr 2000 in der Schweiz durchgeführten Substitutionsbehandlungen

In diesem Kapitel werden die quantitativen Aspekte der Substitutionsbehandlung in der Schweiz beschrieben. Es soll die zahlenmässige Dimension der Betroffenen und Beteiligten im Rahmen der sogenannten „Methadonprogramme“ für das Jahr 2000 fassbar dargestellt werden.

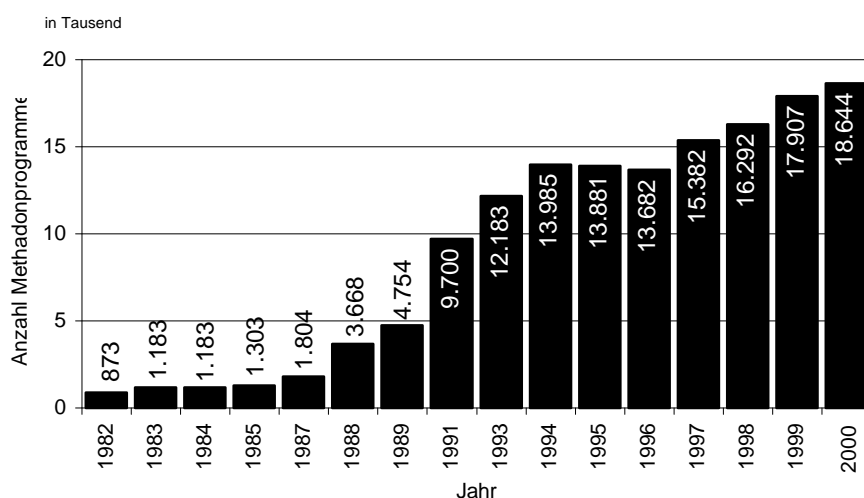
Die Beschreibung der quantitativen Dimension basiert einerseits auf den Resultaten der Erhebung bei den Kantonsärzten und kantonalen Suchtbeauftragten. Von 23 Kantonen liegen ausführliche und detaillierte Angaben vor. Von den Kantonen Bern, Solothurn und Uri fehlen uns die benötigten Informationen.

Andererseits stützen wir uns auf die Resultate der Nationalen Methadonstatistik 1999 und 2000. Bis auf ein paar wenige „Missings“ tragen mittlerweile alle Kantone mit mehr oder weniger detailliertem Datenmaterial zum Zustandekommen dieser Statistik bei.

2.1 Anzahl mit Methadon substituierte Personen in der Schweiz

Die Substitution von Betäubungsmittelabhängigen mit Methadon hat in der Schweiz zu Beginn der 70-er Jahre angefangen. Substitutionsbehandlungen mit Methadon nahmen in der Folge rasch und stetig zu (seit 1982 statistisch dokumentiert) und erreichten 1994 einen ersten Maximalwert von rund 14'000 behandelten Personen. Einige wenige Jahre verharrte die Anzahl Personen in sogenannten „Methadonprogrammen“ auf einem Niveau von zwischen 13'500 und 14'000 Personen. Die Substitutionsbehandlungen mit Methadon nehmen seit 1997 aber wieder kontinuierlich zu.

Diagramm 2: Anzahl Personen in Substitutionsbehandlung mit Methadon
Verlauf 1980-2000 gemäss nationaler Methadonstatistik



In der Schweiz wurden im Jahr 2000 rund 18'650 Personen in Substitutionsbehandlung mit Methadon erfasst. Von einigen Kantonen liegen die genauen Zahlen 2000 noch nicht vor, deshalb wurden bei diesen Kantonen zur Schätzung des gesamtschweizerischen Totals die Zahlen von 1999 verwendet.

Die Einrichtungen der vier Kantone ZH, BE, GE und VD behandeln über die Hälfte aller Methadonpatienten in der Schweiz. Die Frauen stellen rund einen Viertel aller Methadonpatienten (die Geschlechterverteilung ist nicht in allen Kantonen verfügbar). In der nachfolgenden Tabelle ist die Verteilung der im Jahr 2000 durchgeführten Substitutionsbehandlungen über alle Kantone der Schweiz im Detail dargestellt.

Tabelle 4: Substitutionsbehandlungen in der Schweiz

Anzahl Personen in Substitutionsbehandlung, gemäss Nationaler Methadonstatistik 2000

	Anzahl Patienten pro Kanton	%-Anteil des Kantons am Total Schweiz	Anzahl der Männer pro Kanton	%-Anteil der Männer pro Kanton	Anzahl der Frauen pro Kanton	%-Anteil der Frauen pro Kanton
AG	745	4%	n.n.		n.n.	
AI	missing					
AR	50	0.3%	39	78%	11	22%
BE	2'585	14%	1'838	72%	731	29%
BL	689	4%	504	73%	185	27%
BS	1'027	6%	713	69%	314	31%
FR	482	3%	373	77%	109	23%
GE	1'729	9%	1'169	70%	507	30%
GL	83	0.4%	67	81%	16	19%
GR	227	1%	174	77%	53	23%
JU	115	1%	n.n.		n.n.	
LU	578	3%	426	74%	152	26%
NE	646	3%	437	71%	181	29%
NW	29	0.2%	25	86%	4	14%
OW	39	0.2%	32	82%	7	18%
SG	820	4%	579	74%	205	26%
SH *	154	1%	n.n.		n.n.	
SO *	716	4%	532	74%	184	26%
SZ *	93	0.5%	n.n.		n.n.	
TG	366	2%	278	76%	88	24%
TI	1'062	6%	779	73%	283	27%
UR *	31	0.2%	n.n.		n.n.	
VD *	1'710	9%	1'173	69%	537	31%
VS *	165	1%	121	73%	44	27%
ZG	105	1%	82	78%	23	22%
ZH *	4'398	24%	3'069	70%	1'329	30%
Total	18'644	100%	12'410	67%	4'963	27%

* Zahlen Vorjahr 1999

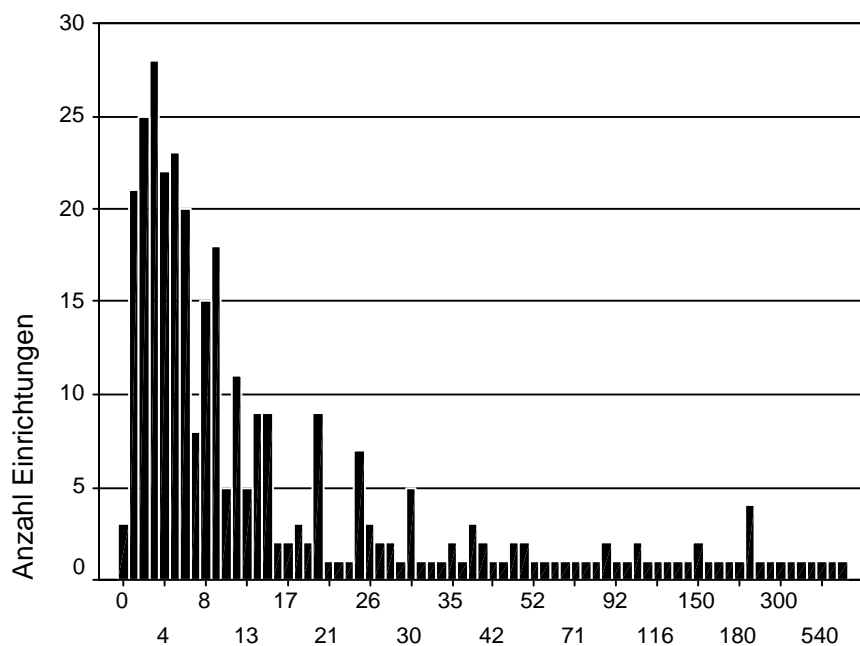
2.2 Anzahl Methadon verschreibende oder abgebende Personen und Einrichtungen

Die von uns in der Erhebung erfassten 341 Einrichtungen behandelten im Jahr 2000 insgesamt 10'310 Patienten, was theoretisch 55% aller statistisch erfassten Methadonpatienten der Schweiz entspricht. Berücksichtigt man mögliche Doppelzählungen (der Patient einer Methadon abgebenden Apotheke ist theoretisch bei einem verschreibenden Arzt bereits gezählt worden), dürfte in dieser Erhebung ein Drittel der gesamtschweizerischen Methadon-Klientel repräsentiert sein.

Die Spannweite der im Jahr 2000 pro Einrichtung behandelten Patienten reicht von keinem Patienten bis zu 720 Patienten. Im Durchschnitt behandelten die Einrichtungen 32 Patienten. Aufgrund der recht schiefen Verteilung entfielen auf die Hälfte aller Einrichtungen im Jahr 2000 maximal 8 Patienten (Median) und nur ein Viertel aller Einrichtungen behandelte überhaupt mehr als 20 Patienten.

Diagramm 3: Anzahl Methadonpatienten pro behandelnde Einrichtungen

 Verteilung der im Jahr 2000 pro Einrichtung mit Methadon behandelten Patienten

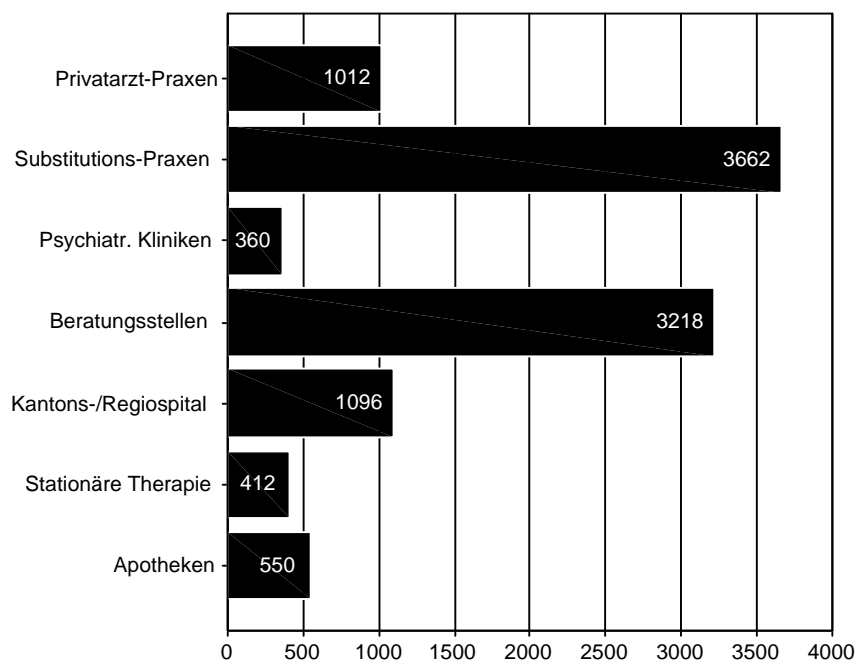


Anzahl Methadonpatienten pro Einrichtung

Im Verhältnis zur Gesamtzahl aller behandelten Patienten werden in den spezialisierten Substitutionspraxen und in den Beratungsstellen am meisten Patienten behandelt. Kantons- und Regionalspitäler sowie die praktizierenden Privatärzte behandeln zusammen rund ein Fünftel aller Patienten.

Diagramm 4: Anzahl Substitutionsbehandlungen pro Einrichtung

 Summe der von den befragten Einrichtungen behandelten Patienten im Jahr 2000



3 Kantonale Gesetzgebung und behördliche Reglementierung der Substitutionsbehandlung

In diesem Kapitel wird die aktuelle Praxis der Substitutionsbehandlung in der Schweiz im Hinblick auf deren gesetzliche Grundlagen, Reglementierungen und allgemeine Rahmenbedingungen beschrieben. Insbesondere interessiert in diesem Kapitel, wie die einzelnen Kantone die Praxis der Substitutionsbehandlung im allgemeinen und die Substitution mit Methadon im Speziellen (hoheitlich) handhaben.

Die Beschreibung der Situation basiert auf den Resultaten der Erhebung bei den Kantonsärzten und kantonalen Suchtbeauftragten. Von 23 Kantonen liegen ausführliche und detaillierte Angaben vor. Von den Kantonen Bern, Solothurn und Uri fehlen uns die benötigten Informationen aus unterschiedlichen Gründen.

3.1 Behördliche Reglementierung von Indikation und Bewilligungsverfahren

In allen Kantonen ist die Substitutionsbehandlung von Betäubungsmittelabhängigen (mit Methadon oder anderen Substanzen) reglementiert und mehr oder weniger formal sowie auf unterschiedlichen Stufen einer behördlichen Kontrolle unterworfen. Insbesondere Indikationsstellung und Bewilligung zur Verschreibung und Abgabe der – dem Betäubungsmittelgesetz unterworfenen – Substitutionsmedikamente unterliegen klar geregelten Bedingungen. Im Folgenden wird die aktuelle kantonale Praxis aufgrund der Befragung der Kantonsärzte und der kantonalen Suchtbeauftragten beschrieben.

3.1.1 Rechtliche Grundlagen

Nur 2 der antwortenden Kantone haben gemäss eigenen Angaben die Substitutionsbehandlung mit Methadon nicht auf legaler Basis geregelt. In den anderen Kantonen ist die Substitutionsbehandlung entweder per Gesetze, Verordnungen oder Richtlinien verbindlich geregelt, manchmal sind auch Kombinationen von Gesetz und Verordnung oder verbindlichen Richtlinien in Kraft. Von 3 Kantonen liegt keine Antwort vor.

Tabelle 5: Gesetzliche Regelung der Substitutionsbehandlung in den Kantonen

	Kantone	Anzahl
Kantone mit gesetzlicher Regelung	AG, BL, BS, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, TG, TI, VD, VS, ZG, ZH	21
Kantone ohne gesetzlicher Regelung	AI, AR	2
Fehlende Antworten	BE, SO und UR	3

Bei der konkreten Ausgestaltung kantonaler Regelungen zur Substitutionsbehandlung mit Methadon überwiegen in der Schweiz Vorschriften in der Form von verbindlichen Richtlinien. Nur ein Kanton hat die Substitutionsbehandlung selbst in einem Gesetz geregelt, weitere 8 Kantone kennen eine Verordnung dazu. Von 3 Kantonen liegt keine Antwort vor.

Tabelle 6: Ausgestaltung der gesetzlichen Regelung der Kantone betr. die Substitutionsbehandlung

	Kantone	Anzahl
Kantone mit Gesetz	GE	1
Kantone mit Verordnung	FR, GL, GR, LU, NW, SH, TI, ZH	8
Kantone mit verbindlichen Richtlinien	AG, BL, BS, FR, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SZ, TG, VD, VS, ZG, ZH	17
Fehlende Antworten	BE, SO und UR	3

3.1.2 Bewilligungsinstanz

In 21 der antwortenden Kantone liegt die Zuständigkeit bei der Gesundheits- respektive Sanitätsdirektion, dh. alleinige Bewilligungsinstanz ist der jeweilige Kantonsarzt. In 2 Kantonen ist der Kantonsarzt zusammen mit dem Kantonsapotheker für die Bewilligung zuständig und in 2 weiteren Kantonen müssen zusätzliche Instanzen miteinbezogen werden (in SH der Departementvorsteher, in SH das Psychiatriezentrum). Von 3 Kantonen liegt keine Antwort vor.

Tabelle 7: Zuständigkeit in den Kantonen für die Bewilligung einer Indikationsstellung

	Kantone	Anzahl
Bewilligung durch Kantonsarzt und Kantonsapotheker zusammen	SH, VS	2
Bewilligung durch Kantonsarzt	AG, AI, AR, BL, BS, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SZ, TG, TI, VD, ZG, ZH	21
Andere Bewilligungsinstanzen	SH, SZ	2
Fehlende Antworten	BE, SO und UR	3

3.1.3 Indikationsstelle

Die Vielfalt in der Handhabung der Indikationsstellung widerspiegelt die föderalistische Struktur der Schweiz. Nur noch in einem Kanton ist der Kantonsarzt selbst in die Indikationsstellung miteingebunden. In den meisten Kantonen gelten die Regelungen für Erwachsene, dh. bei der Substitutionsbehandlung von Minderjährigen kommen besondere Regelungen zur Anwendung, auf die an dieser Stelle nicht eingegangen wird.

In den meisten Kantonen stellt der behandelnde Arzt Indikation. Meist übernimmt er diese Aufgabe selbstständig, in gewissen Kantonen aber auch in mehr oder weniger engen Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen (insbes. spezialisierten Indikations- oder Suchtberatungsstellen). In manchen Kantonen werden an indikationsstellende Ärzte besondere formale Anforderungen gestellt (z.Bsp. spezielle Aus- respektive Fortbildung).

In einem knappen Dutzend Kantonen sind spezialisierte Indikationsstellen für diese Aufgabe bezeichnet worden, die z.T. auch zusammen mit den behandelnden Ärzten oder in Zusammenarbeit mit dem Kantonsarzt Indikation stellen. Von 3 Kantonen liegt keine Antwort vor.

Tabelle 8: Zuständigkeiten in den Kantonen für die Indikationsstellung zur Substitutionsbehandlung

	Kantone	Anzahl
Kantonsarzt stellt Indikation	SG	1
Behandelnder Arzt stellt Indikation	AG, AR, FR, GE, GL, GR, NE, OW, SG, TG, TI, VD, VS, ZG, ZH	15
Spezialisierte Indikationsstelle stellt Indikation	AI, BL, BS, FR, GR, LU, SG, SH, SZ, VD, TG	11
behandelnder Arzt und spezialisierte Indikationsstelle zusammen	NW, JU	2
Fehlende Antworten	BE, SO und UR	3

3.1.4 Art der erteilten Bewilligungen zur Durchführung von Substitutionsbehandlungen

Sowohl die behandelnden Privatärzte als auch die Spitäler, Psychiatrischen Kliniken und spezialisierten Suchtpraxen benötigen von der jeweiligen kantonalen Bewilligungsinstanz eine Ermächtigung (auf Gesuch hin), um Substitutionsbehandlungen mit Methadon durchführen zu dürfen. Prinzipiell werden diese Ermächtigungen als generelle Bewilligung – mit oder ohne Beschränkung der Anzahl Patienten – oder als individuelle, patientenbezogene (Programm-)Bewilligung erteilt. Von 3 Kantonen liegt keine Antwort vor.

In 4 der antwortenden Kantone wird von der Bewilligungsinstanz eine generelle Ermächtigung ohne Begrenzung der Anzahl Methadonpatienten an die behandelnden Privatärzte erteilt.

19 der antwortenden Kantone erteilen hingegen patientenbezogene Bewilligungen, ebenso ohne die Anzahl Methadonpatienten pro Arzt oder Einrichtung selbst zu beschränken (Ausnahme FR; 10 Patienten pro Arzt). 14 dieser Kantone mit Programmbewilligung kennen hingegen Vorschriften oder Regelungen bezüglich der Dauer der Substitutionsbehandlung. In 9 Kantonen (AG, BS, GL, NW, SG, SZ, TG, VD, VS) muss die Bewilligung periodisch erneuert werden (meist in halbjährlichem oder Jahresrhythmus). In 5 Kantonen (FR, GR, JU, NE, OW) wird die Bewilligung jeweils nach Einreichen eines Zwischenberichts über den Verlauf der Substitutionsbehandlung erneuert respektive verlängert.

Tabelle 9: Verschiedene Formen der Erteilung von Behandlungsermächtigungen in den Kantonen

		Kantone	Anzahl
Generelle Bewilligung für Privatärzte oder Einrichtungen (psych. Kliniken, Spitäler, Substitutionspraxen)	ohne Einschränkung der Dauer	TI, ZG, ZH*	3
	mit Einschränkung der Dauer	AR, NE	2
Individuelle , auf Patient bezogene Bewilligung (sog. Programm-Bewilligung)	ohne Einschränkung der Dauer	AI, GE, LU, OW, SH	5
	mit Einschränkung der Dauer	AG, BL, BS, FR, GL, GR, JU, NW, SG, SZ, TG, VD, VS	13
Fehlende Antworten		BE, SO und UR	3

* mit eigenem Modell

Wie gesehen verzichtet die Mehrheit der antwortenden Kantone – unabhängig von der Art der Ermächtigungserteilung – auf eine Einschränkung der Anzahl möglicher Methadonpatienten. Ebenso wird auf eine Vorschrift bezüglich der Höchstdosis bei der Substitutionsbehandlung verzichtet; die Verantwortung der Dosisfestlegung wird den Ärzten übertragen. Hier ist gegenüber der Situation Mitte der 90-er Jahre eine deutliche Trendwende im Verhalten der Kantone festzustellen. Im Methadonbericht 1995 schränkten noch insgesamt 11 Kantone die Höchstzahl von Patienten pro Arzt oder Einrichtung ein.

Mit wenigen Ausnahmen (NW, GL; Unterschiede nicht spezifiziert) gelten in allen antwortenden Kantonen sowohl für spezialisierte ambulante Behandlungszentren wie Beratungsstellen und DropIns als auch für stationäre Einrichtungen (Spitäler, Kliniken, therapeutische Einrichtungen, Gefängnisse) dieselben Vorschriften und Bedingungen hinsichtlich des Bewilligungsverfahrens wie für Privatärzte.

3.2 Formale Anforderungen an die behandelnden Ärzte

In 15 der antwortenden Kantone werden zur Zeit keine formale Anforderungen – im Sinne einer *conditio sine qua non* – an die substituierenden Privatärzte gestellt, damit sie eine Behandlungsermächtigung erhalten oder bevor sie Substitutionsbehandlungen mit Methadon durchführen dürfen. Hingegen haben 7 der antwortenden Kantone konkrete formale Anforderungen formuliert. Von 4 Kantonen liegt keine Antwort vor.

Tabelle 10: Regelung der Kantone betr. formale Anforderungen an Methadon verschreibende Privatärzte

	Kantone	Anzahl
Kantone mit formalen Anforderungen	FR, GL, LU, NW, TI, ZG und ZH	7
Kantone ohne formalen Anforderungen	AG, AI, AR, BL, BS, GE, GR, JU, NE, SG, SH, SZ, TG, VD und VS	15
Fehlende Antworten	BE, OW, SO und UR	4

Die Kantone FR, TG, TI und ZH setzen für Ärzte zur Aufnahme der Substitutionsbehandlung den Besuch einer spezifischen Einführungsveranstaltung respektive suchtspezifischen Ausbildung voraus.

Die Kantone GL, LU, TI und NW fordern von substituierenden Ärzten eine suchtspezifische Fort- und Weiterbildung. Diese Einführungs- und Weiterbildungsveranstaltungen werden – je nach Kanton verschieden – von der Suchtberatungsstelle, vom Kantonsarzt oder von zugezogenen Suchtspezialisten durchgeführt. Im Kanton LU beispielsweise können die Ärzte die Indikationsbewilligung durch Absolvierung eines spezifischen Weiterbildungsmoduls in den Psychatriezentren erhalten, im Kanton TI, als weiteres Beispiel, führen bezeichnete Tutoren Gespräche in der Praxis des substituierenden Arztes selbst durch, danach ist dem Arzt die Teilnahme an mind. 2 Fallkolloquien pro Jahr vorgeschrieben.

3.3 Bewilligte und verwendete Substanzen

In der Regel wird die Substitutionsbehandlung von Betäubungsmittelabhängigen mit Methadon durchgeführt. Immer wieder jedoch ist für einzelne Personen der Einsatz anderer, alternativer Substanzen sinnvoll und aus therapeutischer Sicht angezeigt. Neben Heroin, das nur in den national koordinierten und kontrollierten Projekten verschrieben und verabreicht werden darf, kommen auch Substanzen wie Codein, Morphin (und andere Morphinumderivate) oder Buprenorphin zum Einsatz (unterliegen der Betäubungsmittelgesetzgebung). Ergänzend (zu den erwähnten opioiden Stoffen) werden auch Benzodiazepine verwendet, die jedoch in den meisten Kantonen keinen gesonderten Vorschriften unterliegen. Von 4 Kantonen liegt keine Antwort vor.

In 5 der antwortenden Kantone dürfen (zu Methadon) alternative Substanzen nicht verschrieben werden. In den anderen 18 antwortenden Kantonen ist dies prinzipiell möglich. Allerdings kennen einige Kantone dabei Sonderregelungen: In den Kantonen AG, BS, GL und ZH braucht es i.d.R. zur Verschreibung alternativer Substanzen Rücksprache mit und Bewilligung vom Kantonsarzt. In LU ist die Substitutionsbehandlung mit alternativen Substanzen ausschliesslich in den ambulanten Stellen der Psychatriezentren erlaubt.

	Kantone	Anzahl
andere Substanzen dürfen verschrieben werden	AR, BL, BS, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SZ, TG, VD, ZG, ZH	18
andere Substanzen dürfen nicht verschrieben werden	AG, AI, SH, TI, VS*	5
Fehlende Antworten	BE, SO und UR	3

* Bewilligung für Buprenorphin vorgesehen

Trotz der prinzipiellen Möglichkeit der Verschreibung werden in den meisten Kantonen gemäss den Aussagen der Kantonsärzte und kantonalen Suchtbeauftragten alternative Substanzen – abgesehen vom Heroin – nur sehr spärlich eingesetzt und an kaum 1% der Patienten verschrieben.

3.4 Durchführung der Methadonverschreibung und -abgabe

3.4.1 Vorschriften und Regelungen bezüglich Dosierung

14 der antwortenden Kantone kennen formale Vorschriften oder Regelungen betreffend die Dosierung des Methadons bei der Verschreibung und Abgabe. Diese Vorschriften oder Regelungen können genereller Natur sein und gelten demnach für alle Einrichtungen und Patienten gleichermaßen, oder aber sie sind spezifisch patienten- oder einrichtungsbezogen.

Verschiedene Kantone kennen beide Formen der Reglementierung. Von 4 Kantonen liegt keine Antwort vor.

Tabelle 12: Verbindliche Regelung der Kantone betr. die Dosierung

	Kantone	Anzahl
Keine verbindlichen Vorschriften/Regelungen	AG, AR, BL, FR, GL, SH, SZ, VS	8
Generelle , für alle geltende Vorschriften/Regelungen	GE, GR, JU, NE, TI, ZG	6
Individuelle , jeweils auf Patient oder Einrichtung bezogene Vorschriften/Regelungen	AI, BS, NW, TG, ZH	5
Sowohl generelle als auch individuelle Vorschriften/Regelungen	LU, SG, VD	3
Fehlende Antworten	BE, OW, SO, UR	4

3.4.2 Mitgabe des Methadons

Alle antwortenden Kantone ermöglichen prinzipiell eine Mitgabe des Methadons (z.Bsp. an Wochenenden, Feiertagen oder für Ferien), knüpfen aber bestimmte Bedingungen an eine solche Mitgabe und erlauben sie nur mit gewissen, je nach Kanton unterschiedlichen Einschränkungen. Von 4 Kantonen liegt keine Antwort vor.

Die von den Kantonen am häufigsten erwähnten Einschränkungen können in die folgenden Kategorien eingeteilt werden:

- **generelle Einschränkungen**, dh. Mitgabe nur möglich:
 - nach individueller Vereinbarung und/oder Vertrag zwischen Arzt und Patient
 - für Ferien oder Wochenende oder bei langem Anfahrtsweg zu Apotheke oder Praxis
 - unter Kontrolle durch Dritte wie Drogenberatungsstelle oder andere Vertrauensperson
 - bei gleichzeitiger Abgabe von Urinproben
- **patientenbezogenen Einschränkungen**, dh. Mitgabe nur möglich:
 - nach bestimmter Dauer in Substitutionsbehandlung (z.Bsp. nach 3 Monate Probezeit)
 - bei Einhalten (definierter) therapeutischer Vorgaben
 - bei genügend guter beruflicher und/oder sozialer Integration
 - bei genügend guter physischer Gesundheit oder psychischer Stabilität
- **zeitliche und dosisbezogene Einschränkungen**, dh. Mitgabe nur möglich:
 - für eine begrenzte Zeit (z.Bsp. Wochenende max. 2 Dosen, Ferien max. 21 Dosen)
 - für vorgegebenen Abgaberrhythmus (z.Bsp. max. 2 Mitgaben pro Woche)

3.4.3 Möglichkeit und Bedingungen für Methadonabgabe i.v. (intravenös)

Im Allgemeinen wird das Methadon in flüssiger Form in einer Trinklösung abgegeben. Für Mitgaben (speziell bei Mitgaben in grösserer Menge wie z.Bsp. für Ferien) wird auch Methadon in Tablettenform verwendet. Nur 5 der antwortenden Kantone ermöglichen die Methadonabgabe auch per intravenöse Injektion. In jedem dieser 5 Kantone gelten dafür jedoch besondere, gegenüber der gebräuchlichen Abgabe per os (Einnahme oral) differierende zusätzliche Vorschriften oder Regelungen. Von 4 Kantonen liegt keine Antwort vor.

Tabelle 13: Regelung der Kantone betr. die intravenöse Methadonabgabe

	Kantone	Anzahl
Abgabe des Methadons auch i.v. möglich	BL, BS, FR, LU, ZH	5
Abgabe des Methadons i.v. nicht möglich	AG, AI, AR, GE, GL, GR, JU, NE, NW, SG, SH, SZ, TG, TI, VD, VS, ZG	17
Fehlende Antworten	BE, OW, SO, UR	4

3.5 Spezifische Angebote der Kantone

Nebst den gängigen und am meisten praktizierten Möglichkeiten einer Substitutionsbehandlung bei Privatärzten, in Spitälern, Psychiatrischen Kliniken oder spezialisierten Substitutionspraxen interessieren auch Angebote für Spezialfälle oder die Möglichkeit einer Substitutionsbehandlung in speziellen Situationen. So ist vor allem für polytoxikomane Betäubungsmittelabhängige, die gleichzeitig von mehreren Substanzen abhängig sind (z.Bsp. Heroin- und Alkoholabhängigkeit, oder zusätzliche Medikamentenabhängigkeit) ein spezielles Entzugsangebot notwendig.

3.5.1 Methadongestützter Teilentzug

Nur 2 der antwortenden Kantone bieten – gemäss den Angaben der verantwortlichen Kantonsärzte und kantonalen Suchtbeauftragten – keine Möglichkeit des methadongestützten Teilentzugs für polytoxikomane Suchtkranke. Alle anderen Kantone stellen ein Angebot entweder ambulant, stationär oder aber sowohl ambulant als auch stationär zur Verfügung. Von 4 Kantonen liegt keine Antwort vor.

Tabelle 14: Angebot der Kantone an methadongestütztem Teilentzug			Kantone	Anzahl
Methadongestützter Teilentzug nicht möglich			AI, ZG	2
Methadongestützter Teilentzug möglich	ambulant		FR, SZ	2
	stationär		AR, BS, GL, SH, TG, TI,	6
	beides		AG, BL, GE, GR, JU, LU, NE, NW, SG, VD, VS, ZH	12
Fehlende Antworten			BE, OW, SO, UR	4

3.5.2 Substitutionsbehandlung im Gefängnis

In 20 der antwortenden Kantone ist es für Betäubungsmittelabhängige bei einem Gefängniseintritt prinzipiell möglich, eine bereits laufende Substitutionsbehandlung *fortzusetzen*. Einzelne Kantone schränken diese Möglichkeiten jedoch ein: im Kanton TI nur für Kurzstrafen möglich, im Kanton VS nur in Ausnahmefällen. Meist geschieht dies nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt. Der Kanton AI hat keinen eigenen Strafvollzug (nur U-Haft) und war von der Problematik bisher nicht betroffen. Von 4 Kantonen liegt keine Antwort vor.

Tabelle 15: (Möglichkeit) Angebot der Kantone, eine laufende Methadonabgabe im Gefängnis fortzusetzen			Kantone	Anzahl
Fortsetzung im Gefängnis nicht möglich			AI, SZ	2
Fortsetzung im Gefängnis möglich			AG, AR, BL, BS, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, SG, SH, TG, TI, VD, VS, ZG, ZH	20
Fehlende Antworten			BE, OW, SO, UR	4

In 16 der antwortenden Kantone ist es für Betäubungsmittelabhängige prinzipiell auch möglich, im Gefängnis eine Substitutionsbehandlung zu *beginnen*, falls sie zum Zeitpunkt des Gefängniseintritts noch nicht in einer Substitutionsbehandlung stehen. In 6 Kantonen werden die ins Gefängnis eintretenden Betäubungsmittelabhängigen hingegen – meist mit medikamentöser Unterstützung – entzogen, Ausnahmefälle sind in einigen Kantonen nach Rücksprache mit dem Kantonsarzt möglich.

Beim Entzug kommen Schmerzmittel, Benzodiazepine und/oder Psychopharmaka zur Anwendung. Konkret genannt wurden am häufigsten Medikamente wie Tegretol, Tolvon, Truxol oder Lioresal. Von 4 Kantonen liegt keine Antwort vor.

Tabelle 16: (Möglichkeit) Angebot der Kantone, eine Methadonabgabe im Gefängnis zu *beginnen*

	Kantone	Anzahl
<i>Beginn</i> im Gefängnis nicht möglich	AG, AI, BS, SZ VS, ZG,	6
<i>Beginn</i> im Gefängnis möglich	AR, BL, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, SG, SH, TG, TI, VD, ZH	16
Fehlende Antworten	BE, OW, SO, UR	4

3.6 Beurteilung der Fahrtüchtigkeit und Führerausweisentzug

5 der antwortenden Kantone entziehen den Patienten in Substitutionsbehandlung den Führerausweis. 17 der antwortenden Kantone verzichten explizit auf eine solche Massnahme. Von 4 Kantonen liegt keine Antwort vor.

Tabelle 17: Beurteilung der Fahrtüchtigkeit und Regelung der Kantone betr. Führerausweisentzug

	Kantone	Anzahl
Führerausweis wird entzogen	AG, FR, GR, SG, SH	5
Führerausweis wird nicht entzogen	AI, AR, BL, BS, GE, GL, JU, LU, NE, NW, SZ, TG, TI, VD, VS, ZG, ZH	17
Fehlende Antworten	BE, OW, SO, UR	4

Die bei der Beurteilung der Fahreignung von Drogenkonsumenten zur Anwendung gelangende gesetzliche Grundlage ist Art. 14, Abs. 2c SVG (Schweizerisches Verkehrsgesetz), demzufolge der Lernfahr- respektive der Führerausweis nicht erteilt werden darf, wenn eine Person „dem Trunke oder anderen die Fahrfähigkeit herabsetzenden Süchten ergeben ist“.

Von besonderer Bedeutung hinsichtlich der Fahreignung ist in diesem Zusammenhang sicher die Verantwortung des behandelnden Arztes, wenn er bei seinen Patienten Zusatz- respektive Mischkonsum feststellt; gemäss Art. 14 Abs. 4 SVG kann der behandelnde Arzt entweder der zuständigen ärztlichen Aufsichtsbehörde oder direkt dem Strassenverkehrsamt Meldung erstatten.

3.7 Spezielle Vorschriften und Richtlinien für die Substitutionsbehandlung

3.7.1 Behandlungsvertrag mit Patienten

14 der antwortenden Kantone schreiben den Abschluss eines Behandlungsvertrags (Vereinbarung) zwischen behandelndem Arzt und Patient vor. Ausser im Kanton ZH (mündlich möglich) ist für diesen Vertragsabschluss in allen anderen Kantonen die schriftliche Form vorgeschrieben. 8 der antwortenden Kantone reglementieren die Beziehung zwischen Arzt und Patient in vertraglicher Hinsicht nicht. Von 4 Kantonen liegt keine Antwort vor.

Tabelle 18: Regelung der Kantone betr. den Abschluss eines Behandlungsvertrags zwischen Patient und Arzt

	Kantone	Anzahl
Behandlungsvertrag nicht vorgeschrieben	AG, AI, AR, GE, JU, NE, TG, VD	8
Behandlungsvertrag vorgeschrieben	schriftlich BL, BS, FR, GL, GR, LU, NW, SG, SH, SZ, TI, VS, ZG	13
	mündlich ZH	1
Fehlende Antworten	BE, OW, SO, UR	4

3.7.2 Psychosoziale Behandlung und Betreuung

In 13 der antwortenden Kantone ist eine die Substitutionsbehandlung begleitende psychosoziale Behandlung und Betreuung der Patienten obligatorisch. 9 der antwortenden Kantone verzichten auf eine solche Vorschrift und überlassen den Entscheid zur Durchführung von psychosozialer Behandlung und Betreuung den behandelnden Einrichtungen und Ärzten. Von 4 Kantonen liegt keine Antwort vor.

Tabelle 19: Regelung der Kantone betr. die Durchführung psychosozialer Behandlung und Betreuung

	Kantone	Anzahl
psychosoziale Behandlung obligatorisch	AR, BL, FR, GR, GL, LU, NW, SG, SZ, TI, VS, ZG, ZH	13
psychosoziale Behandlung nicht obligatorisch	AG, AI, BS, GE, JU, NE, SH, TG, VD	9
Fehlende Antworten	BE, OW, SO, UR	4

Am weitaus häufigsten wird gemäss den Angaben von Kantonsärzten und kantonalen Suchtbeauftragten die psychosoziale Behandlung und Betreuung in Beratungsstellen und DropIns durchgeführt (44% Nennungen „häufig“). Etwas weniger häufig geschieht dies in der Praxis der behandelnden Privatärzte (32% Nennungen „häufig“) und in den substituierenden Kliniken und Ambulatorien (24% Nennungen „häufig“). Am seltensten wird psychosoziale Behandlung und Betreuung in Apotheken durchgeführt (44% Nennungen „nie oder selten“).

Die Analyse der vorliegenden Daten lässt jedoch keine Aussage über Umfang und Qualität der psychosozialen Behandlung und Betreuung in den einzelnen Einrichtungen zu. Ebenso wenig kann bei der Beantwortung dieser Frage von einer einheitlichen Definition von *psychosoziale Behandlung und Betreuung* einerseits noch von *Qualität* andererseits ausgegangen werden.

3.7.3 Urinkontrollen

Knapp mehr als die Hälfte der antwortenden Kantone schreibt bei Substitutionsbehandlungen mit Methadon die Durchführung von Urinkontrollen vor, erlässt dazu verbindliche Richtlinien oder Empfehlungen. Die anderen 10 antwortenden Kantone überlassen den Entscheid betreffend die Durchführung von Urinkontrollen jeweils den einzelnen Einrichtungen und Ärzten. Von 4 Kantonen liegt keine Antwort vor.

Tabelle 20: Regelung der Kantone betr. die Durchführung von Urinkontrollen

	Kantone	Anzahl
Urinkontrollen obligatorisch resp. geregelt	AG, BS, GR, LU, NW, SG, SH, SZ, TG, VD, ZG, ZH	12
Urinkontrollen nicht obligatorisch	AI, AR, BL, FR, GE, GL, JU, NE, TI, VS	10
Fehlende Antworten	BE, OW, SO, UR	4

3.7.4 Abbruchkriterien

Genau die Hälfte der antwortenden Kantone kennen formale Bedingungen für den zwingenden Abbruch einer laufenden Substitutionsbehandlung. Die andere Hälfte überlässt entsprechende Regelung den behandelnden Einrichtungen und Ärzten. Von 4 Kantonen liegt keine Antwort vor.

Tabelle 21: Regelung der Kantone betr. formale Kriterien für zwingenden Abbruch der Substitutionsbehandlung		
	Kantone	Anzahl
Formale Abbruchkriterien geregelt	BL, BS, FR, GL, GR, LU, SH, SZ, TG, VD, VS	11
Keine formalen Abbruchkriterien vorgegeben	AG, AI, AR, GE, JU, NE, NW, SG, TI, ZG, ZH	11
Fehlende Antworten	BE, OW, SO, UR	4

Zusammengefasst gelten (je nach Kanton unterschiedlich formuliert) die folgenden Kriterien:

- Nichteinhalten der therapeutischen Vorgaben, mangelnde Kooperationsbereitschaft
- regelmässiger oder gelegentlicher Beikonsum, Rückfälle, Abstürze
- Gewaltandrohung und -anwendung, sonstiges nichtakzeptables Verhalten
- Drogenhandel sowie Verkauf und Missbrauch des Methadons
- Medizinische oder psychiatrische Indikation

4 Beurteilung und persönliche Einschätzung der aktuellen Substitutionspraxis durch Behördenvertreter und Suchtfachleute

In diesem Kapitel soll die subjektive Meinung der befragten Einrichtungen – oder besser gesagt, der antwortenden Personen – ausgelotet werden. Im Sinne eines Stimmungsbarometers werden einzelne Aspekte und Problembereiche der heutigen Substitutionspraxis beleuchtet.

Die Beschreibung der Situation basiert auf der Auswertung der qualitativen Fragen, die im zweiten Teil des Fragebogens allen Einrichtungen gestellt wurden. Geantwortet haben Kantonsärzte, kantonale Suchtbeauftragte, Privatärzte sowie behandelnde Ärzte in Spitälern und Kliniken, Mitarbeiter von Beratungsstellen, stationären Therapeutischen Einrichtungen sowie Apotheker.

4.1 Kantonale Regelungen und gesetzliche Rahmenbedingungen

Zu beantwortende Frage: *Wie beurteilen Sie persönlich die aktuellen Regelungen zu Bewilligungsverfahren und Indikationsstellung in Ihrem Kanton?*

Zur Beurteilung standen: *Anfallender administrativen und organisatorischer Aufwand / Kontrolle der Patienten (insbes. Fluktuation und Doppelbezug) / Kontrolle der Betäubungsmittel (insbes. Administration, Missbrauch) / Einhaltung der Regelungen durch die Ärzte / Kontrollmöglichkeiten (z.Bsp. für Kantonsarzt, Bewilligungsinstanz) / Durchsetzbarkeit der Regelungen gegenüber den Akteuren*

Mögliche Bewertung: *sehr gut / gut / mässig / schlecht sowie Verbesserungen sind notwendig / sind nicht notwendig*

Die antwortenden Personen beurteilen die aktuellen Regelungen zu Bewilligungsverfahren und Indikationsstellung in ihrem eigenen Kanton vorwiegend als „gut“ (57%) bis „sehr gut“ (14%) und drücken damit eine beträchtliche Zustimmung für das in ihrem eigenen Kanton praktizierte System aus. Ein Viertel der Befragten betrachtet das System als nur „mässig“ zufriedenstellend und nur gerade 5% erachten die aktuellen Regelungen ihres eigenen Kantons als „schlecht“.

Am meisten Zustimmung erhalten die eigenen Regelungen in den Kantonen AI, BL, BS, FR, JU und SH (im Durchschnitt zwischen „gut“ und „sehr gut“ beurteilt), während sie in den Kantonen AG, SO und ZG gesamthaft betrachtet als „mässig“ zufriedenstellend beurteilt werden. In den restlichen Kantonen schwankt die Beurteilung zwischen „gut“ und „mässig“.

Nach einzelnen Aspekten betrachtet werden der administrative Aufwand und die durch das Bewilligungsverfahren erreichte Kontrolle der Patienten am positivsten beurteilt (über 80% Beurteilung „gut“ oder „sehr gut“). Eher kritisch betrachtet und von vielen als „mässig“ zufriedenstellend beurteilt werden die allgemeine Einhaltung der Regelungen durch die methadonabgebenden Ärzte sowie die den Behörden (z.Bsp. Kantonsärzte) in die Hände gegebenen Kontrollmöglichkeiten zur Durchsetzung der Regelungen. Die Kantonsärzte äussern sich dabei eher kritischer als die kantonalen Verantwortlichen für Suchtfragen, die Ärzte der Spitäler und Kliniken eher kritischer als die Privatärzte.

Die Analyse der vorliegenden Daten lässt jedoch keine Aussage über die tatsächliche Güte und Qualität der kantonalen Regelungen zu. Beschrieben wird an dieser Stelle nur die aktuelle Beurteilung durch die befragten Personen. Trotz der doch allgemein guten Beurteilung der eigenen kantonalen Regelungen sind aber fast drei Viertel der kantonalen Verantwortlichen für Suchtfragen sowie zwei Drittel der Kantonsärzte für die Einführung eines gesamtschweizerischen und einheitlichen Bewilligungsverfahrens. Nur wenige machen dabei Vorbehalte.

Das bevorzugte Modell wäre mit 70% Zustimmung die sogenannte „Programmbewilligung“, dh. eine patientenbezogene Bewilligung, welche die behandelnden Ärzte zur Methadonverschreibung für den jeweiligen Patienten berechtigt. Die restlichen Stimmen teilen sich etwa hälftig in das Modell „generelle Bewilligung für Ärzte“ für eine unbestimmte Anzahl Patienten respektive in das Modell „generelle Bewilligung für spezielle Indikationsstellen“.

Drei Viertel der kantonalen Verantwortlichen für Suchtfragen und Kantonsärzte würden bei dem Modell ihrer Wahl eine obligatorische Berichterstattung der Behandelnden an eine behördliche Kontrollinstanz vorsehen. Über 90% würden die Berichtsform standardisieren, wobei gut die Hälfte in halbjährlichem und 43% in jährlichem Intervall berichten liessen. Die Restlichen würden jeweils nur bei speziellen Ereignissen wie Austritt/Beendigung der Substitutionsbehandlung respektive ausserordentlichen Vorkommnissen berichten lassen.

4.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Zu beantwortende Frage: *Wie beurteilen Sie die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit beteiligten Berufsgruppen des Suchthilfebereichs, wo sehen Sie allenfalls Verbesserungsbedarf?*

Zur Beurteilung stand die Zusammenarbeit mit: *Kantonsärzten / Kantonalen Suchtbeauftragten / behandelnden Privatärzten / Kantonsapothekern / Spitälern und Kliniken / Methadon abgebenden Apotheken / DropIns, Beratungsstellen / Polizei / Staatsanwaltschaft / Gefängnissen und Haftanstalten / Krankenkassen / Fürsorgebehörden / Institutionen der Überlebenshilfe / Entzugseinrichtungen / Stationären Therapieeinrichtungen (Entwöhnung) / Bundesamt für Gesundheit (BAG) / Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) / Kantonalen und regionalen IV-Stellen*

Mögliche Bewertung: *sehr gut / gut / mässig / schlecht / keine Kontakt oder Schnittstelle sowie Verbesserungen sind notwendig / sind nicht notwendig*

Von den antwortenden Personen haben durchschnittlich rund 60% eine persönliche Beurteilung der Qualität der interdisziplinären Zusammenarbeit mit involvierten Berufsgruppen des Suchthilfebereichs gegeben. Vor einer Detailbetrachtung der Ergebnisse soll – mit allen Vorbehalten, die sich durch die pauschale Fragestellung ergeben – ein grober Überblick über die Resultate geboten werden.

In die Auswertung einbezogen wurde nur die Beurteilung derjenigen Personen, welche einen effektiven Kontakt mit der jeweiligen Berufsgruppe verzeichnen. Das bedeutet beispielsweise, dass eine Antwort zur Zusammenarbeit mit den Krankenkassen nicht ausgewertet wurde, wenn die betreffende Person „keinen Kontakt“ mit Krankenkassen verzeichnet. Aus diesem Grund basiert die Beurteilung einer jeden Zusammenarbeit auf einer unterschiedlichen Anzahl Antworten und erhält dadurch unterschiedliche Aussagekraft. Es kann davon ausgegangen werden, dass die durchschnittliche Qualität eines Arbeitskontakts umso aussagekräftiger beurteilt wird, je mehr Personen ihr Urteil dazu abgeben.

Mit gut drei Vierteln der Beurteilungen verzeichnen die Privatärzte, die Beratungsstellen und die Fürsorgebehörden am meisten Schnittstellen und interdisziplinäre Kontakte mit anderen Berufsgruppen. Von jeweils mindestens zwei Dritteln der Antwortenden wurde die Zusammenarbeit mit den Spitälern und Kliniken, Kantonsärzten, Entzugs- sowie therapeutischen Einrichtungen und Apotheken beurteilt. Mindestens noch von der Hälfte beurteilt wurden die Arbeitskontakte mit Krankenkassen, Polizei, Gefängnissen, IV-Stellen, kantonalen Suchtbeauftragten und Kantonsapothekern.

Zwei Drittel der Antwortenden hat hingegen gemäss eigenen Angaben keinen Kontakt zum Bundesamt für Sozialversicherung (BSV). Fast die Hälfte der Personen gibt an, keinen Kontakt zu Staatsanwaltschaft, zu Institutionen der Überlebenshilfe oder zum Bundesamt für Gesundheit (BAG) zu haben. Die Beurteilung dieser Arbeitskontakte beruht demnach auf deutlich weniger Aussagen.

4.2.1 Wie werden die Berufsgruppen beurteilt?

Die befragten Einrichtungstypen respektive die antwortenden Personen sind sich in der gegenseitigen Beurteilung mehr oder weniger einig. Ausser den Behördenvertretern (Kantonsärzte, Kantonsapotheker, kantonale Suchtbeauftragte) und den Einrichtungen der Suchthilfe (Institutionen der Überlebenshilfe, Entzug- und stationäre Therapeutische Einrichtungen) werden alle anderen 12 Berufsgruppen im Trend einheitlich beurteilt. Das heisst mit anderen Worten, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit im grossen und ganzen von allen Befragten ähnlich, dh. ohne bedeutende Unterschiede, benotet wird.

Zunächst sollen die positiven Stimmen analysiert werden. Deutlich am meisten Zustimmung in Form der Beurteilung „gut“ bis „sehr gut“ (jeweils 70% bis 85% der Antworten) erhält von allen Seiten die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Apotheken, Beratungsstellen, Kantonsärzten und Entzugseinrichtungen. Jeweils zwischen 60% und 69% der Befragten notieren „gut“ oder „sehr gut“ bezüglich der Arbeitskontakte mit Privatärzten, Einrichtungen der Suchthilfe (stationäre Therapie, Überlebenshilfe), Spitälern, Kliniken, kantonalen Beauftragten für Suchtfragen und Kantonsapothekern sowie mit Fürsorgebehörden.

Mit Abstand am kritischsten beurteilt wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den Krankenkassen und dem Bundesamt für Sozialversicherung (BSV); nur noch ein Drittel der Befragten beurteilt die Qualität dieser Arbeitskontakte als „gut“. Nur wenig besser fällt die Beurteilung der Schnittstellen zu den regionalen und kantonalen IV-Stellen aus.

Betrachtet man nun die negativen Stimmen, ergibt sich entsprechend das Kontrastbild zur obigen Darstellung. Von jeweils über einem Viertel aller Antwortenden erhält die Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) und mit den Krankenkassen die Beurteilung „schlecht“. Auch die Arbeitskontakte mit den regionalen und kantonalen IV-Stellen erhält noch von fast 15% diese Beurteilung.

Eine ambivalente Beurteilung erfährt die Zusammenarbeit mit den Vertretern der Säule Repression (Polizei, Staatsanwaltschaft und Gefängnisse) sowie dem Bundesamt für Gesundheit (BAG). Obwohl gut die Hälfte der Befragten diesen Arbeitskontakten die Note „gut“ oder „sehr gut“ attestieren, erteilen aber gleichzeitig fast ebenso viele die Beurteilung „mässig“ oder „sehr schlecht“. Das lässt darauf schliessen, dass in etwa gleich viele Personen die Zusammenarbeit mit diesen Stellen als positiv oder negativ empfinden, was dann – pauschal über alle Befragten betrachtet – zum erwähnten ambivalenten Ergebnis führt.

4.2.2 Wie beurteilen die Berufsgruppen die anderen?

Kantonsärzte und Suchtbeauftragte beurteilen die Zusammenarbeit mit den verschiedenen Berufsgruppen grundsätzlich gleich (dh. keine signifikanten Unterschiede in der Beurteilung).

Auch die antwortenden Personen aus den Beratungsstellen und diejenigen aus den stationären Therapeutischen Einrichtungen beurteilen die Zusammenarbeit mit den verschiedenen Berufsgruppen mit einer Ausnahme grundsätzlich gleich (Personen aus therapeutischen Einrichtungen beurteilen die Zusammenarbeit mit der Staatsanwaltschaft besser als diejenigen aus den Beratungsstellen).

Zwischen den antwortenden Privatärzten und den antwortenden Ärzten der Kantons- und Regional-spitäler, Psychiatrischen Kliniken, spezialisierten Kliniken und Substitutionspraxen sind nur in wenigen Punkten unterschiedliche Beurteilungen festzustellen. So beurteilen die „Spitalärzte“ etwa die Zusammenarbeit mit den Institutionen der Überlebensrichtungen, mit den Entzugseinrichtungen und mit dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) deutlich besser als die Privatärzte (signifikante Unterschiede in der relativen Häufigkeit der Beurteilung „sehr gut“).

Die Apotheker sind mit keiner der bisher erwähnten Berufsgruppen in deutliche Übereinstimmung zu bringen; sie beurteilen die interdisziplinäre Zusammenarbeit im wesentlichen nach eigenen Kriterien. Am ähnlichsten sind sie in ihrem Beurteilungsverhalten noch den stationären Therapeutischen Einrichtungen (75% Übereinstimmung).

Die nachfolgende Tabelle gibt eine Übersicht darüber, wie sich die Befragten *gegenseitig* beurteilen und stellt so die jeweilige Selbsteinschätzung bezüglich der Qualität der gegenseitigen Zusammenarbeit einer Berufsgruppe der Fremdeinschätzung durch die anderen Berufsgruppen gegenüber. Die Vertreter der Repression (Staatsanwaltschaft, Polizei, Gefängnisse), die Einrichtungen der Überlebenshilfe und des Entzugs, die Bundesämter BSV/BAG sowie die Krankenversicherer sind in dieser Matrixdarstellung nicht berücksichtigt, da sie selbst im Rahmen dieser Erhebung nicht befragt wurden.

Tabelle 22: Gegenseitige Beurteilung der Berufsgruppen und Einrichtungstypen

Legende: 😊😊 überdurchschnittlich gut / 😊 gut / 😐 ambivalente oder durchschnittliche Beziehung / 😞 schlecht / 😞😞 überdurchschnittlich schlecht

Beurteilende:	Beurteilte: Kantonsärzte	Suchtbeauftragte	Privatärzte	Spitäler Kliniken	Apotheken	Beratungsstellen	stationäre Therapie
Suchtbeauftragte Kantonsärzte	😊😊	😊😊	😊	😊😊	😊	😊😊	😊😊
Privatärzte	😊	😐	😊	😞	😊	😞	😞
Spitäler, Kliniken, Substitutionspraxen	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Apotheken	😞	😞😞	😞	😞😞	😞	😞	😞😞
Beratungsstellen und Dropins	😞	😊	😞	😐	😊	😊	😊
Stationäre Therapieeinrichtungen	😞	😊	😊	😊	😐	😊	😊

Lesebeispiel: Privatärzte beurteilen die Zusammenarbeit mit Kantonsärzten als „gut“, mit kantonalen Suchtbeauftragten durchschnittlich oder ambivalent (dh. gleich viele gute wie schlechte Beurteilungen), mit ihresgleichen und Apotheken als „gut“, mit Beratungsstellen und stationären Therapeutischen Einrichtungen als „schlecht“. Fette Smilies verbildlichen jeweils die Selbsteinschätzung, alle anderen (nicht fett) die Fremdbeurteilung!

Kantonsärzte und kantonale Verantwortliche für Suchtfragen

In vielen Kantonen haben Kantonsärzte und kantonale Verantwortliche für Suchtfragen die Fragebogen gemeinsam ausgefüllt, weswegen sie an dieser Stelle auch zusammen betrachtet werden.

Sie haben die Beurteilung „schlecht“ nur der Zusammenarbeit mit den Krankenkassen, den IV-Stellen, dem Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) und der Staatsanwaltschaft verteilt. Am besten (mit jeweils über 30% der Nennungen „sehr gut“) wurden von Ihnen die Arbeitskontakte mit den Beratungsstellen, den Entzugseinrichtungen, Spitälern und Kliniken sowie den Kantonsapothekern bewertet.

Behandelnde Privatärzte

Die Privatärzte geben nur der Zusammenarbeit mit den Kantonsärzten und den Apotheken mit einer deutlich über dem Durchschnitt liegenden Häufigkeit die Beurteilung „sehr gut“. Demgegenüber beurteilen sie die Arbeitskontakte mit insgesamt 8 Berufsgruppen überdurchschnittlich oft mit der Note „schlecht“; mit Einrichtungen der Überlebenshilfe und für Entzug, mit Kantonsapothekern und kantonalen Suchtbeauftragten, mit Staatsanwaltschaft und Gefängnissen sowie mit Krankenkassen und Bundesamt für Gesundheit (BAG).

Ärzte der Spitäler, Psychiatrischen Kliniken, spezialisierten Kliniken und Substitutionspraxen

Die antwortenden Ärzte der Spitäler, Psychiatrischen Kliniken, spezialisierten Substitutionspraxen haben die Beurteilung „schlecht“ iberdurchschnittlich oft nur der Zusammenarbeit mit den Krankenkassen und mit den Kantonsärzten verteilt. Auf der anderen Seite wurden von ihnen 13 von 18 zu beurteilenden Arbeitskontakten iberdurchschnittlich oft mit „sehr gut“ bewertet. Sie geben damit weitaus die positivsten Beurteilungen iber andere ab.

Apotheken

Die Apotheken betrachten nur die Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) und den Krankenkassen als iberdurchschnittlich „gut“. Demgegeniber verteilen sie die Note „schlecht“ an die Arbeitskontakte von insgesamt zwölf von siebzehn zu beurteilenden Kontakten. Gnade finden vor ihrem Urteil nur noch Kantonsapotheker, das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und die IV-Stellen. Selbst die Zusammenarbeit mit ihren Berufskollegen bewerten sie noch iberdurchschnittlich häufig mit „schlecht“. Sie legen damit iber alle Befragten betrachtet die weitaus negativsten Beurteilungen der interdisziplinären Zusammenarbeit ab. Der Schluss liegt nahe, dass Apotheken in einer strengen Konkurrenzsituation stehen.

Beratungsstellen, Droplns

Die antwortenden Personen der Beratungsstellen und Droplns bewegen sich bei der Beurteilung der interdisziplinären Arbeitskontakte nah am Durchschnitt aller Einrichtungen. Besser wurden von ihnen nur die Kontakte zu den Einrichtungen der iberlebenshilfe und zu Fürsorgebehörden beurteilt, schlechter als der Durchschnitt nur die Zusammenarbeit mit Kantonsärzten und Kantonsapothekern sowie mit den Privatärzten.

Stationäre therapeutische Einrichtungen

Die Antwortenden der stationären Therapeutischen Einrichtungen geben die ambivalentesten Beurteilungen ab. Die Zusammenarbeit mit den Kantonalen Suchtbeauftragten, Apotheken, Einrichtungen der iberlebenshilfe und der Staatsanwaltschaft beurteilen sie sowohl iberdurchschnittlich oft mit „sehr gut“ als auch mit „schlecht“. Deutlich positiv wird hingegen die Zusammenarbeit mit den Privatärzten, Entzugseinrichtungen, mit Polizei und Gefängnissen sowie mit den Fürsorgebehörden beurteilt. Ebenso deutlich negativ werden auf der anderen Seite die Arbeitskontakte mit den Kantonsärzten, mit den Bundesämtern BSV und BAG sowie mit den kantonalen und regionalen IV-Stellen bewertet.

4.2.3 Wie beurteilen die Berufsgruppen die Zusammenarbeit mit ihresgleichen?

Die Betrachtung der Beurteilung der *intradisziplinaren* Zusammenarbeit der einzelnen Berufsgruppen gibt in beschränktem Mass Aufschluss iber die iberEinstimmung von Fremd- und Selbsteinschätzung. Je grösser die Differenz zwischen der durchschnittlichen Beurteilung (aller Befragten) und der eigenen Beurteilung ausfällt, desto grösser dürfte die Diskrepanz in der *interdisziplinären* Wahrnehmung sein.

Erwartungsgemäss erhalten die eigenen Berufskollegen bei den meisten Befragten iberdurchschnittlich oft die Beurteilung „gut“ oder „sehr gut“. Die besten Noten geben sich gegenseitig die therapeutischen Einrichtungen (40% iber dem Durchschnitt), die Spitäler und Kliniken (9% iber dem Durchschnitt) sowie die Beratungsstellen (6% iber dem Durchschnitt). Eine weitgehende Kongruenz zwischen durchschnittlicher und eigener Beurteilung weisen die Apotheken und Privatärzte auf.

4.3 Wichtigste Elemente der psychosozialen Behandlung

Frage: Welche Elemente sind nach Ihrer Meinung die wichtigsten Bestandteile einer adäquaten psychosozialen Behandlung und Betreuung (welche sind besonders Erfolg versprechend)?

Zur Beurteilung standen die Elemente: Gespräche mit behandelndem Privatarzt / Gespräche mit Methadon abgebendem Apotheker / Gespräche mit Beratungsstellen, Droplns / Psychotherapie bei Psychiater oder Psychologe / Angebot im Bereich Finanzen (Budgetplanung, -verwaltung, Schuldensanierung, Steuern, etc.) / Angebot im Bereich Wohnen (Wohnungsvermittlung, betreutes und/oder begleitetes Wohnen, etc.) / Angebot im Bereich Arbeit (Jobvermittlung, Arbeits- und Beschäftigungsprojekte, Taglohnprojekte, etc.) / Angebot im Bereich Freizeit (Freizeitgestaltung, betreute und/oder begleitete Freizeit, etc.) / Angebot im Bereich Ressourcenstärkung (Sozialkompetenz, Selbständigkeit, Persönlichkeitsbildung, etc.)

Mögliche Bewertung: sehr wichtig (für die Mehrzahl der Patienten unabdingbar) / wichtig / weder wichtig noch unwichtig / weniger wichtig / völlig unwichtig (für die Mehrzahl der Patienten unnötig)

95% der Befragten beantworteten obige Frage. Für eine zusammenfassende Darstellung des Results können die verschiedenen beurteilten Elemente gemäss der ihnen beigemessenen Bedeutung für eine erfolversprechende psychosoziale Behandlung und Betreuung priorisiert werden. Gemessen am relativen Anteil der Beurteilung „wichtig“ oder „sehr wichtig“ werden die folgenden Elemente am häufigsten angeführt:

- regelmässige Arztgespräche (87%) und Gespräche in einer Beratungsstelle (73%) sowie Angebote im Bereich persönliche Ressourcenstärkung (70%)
- Angebote im Bereich Arbeit (79%), im Bereich Finanzen (74%) und Wohnen (63%)
- Angebote im Bereich Freizeit (51%)

Gewissen Aufschluss über die Bedeutung der einzelnen Elemente – als Bestandteil einer „adäquaten“ psychosozialen Behandlung und Betreuung – bietet auch die Anzahl der *unentschiedenen* Meinungen, dh. derjenigen Befragten, die ein Angebot weder als wichtig noch als unwichtig einstufen mochten; am wenigsten Zweifel bestand offenbar bei der Beurteilung der Bedeutung von regelmässigen Arztgesprächen (nur 10% Nennungen „weder/noch“), von Angeboten im Bereich Arbeit (14%) sowie von regelmässigen Gesprächen in Beratungsstellen (16%). Am meisten Unsicherheit, dh. die höchste Anzahl von unentschiedenen Meinungen, verursachte die Aufforderung zur Beurteilung der Wichtigkeit von Psychotherapie (35%) und Angeboten im Bereich Freizeit (29%).

4.3.1 Gespräche mit behandelndem Arzt, Beratungsstelle und Apotheke

Regelmässige Gespräche mit dem behandelnden Arzt werden von fast 90% aller Befragten als „wichtiges“ (31%) oder „sehr wichtiges“ Element (65%) einer adäquaten psychosozialen Behandlung genannt. Signifikante Unterschiede in der Beurteilung sind hier weder zwischen den einzelnen Berufsgruppen noch zwischen den Sprachregionen zu verzeichnen.

Drei Viertel der Befragten gibt die Beurteilung „sehr wichtig“ auch den regelmässigen Gesprächen in einer Beratungsstelle oder einem Dropln. Im Durchschnitt erhalten die Gespräche in den Beratungsstellen jedoch rund 20% weniger Zustimmung als Gespräche mit dem Arzt. Bezeichnenderweise messen dabei die Beratungsstellen den Arztgesprächen von allen Befragten am wenigsten Bedeutung zu – umgekehrt messen die Privatarzte ihrerseits von allen Befragten den Gesprächen in den Beratungsstellen am wenigsten Wichtigkeit zu, was auf eine gewisse Konkurrenzsituation schliessen lässt.

Ambivalent werden regelmässige Gespräche in der Apotheke betrachtet. Die Beurteilungen reichen beinahe gleichverteilt von „völlig unwichtig“ bis zu „sehr wichtig“. Aber nur knapp je 20% der Befragten beurteilen Gespräche in der Apotheke als „wichtiges“ oder „sehr wichtiges“ Element der psychosozialen Behandlung. Am meisten Bedeutung messen diesen Gesprächen die Apotheken selbst zu, während sie von den spezialisierten Substitutionspraxen am kritischsten beurteilt werden.

4.3.2 Angebote in den Bereichen Arbeit, Finanzen, Wohnen und Ressourcenstärkung

Fast drei Viertel der Befragten beurteilen psychosoziale Angebote in den Bereichen Arbeit (Jobvermittlung, Arbeits- und Beschäftigungsprojekte, Taglohnprojekte, etc.), Finanzen (Budgetplanung und -verwaltung, Schuldensanierung, Steuern, etc.), Wohnen (Wohnungsvermittlung, betreutes oder begleitetes Wohnen, etc.) und Ressourcenstärkung (Förderung von Sozialkompetenz, Selbständigkeit, Persönlichkeitsbildung, etc.) entweder als „wichtig“ (45%) oder aber „sehr wichtig“ (25%). Angebote im Bereich Freizeit werden noch von der Hälfte der Befragten als „wichtig“ oder „sehr wichtig“ eingestuft.

Betrachtet man die Beurteilungen der diversen psychosozialen Angebote nach Einrichtungstyp kategorisiert, so stellt man doch signifikante Unterschiede in der Einschätzung der Wichtigkeit der einzelnen Angebote fest. Psychosoziale Angebote im Bereich Arbeit erhalten zum Beispiel von spezialisierten Suchtpraxen und Apotheken überdurchschnittliche Bedeutung beigemessen, Angebote im Bereich Finanzen und Ressourcenstärkung werden hingegen mehr von den Beratungsstellen favorisiert. Die Angebote im Bereich Wohnen werden von den spezialisierten Suchtpraxen sowie Kantons- und Regionalspitälern überdurchschnittlich mit dem Prädikat „wichtig“ oder „sehr wichtig“ versehen, hingegen von den Privatarztpraxen als „weniger wichtig“ eingestuft. Die Psychiatrischen Kliniken beurteilen alle psychosozialen Angebote durchwegs am kritischsten und verzeichnen überall am wenigsten Nennungen „wichtig“ oder „sehr wichtig“.

4.4 Aktuelles Substitutionsangebot

Zu beantwortende Frage: *Wie beurteilen Sie das momentane Substitutionsangebot für Betäubungsmittelabhängige in Ihrem Kanton in quantitativer Hinsicht und in welchen Bereichen definieren Sie allenfalls Verbesserungsbedarf?*

Zur Beurteilung standen: *Anzahl Behandlungsplätze (Methadon) bei Privatärzten / Anzahl Behandlungsplätze in Methadon verschreibenden und abgebenden Institutionen (spezialisierte Kliniken, Spitäler, etc.) / Anzahl Behandlungsplätze für Substitution im Gefängnis / Angebot an modifizierten und differenzierten Behandlungsformen (z.Bsp. für polytoxikomane Suchtmittelabhängige, Borderliner, etc.) / geschlechtsspezifische Substitutionsangebote / Substitutionsangebote für schwangere Frauen sowie Mütter mit Kind / Anzahl Behandlungsplätze für Teil-Entzüge mit Methadon / Anzahl Plätze für psychosoziale Betreuung und Begleitung*

Mögliche Bewertung: *kann ich nicht beurteilen / Angebot ist genügend / Angebot ist ungenügend sowie Verbesserungen sind notwendig / sind nicht notwendig*

95% der Befragten beantworteten obige Frage, die allen Befragten gestellt wurde. Allerdings konnte oder wollte beinahe die Hälfte den Sachverhalt nicht beurteilen (46% Nennungen „keine Beurteilung“). Am schwierigsten zu beurteilen waren anscheinend das aktuelle Angebot an Behandlungsplätzen für schwangere Frauen und Mütter mit Kind, die aktuell vorhandenen Möglichkeiten einer Substitutionsbehandlung im Gefängnis sowie geschlechtsspezifische Substitutionsangebote.

4.4.1 Beurteilung der einzelnen Substitutionsangebote in quantitativer Hinsicht

20% der Antwortenden beurteilen – als über alle zu beurteilenden Elemente zusammengefasstes Resultat – das aktuelle Substitutionsangebot als „ungenügend“ und nur wenig mehr, nämlich 35% der Antwortenden, erachten es als „genügend“.

Von fast der Hälfte der Antwortenden als „genügend“ beurteilt wird die aktuell zur Verfügung stehende Anzahl Behandlungsplätze in Methadon verschreibenden Einrichtungen (spezialisierten Kliniken, Spitäler, etc.) sowie in Privatarztpraxen. Immer noch durchschnittlich 40% der Antwortenden betrachten die vorhandene Anzahl Behandlungsplätze für Teil-Entzüge mit Methadon sowie das bestehende Angebot an psychosozialer Behandlung und Betreuung als „genügend“.

Demgegenüber wird insbesondere das aktuelle Angebot an modifizierten und differenzierten Behandlungsformen (z.Bsp. für polytoxikomane Suchtmittelabhängige, Borderliner, etc.) von über einem Drittel als „ungenügend“ erachtet, ein Viertel erachtet das bestehende Angebot an psychosozialer Behandlung und Betreuung als „ungenügend“.

4.4.2 Unterschiedliche Beurteilung in den Sprachregionen

Auffallend ist die unterschiedliche Beurteilung des aktuellen Angebots betrachtet nach Sprachregionen. Das aktuelle quantitative Angebot an Substitutionsbehandlung wird in der deutschsprachigen Schweiz – mit Ausnahme der Substitutionsangebote für schwangere Frauen und Mütter mit Kind – durchwegs als besser beurteilt als in den französischsprachigen Kantonen. Die Unterschiede in der Beurteilung sind hoch signifikant. Je nach Angebot beträgt die Differenz in der relativen Anzahl Nennungen zwischen 50% und 100%! Während in der Deutschschweiz – mit Ausnahme des Angebots an modifizierten und differenzierten Behandlungsformen – überall eine positive Einschätzung des vorhandenen Angebots deutlich überwiegt (jeweils mehr Nennungen „genügend“ als „ungenügend“), überwiegt in der Welschschweiz in allen Bereichen die Beurteilung „ungenügendes Angebot“ (jeweils mehr Nennungen „ungenügend“ als „genügend“).

Die Analyse der vorliegenden Daten lässt jedoch keine Aussage über das tatsächliche Angebot im Substitutions- und Suchthilfebereich zu. Beschrieben wird an dieser Stelle nur die aktuelle Beurteilung durch die befragten Personen. Hingegen geht aus der Analyse der Daten hervor, dass die Mehrheit der antwortenden Welschschweizer – im Gegensatz zu den Deutschschweizern – in allen Bereichen Verbesserungsbedarf moniert.

4.5 Suchtspezifisches Fachwissen der behandelnden Ärzte

Zu beantwortende Frage: *Wie beurteilen Sie das suchtspezifische Fachwissen der Methadon verschreibenden Ärzte und in welchen Bereichen definieren Sie allenfalls Verbesserungsbedarf (Bedarf an Fortbildungsangeboten)?*

Zur Beurteilung standen die Fachgebiete: *somatische Diagnostik und Behandlung von Suchtmittelabhängigen (insbes. Opiatabhängigen) / psychiatrische Diagnostik und Behandlung von Suchtmittelabhängigen / epidemiologische Fragen (Hep.C, HIV, etc.) / Pharmakokinetik, Wirkung und Nebenwirkungen von Betäubungsmitteln / Formen und Möglichkeiten des Entzugs (aktuelles Angebot) / Formen und Möglichkeiten der Entwöhnung (insbes. aktuelles Angebot) / Formen und Möglichkeiten der psychosoziale Behandlung und Betreuung von Patienten*

Mögliche Bewertung: *sehr gut / gut / mässig / schlecht sowie Verbesserungen sind notwendig / sind nicht notwendig*

96% der Befragten beantworteten obige Frage, wobei sie nur den Kantonsärzten, den Privatärzten sowie den behandelnden Ärzten der Spitäler und Kliniken gestellt wurde. Es handelt sich hier also um eine Selbsteinschätzung der Ärzteschaft betreffend ihr eigenes suchtspezifisches Fachwissen.

Das suchtspezifische Fachwissen wird in allen Bereichen von durchschnittlich 13% der Ärzte als „sehr gut“ beurteilt. Mit Ausnahme der Gebiete *psychiatrische Diagnostik* und *Pharmakokinetik Betäubungsmittel* wird das Fachwissen von jeweils mindestens 50% der Ärzte als „gut“ beurteilt. Das Fachwissen in *somatischer Diagnostik* schneidet dabei am besten ab, am kritischsten wird hingegen das Wissen in den Bereichen *psychiatrische Diagnostik* und *Pharmakokinetik Betäubungsmittel* beurteilt. Auch das Wissen der Ärzte um Möglichkeiten und Angebote in den Bereichen *Entwöhnung*, *stationäre Therapie* und *psychosoziale Behandlung* wird von jeweils einem Drittel der Ärzteschaft nur als „mässig“ bezeichnet.

Auffallend ist die unterschiedliche Selbsteinschätzung der Ärzte der französischsprachigen Kantone im Gegensatz zu ihren Kollegen in der Deutschschweiz. Während sich im Schnitt 16% der Deutschschweizer Ärzte in suchtspezifischem Fachwissen die Note „sehr gut“ zugesteht, beurteilen nicht mehr als 4% der Romands ihr suchtspezifisches Fachwissen als „sehr gut“ – Ausnahme bildet das Gebiet *epidemiologische Fragen*. Entsprechend wird die Beurteilung „mässig“ in der Welschschweiz überdurchschnittlich häufiger gemacht als in der Deutschschweiz. Weitere signifikante Differenzen sind nicht auszumachen.

Die Analyse der vorliegenden Daten lässt jedoch keine Aussage über die tatsächliche Qualität des suchtspezifischen Fachwissens der Ärzte zu. Beschrieben wird an dieser Stelle nur die aktuelle Beurteilung durch die befragten Personen. Hingegen geht aus der Analyse der Daten hervor, dass von allen befragten Personen – unbesehen der eigenen Selbsteinschätzung – gleichermassen Weiterbildungsangebote gewünscht werden. Am meisten Wissensbedarf herrscht betreffend Fragen rund um psychiatrische Diagnostik, Pharmakokinetik von Betäubungsmitteln, Formen und Möglichkeiten von Entzug und Entwöhnung, stationären Therapieangeboten und Angeboten für psychosoziale Behandlung und Betreuung.

4.6 Erfolg der Substitutionsbehandlung

Zu beantwortende Frage: *Wie beurteilen Sie den Erfolg von Substitutionsbehandlungen mit Methadon (so wie diese z.Z. durchgeführt werden) und in welchen Bereichen definieren Sie allenfalls Verbesserungsbedarf*

Zur Beurteilung standen die Elemente: *Verbesserung von physischem Zustand und Befinden / Verbesserung von psychischem Zustand und Befinden / Verbesserung von sozialen und psychosozialen Faktoren / Reduktion des Risikos einer Infektion mit HIV und Hepatitis-C / Abnahme von Kriminalität und Beschaffungsdelinquenz / Gewinn von Distanz zur Gasse und Abstand zur Szene / Erreichen der Heroinabstinenz / Reduktion des Beikonsums anderer Substanzen / Reduktion irregulärer Behandlungsunter- und abbrüche / Vorbereitung auf Entzug und Entwöhnung*

Mögliche Bewertung: *sehr gut / gut / mässig / schlecht / kann ich nicht beurteilen*

90% der Befragten beantworteten obige Frage, die allen Befragten gestellt wurde. Durchschnittlich 8% enthielten sich einer Beurteilung. Am meisten Erfolg wird der Substitutionsbehandlung zweifelsohne bezüglich ihres Potentials zur Verbesserung des physischen Zustands und Befindens der Patienten beigemessen. Deutlich überdurchschnittlich als „gut“ wird auch der Erfolg beurteilt bezüglich der Reduktion eines Infektionsrisikos mit HIV oder Hepatitis-C, bezüglich der Abnahme der Kriminalität und Beschaffungsdelinquenz sowie das potential zur Verbesserung des psychischen Zustands und Befindens der Patienten und Verbesserung von sozialen und psychosozialen Faktoren.

Von knapp der Hälfte als „mässig“ und von rund 10% als „schlecht“ wird hingegen der Erfolg von Substitutionsbehandlungen bezüglich ihres Potentials zur Reduktion des Beikonsums anderer Substanzen und zur Erreichung der Heroinabstinenz beurteilt. Auch der Erfolg der Substitutionsbehandlungen hinsichtlich der Unterstützung für eine Distanzgewinnung zur Gasse sowie zur Vorbereitung auf Entzug und Entwöhnung wird als eher als „schlecht“ betrachtet.

Analysiert nach Einrichtungstyp wird der Erfolg der Substitutionsbehandlungen – über alle bewerteten Aspekte betrachtet – am positivsten von den spezialisierten Suchtpraxen beurteilt. Durchwegs am kritischsten in der Beurteilung des Erfolgs sind die Apotheken und stationären Therapeutischen Einrichtungen. Von den befragten Ärzten äussern sich Kantonsärzte und die Ärzte der Psychiatrischen Kliniken am kritischsten (gemessen an der Anzahl Beurteilungen „mässig“ und „schlecht“). Die Unterschiede zwischen den Sprachregionen betreffend die Beurteilung des Erfolgs von Substitutionsbehandlungen sind minimal und nicht signifikant.

Als positiv zu bewerten ist die Beobachtung, dass die Erfolgsbeurteilung „schlecht“ im Durchschnitt nur 5% der Nennungen erhält, die Beurteilung „sehr gut“ hingegen durchschnittlich 10%. Die Beurteilung „gut“ erhält durchschnittlich 50% der Nennungen, „mässig“ durchschnittlich 35%. Dies vermittelt pauschal gesehen ein positives Bild; der Erfolg von Substitutionsbehandlungen wird doch von der Mehrheit als „gut“ bis „sehr gut“ eingeschätzt.

5 Probleme rund um die Substitutionsbehandlung mit Methadon als Teil der Suchthilfe – ein Stimmungsbarometer

In diesem Kapitel interessieren die negativen – oder als negativ empfundenen – Seiten der aktuellen Substitutionspraxis. Nebst den anerkanntermassen positiven Seiten erlebt die Durchführung von Substitutionsbehandlungen insbesondere im ganz konkreten Alltag auch ihre schwierigen Momente. Längst nicht alle Beteiligten arbeiten nach den Vorstellungen ihrer Gegenüber, der Umgang mit Suchtkranken ist selbst oft aufreibend und der Amtsschimmel reitet an manchen Orten eigene Wege.

Die Analyse beruht auf der Auswertung der Antworten auf die offenen Fragen im Fragebogen. Insgesamt 280 oder drei Viertel aller antwortenden Personen machten total 1'445 kurze oder ausführliche Kommentare zu spezifischen Problembereichen der aktuellen Substitutionspraxis. Anteilsmässig stammen 24% der Bemerkungen von den Beratungsstellen und DropIns, 22% von den Privatärzten, 19% von den Kantonsärzten und kantonalen Suchtbeauftragten, 15% von den Apothekern und je 10% von den Mitarbeitern der stationären Einrichtungen sowie den antwortenden Ärzten aus Spitälern und Klinken. Mit durchschnittlich 17 Bemerkungen pro Person haben die Kantonsärzte und kantonalen Suchtbeauftragten am detailliertesten und ausführlichsten geantwortet und damit überproportional viele Kommentare beigetragen. Bei den anderen Berufsgruppen beläuft sich der Durchschnitt auf rund 5 Bemerkungen pro Person.

Ausgewertet wurden ausnahmslos *alle* Bemerkungen; unzensuriert, „unreflektiert“ und weitgehend unkommentiert. Im Einzelnen schlugen die befragten Behördenvertreter und Suchtfachleute konkrete Massnahmen vor oder zeigten Trends auf, bieten Denkanstösse oder werden in ihren Beobachtungen auch Unmut los. Die Vielfalt der beobachteten und aufgeführten Probleme ist erstaunlich und spiegelt das ganze Spektrum an erlebten Schwierigkeiten, Frustrationen, gelebter Intoleranz sowie unerfüllten Erwartungen an sich selbst und an die Anderen.

Nebst einem wesentlichen, stark subjektiven Anteil der angeführten Probleme zeugt dieses Kapitel aber auch von zahlreichen objektiv feststellbaren Missständen, konkreten Hürden sowie vielen schlecht oder nicht optimal funktionierenden Prozessen in der schweizerischen Suchthilfe im allgemeinen und bei der Durchführung von Substitutionsbehandlungen im Speziellen. Die detaillierten Aussagen können und sollen also auch als konkrete Hinweise auf real existierende Defizite und als Vorschläge für mögliche Lösungsansätze verstanden werden.

Die zu beantwortende Fragen waren:

Welches sind aus Ihrer Sicht die wesentlichsten Probleme resp. Problembereiche betr. die psychosoziale Behandlung und Betreuung?

Welches sind aus Ihrer Sicht die wesentlichsten Probleme resp. Problembereiche betr. die aktuelle Praxis der Substitutionsbehandlung mit Methadon?

Welches wären aus Ihrer Sicht die dringendsten Massnahmen (Lösungen) betr. die oben aufgeführten Probleme und Problembereiche und wer müsste dazu aktiv werden?

5.1 Übersicht

Bei der Erfassung der Antworten konnte oft nicht klar unterschieden werden, ob sich die meist stichwortartigen Bemerkungen auf die aktuelle Praxis der Substitutionsbehandlung im Allgemeinen beziehen oder auf einzelne konkrete Teilbereiche wie Methadonabgabe, psychosoziale Betreuung, Behandlung durch Ärzte etc. im Speziellen. Mit einer sinngebenden Kategorisierung in 7 übergeordnete Themengebiete (*Problembereich1*) mit jeweils mehreren Unterrubriken (*Problembereich2*) konnten diese Zuordnungsprobleme jedoch weitgehend eliminiert werden. Die Bemerkungen und Kommentare in den 7 primären Problembereichen betreffen (in absteigender Wichtigkeit):

- **Klientel**; patientenbezogene Probleme bezüglich Charakter, Verhalten, Identität, persönliche Entwicklung, etc.
- **Substitutionsbehandlung und Therapie**; Probleme bezogen auf die Substitutionsbehandlung, deren Setting und Rahmenbedingungen sowie Probleme bezogen auf die Durchführung der eigentlichen Methadonabgabe
- **Angebot und Nachfrage**; Beklagte Probleme aufgrund des aktuellen Angebots der Suchthilfe und der Nachfrage sowie damit entstehender Differenzen und Angebotslücken
- **Ärztenschaft**; Probleme bezogen auf das persönliche Verhalten von Allgemeinpraktikern, Psychiatern etc. und der damit entstehenden Probleme bei der Durchführung von Substitutionsbehandlungen in Privatarztpraxen, Spitälern und Kliniken
- **Behörden und Versicherer**; Probleme mit Vertretern von Bund, Kantonen, Gemeinden, sowie mit den kantonalen oder regionalen IV-Stellen und den Krankenkassen
- **Therapeuten, Psychologen, Sozialarbeiter**; Probleme bezogen auf persönliches Verhalten der Vertreter dieser Berufsgattungen und der damit entstehenden Probleme bei der Durchführung von psychosozialer Behandlung und Betreuung
- **Gesellschaft und Umwelt**; unspezifische Probleme allgemeiner Natur, die nicht in eine der obgenannten Kategorien einzuordnen sind

Ebenso oft konnte nicht mit Bestimmtheit definiert werden, ob eine gemachte Bemerkung als Problem oder als Massnahme formuliert wurde (z.Bsp. die Aussage „zuwenig geschützte Arbeitsplätze“). Zur besseren Vergleichbarkeit wurden infolge alle Massnahmen als Problem umformuliert und kategorisiert. So wurde z.Bsp. die vorgeschlagene Massnahme „es müssten für Dealer härtere Strafen gesprochen werden“ zum definierten Problem „zuwenig harte Strafen für Dealer“ umformuliert.

Die nachstehende Tabelle zeigt nun einen groben Überblick über die insgesamt 1'445 gemachten Einzelkommentare, kategorisiert nach den wichtigsten 7 Themengebieten (*Problembereich1*):

Tabelle 23: Probleme im Zusammenhang mit Substitutionsbehandlung, Übersicht
Abs. Anzahl Kommentare zu Problemen und Massnahmen sowie rel. Anteile in %, gegliedert nach Problembereichen und Einrichtungstyp

Konkreter Problembereich:	Kantonsärzte Suchtbeauftragt.		Spitäler Kliniken		Privatärzte		Apotheken		Stationäre Therapie		Beratungsstellen		Total alle Antworten	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Klientel	116	43%	30	19%	120	38%	50	24%	24	16%	62	18%	402	28%
Behandlung, Setting, Rahmenbed.	60	22%	28	18%	60	19%	89	42%	47	32%	81	23%	365	26%
Suchthilfeangebot	29	11%	48	31%	44	14%	32	15%	39	27%	125	36%	317	22%
Ärztenschaft	41	15%	27	17%	41	13%	27	13%	6	4%	35	10%	177	12%
Behörden und Versicherer	7	3%	19	12%	31	10%	8	4%	20	14%	35	10%	120	8%
Therapeuten und Sozialarbeiter	8	3%	2	1%	8	3%	2	1%	3	2%	12	3%	35	2%
Gesellschaft	7	3%	2	1%	9	3%	2	1%	7	5%	2	1%	29	2%
Total alle Problembereiche	268	100%	156	100%	313	100%	210	100%	146	100%	352	100%	1445	100%

Über die Hälfte der genannten Probleme betreffen die *Klientel* sowie die *Substitutionsbehandlung und Therapie* an sich. Ein Fünftel der Antwortenden nennt Probleme im Bereich *Angebot der Suchthilfe* und beklagt konkrete Defizite im Angebot und Lücken in der Versorgung. Immer noch gut ein Zehntel der Nennungen betrifft konkrete *Kritik an der Ärzteschaft* und ihrem persönlichen Verhalten bei der Substitutionsbehandlung respektive der Methadonabgabe. Der Rest der Kommentare verteilt sich auf Probleme mit *Ämtern, Versicherern, Behörden*, die Berufsgattungen der *Therapeuten, Psychologen und Sozialarbeiter* respektive deren persönliches Verhalten im Rahmen der Substitutions- und der psychosozialen Behandlung, sowie auf *sonstige allgemeine Probleme* öffentlicher und gesellschaftlicher Natur.

5.2 Wichtigste Problembereiche nach antwortenden Berufsgruppen

Den Kantonsärzten, kantonalen Suchtbeauftragten sowie den Privatärzten liegen mit durchschnittlich rund 40% der Nennungen die Probleme rund um den Themenbereich *Klientel* besonders am Herzen, gefolgt von *Substitutionsbehandlung und Therapie* (20% der Nennungen). Die antwortenden Ärzte aus Spitälern und Kliniken sowie die Mitarbeitenden der Beratungsstellen und DropIns bemängeln in erster Linie Probleme im Bereich *Angebot der Suchthilfe* (jeweils gut 30% der Nennungen), während Apotheker und die Mitarbeitenden der stationären Therapeutischen Einrichtungen vorwiegend den Bereich *Substitutionsbehandlung und Therapie* im Auge haben (jeweils gut 35% der Nennungen). Die drei Themengebiete *Klientel*, *Substitutionsbehandlung und Therapie* sowie *Angebot der Suchthilfe* vereinen also gut drei Viertel aller Kommentare und Bemerkungen auf sich.

Der Themenbereich rund um die Ärzteschaft wird ausser von den stationären Therapeutischen Einrichtungen und den Beratungsstellen von allen anderen Berufsgruppen gleichermassen als problembeladen (mit jeweils rund 15% der Nennungen). Gleich schweres Gewicht erhält nur noch der Problembereich *Behörden und Versicherer* zugestanden, und zwar seitens der stationären Therapeutischen Einrichtungen (fast 15% der Nennungen). Das dürfte wohl mit dem zur Zeit – aufgrund der IV-Problematik – sehr kritischen Verhältnis zum Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) und den regionalen respektive kantonalen IV-Stellen erklärt werden.

5.3 Detailbetrachtung

Die Resultate der Auswertung aller Antworten zu den offenen Fragen der Erhebung wird nachfolgend in Tabellenform dargestellt. Diese Die Detailbetrachtung erstreckt sich über mehrere Seiten. Der Aufbau der Tabelle sei an dieser Stelle kurz erklärt:

Die oben bereits angetroffenen sieben übergeordneten Themengebiete bilden in der 1. Spalte (*Problembereich1*) die Hauptkategorien der Tabelle, die jeweils durch einen grauen horizontalen Balken voneinander abgegrenzt werden. Schlüsselworte (betreffend die monierten Probleme) sind in allen Spalten jeweils fett gedruckt.

Die sieben Hauptkategorien sind dann in der 2. Spalte in eine beschränkte Anzahl weiterer, untergeordneter Teilkategorien aufgegliedert (*Problembereich2*). In diesen Teilkategorien sind die meistgenannten Anmerkungen zu Problemen und Massnahmen zusammengefasst. Aufgenommen in diese Teilkategorien wurden Bemerkungen und Kommentare mit jeweils über 2% aller Nennungen, das betrifft also Antworten, die von mindestens 30 Personen genannt wurden und uns daher für eine weitere Betrachtung prioritär erschienen. Diese Teilkategorien (*Problembereich2*) sind innerhalb der jeweiligen Hauptkategorie (*Problembereich1*) nach absteigender Häufigkeit der Nennungen geordnet; die obersten Rubriken einer Hauptkategorie betreffen also die brennendsten Probleme, die letzten einer Hauptkategorie jeweils die weniger häufig genannte Sorgen.

In der 3. Spalte (*konkrete Details zum Problembereich*) werden die Probleme kategorienweise „ausgedeutet“, das heisst die von den Befragten gemachten Bemerkungen werden im Detail aufgezählt.

Die absolute Anzahl gemachter Bemerkungen pro Teilkategorie ist in der 4. Spalte aufgeführt (*Anzahl Nennungen*) und jeweils am Ende jeder Hauptkategorie totalisiert.

Die Summe der in der jeweiligen Teilkategorie gemachten Bemerkungen ist zum Total aller 1'445 Antworten in der 5. Spalte ins Verhältnis gesetzt worden und gibt in Prozent die Gewichtung der Argumente an. In den grauen Balken (Summen der jeweiligen Hauptkategorie) drückt die Prozentzahl in der 5. Spalte das Gewicht der Hauptkategorie im Verhältnis zu allen 1'445 gemachten Anmerkungen aus.

In der 6. Spalte werden die Nennungen innerhalb der Teilkategorie gewichtet und stehen im Verhältnis zur Summe der Bemerkungen der jeweiligen Hauptkategorie. Das Total im grauen Balken ist logischerweise jeweils 100%.

Tabelle 24: Probleme im Zusammenhang mit Substitutionsbehandlungen

Alle Kommentare zu Problemen und Massnahmen, Anzahl und rel. Anteile in %, gegliedert nach Problembereichen

PROBLEMBEREICH 1	PROBLEMBEREICH 2	KONKRETE DETAILS ZUM PROBLEMBEREICH	Anzahl Bemerkungen	Anteil in %	Anteil in %
KLIENDEL: patientenbezogene Probleme bezüglich Charakter, Identität, persönliche Entwicklung, Verhaltensmuster in der Therapie	Motivation, Zukunftsperspektiven	fehlende Motivation und Mitarbeit der Klientel, schlechter Erfolg der Motivationsarbeit, zurückgehende Bereitschaft zur und fehlende Möglichkeiten für Langzeittherapie , mangelnde, fehlende Zukunftsperspektiven , fehlende Ziele, Mutlosigkeit , emotionale Gleichgültigkeit , keine Aufgabe	84	6%	21%
	Charakter, persönliche Defizite	mangelnde oder fehlende Selbständigkeit, Entwicklungsdefekte/-defizite , mangelnde Mündigkeit, mangelnde Eigenverantwortlichkeit, Vertrauensmissbrauch , Unehrllichkeit, Schmarotzertum, Ausnutzung, keine Konstanz, Respektlosigkeit, Angstzustände, Unsicherheit, Labilität	31	2%	8%
	Integrationsdefizite	Integrationsprobleme allgemein ; problematische Wohnsituation , keine Wohnung, Verwahrlosung, problematische berufliche Situation , keine Arbeit, Ausbildungsdefizite , problematische finanzielle Situation , Schulden	107	7%	27%
	Lebensumfeld, Angehörige	schlechtes, ungünstiges soziales Lebensumfeld , fehlende Distanz zur Szene/Gasse , Beziehungen abhängig vom Drogenmilieu, schwierige Loslösung, zuzunehmende Änderung des Milieus , keine Beziehungen ausserhalb, Probleme mit den Angehörigen, keine Akzeptanz bei Angehörigen , schwierige Betreuung oder Fremdplatzierung von Kindern bei süchtigen/substituierten Eltern, Partnerschaftsprobleme , Unterhalt, Gewalt, Kinder, Angst vor familiärer Veränderung, Wegnahme der Kinder/des Sorgerechts	45	3%	11%
	Kriminalität Drogenmilieu	Kriminalität ; Probleme mit Vorstrafen, hängigen Strafen etc., Drogenhandel , illegaler Konsum, Verkauf des Methadons	22	2%	6%
	Gesundheitszustand	zunehmende psychiatrische Zusatz- und Doppeldiagnosen , zunehmende Komorbidity , schlechte physische Gesundheit, mangelnde Hygiene	38	3%	10%
	Einstellung gegenüber Therapie	Nichteinhalten der therapeutischen Vorgaben , Unregelmässigkeit, Unzuverlässigkeit , manipulatives Verhalten, fehlende Einsicht in Notwendigkeit der psychosozialen Betreuung, schlechte Inanspruchnahme psychosozialer Betreuungsangebote, mangelnde Disziplin	45	3%	11%
	Drogenkonsum, Beikonsum	konstanter, gelegentlicher und/oder unkontrollierbarer Beikonsum von Heroin/Kokain, zuviel Nebenkonsum Medikamente, Alkohol	30	2%	8%
Total Kategorie:			402	28%	100%

Lesebeispiel: Insgesamt wurden von allen Befragten 84 Bemerkungen (Spalte 4) zu *Motivation und Zukunftsperspektiven* (Spalte 2) gemacht. Innerhalb der Hauptkategorie *KLIENDEL* (Spalte 1) repräsentieren diese 84 Bemerkungen 21% der Antworten (Spalte 6). Ins Verhältnis gesetzt zum Total aller Antworten entsprechen diese 84 Bemerkungen 6% aller 1'445 Bemerkungen (Spalte 5).

Tabelle 25: Probleme im Zusammenhang mit Substitutionsbehandlungen / Fortsetzung

Alle Kommentare zu Problemen und Massnahmen, Anzahl und rel. Anteile in %, gegliedert nach Problembereichen

PROBLEMBEREICH 1	PROBLEMBEREICH 2	KONKRETE DETAILS ZUM PROBLEMBEREICH	Anzahl Anzahl 1445	rel. Anteil 100%	Anteil in Kategorie 100%
SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG UND THERAPIE: Probleme bezogen auf psychosoziale Betreuung, Durchführung und Rahmenbedingungen sowie auf Durchführung Methadonabgabe	Durchführung Substitution, Kontrolle	zu lockere oder permissive Handhabung der Substitutionsbehandlung seitens der Ärzte, Programme zu niederschwellig , zu viele "Bequemlichkeitspatienten", Substitutionsbehandlung ist zu sehr "Gassenferien machen", fehlende (strengere) Richtlinien für Ärzte, Ärzte sind zu freigiebig , grosszügig, unkritische Abgabe	38	3%	10%
		zuwenig Kontrollmöglichkeit von Substitutionsmedikation und Beikonsum, zuwenig Sanktionsmöglichkeiten für Fehlverhalten, Probleme bei/mit UP, zuwenig Strenge und Führung , mangelnde Disziplinierung der Klienten, zuwenig Härte , zuviel Grosszügigkeit, fehlender Leistungsanspruch, fehlende Gegenleistung, mangelnde Verbindlichkeit , Richtlinien und Abmachungen	84	6%	23%
	Setting; Beziehung Klient – Therapeut	Problematisches Vertrauensverhältnis Patient-Therapeut, schwieriger Aufbau tragfähiger Beziehungen in der Behandlung, Vertrauensbasis schwer möglich	12	1%	3%
		zu wenig Einbezug der Angehörigen in therapeutische Behandlung, mangelnder Einbezug des sozialen Umfelds , der Behörden, anderer Behandelnder, zuwenig psychosozialer Suivi, schlechte, ungenügende oder fehlende Nachbetreuung	14	1%	4%
	Durchführung Methadonabgabe	Probleme in der Methadonabgabe , problematische Wochenend- und Ferienmitgaben, umständliche tägliche Methadonabgabe, zuwenig Flexibilität in Abgabezeiten , Missbrauch, zuwenig Zeit für Abgabe	5	1%	1%
	Sucht, Abstinenz, Chronifizierung	Hospitalismus, Chronifizierung der Sucht , Verharren in der Substitutionsbehandlung, zu oft Langzeitbehandlung , Methadon zur Stabilisation statt zum Ausstieg, schlechte Erfolgschancen der Substitutionsbehandlung, keine dauerhaften Veränderungen möglich, schlechte Vorbereitung auf Entzug, mangelnde Ausstiegsmotivation, Vernachlässigung des Abstinenzziels, dauerhafte Abstinenz ist schwer zu erreichen, mangelnde Abstinenzorientierung , etc	54	4%	15%
	Konzept, Standards, Theorie	fehlende Standards bezüglich die Verschreibung von psychotropen Stoffen (parallel zum Methadon), fehlende gemeinsame Zielsetzung der Behandelnden/Helfenden, unklare Rollen	32	2%	9%
		mangelnder Inhalt der Betreuung, schlechtes oder kein Konzept , schlechte Durchführung der Behandlung	22	2%	6%
		zunehmende Medizinalisierung der Heroinabhängigkeit, Reduktion der Sucht auf die medizinischen Aspekte	4	1%	1%
	Methadon und stoffbezogene Probleme	Angst vor Dosisabbau/Entzug , Entzug ist mit Methadon schwieriger als mit Heroin, Suchtverlagerung	16	1%	4%
		Verträglichkeitsprobleme , fehlende Alternativen zu Methadon, Ersatz des Methadons durch verträglicher Substanzen nötig, fehlende andere galenische Formen, zu viele Nebenwirkungen Methadon , Persönlichkeitsveränderungen unter Methadon, Fehlerquote am Arbeitsplatz unter Methadon grösser, Risiko des Arbeitsplatzverlusts	9	1%	3%
		falsche Dosierungen , es werden zu hohe Dosen verabreicht und konsumiert, zu niedrige Dosen	7	1%	2%
	Interdisziplinäre Zusammenarbeit	zuwenig Zusammenarbeit zwischen beteiligten Berufsgruppen, zuwenig gegenseitige Zuweisungen, mangelnde Interdisziplinarität, zuwenig gegenseitiger Austausch , mangelnde, fehlende Übersicht über Gesamtheit laufender Behandlung	68	5%	19%
Total Kategorie:			365	25%	100%

Tabelle 26: Probleme im Zusammenhang mit Substitutionsbehandlungen / Fortsetzung

Alle Kommentare zu Problemen und Massnahmen, Anzahl und rel. Anteile in %, gegliedert nach Problembereichen

PROBLEMBEREICH 1	PROBLEMBEREICH 2	KONKRETE DETAILS ZUM PROBLEMBEREICH	Anzahl Personen	Anteil in %	Anteil in %
HILFE; Konkrete Defizite und Angebotslücken in der Sucht- und Substitutionsbehandlung im Kanton	Angebotsdefizite, und -lücken	Psychosoziale Therapie; zuwenig psychosoziale Betreuungsangebote, zuwenig Personal, zuwenig Stellen, zuwenig Angebot an kompetenten Psychiatern, Psychotherapeuten, Psychologen, Gruppentherapie, Gruppengespräche, zuwenig oder fehlende Nachbetreuung , zuwenig Vermittlung von Lebenssinn	89	6%	28%
		Wohnen; zuwenig Angebote für begleitetes Wohnen, Wohngruppen etc.	26	2%	8%
		Arbeit, Ausbildung; zuwenig Arbeitsplätze, verschiedene Arbeitsplätze, Information über Arbeitsplätze, Beschäftigungsmöglichkeiten, geschützte Arbeit, berufliche Rehabilitation, Teilzeitarbeit, Arbeitstraining, fehlende Bildungsmöglichkeiten	50	4%	16%
		Tagesstruktur; mangelnde Freizeitgestaltung, fehlende Tagesstruktur und Beschäftigungsmöglichkeit	42	3%	13%
		zuwenig Prävention in Schule und Familie, zuwenig Früherfassung in Schule und Lehre	18	1%	6%
		Therapeutische/klinische Angebote; zuwenig stationäre Angebote, zuwenig Förderung der abstinentenorientierten Therapie, zuwenig Ambulatorien, Tagesspitäler, Spezialisierte Kliniken	22	2%	7%
		zuwenig Betreuung im Sozialbereich , zuwenig Lebenshilfe im Alltag, zuwenig Schuldenbetreuung, Budgetplanung, Sozialbereich ausbauen	30	2%	10%
		zuwenig Ärzte , die Methadon abgeben, jeder Arzt sollte Methadon abgeben müssen, weniger Ärzte aber mit besserer Betreuung	13	1%	4%
	Diversifizierung	Substitution; mangelnde Diversifizierung des Substitutionsangebots (z.Bsp. für Kokain), fehlende Möglichkeit der Heroinabgabe (insbes. in kleinen Kantonen)	23	7%	7%
		Entzug/Entwöhnung; keine Möglichkeit der Kurzzeitentwöhnung mit Anschlussprogramm, zuwenig spezialisierte Kliniken für die ganz schwierigen Fälle, zuwenig abstinentenorientierte Angebote	4	1%	1%
		Total Kategorie:	317	22%	100%

Tabelle 27: Probleme im Zusammenhang mit Substitutionsbehandlungen / Fortsetzung

Alle Kommentare zu Problemen und Massnahmen, Anzahl und rel. Anteile in %, gegliedert nach Problembereichen

PROBLEMBEREICH 1	PROBLEMBEREICH 2	KONKRETE DETAILS ZUM PROBLEMBEREICH	Anzahl Klienten	Anteil in %	rel. Anteil
ÄRZTESCHAFT, PSYCHIATER; Probleme bezogen auf Verhalten dieser Berufsgruppe, Probleme in der Suchttherapie	Einstellung, Motivation	mangelnde Motivation der Ärzte/innen, fehlendes Interesse am Suchtklientel, fehlende Motivation zur Betreuung, fehlendes Verständnis , zuwenig Supervision, schlechte und/oder kontraproduktive Einstellung gegenüber Klientel, Zeitprobleme, fehlende Zeit für Klientel , zu oft Notfallbetreuung, Personalprobleme, keine Nerven	38	3%	22%
	Fachwissen und Fachkompetenz	Mangelndes Fachwissen/-kompetenz , fehlende oder schlechte psychotherapeutische Kompetenzen, fehlende oder schlechte Abgrenzung gegenüber Klientel, zuwenig Aus-/Weiterbildung , zuwenig obligatorische Fortbildung, persönliche Überforderung durch Suchtklientel, zuwenig Supervision, Unerfahrenheit mit Suchtfragen	12	1%	7%
	Organisatorische Probleme	zu grosser Zeitaufwand, zuviel Umtriebe , zuviel Administration, organisatorische Probleme , Störung der Praxisroutine , Störung anderer Klienten, ungünstige Praxisöffnungszeiten, zeitliche Überlastung	29	2%	16%
		Mangelnde Zuständigkeit, undankbare Tätigkeit , Missverhältnis zwischen Aufwand und Behandlungserfolg , Reduktion des Arztes auf "Abgabestelle" und "lockere Kontrollinstanz"	10	1%	6%
	Finanzierung	oft ungesicherte Finanzierung bei Therapiebeginn, schlechte Honorierung, Debitorenverluste	15	1%	9%
	Interdisziplinäre Zusammenarbeit	zuwenig Zusammenarbeit zwischen beteiligten Berufsgruppen, zuwenig gegenseitige Zuweisungen, mangelnde Interdisziplinarität , zuwenig gegenseitiger Austausch, mangelnde, fehlende Übersicht über Gesamtheit der laufenden Behandlung, schlechte Kontrolle der zu vielen Ärztewechsel der Klientel	73	5%	41%
Total Kategorie:			177	12%	100%
THERAPEUTEN, PSYCHOLOGEN, SOZIALARBEITERTER; Probleme bezogen auf	Einstellung Motivation	mangelnde Motivation , schlechte oder fehlende Psychohygiene der Therapeuten, Burnout , Widerstand gegen Beendigung der Substitutionsbehandlung, Verzögerung des Therapieende , Festhalten an Ziel "Suchtfreiheit", Leben mit Methadon wird nicht als "normal" betrachtet	16	1%	46%
	Fachwissen und Fachkompetenz	Mangelndes Fachwissen/-kompetenz , fehlende oder schlechte psychotherapeutische Kompetenzen, fehlende oder schlechte Abgrenzung gegenüber Klientel, zuwenig Aus-/Weiterbildung , persönliche Überforderung durch Suchtklientel, zuwenig Supervision	19	1%	54%
Total Kategorie:			35	2%	100%

Tabelle 28: Probleme im Zusammenhang mit Substitutionsbehandlungen / Fortsetzung

Alle Kommentare zu Problemen und Massnahmen, Anzahl und rel. Anteile in %, gegliedert nach Problembereichen

PROBLEMBEREICH 1	PROBLEMBEREICH 2	KONKRETE DETAILS ZUM PROBLEMBEREICH	Anzahl Kategorien	Anteil in %	Anteil in %
BEHÖRDEN UND VERSICHERER: Probleme bei Bund, Kantonen, Gemeinden, sowie bei IV und KK	Repression, Gesetzgebung	zuwenig Repression , freier Drogenmarkt, zu leichte Erhältlichkeit der illegalen Drogen, mangelnde Gesetzgebung , fehlende gesamtschweizerische Vereinheitlichung der Handhabung der Gesetze, überfällige Revision BetmG. , zuwenig Durchgreifen der Behörden, härtere Strafen für Drogenhändler	29	2%	24%
	Gemeinden, Sozial- und Fürsorgeämter	fehlendes/schlechtes suchtspezifisches Fachwissen der Sozialämter, fehlendes Verständnis für Suchtklientel, mangelnde Begleitung durch Sozialämter, fehlendes Engagement, schlechte oder mangelhafte Sozialhilfe	13	1%	11%
	Bund allgemein	zuwenig Aktivität , zuwenig Finanzierung , Sicherung der Finanzierung nötig	10	1%	8%
	BAG speziell	zuwenig Aktivität , fehlende Standards für Methadonbehandlung (analog zur Heroinvertreibung), Einführung behördlicher Bewilligungspflicht für Methadonabgabe national (wie Heroin), zuwenig finanzielle Unterstützung , zuwenig Schulung, zuwenig direktiv mit Kriterien und Richtlinien	27	2%	23%
	BSV speziell	zuwenig Aktivität , revisionsbedürftige Definition von Sucht/Suchtkrankheit, unklarer Krankheitsbegriff , zuwenig Engagement gegenüber Suchtkranken im Vergleich zu körperlich Invaliden	8	1%	7%
	Kantone	zuwenig Aktivität , schlechte Wahrnehmung der Aufsichtspflicht , zuwenig Direktiven der Kantonsärzte, zuwenig Kontrolle der Hausärzte durch Behörden	23	2%	19%
	Forschung	zuwenig Forschung allgemein, zuwenig Evaluationsforschung	3	1%	3%
	Krankenkassen	zuwenig Unterstützung der Ärzte bei Finanzierung (direkte Rückvergütung)	7	1%	6%
		Total Kategorie:	120	8%	100%
Gesellschaft, Umwelt,	Öffentlichkeit, Politik	zuwenig Öffentlichkeitsarbeit , wenig Thematisierung des Drogenproblems, zuwenig Verständnis gegenüber Methadonpatienten (v.a. in Arbeitswelt), hoher gesellschaftlicher Druck , zuwenig Akzeptanz, fehlendes Krankheitsverständnis (Sucht=Krankheit)	22	2%	76 %
		inkonsequente Haltung der Gesellschaft gegenüber Drogenproblematik, Ideologie, Polarisierung	7	1%	24%
		Total Kategorie:	29	2%	100%
Total alle Kategorien:			1445	100%	

6 Einrichtungübergreifende Aspekte bei der Durchführung der Substitutionsbehandlung in der alltäglichen Praxis

In diesem Kapitel interessieren diejenigen Aspekte der Substitutionsbehandlung und Betreuung von Betäubungsmittelabhängigen, welche alle Einrichtungstypen gleichermaßen betreffen. Diese weniger einrichtungsspezifischen Fragestellungen werden hier abgehandelt, ohne vertieft auf die einzelnen Einrichtungstypen einzugehen. Spezifische Aspekte, welche nur den einen oder anderen Einrichtungstyp betreffen, werden in den nachfolgenden Kapiteln behandelt. An dieser Stelle interessiert mehr der Vergleich der Einrichtungen betr. Handhabung und Usus bei der konkreten Durchführung der Substitutionsbehandlung.

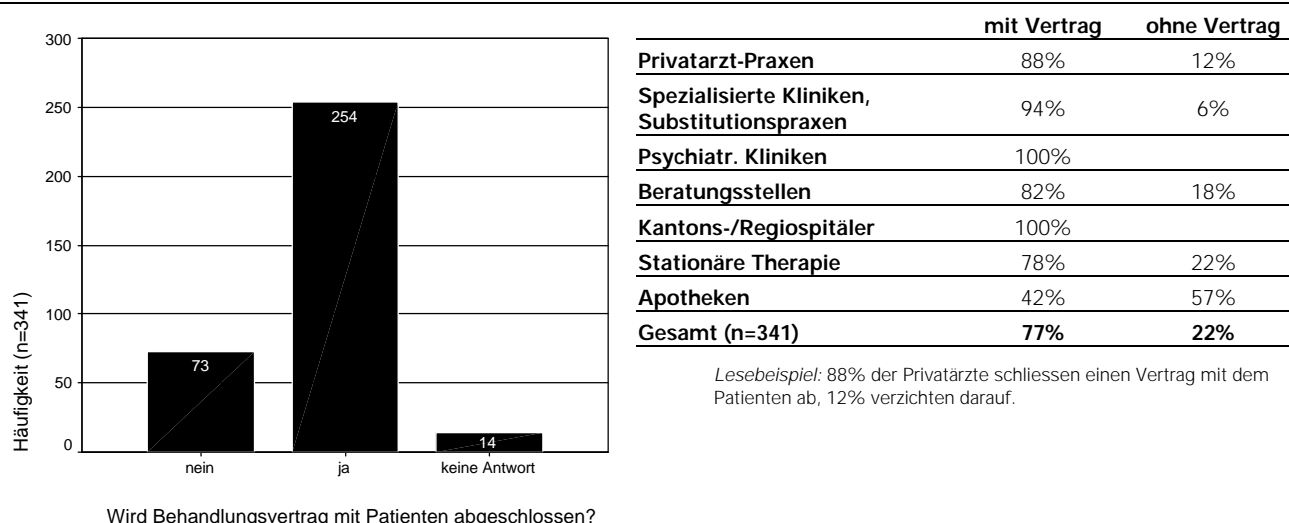
Die Auswertung stützt sich auf die Angaben der Privatärzte, Spitäler und Kliniken, Beratungsstellen, stationären Therapeutischen Einrichtungen und Apotheken, bei einzelnen Fragestellungen auch zusätzlich auf die Angaben der Kantonsärzte und kantonalen Suchtbeauftragten.

6.1 Abschluss von Behandlungsverträgen

Gut drei Viertel aller Einrichtungen oder behandelnden Ärzte schliessen mit ihren Patienten einen Behandlungsvertrag ab. Am meisten verbreitet ist diese Handhabung bei den Kantons- und Regionalspitälern (100%), Psychiatrischen Kliniken (100%) sowie bei den auf Suchtmittelabhängigkeit spezialisierten Kliniken und Substitutionspraxen (93%). Ebenfalls über dem Gesamtdurchschnitt liegen Privatärzte (88%) und Beratungsstellen/DropIns (82%). Bei den Apotheken verzichtet die Mehrheit auf den Abschluss eines Behandlungsvertrages.

Tabelle 29: Häufigkeit des Abschlusses eines Behandlungsvertrags zwischen Einrichtung/Arzt und Patient

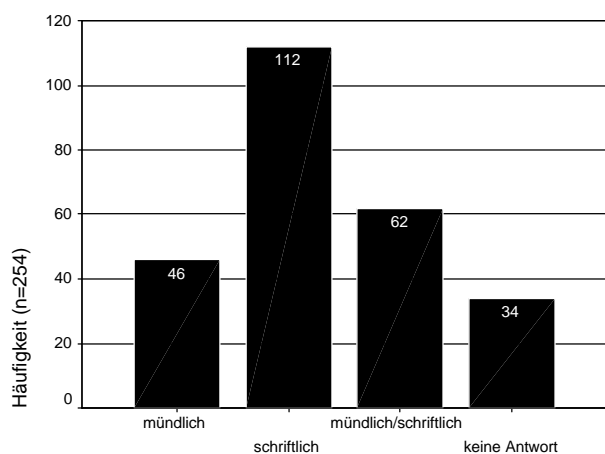
Diagramm: abs. Anzahl Nennungen alle Einrichtungen / Tabelle: rel. Anteile der Zustimmung in %, gegliedert nach Einrichtungstyp



Beinahe die Hälfte der Einrichtungen oder behandelnden Ärzte, die auf einen Vertrag bestehen, wählen ausschliesslich die schriftliche Vertragsform, rund ein Fünftel ausschliesslich die mündliche. Der Rest kennt sowohl schriftliche als auch mündliche Varianten oder hat sich zu dieser Frage nicht konkret geäussert.

Tabelle 30: Konkrete Ausgestaltung des Behandlungsvertrags mit den Patienten in den Einrichtungen

Diagramm: abs. Anzahl Nennungen alle Einrichtungen / Tabelle: rel. Anteile der Zustimmung in %, gegliedert nach Einrichtungstyp



In welcher Form wird Behandlungsvertrag abgeschlossen?

	Form der Vertragsabfassung?			
	mündlich	schriftlich	beides	keine Antwort
Privatarzt-Praxen	17%	39%	28%	15%
Spezialisierte Kliniken, Substitutionspraxen	7%	93%		
Psychiatr. Kliniken		86%		14%
Beratungsstellen	14%	36%	31%	19%
Kantons-/Regiospitäler	27%	47%	20%	7%
Stationäre Therapie	14%	48%	24%	14%
Apotheken	39%	39%	18%	4%
Gesamt (n=254)	18%	44%	24%	13%

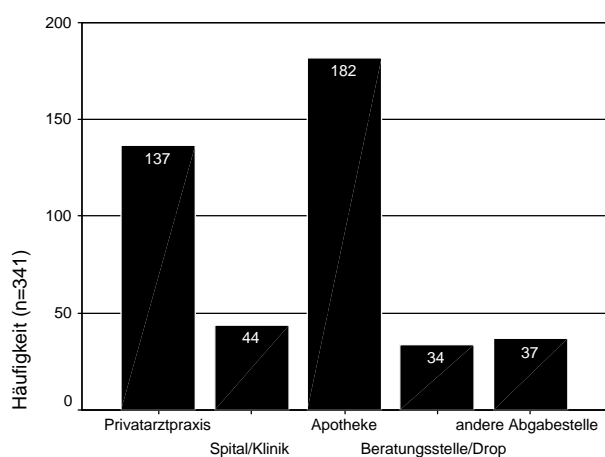
Lesebeispiel: 17% der Privatarzte schliessen den Behandlungsvertrag mündlich ab, 39% schriftlich, 28% kennen beide Möglichkeiten und 15% haben sich dazu nicht geäußert.

6.2 Methadonabgabestellen

Die physische Abgabe des Methadons erfolgt je nach Kanton, örtlichen Umständen, Situation des Patienten sowie Möglichkeiten und Präferenzen der verschreibenden Einrichtung entweder in der Praxis des verschreibenden Privatarztes, in Spitälern und Psychiatrischen Kliniken (meist Ambulatorien oder ambulante Aussenstellen), in Apotheken, Beratungsstellen oder anderen Einrichtungen. Die nachfolgende Tabelle gibt eine Übersicht über die am häufigsten genannten Abgabestellen. Die Summe der Prozentangaben übersteigt jeweils 100% deutlich, da die meisten Antwortenden ihren Methadonpatienten gleichzeitig mehrere Möglichkeiten für den Bezug des Methadons bieten.

Tabelle 31: Häufigkeit der zur physischen Abgabe des Methadons in verschiedenen Abgabestellen

Diagramm: abs. Anzahl Nennungen alle Einrichtungen / Tabelle: rel. Anteile der Zustimmung in %, gegliedert nach Einrichtungstyp



Wo wird die Methadonabgabe durchgeführt?

	Wo wird die physische Abgabe des Methadons durchgeführt?				
	Privatarztpraxis	Spital Klinik	Apothek	Beratungsstelle/Drop	andere Abgabestelle
Privatarzt-Praxen	63%	2%	66%	5%	9%
Substitutionspraxen, spezialisierte Kliniken	19%	69%	31%	25%	25%
Psychiatr. Kliniken	14%	86%	29%		
Beratungsstellen	61%	15%	76%	26%	10%
Kantons-/Regiospitäler	13%	53%	47%	7%	13%
Stationäre Therapie	32%	28%	36%	16%	52%
Gesamt (n=341)	34%	42%	48%	13%	18%

Lesebeispiel: 63% der Privatarzte geben an, die Methadonabgabe finde in der eigenen Praxis statt, bei 2% der Privatarzte kann die Methadonabgabe auch im Spital/Klinik, bei 66% in einer Apotheke, bei 5% in einer Beratungsstelle und bei 9% in einer anderen, hier nicht spezifizierten Abgabestelle stattfinden.

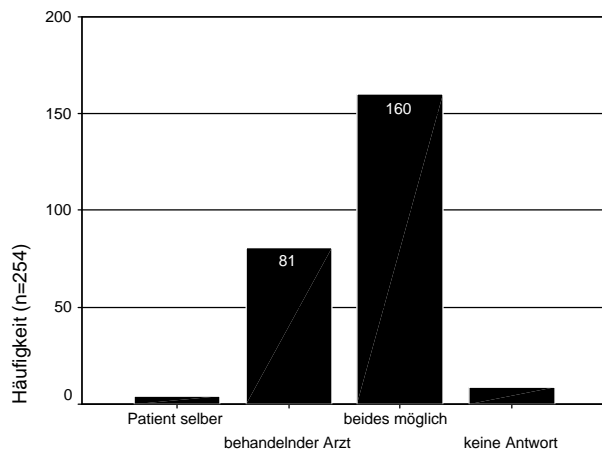
6.3 Dosierung des Methadons

6.3.1 Bestimmung der Dosierungshöhe

In der Art und Weise der Dosisfestlegung besteht kein einheitlicher Trend in den befragten Einrichtungen. I.d.R. wird bei Behandlungsbeginn der behandelnde Arzt die Dosishöhe festlegen, während es dann im weiteren Behandlungsverlauf meist eine Frage der Aushandlung zwischen behandelndem Arzt und Patient ist, die richtige Dosishöhe zu finden (bis der Patient optimal „eingestellt“ ist).

Tabelle 32: Zuständigkeit zur Festlegung die Höhe der Methadondosis bei Behandlungsbeginn oder -verlauf

Diagramm: abs. Anzahl Nennungen alle Einrichtungen / Tabelle: rel. Anteile der Zustimmung in %, gegliedert nach Einrichtungstyp



Wer bestimmt Höhe der Dosierung bei Methadonabgabe?

	Wer legt Dosishöhe fest?		
	Patient selbst	behandelnder Arzt	beides möglich
Privatarzt-Praxen	1%	25%	71%
Substitutionspraxen, spezialisierte Kliniken	6%	31%	56%
Psychiatr. Kliniken		14%	86%
Beratungsstellen		47%	53%
Kantons-/Regiospitäler		35%	47%
Stationäre Therapie	7%	26%	67%
Apotheken		59%	41%
Gesamt (n=254)	2%	32%	63%

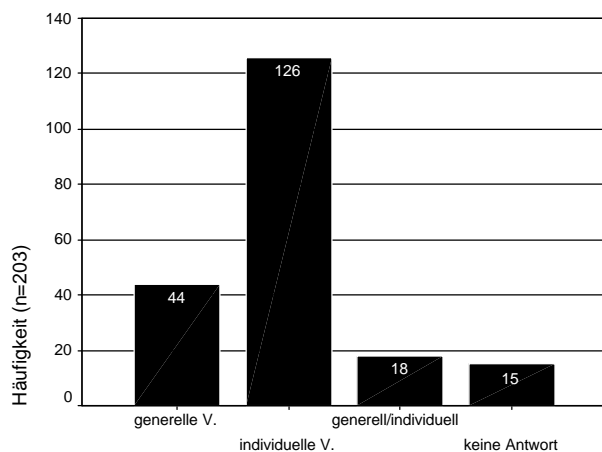
Lesebeispiel: Bei 1% der Privatarzte legt ausschliesslich der Patient die Dosishöhe fest, bei 25% ausschliesslich der Arzt und 71% kennen beide Varianten oder legen die Dosishöhe gemeinsam fest.

6.3.2 Dosierungsvorschriften bei der Methadonabgabe

Die Mehrheit der Einrichtungen und behandelnden Ärzte (60%) kennen entweder bei der Dosierung oder bei der Abgabe des Methadons verbindliche Vorschriften oder Regeln. Bei der konkreten Ausgestaltung dieser Dosierungsvorschriften überwiegen die individuellen, patientenbezogenen Regelungen deutlich.

Tabelle 33: Konkrete Formen der Dosierungsvorschrift bei der Methadonverschreibung und -abgabe

Diagramm: abs. Anzahl Nennungen alle Einrichtungen / Tabelle: rel. Anteile der Zustimmung in %, gegliedert nach Einrichtungstyp



Welche Dosierungsvorschriften existieren?

	Welche Art Vorschrift existiert?		
	generelle	individuelle	beides
Privatarzt-Praxen	27%	53%	7%
Substitutionspraxen, spezialisierte Kliniken	21%	57%	14%
Psychiatr. Kliniken	20%	40%	40%
Beratungsstellen	20%	57%	20%
Kantons-/Regiospitäler	10%	80%	10%
Stationäre Therapie	19%	71%	10%
Apotheken	18%	74%	
Gesamt (n=203)	22%	62%	9%

Lesebeispiel: 27% der Privatarzte wenden betr. Dosierung des Methadons generelle Vorschriften an, 53% patientenbezogene individuelle Vorschriften und 7% praktizieren beide Möglichkeiten.

Worin bestehen nun diese Dosierungsvorschriften konkret? Einerseits kennt die Hälfte der befragten Einrichtungen häufig Vorschriften betreffend die maximale *Erstdosierung* bei Behandlungsbeginn. Aber auch während der Substitutionsbehandlung selbst existieren oft Vorschriften zur maximalen und eher seltener auch zur minimalen *Behandlungsdosis*. Die zeilenweise zusammengezählten Anteile von „ja“ übertreffen jeweils die Summe von 100%, da die meisten Einrichtungen, welche Dosierungsvorschriften konkret anwenden, diese sowohl betreffend Maxima wie auch Minima respektive sowohl betreffend Erstdosierung wie auch Behandlungsdosierung kennen.

Tabelle 34: Maximale Erstdosierung sowie minimale/maximale Dosis bei der Substitutionsbehandlung

rel. Anteile der Zustimmung in %, gegliedert nach Einrichtungstyp, alle Einrichtungen

	max. Erstdosierung		max. Behandlungsdosis		min. Behandlungsdosis	
	nein	ja	nein	ja	nein	ja
Privatarzt-Praxen	35%	65%	49%	51%	77%	23%
Spezialisierte Kliniken, Substitutionspraxen	14%	86%	79%	21%	86%	14%
Psychiatr. Kliniken	20%	80%	40%	60%	80%	20%
Beratungsstellen	33%	67%	73%	27%	90%	10%
Kantons-/Regiospitäler	40%	60%	50%	50%	80%	20%
Stationäre Therapie	76%	24%	81%	19%	90%	10%
Apotheken	76%	24%	68%	32%	90%	10%
Gesamt (n=203)	47%	53%	62%	38%	84%	16%

Lesebeispiel: 65% der Privatarztpraxen kennen eine Vorschrift betr. maximale Erstdosierung, 51% eine solche betr. maximale Behandlungsdosis und 23% eine solche betr. minimale Behandlungsdosis.

Betreffend die Dosishöhen (in Milligramm) können folgende konkrete Werte beobachtet werden:

- die maximale Erstdosierung wird im Durchschnitt bei 45 mg festgelegt (n=96),
- die maximale Behandlungsdosis bei durchschnittlich 114 mg (n=64) und
- die minimale Behandlungsdosis bei durchschnittlich 17 mg Methadon (n=9)

Je nach Behandlungskonzept und kantonalen Vorschriften variieren diese Durchschnittswerte aber beträchtlich. Die folgenden Diagramme zeigen die Verteilung der konkreten Dosishöhen.

Diagramm 5: Konkrete Höhe der max. Erstdosierung

Anzahl Nennungen, alle Einrichtungen

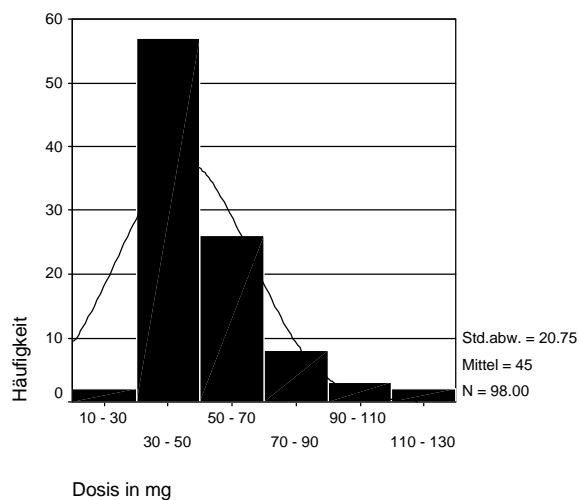
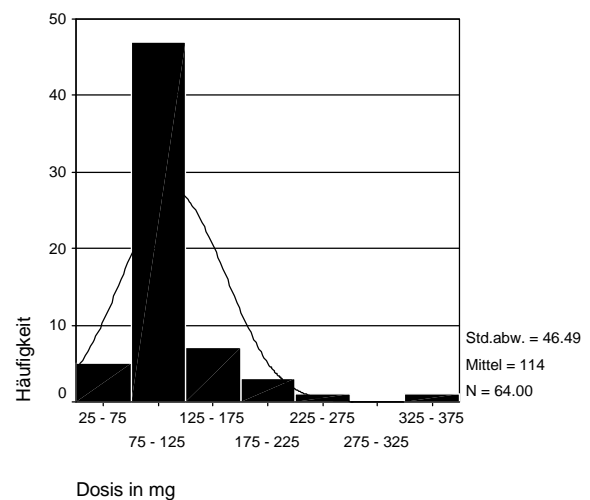


Diagramm 6: Konkrete Höhe max. Behandlungsdosis

Anzahl Nennungen alle Einrichtungen

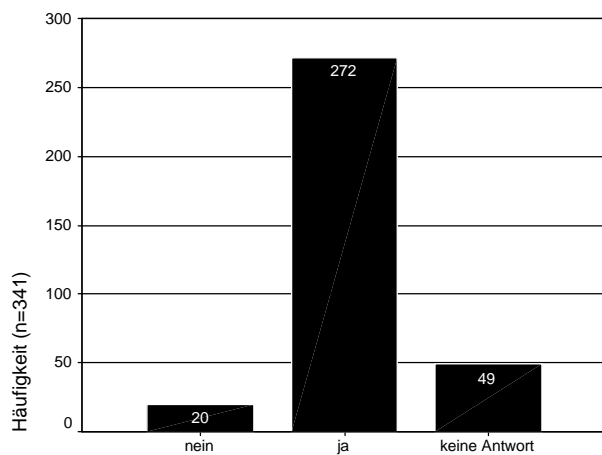


6.4 Mitgabe des Methadons

Auch wenn i.d.R. die Einnahme des Methadons „unter Sichtkontakt“ geschieht, ermöglicht der grösste Teil der Einrichtungen seinen Patienten in gewissen Situationen und unter bestimmten Bedingungen auch den Konsum des Methadons zu Hause. Am häufigsten anzutreffen ist wohl die Methadonmitgabe an Wochenenden und Feiertagen, oft aber auch für Ferien. Personen, die lange Anfahrtswege zur Abgabestelle zurücklegen müssen, Berufstätige und sozial gut integrierte Patienten sind auf die Möglichkeit der Methadonmitgabe sogar regelrecht angewiesen. In vielen Fällen ist es auch ein fester Bestandteil des Behandlungskonzepts der Einrichtung, dass mit zunehmender Dauer der Substitutionsbehandlung Mitgaben für mehrere Tage oder längere Perioden vorgesehen sind.

Tabelle 35: Möglichkeit der Mitgabe des Methadons

Diagramm: abs. Anzahl Nennungen alle Einrichtungen / Tabelle: rel. Anteile der Zustimmung in %, gegliedert nach Einrichtungstyp



Ist die Mitgabe des Methadons möglich?

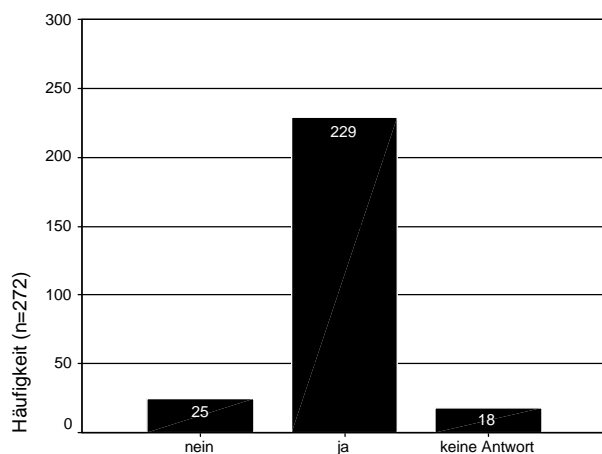
	Ist Mitgabe prinzipiell möglich?		
	ja	nein	keine Antwort
Privatarzt-Praxen	95%	2%	3%
Spezialisierte Kliniken, Substitutionspraxen	75%	25%	
Psychiatr. Kliniken	71%	29%	
Beratungsstellen	47%		53%
Kantons-/Regiospitäler	59%	29%	12%
Stationäre Therapie	85%	11%	4%
Apotheken	92%	4%	4%
Gesamt (n=341)	80%	6%	14%

Lesebeispiel: In 95% der antwortenden Privatarztpraxen ist die Methadonmitgabe prinzipiell möglich, in 2% nicht und 3% haben sich dazu nicht geäußert.

In der Mehrheit der Fälle (84%) wird die Mitgabe des Methadons für den Konsum zu Hause gewissen Einschränkungen unterworfen. Teils beruhen diese Einschränkungen auf Vorschriften oder Regelungen seitens der Bewilligungsinstanz (vgl. Kap. 3.4.2), andernteils sehen die meisten Einrichtungen selbst gewisse Einschränkungen in ihrem eigenen Behandlungskonzept vor.

Tabelle 36: Einschränkungen der Mitgabe des Methadons

Diagramm: abs. Anzahl Nennungen alle Einrichtungen / Tabelle: rel. Anteile der Zustimmung in %, gegliedert nach Einrichtungstyp



Existieren Einschränkungen bei der Mitgabe des Methadon?

	Wird Mitgabe eingeschränkt?		
	nein	ja	keine Antwort
Privatarzt-Praxen	13%	82%	5%
Spezialisierte Kliniken, Substitutionspraxen		83%	17%
Psychiatr. Kliniken		100%	
Beratungsstellen	6%	89%	6%
Kantons-/Regiospitäler	10%	80%	10%
Stationäre Therapie	9%	87%	4%
Apotheken	6%	85%	9%
Gesamt (n=272)	9%	84%	7%

Lesebeispiel: 13% der Privatarzte machen keine besonderen Einschränkungen betr. die Methadonmitgabe, 82% kennen Einschränkungen und 5% haben sich dazu nicht geäußert.

Betreffend die konkrete Ausgestaltung der Einschränkungen werden etwa die folgenden Bedingungen, die oft auch in Kombination angewendet werden, am häufigsten genannt:

- **generelle Einschränkungen**, dh. Mitgabe nur möglich:
 - nach individueller Vereinbarung oder Vertrag zwischen Arzt und Patient
 - für Ferien oder Wochenende oder bei langem Anfahrtsweg zur Abgabestelle
 - unter Kontrolle durch Dritte wie Drogenberatungsstelle oder andere Vertrauensperson
- **Anforderungen an den Patienten:**
 - Mindestdauer der Substitutionsbehandlung (z.Bsp. Mitgabe erst nach 3 Monaten Pro-bezeit) oder Erreichen einer gewissen „Behandlungsstufe“
 - Einhalten gewisser therapeutischer Vorgaben (z.Bsp. regelmässiges Erscheinen, be-stimmte Anzahl Arztkontakte pro Zeiteinheit, kein Beikonsum, Urinkontrollen, etc.)
 - gewisser Grad an physischer Gesundheit und psychischer Stabilität
 - gewisser Grad an Selbständigkeit, Eigenverantwortung, Verlässlichkeit, Handlungs-kompetenz (z.Bsp. eigene Wohnung, Erziehung von Kindern, etc.)
 - gewisser Grad an sozialer oder wirtschaftlicher Integration (z.Bsp., regelmässige Berufstätigkeit, etc.)
- **Einschränkungen betreffend die Methadonmitgabe:**
 - Beschränkung der maximalen Dauer der Mitgabe (z.Bsp. maximal 2 Wochen) resp. Beschränkung des Mitgaberhythmus (z.Bsp. Mitgabe max. 1x pro Woche)
 - Beschränkung der maximalen Dosishöhe (z.Bsp. Mitgaben nur bis 60mg/Tag)
 - Beschränkung der galenischen Formen (z.Bsp. Mitgabe nur in Form von Tabletten)

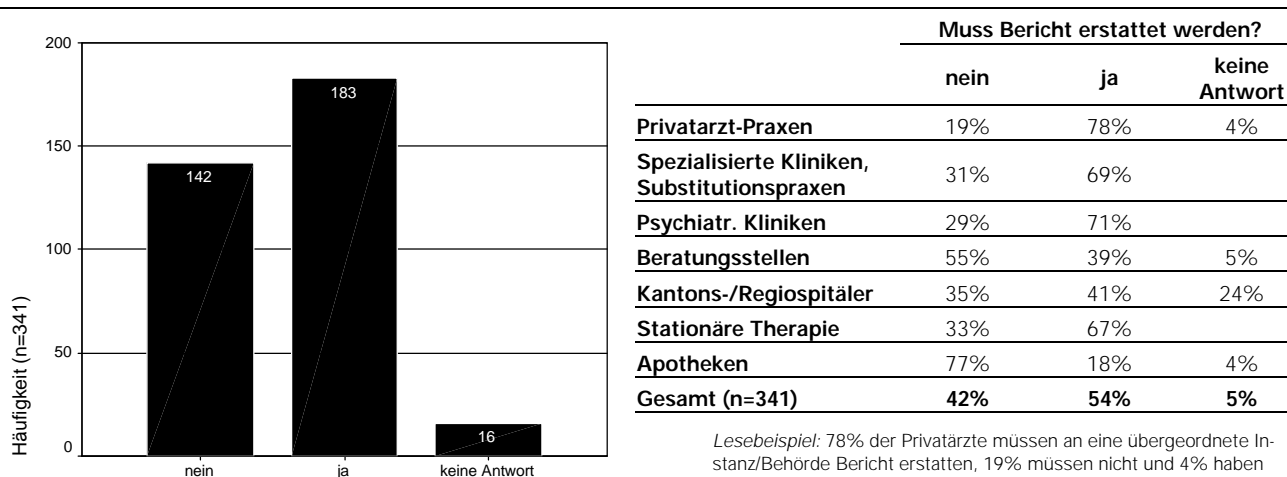
6.5 Berichterstattung an übergeordnete Instanzen und Behörden

6.5.1 Muss über den Behandlungsverlauf Bericht erstattet werden?

Eine leichte Mehrheit (53%) der behandelnden Einrichtungen müssen an übergeordnete Instanzen über den Behandlungsverlauf der betreuten Betäubungsmittelabhängigen berichten. Den höchsten Anteil weisen die verschreibenden Privatärzte auf (77%), den kleinsten Anteil die Apotheken (18%).

Tabelle 37: Vorgaben der Bewilligungsbehörden oder übergeordneter Instanzen betr. Berichterstattung

Diagramm: abs. Anzahl Nennungen alle Einrichtungen / Tabelle: rel. Anteile der Zustimmung in %, gegliedert nach Einrichtungstyp



Lesebeispiel: 78% der Privatärzte müssen an eine übergeordnete Instanz/Behörde Bericht erstatten, 19% müssen nicht und 4% haben sich dazu nicht geäußert.

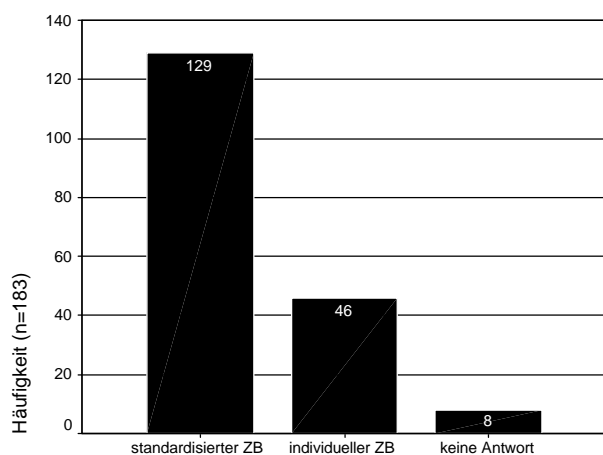
Müssen Sie über Behandlungsverlauf Bericht erstatten?

6.5.2 In welcher Form muss berichtet werden?

Von denjenigen Personen oder Einrichtungen, die Bericht erstatten müssen, können sich fast drei Viertel eines standardisierten Fragebogens bedienen. Ein Viertel erstellt einen individuellen Bericht.

Tabelle 38: Formen der Berichterstattung an übergeordnet Instanzen oder Behörden

Diagramm: abs. Anzahl Nennungen alle Einrichtungen / Tabelle: rel. Anteile der Zustimmung in %, gegliedert nach Einrichtungstyp



In welcher Form wird Zwischenbericht abgefasst?

	Form des Zwischenberichts?		
	standardisiert	individuell verfasst	keine Antwort
Privatarzt-Praxen	84%	14%	2%
Spezialisierte Kliniken, Substitutionspraxen	91%		9%
Psychiatr. Kliniken	60%	20%	20%
Beratungsstellen	62%	34%	3%
Kantons-/Regiospitäler	100%		
Stationäre Therapie	6%	94%	
Apotheken	46%	31%	23%
Gesamt (n=183)	70%	25%	4%

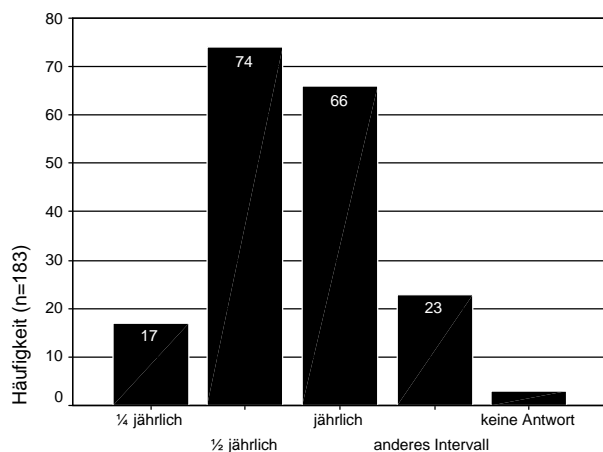
Lesebeispiel: 84% der Privatarzte, welche Bericht erstatten müssen, machen dies mittels standardisierten Zwischenberichts, 14% verfassen einen individuellen Bericht und 2% haben sich dazu nicht geäußert.

6.5.3 In welchem Intervall muss berichtet werden?

Von denjenigen Personen oder Einrichtungen, die Bericht erstatten müssen, wird dies mehrheitlich in einem halbjährlichen (40%) oder jährlichen (36%) Intervall verlangt. Je rund 10% müssen entweder öfter (vierteljährlich) oder in einem anderen Intervall berichten.

Tabelle 39: Vorgegebene Intervalle der Berichterstattung an übergeordnet Instanzen oder Behörden

Diagramm: abs. Anzahl Nennungen alle Einrichtungen / Tabelle: rel. Anteile der Zustimmung in %, gegliedert nach Einrichtungstyp



In welchem Intervall wird berichtet?

	Intervall der Berichterstattung?			
	¼ jähr-lich	½ jähr-lich	jährlich	anderes Intervall
Privatarzt-Praxen	6%	40%	47%	7%
Spezialisierte Kliniken, Substitutionspraxen	9%	64%	27%	
Psychiatr. Kliniken		40%		60%
Beratungsstellen	7%	34%	38%	21%
Kantons-/Regiospitäler	14%	43%	29%	14%
Stationäre Therapie	39%	39%	6%	11%
Apotheken		38%	15%	31%
Gesamt (n=183)	9%	40%	36%	13%

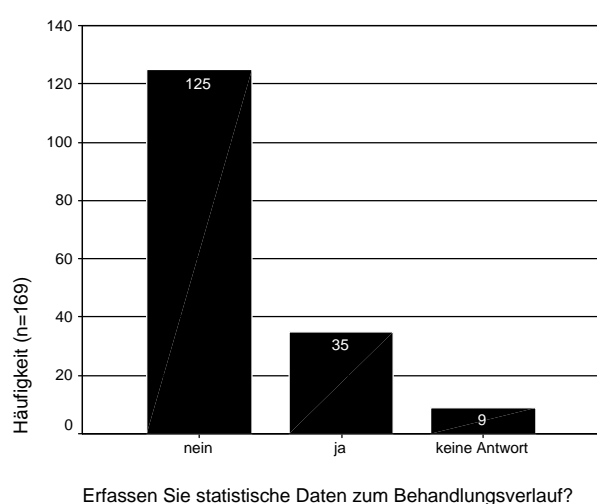
Lesebeispiel: 6% der Privatarzte, welche Bericht erstatten müssen, machen dies ¼-jährlich, 40% berichten ½-jährlich, 47% jährlich und 7% berichten in einem anderem Intervall.

6.6 Erfassung und Auswertung von statistischen Daten zur Substitutionsbehandlung

Von allen zu diesem Punkt befragten Einrichtungen erfasst rund ein Fünftel systematisch statistische Behandlungsdaten über ihre Methadonpatienten. Im Detail betrachtet ist das Spektrum breit; auf der einen Seite erheben nur 10% aller befragten Privatärzte systematisch Daten, auf der anderen Seite wird bei über 80% der spezialisierten Kliniken und Substitutionspraxen Statistik geführt. Die Analyse der vorliegenden Daten lässt jedoch keine Aussage über Umfang und Qualität der statistischen Datenerfassung zu. Apotheken und stationäre Therapeutische Einrichtungen wurden zu diesem Punkt nicht befragt.

Tabelle 40: Häufigkeit der statistischen Erfassung von Behandlungsdaten von Methadonpatienten

Diagramm: abs. Anzahl Nennungen alle Einrichtungen / Tabelle: rel. Anteile der Zustimmung in %, gegliedert nach Einrichtungstyp



	Erfassen Sie statistische Behandlungsdaten?		
	nein	ja	keine Antwort
Privatarzt-Praxen	84%	11%	5%
Spezialisierte Kliniken, Substitutionspraxen	13%	81%	6%
Psychiatr. Kliniken	86%	14%	
Kantons-/Regiospitäler	47%	41%	12%
Beratungsstellen			
Stationäre Therapie	zu diesem Punkt nicht befragt		
Apotheken			
Gesamt (n=169)	74%	21%	5%

Lesebeispiel: 11% der Privatärzte erfassen statistische Behandlungsdaten, 84% verzichten darauf und 5% geben dazu keine Antwort.

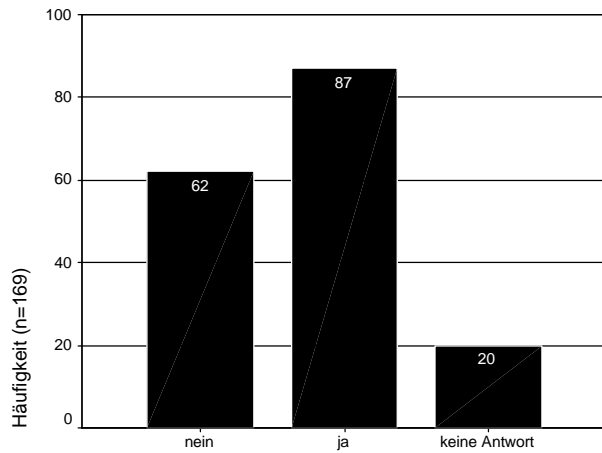
Die Erfassung von statistischem Datenmaterial über Methadonpatienten und Behandlungsverläufe ist das eine, die quantitative oder qualitative Auswertung dieser Daten jedoch eine andere Sache. Nur rund die Hälfte der 35 Einrichtungen, die systematisch Behandlungsdaten erfassen, werten diese in der Folge auch regelmässig aus. Insbesondere die auf die Behandlung von Suchtkranken spezialisierten Kliniken und Substitutionspraxen messen der quantitativen und qualitativen Auswertung offenbar hohe Bedeutung zu. Die Privatärzte machen Auswertungen in der Mehrheit nur sporadisch, ebenso die antwortenden Psychiatrischen Kliniken. Auch hier können jedoch keine Aussagen über die Qualität und Aussagekraft der statistischen Auswertungen gemacht werden.

6.7 Behandlung von schwangeren Frauen und stillenden Müttern

Über alle verschreibenden Einrichtungen betrachtet nehmen rund die Hälfte der behandelnden Ärzte schwangere Frauen oder stillende Mütter in eine Substitutionsbehandlung auf. Am höchsten ist der Anteil der aufnehmenden Einrichtungen bei den spezialisierten Substitutionspraxen (fast 95%), am tiefsten bei den Privatarztpraxen, obwohl von diesen auch beinahe die Hälfte schwangere Frauen oder stillende Mütter in eine Substitutionsbehandlung aufnimmt.

Tabelle 41: Häufigkeit der Aufnahme von Schwangeren oder Stillenden in Substitutionsbehandlung

Diagramm: abs. Anzahl Nennungen alle Einrichtungen / Tabelle: rel. Anteile der Zustimmung in %, gegliedert nach Einrichtungstyp



Substituieren Sie opiatabhängige Schwangere/Stillende?

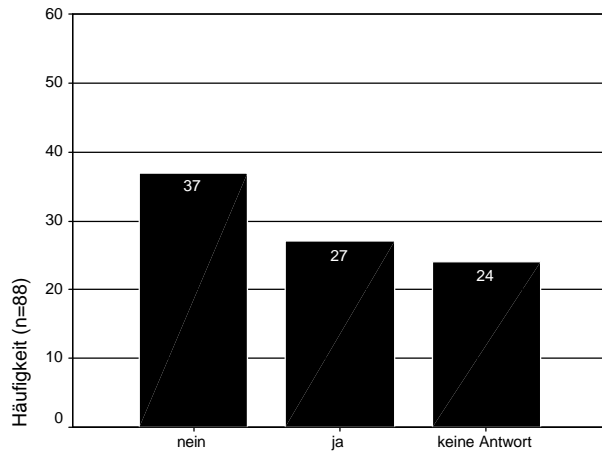
	Nehmen Sie Schwangere oder Stillende in Substitutionsbehandlung auf?		
	nein	ja	keine Antwort
Privatarzt-Praxen	45%	45%	10%
Spezialisierte Kliniken, Substitutionspraxen	6%	94%	
Psychiatr. Kliniken	14%	57%	29%
Kantons-/Regiospitäler	12%	65%	24%
Beratungsstellen			
Stationäre Therapie	zu diesem Punkt nicht befragt		
Apotheken			
Gesamt (n=169)	37%	52%	11%

Lesebeispiel: 45% der Privärzte nehmen keine Schwangeren oder Stillenden in eine Substitutionsbehandlung auf, 45% substituieren auch diese Frauen und 10% machen dazu keine Aussage.

Über alle Einrichtungen betrachtet erlaubt rund ein Drittel der behandelnden Ärzte den Müttern während der Substitutionsbehandlung mit Methadon das Stillen. Der hohe Anteil der nicht antwortenden Einrichtungen rührt wahrscheinlich daher, dass sie bis anhin nicht mit der Frage konfrontiert waren.

Tabelle 42: Häufigkeit der „Erlaubnis“ zum Stillen bei opiatabhängigen Müttern in Substitutionsbehandlung

Diagramm: abs. Anzahl Nennungen alle Einrichtungen / Tabelle: rel. Anteile der Zustimmung in %, gegliedert nach Einrichtungstyp



Lassen Sie Mütter in Substitutionsbehandlung stillen?

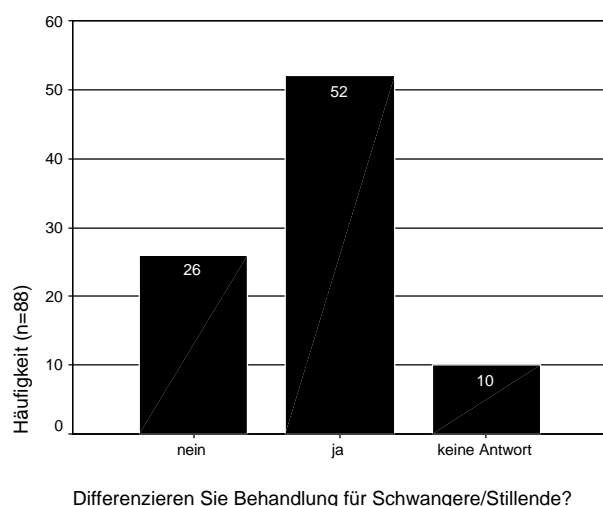
	Lassen Sie opiatabhängige Mütter in Substitutionsbehandlung stillen?		
	nein	ja	keine Antwort
Privatarzt-Praxen	45%	29%	26%
Spezialisierte Kliniken, Substitutionspraxen	20%	53%	27%
Psychiatr. Kliniken	40%		60%
Kantons-/Regiospitäler	64%	18%	18%
Beratungsstellen			
Stationäre Therapie	zu diesem Punkt nicht befragt		
Apotheken			
Gesamt (n=88)	43%	30%	27%

Lesebeispiel: 45% der Privärzte lassen Mütter in Substitutionsbehandlung nicht stillen, 29% lassen dies zu und 26% machen dazu keine Aussage.

Fast zwei Drittel der behandelnden Ärzte sehen für schwangere Frauen und stillende Mütter in Substitutionsbehandlung eine im Gegensatz zu anderen Patientinnen differenzierte Behandlung vor.

Tabelle 43: Häufigkeit differenzierter Behandlung bei Schwangeren oder Stillenden in Substitutionsbehandlung

Diagramm: abs. Anzahl Nennungen alle Einrichtungen / Tabelle: rel. Anteile der Zustimmung in %, gegliedert nach Einrichtungstyp



	Indizieren Sie differenzierte Behandlung für Schwangere oder Stillende?		
	nein	ja	keine Antwort
Privatarzt-Praxen	33%	52%	16%
Spezialisierte Kliniken, Substitutionspraxen	20%	80%	
Psychiatr. Kliniken	50%	25%	25%
Kantons-/Regiospitäler	18%	82%	
Beratungsstellen	zu diesem Punkt nicht befragt		
Stationäre Therapie	zu diesem Punkt nicht befragt		
Apotheken	zu diesem Punkt nicht befragt		
Gesamt (n=88)	30%	59%	11%

Lesebeispiel: 33% der Privatarzte behandeln Schwangere oder Stillende gleich wie andere Patientinnen, 52% sehen für Schwangere oder Stillende ein differenziertes Behandlungssetting vor und 16% machen dazu keine Aussage.

Die häufigsten erwähnten Differenzen zur Behandlung nicht schwangerer Frauen respektive nicht stillender Mütter lassen sich grob in die vier Bereiche Dosierung/Entzug, Behandlung/Betreuung, interdisziplinäre Zusammenarbeit und Einbezug des sozialen Umfelds kategorisieren. Die am häufigsten genannten Differenzen zum üblichen Setting (im Sinne von zu beachtenden oder durchzuführenden Massnahmen) sind:

- **betr. Dosierung/Entzug** (50% aller Nennungen)
 - Dosisreduktion forciert, schleichend, graduell
 - Dosisreduktion partiell, möglichst hoch, möglichst schnell, auf Minimum
 - Dosisreduktion im 2. oder im 3. Trimenon, oder spätestens bis zur Geburt
 - Dosisreduktion bis zur Abstinenz oder Entzug
- **betr. Behandlung/Betreuung** (20% aller Nennungen)
 - zusätzliche gynäkologische Behandlung
 - Begleitende Psychotherapie, vermehrte Gesprächstherapie
 - verstärkte psychosoziale Behandlung und Betreuung
 - verstärkte Kontrollen betr. Beikonsum, vermehrte Urinproben
 - Intensivierung der ärztlichen Betreuung, erhöhte Gesprächsfrequenz, vermehrte Motivationsarbeit
- **betr. interdisziplinäre Zusammenarbeit** (20% aller Nennungen)
 - Absprache mit psychiatrischer Klinik, Frauenklinik, Kinderspital
 - Einbezug von und Zusammenarbeit mit Pädiatern, Gynäkologen
- **betr. Einbezug des sozialen Umfelds** (10% aller Nennungen)
 - Beachtung von Entzugssyndrom beim Neugeborenen, Entwöhnung des Kindes
 - Trennung von Kind und Patientin
 - Kindschutzgruppe, Kartelle zu Kinderklinik
 - Einbezug des Kindes und erarbeiten von Therapiezielen
 - verstärkte Einbindung von Partner oder anderen Bezugspersonen

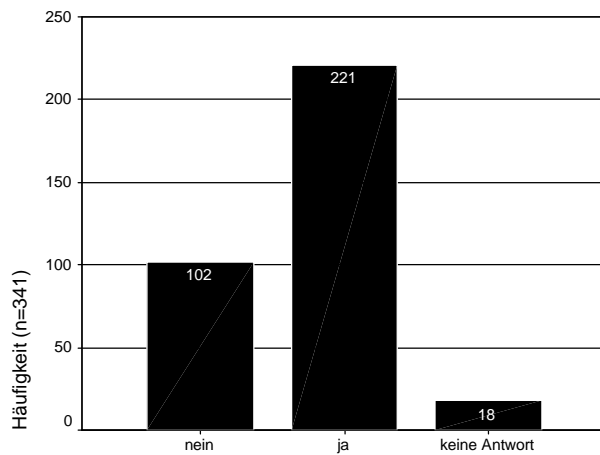
6.8 Urinkontrollen und Konsequenzen für die Behandlung

6.8.1 Durchführung von Urinkontrollen

Bei der Substitutionsbehandlung mit Methadon werden von gut zwei Dritteln der befragten Einrichtungen Urinkontrollen oder sogenannte UPs (Urinproben) durchgeführt. Sie dienen hauptsächlich dem Nachweis des Beikonsums von im Behandlungskonzept nicht vorgesehenen oder verbotenen Substanzen wie Heroin, Kokain, Benzodiazepinen, Cannabis etc..

Tabelle 44: Häufigkeit der Durchführung von Urinkontrollen

Diagramm: abs. Anzahl Nennungen alle Einrichtungen / Tabelle: rel. Anteile der Zustimmung in %, gegliedert nach Einrichtungstyp



Führen Sie Urinproben durch?

	Führen Sie Urinproben durch?		
	nein	ja	keine Antwort
Privatarzt-Praxen	6%	91%	2%
Spezialisierte Kliniken, Substitutionspraxen	13%	88%	
Psychiatr. Kliniken		100%	
Beratungsstellen	45%	49%	7%
Kantons-/Regiospitäler	18%	71%	12%
Stationäre Therapie	19%	81%	
Apotheken	72%	17%	11%
Gesamt (n=341)	30%	65%	5%

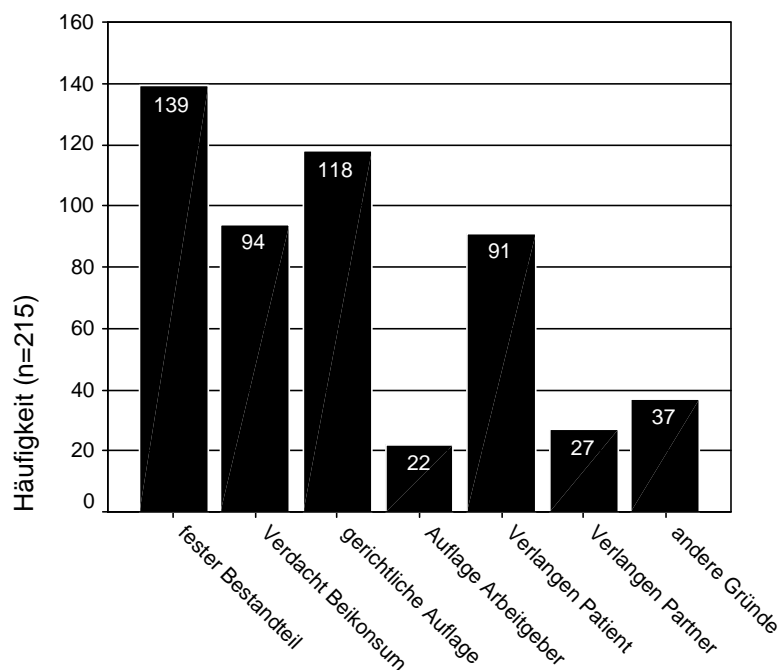
Lesebeispiel: 91% der Privatärzte führen im Rahmen der Substitutionsbehandlung Urinproben durch, 6% verzichten darauf und 2% haben sich dazu nicht geäußert.

6.8.2 Gründe für die Durchführung von Urinkontrollen

Die von den Einrichtungen angeführten Beweggründe für die Durchführung von Urinproben sind unterschiedlichster Art. Das nachfolgende Diagramm zeigt – über alle Einrichtungstypen betrachtet – die absolute Anzahl Nennungen der wichtigsten aufgeführten Gründe.

Diagramm 7: Häufigste Gründe für die Durchführung von Urinkontrollen

Anzahl Nennungen, nur Einrichtungen mit Urinkontrollen



Im Detail über die verschiedenen befragten Einrichtungstypen betrachtet ergibt sich ein sehr differenziertes Bild, wie die nachfolgende Tabelle verdeutlicht. Aufgrund der Mehrfachnennungen übersteigt die Summe der Prozentanteile jeweils 100%, denn die meisten Einrichtungen führen jeweils mehrere Gründe für die Durchführung von Urinkontrollen an.

Tabelle 45: Häufigste Gründe für die Durchführung von Urinkontrollen

Rel. Anteile der Zustimmung (Antwort= „ja“) in %, gegliedert nach Einrichtungstyp, nur Einrichtungen mit Urinkontrollen

	Aus welchen Gründen führen Sie Urinkontrollen durch?						
	als fester Bestandteil der Behandlung	bei Verdacht auf Beikonsum	bei einer gerichtlichen Auflage	bei Auflage des Arbeitgebers	auf eigenes Verlangen des Patienten	auf Verlangen von Partner oder Angehörigen	aus anderen Gründen
Privatarzt-Praxen	62%	42%	68%	10%	42%	17%	16%
Spezialisierte Kliniken, Substitutionspraxen	100%	36%	50%	7%	50%		21%
Psychiatr. Kliniken	86%	71%	29%	14%	29%	14%	
Beratungsstellen	61%	36%	36%	14%	53%	11%	22%
Kantons-/Regiospitäler	75%	67%	50%	25%	33%	17%	8%
Stationäre Therapie	73%	68%	55%	9%	59%		14%
Apotheken	17%	8%	17%		8%		25%
Gesamt (n=215)	64%	44%	55%	11%	43%	12%	17%

Lesebeispiel: 62% der Privatärzte, welche Urinproben durchführen, machen dies als festen Bestandteil der Behandlung, 42% machen Urinproben bei Verdacht auf Beikonsum, und 16% führt Urinproben aus anderen, hier nicht genannten Gründen durch.

6.8.3 Frequenz und Art der Durchführung von Urinkontrollen

Bei der Frequenz der Durchführung von Urinproben herrscht bei der Mehrheit der Antwortenden eine Vorliebe für unregelmässige und nicht angekündigte Kontrollen vor. Im Detail betrachtet über die verschiedenen befragten Einrichtungstypen ergibt sich jedoch ein leicht differenziertes Bild. Auch hier übersteigt aufgrund der Mehrfachnennungen die Summe der Prozentanteile jeweils 100%, denn verschiedene Einrichtungen kennen bei Art und Frequenz der Durchführung von Urinproben jeweils ein „sowohl als auch“. Je nach Patient und Situation werden sowohl unregelmässige wie auch regelmässige respektive sowohl angekündigte wie auch nicht angekündigte Urinproben durchgeführt.

Tabelle 46: Frequenz und Art der Durchführung von Urinkontrollen

Rel. Anteile der Zustimmung (Antwort= „ja“) in %, gegliedert nach Einrichtungstyp, nur Einrichtungen mit Urinkontrollen

	Frequenz der Durchführung		Art der Durchführung	
	regelmässig	unregelmässig	angekündigt	nicht angekündigt
Privatarzt-Praxen	26%	76%	17%	78%
Spezialisierte Kliniken, Substitutionspraxen	93%	43%	36%	71%
Psychiatr. Kliniken	43%	86%	29%	86%
Beratungsstellen	44%	69%	14%	69%
Kantons-/Regiospitäler	25%	67%	8%	83%
Stationäre Therapie	27%	73%	27%	68%
Apotheken	17%	17%		25%
Gesamt (n=215)	33%	69%	18%	73%

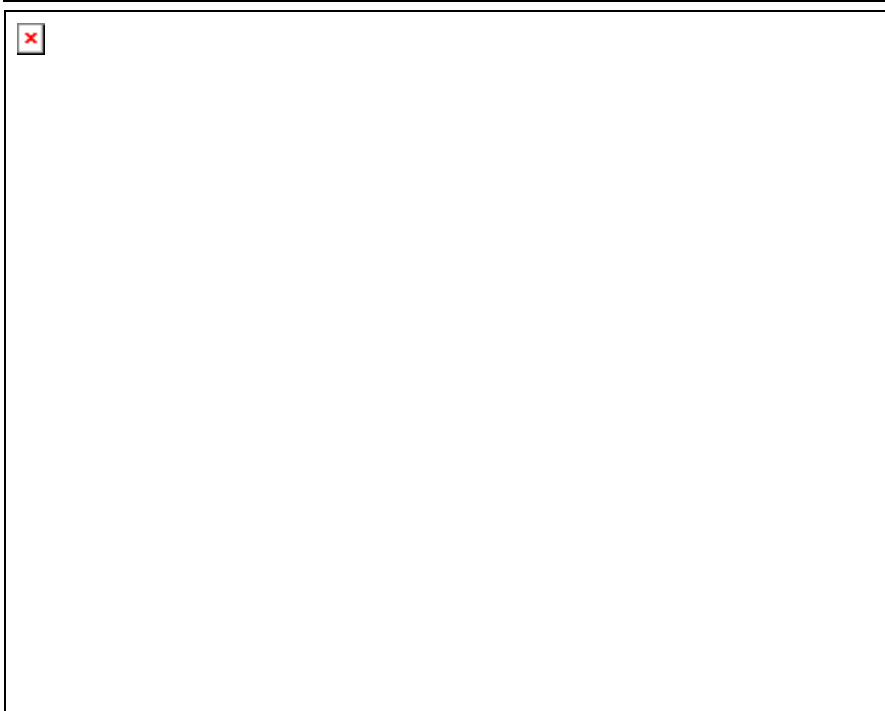
Lesebeispiel: 26% der Privatärzte geben an, regelmässig Urinproben durchzuführen, 76% machen dies unregelmässig.

6.8.4 Konsequenzen einer positiven Urinkontrolle für die weitere Behandlung

Die Folgen einer positiven Urinproben (dh. der positive Nachweis nicht erwünschter oder verbotener Substanzen im Urin) für den weiteren Behandlungsverlauf sind einerseits je nach Einrichtungstyp und andererseits auch innerhalb des Typs unterschiedlich.

Diagramm 8: Häufigste Konsequenzen einer positiven Urinkontrollen

Anzahl Nennungen, nur Einrichtungen mit Urinkontrollen



Die häufigste aller Konsequenzen absolut und bei allen Einrichtungen ein Gespräch mit dem Patient. Immerhin bei über ein Drittel der Einrichtungen hat eine positive Urinprobe eine Dosisänderung zur Folge, und dies überdurchschnittlich häufig bei Spitälern, Psychiatrischen Kliniken, spezialisierten Kliniken und Substitutionspraxen. Auch Meldung an eine Instanz und Programmausschlüsse sind häufig genannte Konsequenzen. Im Detail betrachtet zeigen sich also unterschiedliche Gewichtungen der angeführten Konsequenzen. Auch hier übersteigt aufgrund der Mehrfachnennungen die Summe der Prozentanteile jeweils 100%, denn bei den meisten Einrichtungen hat der Nachweis von Beikonsum durch eine positive Urinprobe je nach Patient oder Situation nicht nur eine, sondern gleichzeitig verschiedene Konsequenzen.

Tabelle 47: Konsequenzen einer positiven Urinprobe auf die Behandlung

Anteil der Zustimmung (Antwort= „ja“) in %, gegliedert nach Einrichtungstyp, nur Einrichtungen mit Urinkontrollen

Was sind die Konsequenzen einer positiven Urinprobe?							
	hat keine Konsequenzen	Besprechung mit dem Patient	hat eine Dosisänderung zur Folge	Ausschluss von der Behandlung	Meldung an eine Instanz (Arbeitgeber, Gericht, etc.)	Meldung an eine Person (Eltern, Partner, etc.)	andere, nicht spezifizierte Konsequenzen
Privatarzt-Praxen	4%	97%	41%	20%	31%	8%	5%
Spezialisierte Kliniken, Substitutionspraxen	14%	93%	50%	14%	36%		36%
Psychiatr. Kliniken	14%	71%	71%	57%	14%		14%
Beratungsstellen	19%	97%	36%	14%	31%	14%	3%
Kantons-/Regiospitäler	8%	92%	50%	42%	25%	25%	17%
Stationäre Therapie	9%	91%	18%	23%	32%	9%	41%
Apotheken		17%	8%		8%		8%
Gesamt (n=215)	8%	91%	38%	20%	29%	9%	11%

Lesebeispiel: Bei 4% der Privatärzte, welche Urinproben durchführen, hat ein positiver Befund keine Konsequenzen, bei 97% führt dies zu einem Gespräch mit dem Patienten und bei 11% folgen andere, hier nicht genannten Konsequenzen.

6.8.5 Auswirkung von Urinkontrollen auf therapeutische Beziehung und Behandlungserfolg

Der therapeutische Wert von Urinkontrollen ist nach wie vor umstritten. Bei der Beurteilung des Einflusses von Urinkontrollen auf den Behandlungserfolg ist rund die Hälfte aller Befragten der Meinung, dass je nach Situation und Patient „sowohl negative wie auch positive“ Auswirkungen resultieren können. Zählt man hingegen das Drittel der Antwortenden dazu, die Urinkontrollen als „eindeutig positiv“ einstufen, darf gesagt werden, dass die Mehrheit aller Befragten Urinkontrollen hinsichtlich ihres Einflusses auf den Behandlungserfolg positiv gegenüberstehen.

Diagramm 9: Einschätzung des Einflusses von UPs auf Behandlungserfolg

Anzahl Nennungen, nur Einrichtungen mit Urinkontrollen



Betrachtet nach Einrichtungstyp werden Urinkontrollen hinsichtlich ihres Einflusses auf den Behandlungserfolg offenbar am positivsten von den spezialisierten Substitutionspraxen eingeschätzt.

Tabelle 48: Einschätzung der Einrichtungen betr. den Einfluss von Urinkontrollen auf den Behandlungserfolg

Rel. Anteile der Zustimmung (Antwort= „ja“) in %, gegliedert nach Einrichtungstyp, alle Einrichtungen

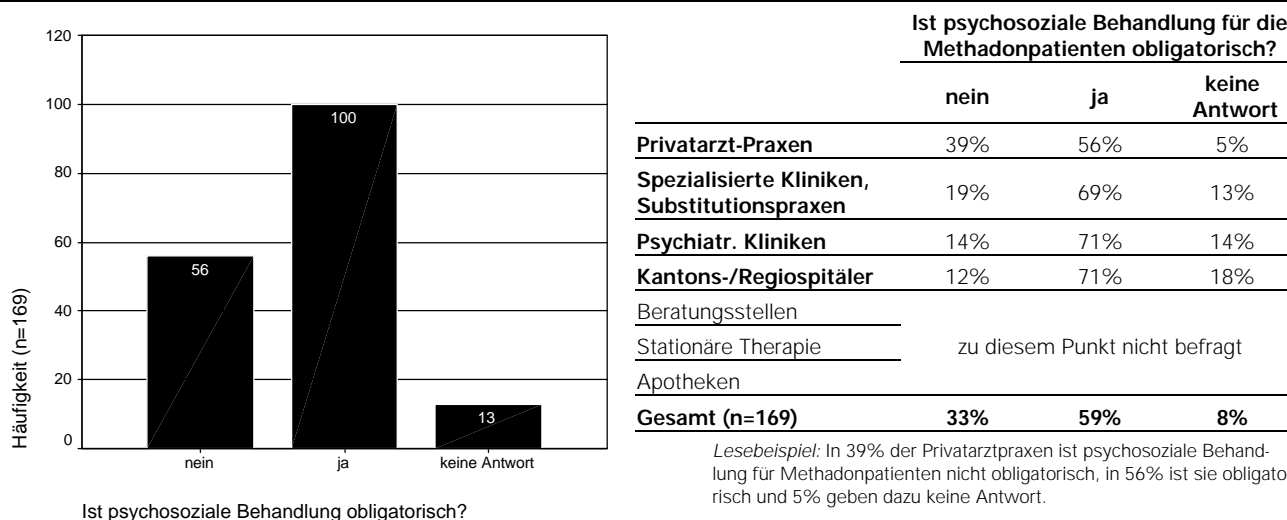
	Wie schätzen Sie den Einfluss von Urinkontrollen auf den Behandlungserfolg ein?					
	eindeutig positiv	eindeutig negativ	positiv und negativ	ohne Einfluss	andere Auswirkungen	keine Antwort
Privatarzt-Praxen	35%	1%	46%	17%		2%
Spezialisierte Kliniken, Substitutionspraxen	50%		36%	14%		
Psychiatr. Kliniken	29%		57%			14%
Beratungsstellen	25%		64%	6%	6%	
Kantons-/Regiospitäler	33%		42%	17%		8%
Stationäre Therapie	27%		64%	9%		
Apotheken	25%		8%			67%
Gesamt (n=221)	33%	0%	48%	13%	1%	5%

Lesebeispiel: 35% der Privatärzte, welche Urinproben durchführen, bewertet den Einfluss von Urinkontrollen auf den Behandlungserfolg als eindeutig positiv, 1% als eindeutig negativ, 46% sind der Meinung, sowohl positiver als auch negativer Einfluss sei möglich,..... und 2% gibt hierzu keine Antwort.

6.9 Durchführung von psychosozialer Behandlung und Betreuung

Für eine Mehrheit der Methadon verschreibenden Einrichtungen ist die Durchführung einer psychosozialen Behandlung für die Methadonpatienten obligatorisch. Aber auch beinahe alle diejenigen Einrichtungen, welche die psychosoziale Behandlung nicht für obligatorisch erklären, empfehlen die Durchführung einer solchen.

Tabelle 49: Häufigkeit der obligatorischen Durchführung von psychosozialer Behandlung für Methadonpatienten
Diagramm: abs. Anzahl Nennungen alle Einrichtungen / Tabelle: rel. Anteile der Zustimmung in %, gegliedert nach Einrichtungstyp



Am häufigsten wird gemäss den Angaben der Befragten die psychosoziale Behandlung ihrer Methadonpatienten vom behandelnden Arzt selbst in der Privatarztpraxis durchgeführt. Immerhin noch über die Hälfte der Befragten geben an, die psychosoziale Behandlung ihrer Patienten werde am häufigsten in Beratungsstellen durchgeführt. Doch eher selten wird die psychosoziale Behandlung in Spitälern oder Kliniken durchgeführt, eine Ausnahme bilden die spezialisierten Substitutionspraxen und Ambulatorien der Psychiatrischen Kliniken. Fast nie wird die Apotheke als Ort der Durchführung der psychosozialen Behandlung genannt.

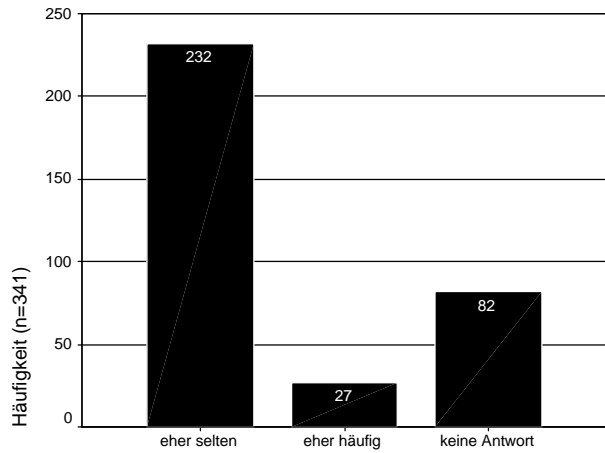
6.10 Beendigung der Substitutionsbehandlung

6.10.1 Unplanmässiger vorzeitiger Abbruch der Behandlung

Nicht immer verläuft eine Substitutionsbehandlung gemäss den Vorstellungen aller Beteiligten und wird auch ausserplanmässig, vorzeitig abgebrochen. Erfreulicherweise geben über zwei Drittel der Einrichtungen an, dass ein vorzeitiger Behandlungsabbruch „eher selten“ stattfindet. Offensichtlich bemühen sich die Einrichtungen bei der Entscheidung, ob eine Behandlung vorzeitig abgebrochen werden soll oder nicht, wenn immer möglich dem Einzelfall und der jeweiligen Situation gerecht zu werden.

Tabelle 50: Häufigkeit des ausserordentlichen und vorzeitigen Behandlungsabbruchs in den Einrichtungen

Diagramm: abs. Anzahl Nennungen alle Einrichtungen / Tabelle: rel. Anteile der Zustimmung in %, gegliedert nach Einrichtungstyp



Wie oft wird Substitutionsbehandlung vorzeitig abgebrochen?

	Wie häufig ist vorzeitiger Behandlungsabbruch?		
	eher selten	eher häufig	keine Antwort
Privatarzt-Praxen	88%	4%	8%
Spezialisierte Kliniken, Substitutionspraxen	63%	6%	31%
Psychiatr. Kliniken	86%	14%	
Beratungsstellen	72%	15%	14%
Kantons-/Regiospitäler	71%		29%
Stationäre Therapie	67%	26%	7%
Apotheken	27%	3%	70%
Gesamt (n=341)	68%	8%	24%

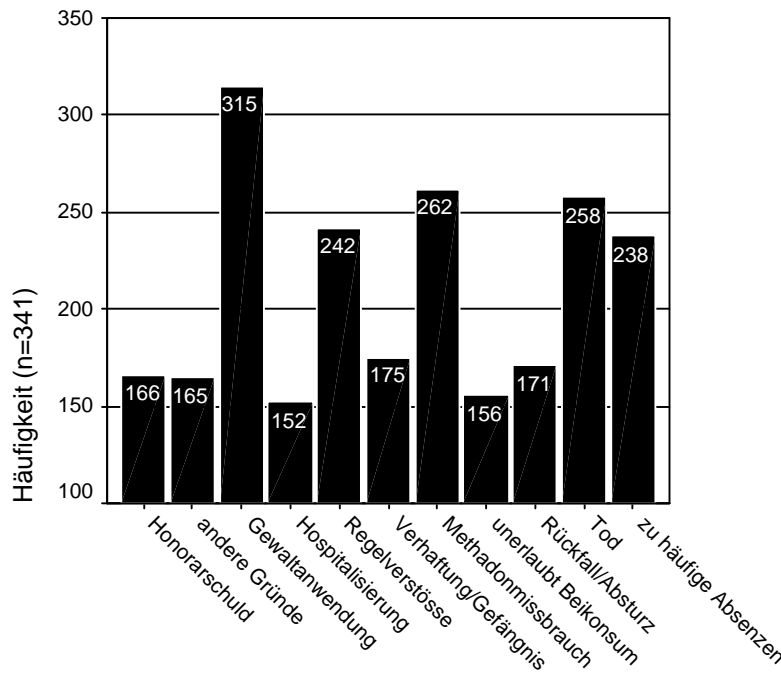
Lesebeispiel: In 88% der Privatarztpraxen ist ein vorzeitiger Behandlungsabbruch eher selten, in 4% eher häufig und 8% gibt dazu keine Antwort.

6.10.2 Gründe für den vorzeitigen Abbruch der Behandlung

Für einen vorzeitigen Behandlungsabbruch werden von den befragten Einrichtungen die verschiedenste Gründe angeführt. Sie basieren auf Vorschriften oder Richtlinien übergeordneter Instanzen oder kantonaler Behörden (vgl. dazu Kap. 3.7.4) oder eigener, klar formulierte Kriterien für einen zwingenden Behandlungsabbruch.

Diagramm 10: Häufigste Gründe für ausserordentlichen Behandlungsabbruch

Anzahl Nennungen, alle Einrichtungen



Im Detail betrachtet zeigt sich eine unterschiedliche Häufigkeit der genannten Abbruchkriterien je nach Einrichtung. Aufgrund der Mehrfachnennungen übersteigt die Summe der Prozentanteile jeweils 100%, denn die meisten Einrichtungen führen verschiedene Gründe für eine ausserplanmässige und vorzeitige Beendigung der Substitutionsbehandlung an.

Kriterien, die in einem mehr oder weniger direkten Zusammenhang mit dem eigentlichen Behandlungssetting stehen (Nichteinhalten therapeutischer Vorgaben, Gewaltanwendung oder -androhung, missbräuchliche Verwendung des Methadons oder zu häufige Absenzen) führen heute deutlich mehr zu einem Ausschluss von der Substitutionsbehandlung als Gründe früherer Zeiten wie Beikonsum, Abstürze oder Rückfall in den Heroinkonsum. Auch längere Absenzen aufgrund eines Spitalaufenthaltes oder einer Gefängnisstrafe führen offenbar eher zu einem Unterbruch denn zu einem Abbruch der Behandlung.

Tabelle 51: Häufigste Gründe für einen ausserordentlichen, vorzeitigen Behandlungsabbruch

Rel. Anteile der Zustimmung (Antwort= „ja“) in %, gegliedert nach Einrichtungstyp

Welches sind die häufigsten Gründe für einen vorzeitigen Behandlungsabbruch?											
	nicht Bezahlen des Honorars	Gewaltanwendung oder -androhung	Absenz wegen Hospitalisierung	Nichteinhalten therap. Vorgaben	Absenz wegen Gefängnisaufenthalt	Missbrauch des Methadons	zu häufiger Beikonsum	Absturz / Rückfall in Heroinkonsum	unerwarteter Tod	zu häufiges Absenz von Behandlung	andere Gründe
Privatarzt-Praxen	22%	66%	12%	42%	19%	64%	7%	14%	45%	43%	1%
Spezialisierte Kliniken, Substitutionspraxen	25%	75%	6%	38%	13%	44%	6%	6%	56%	25%	27%
Psychiatr. Kliniken	14%	86%		86%		57%	29%	43%	57%	29%	17%
Beratungsstellen	4%	64%	7%	3	11%	35%	12%	11%	49%	42%	16%
Kantons-/Regiospitäler		59%	6%	41%	18%	41%	18%	24%	47%	41%	8%
Stationäre Therapie		81%	7%	52%	3%	22%	22%	22%	44%	15%	31%
Apotheken	4%	1%	3%	11%	7%	6%	1%	7%	7%	11%	13%
Gesamt (n=341)	12%	55%	8%	34%	15%	4	9%	13%	39%	33%	14%

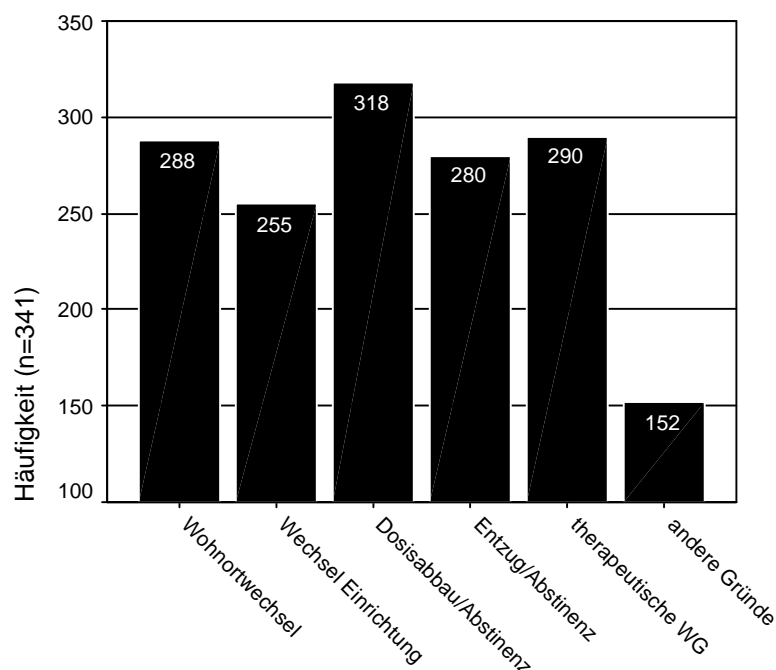
Lesebeispiel: 22% der Privatärzte nennen „Nichtbezahlung des Honorars“ als häufiger Grund für einen Behandlungsabbruch, 66% nennen „Gewaltanwendung“ als Abbruchgrund, und 10% geben zusätzliche, hier nicht aufgeführte Gründe an.

6.10.3 Unterbruch oder reguläre Beendigung der Behandlung

Die meisten Substitutionsbehandlungen finden erfreulicherweise ein reguläres Ende. Die Gründe, die zum Behandlungsende führen, sind so vielfältig wie die Gründe für einen Behandlungsbeginn. Die nachstehend aufgelisteten Gründe sind die von den Einrichtungen am Häufigsten genannten.

Diagramm 11: Häufigste Gründe für reguläres Ende Substitutionsbehandlung

Anzahl Nennungen, alle Einrichtungen



Im Detail und über die verschiedenen Einrichtungen betrachtet zeigt sich eine recht gleichmässige Verteilung der Gründe für ein reguläres Behandlungsende. Aufgrund der Mehrfachnennungen übersteigt die Summe der Prozentanteile jeweils 100%, denn in den meisten Einrichtungen führen die genannten Gründe in etwa gleich häufig zu einer regulären Beendigung der Substitutionsbehandlung.

Tabelle 52: Häufigste angeführte Gründe für ein reguläres Ende der Substitutionsbehandlung

Rel. Anteile der Zustimmung (Antwort= „ja“) in %, gegliedert nach Einrichtungstyp

	Welches sind die häufigsten Gründe für ein reguläres Ende der Behandlung?					
	Wegzug und Wohnortwechsel	Arztwechsel und Übertritt in andere Einrichtung	Dosisabbau und Abstinenz	ambulanter oder stationärer Entzug und Abstinenz	Übertritt in eine stationäre therapeutische Einrichtung	andere Gründe
Privatarzt-Praxen	74%	66%	87%	60%	59%	6%
Spezialisierte Kliniken, Substitutionspraxen	73%	73%	73%	80%	80%	13%
Psychiatr. Kliniken	29%	43%	71%	29%	71%	0%
Beratungsstellen	71%	40%	68%	72%	76%	16%
Kantons-/Regiospitäler	31%	46%	77%	62%	77%	8%
Stationäre Therapie	20%	20%	52%	60%	64%	36%
Apotheken	37%	19%	33%	11%	22%	19%
Gesamt (n=341)	62%	50%	72%	59%	62%	13%

Lesebeispiel: In 74% der Privatarztpraxen ist der Wegzug des Patienten ein häufiger Grund für die reguläre Beendigung der Behandlung, in 66% der Praxen ist es der Übertritt in eine andere Substitutionsbehandlung (Arztwechsel), und 6% gibt zusätzliche, hier nicht aufgeführte Gründe an.

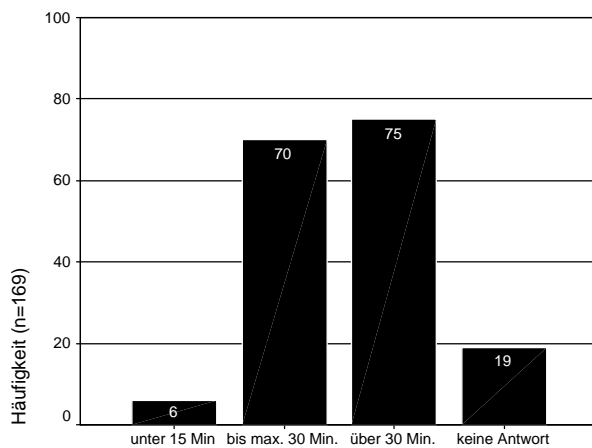
6.11 Zeitaufwand für Methadonpatienten

Die von den behandelnden Ärzten für ihre Methadonpatienten täglich aufgewendete Zeit in den Privatpraxen, Spitälern und Kliniken ist – erwartungsgemäss – je nach Behandlungsphase unterschiedlich hoch. Am höchsten ist der durchschnittliche tägliche Zeitaufwand offensichtlich in der Initialisierungsphase, dh. bei Beginn einer Substitutionsbehandlung, sowie in Krisenzeiten. Am tiefsten ist er während der chronischen Phase, in der sich die Substitutionsbehandlung oft auf die Methadonabgabe und periodische Gespräche in kleineren oder grösseren Abständen beschränkt.

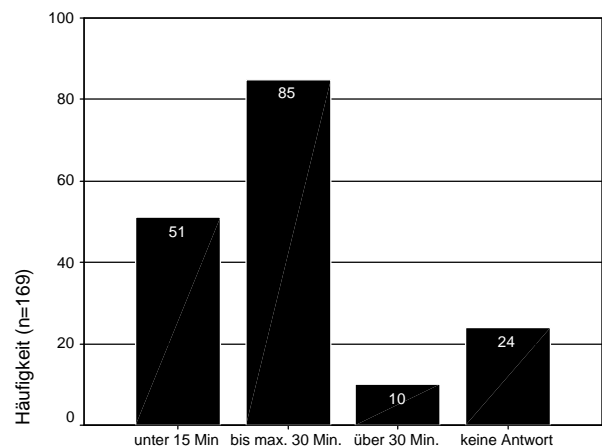
Im Vergleich der einzelnen Einrichtungen fällt einzig auf, dass sich Privatärzte vor allem in der Stabilisierungsphase und der chronischen Phase der Behandlung im Durchschnitt weniger Zeit für den Methadonpatienten nehmen (oder nehmen können) als die Ärzte der spezialisierten Kliniken und Substitutionspraxen sowie der Spitäler und Psychiatrischen Kliniken. Eine weitergehende Interpretation der Angaben zum durchschnittlichen täglichen Zeitaufwand ist aufgrund der vorliegenden Datenbasis nur schwer möglich, wäre eher spekulativer Natur und könnte den offensichtlichen Anstrengungen der behandelnden Ärzte und ihrem persönlichen Einsatz für die Substitutionsbehandlung kaum gerecht werden.

Diagramm 12: Durchschnittlicher täglicher Zeitaufwand für Methadonpatienten

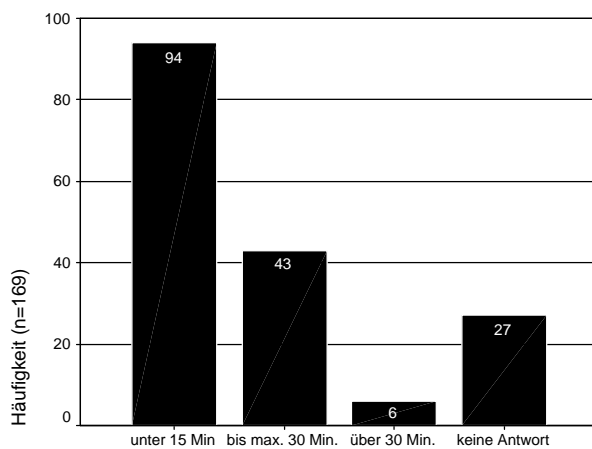
Rel. Anteile der Nennungen, alle Privatarztpraxen, Spitäler und Kliniken



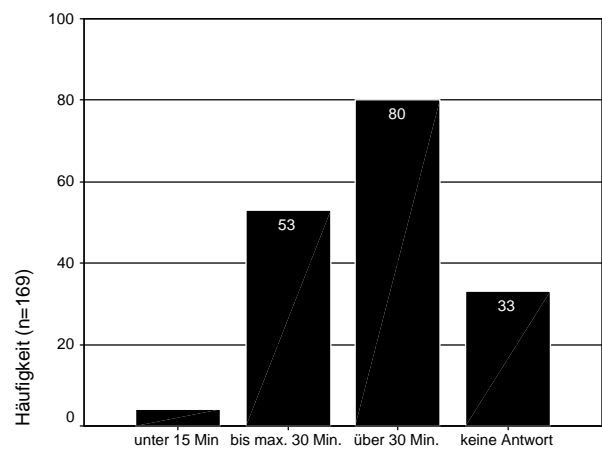
Zeitaufwand in Initialisierungsphase



Zeitaufwand in Stabilisierungsphase



Zeitaufwand in chronischer Phase



Zeitaufwand in Krisenzeiten

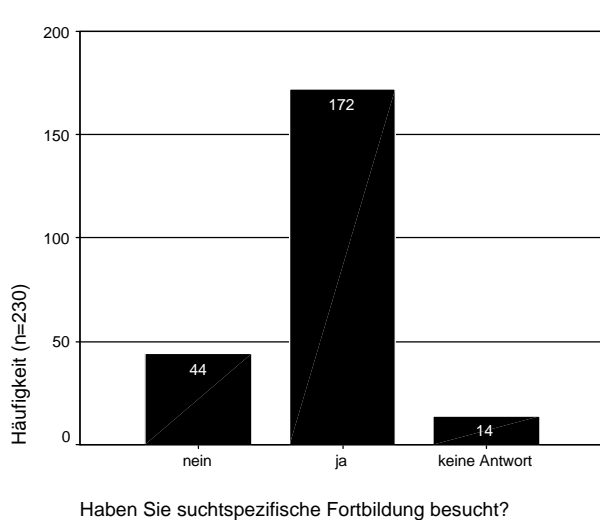
6.12 Fort- und Weiterbildung

Gut drei Viertel der Befragten geben an, bereits eine suchtspezifische Fortbildung besucht zu haben, seit sie Substitutionsbehandlungen durchführen. Für den grössten Teil dieser Fachleute ist eine suchtspezifische Fortbildung nicht formale Voraussetzung zur Durchführung von Substitutionsbehandlungen und wird aus Interesse an der Problematik und aus Professionalität wahrgenommen.

Spitätern und Kliniken, Apotheken sowie den spezialisierten Substitutionspraxen wurde diese Frage nicht gestellt.

Tabelle 53: Häufigkeit suchtspezifischer Fortbildung von Privatärzten, Beratungsstellen, Therapieeinrichtungen

Diagramm: abs. Anzahl Nennungen alle Einrichtungen / Tabelle: rel. Anteile der Zustimmung in %, gegliedert nach Einrichtungstyp



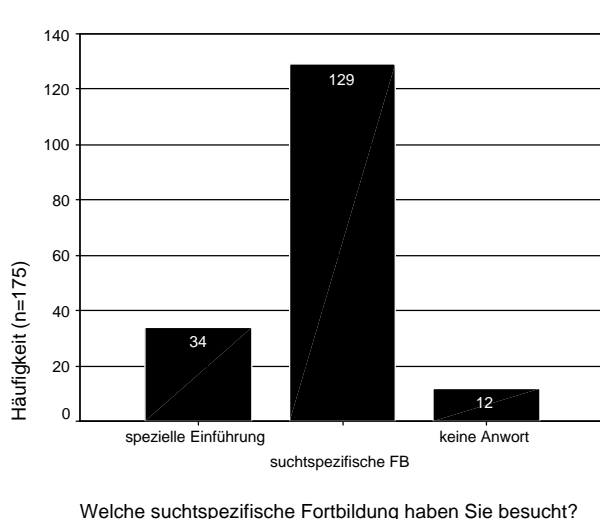
	Haben Sie suchtspezifische Fortbildung besucht?		
	nein	ja	keine Antwort
Privatarzt-Praxen	19%	76%	5%
Beratungsstellen	15%	77%	8%
Stationäre Therapie	30%	63%	7%
Gesamt (n=230)	19%	75%	6%

Lesebeispiel: 19% der Privatärzte hat keine suchtspezifische Fortbildung besucht, 76% haben eine besucht und 8% geben dazu keine Antwort.

Grob kategorisiert absolvieren der grosse Teil der Befragten fachspezifische Fort- und Weiterbildungen zur Suchtproblematik. Dies trifft in besonderem Masse für die Suchtfachleute aus den Beratungsstellen und DropIns zu. Ein nicht unwesentlicher Teil, dh. ein Viertel der Privatärzte und ein gutes Drittel der Fachleute aus den stationären Therapeutischen Einrichtungen besuchen spezifische Einführungsveranstaltungen. Am häufigsten genannt werden als Veranstalter die Fach- und Berufsverbände respektive -organisationen, Kantonsärzte und kantonale Suchtbeauftragte sowie Psychiatrische Kliniken.

Tabelle 54: Suchtspezifische Fortbildung von Privatärzten, Beratungsstellen, Stationären Therapieeinrichtungen

Diagramm: abs. Anzahl Nennungen alle Einrichtungen / Tabelle: rel. Anteile der Zustimmung in %, gegliedert nach Einrichtungstyp



	Welche Art suchtspezifischer Fortbildung haben Sie besucht?		
	spezielle Einführungsveranstaltung	fachspezifische Fortbildung	keine Antwort
Privatarzt-Praxen	27%	62%	11%
Beratungsstellen	4%	95%	2%
Stationäre Therapie	35%	65%	
Gesamt (n=175)	19%	74%	7%

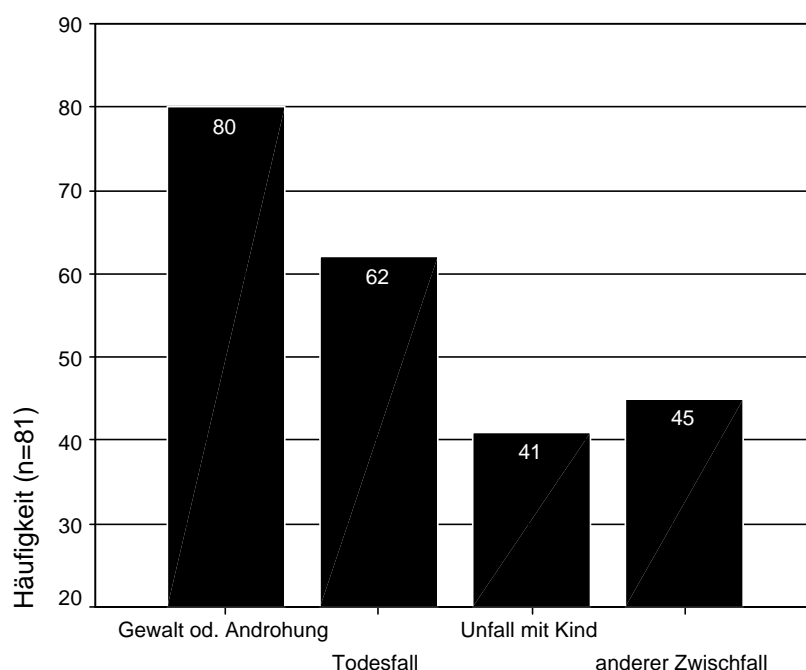
Lesebeispiel: 27% der Privatärzte hat eine spezielle Einführungsveranstaltung besucht, 62% eine fachspezifische Fortbildung und 7% geben dazu keine Antwort.

6.13 Zwischenfälle in direktem Zusammenhang mit Substitutionsbehandlungen

Im Allgemeinen scheint es im direkten Zusammenhang mit Substitutionsbehandlungen nur zu wenigen bemerkenswerten Zwischenfällen zu kommen. 85% der Befragten machen zu dieser Frage keine Antwort und lediglich 66 Personen (15%) geben an, Kenntnis zu haben von schwerwiegenden Zwischenfällen in den letzten fünf Jahren (1995-2000), welche in direktem Zusammenhang mit einer Substitutionsbehandlung stehen. Diese Zahl dürfte wie folgt relativiert werden: es ist nicht auszuschliessen, dass verschiedene Personen vom gleichen Vorfall Kenntnis haben, was heisst, dass die tatsächliche Anzahl schwerwiegender Zwischenfälle also tiefer ist als in der Erhebung statistisch erfasst.

Diagramm 13: Häufigste Zwischenfälle bei Substitutionsbehandlungen

Anzahl Nennungen, alle Einrichtungen



Der weitaus grösste Teil der konkreten Nennungen betrifft Gewaltandrohung oder -anwendung (über 70%). Knapp 7% der Befragten haben Kenntnis von einem Todesfall durch Überdosierung mit Methadon (28 Fälle). Jeweils unter 2% haben Kenntnis von substanzbezogenen Unfällen mit Kindern oder Drittpersonen aufgrund einer missbräuchlichen Verwendung des Methadons, sowie von anderen, nicht spezifizierten Zwischenfällen.

In den spezialisierten Substitutionskliniken haben offenbar mehr Personen Kenntnis von Vorfällen als in den anderen Einrichtungen. Erwartungsgemäss sind auch Kantonsärzte und die kantonalen Verantwortlichen für Suchtfragen besser über solche Zwischenfälle im Bilde als Privatärzte oder Apotheker (dh. haben Kenntnis von mehr Zwischenfällen).

7 Substitutionsbehandlung in der privatärztlichen Praxis

In diesem Kapitel interessieren die speziellen Aspekte der (ambulanten) Substitutionsbehandlung von Betäubungsmittelabhängigen bei den Privatärzten, sofern sie nicht bereits im Kapitel 6 *Einrichtungsübergreifende Aspekte bei der Durchführung der Substitutionsbehandlung in der alltäglichen Praxis* behandelt wurden.

Die Beschreibung der Situation basiert auf den Resultaten der Erhebung bei den verschreibenden und Methadon abgebenden Privatärzten mit eigener Praxis. Aus einer Gesamtpopulation von etwa 2'000-2'500 Methadon verschreibenden Privatärzten (das betrifft rund die Hälfte der Allgemeinpraktiker, freipraktizierenden Internisten und Psychiater) wurden ca. 10% pro Kanton von den jeweiligen Kantonsärzten selektiert und angeschrieben (wobei 3 Kantonsärzte nicht kollaborierten). Von insgesamt 150 eingegangenen Antworten konnten 129 (86%) der retournierten Fragebogen aus 20 Kantonen ausgewertet werden.

129 (86%) der antwortenden Privatärzte nehmen Betäubungsmittelabhängige auf und bieten ihnen Substitutionsbehandlung mit Methadon an. Ein Teil der Privatärzte, welche keine Methadonpatienten behandeln, war fälschlicherweise angeschrieben worden, der andere Teil hat zwar Substitutionsbehandlungen durchgeführt, nimmt jedoch heute aus verschiedenen Gründen keine Betäubungsmittelabhängigen mehr auf. Sie haben den Fragebogen jeweils leer retourniert und wurden nicht in die Auswertung miteinbezogen.

94 (73%) der ausgewerteten Antworten stammen aus deutschsprachigen Kantonen, 27 (21%) aus der französischsprachigen Schweiz und 8 (6%) aus dem Kanton Tessin. Aus den Kantonen BE, GR, LU, SZ, UR und ZG fehlen Informationen von Privatarztpraxen.

Die an dieser Erhebung teilnehmenden 129 Privatärzte behandelten im Jahr 2000 zusammen 1'012 Patienten, welche gut 5% aller statistisch erfassten Methadonpatienten der Schweiz repräsentieren.

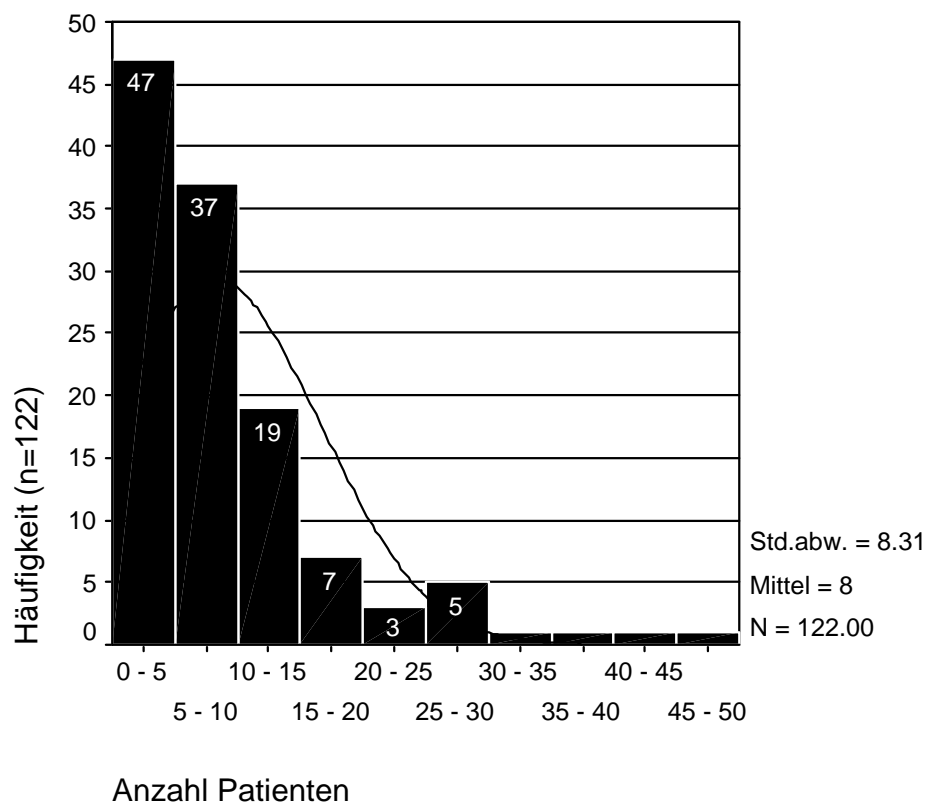
7.1 Quantitative Aspekte

7.1.1 Anzahl behandelter Methadonpatienten im Jahr 2000

Die (aktiv) Methadon verschreibenden Privatärzte behandelten im Jahr 2000 gemäss eigenen Angaben durchschnittlich 8 Patienten, mit einer Spannweite zwischen 1 und 45 Patienten. Bei einer schiefen Verteilung behandelte die Hälfte der Privatärzte bis max. 6 Patienten und nur 25% aller Ärzte behandelten mehr als 10 Patienten.

Diagramm 14: Anzahl Methadonpatienten pro Privatarztpraxis

Anzahl Nennungen, alle Privatarztpraxen, Jahr 2000



Eine Betrachtung nach Kantonen ist aufgrund der geringen Anzahl auswertbarer Fälle pro Kanton wenig aussagekräftig. Betrachtet jedoch über die Sprachregionen der Schweiz sind signifikante Unterschiede in der Anzahl Patienten pro Privatarztpraxis zu beobachten. Die Privatärzte der französischsprachigen Schweiz und des TI (als Sprachregion zusammengefasst) betreuen durchschnittlich mehr Patienten als ihre Kollegen in der deutschsprachigen Schweiz und mehr als der gesamtschweizerische Durchschnitt.

Die Verteilung der Anzahl durchschnittlich betreuer Patienten ist in der Deutschschweiz signifikant schiefer als in der französischsprachigen Schweiz und TI.

Diagramm 15: Anzahl Methadonpatienten pro Arzt in der Deutschschweiz

Anzahl Nennungen, nur Privatarztpraxen Deutschschweiz

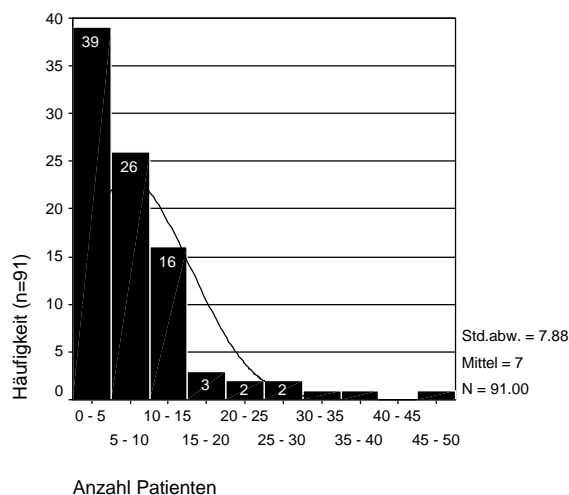
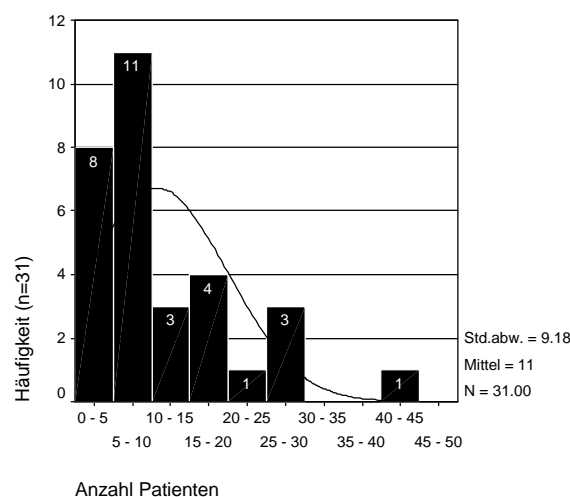


Diagramm 16: Anzahl Methadonpatienten pro Arzt in der frz. Schweiz und TI

Anzahl Nennungen, nur Privatarztpraxen TI und frz. Schweiz



7.1.2 Anteil Methadonpatienten am Total aller Patienten und zeitliche Erfahrung in der Durchführung von Substitutionsbehandlungen

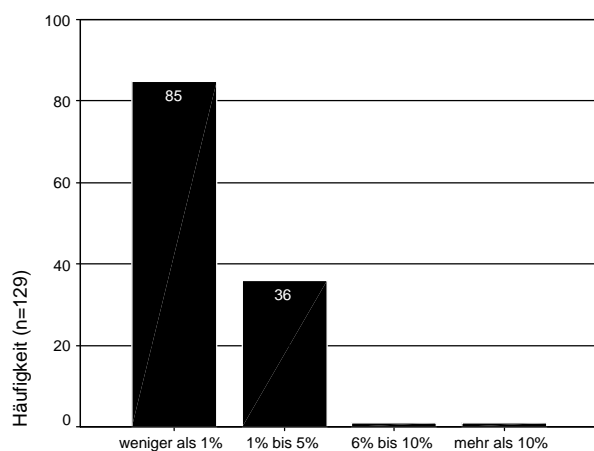
Auch wenn relativ gesehen viele Privärzte Betäubungsmittelabhängige mit Methadon substituieren, beträgt doch bei gut 70% aller Privatarztpraxen der Anteil der Methadonpatienten am Total aller Patienten unter 1%. In rund 98% aller Praxen liegt der Anteil unter 5%. Dieser doch tiefe Anteil widerspiegelt zu einem Teil sicher die Problematik der Kleinräumigkeit der privatärztlichen Praxis, deren „intimer“ Rahmen das oftmals nicht unproblematische Auftreten von Methadonpatienten nicht unbeschränkt verträgt. Mit dem Argument „Schutz der normalen Klientel vor Belästigung“ stösst die Kapazität zur Aufnahme von Methadonpatienten schnell an ihre Grenzen.

Andererseits hat ein Allgemeinpraktiker – und diese machen den Hauptteil der sogenannten „Methadonärzte“ aus – vom fachlichen Standpunkt her gesehen sicher andere Hauptinteressen als die Substitutionsbehandlung. Gemäss den gemachten subjektiven Anmerkungen in vielen Fragebogen scheint die Behandlung von Suchtkranken für Allgemeinpraktiker oft auch eine frustrierende Angelegenheit zu sein.

Rund die Hälfte der befragten Privärzte hat bereits länger als 10 Jahre Erfahrung mit der Durchführung von Substitutionsbehandlungen und lediglich rund 10% behandeln erst seit weniger als 5 Jahren Methadonpatienten.

Diagramm 17: Anteil der Methadonpatienten am Total aller behandelten Patienten

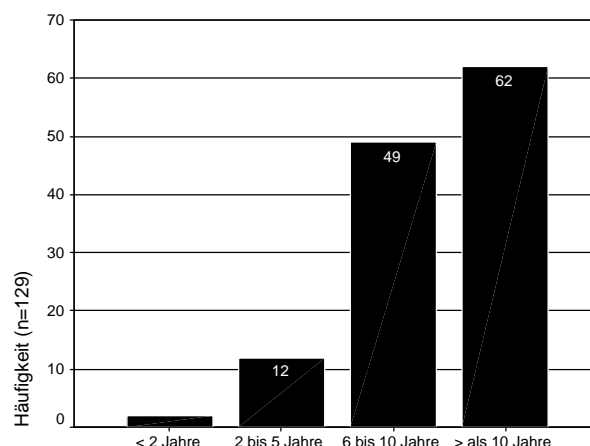
Anzahl Nennungen, alle Privatarztpraxen, Jahr 2000



Anteil Methadonpatienten am Total aller Patienten?

Diagramm 18: Zeitliche Erfahrung der Privatärzte in der Substitutionsbehandlung (in Jahren)

Anzahl Nennungen, alle Privatarztpraxen, Jahr 2000



Wie lange behandeln Sie schon Methadonpatienten?

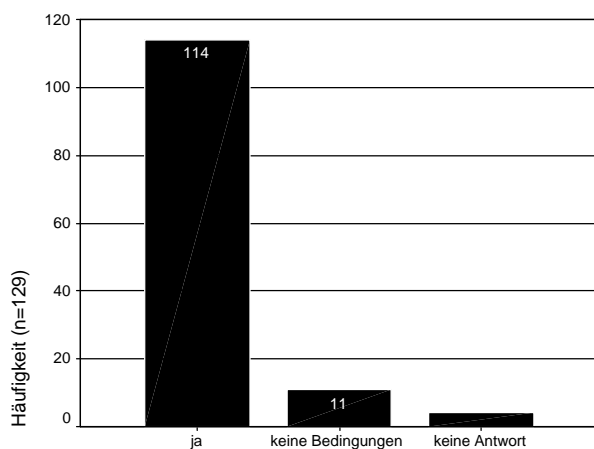
7.2 Bewilligung, Aufnahmeverfahren

Nur 5 (4%) der befragten Privatärzte geben an, bei der Aufnahme von Patienten einer behördlichen Beschränkung betr. maximale Anzahl zu unterliegen. Hingegen geben 95 (74%) an, dass die Bewilligung zur Durchführung von Substitutionsbehandlungen an eine Auflage betr. die Behandlungsdauer geknüpft sei. 7 Privatärzte (5%) geben an, behördlichen Dosierungsvorschriften zu unterliegen.

Der überwiegende Teil der Privatarztpraxen (rund 90%) jedoch kennt eigene, klar definierte Kriterien zur Aufnahme von Suchtkranken in eine Substitutionsbehandlung. Aufgrund der Mehrfachnennungen übersteigt die Summe der in den nachstehenden Diagrammen genannten Aufnahmebedingungen die Zahl 114 (Anzahl Einrichtungen), denn in den meisten Privatarztpraxen wird mehr als ein Kriterium gleichzeitig als Bedingung für die Aufnahme von Suchtkranken in eine Substitutionsbehandlung angewendet.

Diagramm 19: Anteil der Privatarztpraxen, welche klare Aufnahmebedingungen formuliert haben

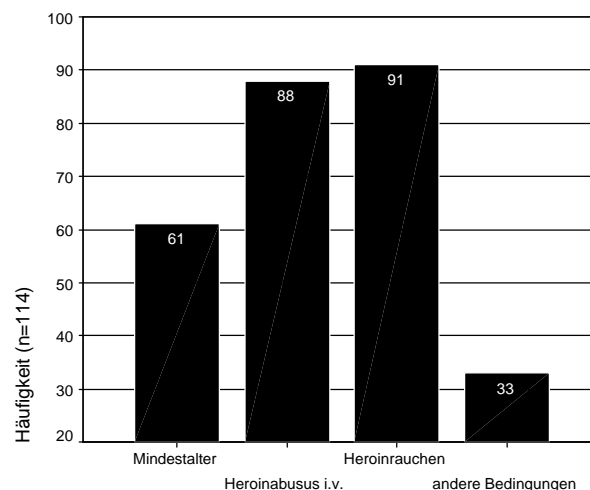
Anzahl Nennungen, alle Privatarztpraxen



Haben Sie klare Aufnahmebedingungen formuliert?

Diagramm 20: Häufigste Bedingungen in Privatarztpraxen für Aufnahme von Methadonpatienten

Anzahl Nennungen, alle Privatarztpraxen



7.3 Durchführung der Methadonabgabe

7.3.1 Für die Substitutionsbehandlung verwendete Substanzen

Ein Fünftel respektive 26 von 129 antwortenden Privatärzten verschreibt nebst Methadon auch noch andere Substanzen für die Substitutionsbehandlung. Am meisten genannt werden dabei Buprenorphin und Codein, seltener Morphin. Heroin wird von keinem substituierenden Privatarzt verschrieben. Noch ist eine entsprechende legale Basis dafür nicht gegeben, obschon in einigen Kantonen die Möglichkeit der Verwendung von Heroin als Substanz zur Substitution in der Privatarztpraxis zumindest diskutiert wird. Nebst den aufgeführten Substanzen kommen in Einzelfällen auch noch andere, hier nicht weiter spezifizierte Substanzen zum Einsatz. Aufgrund der Mehrfachnennungen übersteigt die Summe der genannten Substanzen die Zahl 26 (Anzahl Einrichtungen), denn in mehreren Privatarztpraxen wird gleichzeitig mehr als eine alternative Substanz verschrieben.

Diagramm 21: Anteil der Privatarztpraxen, die auch andere Substanzen als Methadon verschreiben

Anzahl Nennungen, alle Arztpraxen

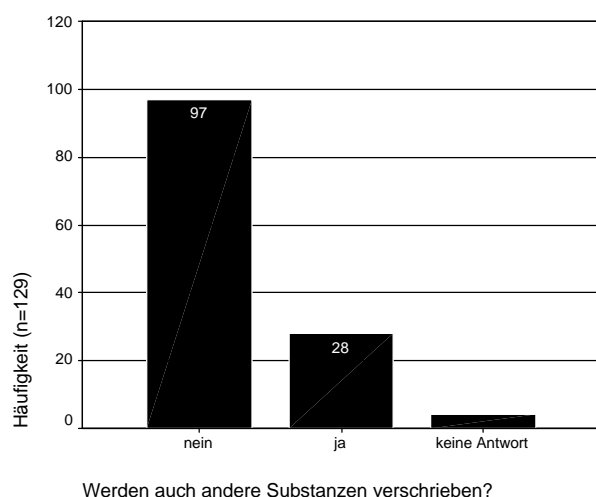
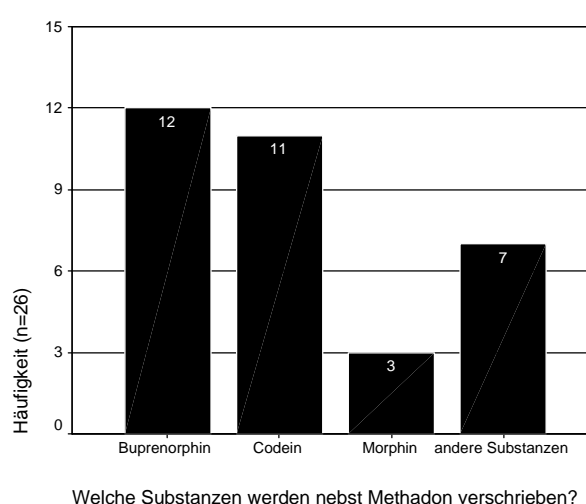


Diagramm 22: Häufigste Substanzen, die in Privatarztpraxen nebst Methadon verschrieben werden

Anzahl Nennungen, ausgewählte Privatarztpraxen



7.4 Angebot und Durchführung von Entzug und Teilentzug mit Methadon

Gut die Hälfte aller antwortenden Privatärzte führt mit Methadon gestützte Entzugsbehandlungen durch. Im Gegensatz zur länger dauernden Substitutionsbehandlung wird bei einem Entzug die Methadondosis in vom behandelnden Arzt vorgegebenen oder mit dem Patienten gemeinsam vereinbarten Intervallen kontinuierlich bis zur Abstinenz verringert.

Hingegen führen nur rund 10% der Privatärzte mit Methadon gestützte Teilentzüge durch. Unmittelbares Ziel eines Teilentzugs ist nicht der Entzug des konsumierten Opiats, sondern der Abbau anderer Suchtmittel wie Kokain, Medikamente oder Alkohol bei gleichzeitiger Substitution (des Opiats) mit Methadon.

Diagramm 23: Anteil der Privatarztpraxen, die methadongestützte Entzüge (ambulant) durchführen
Anzahl Nennungen, alle Arztpraxen

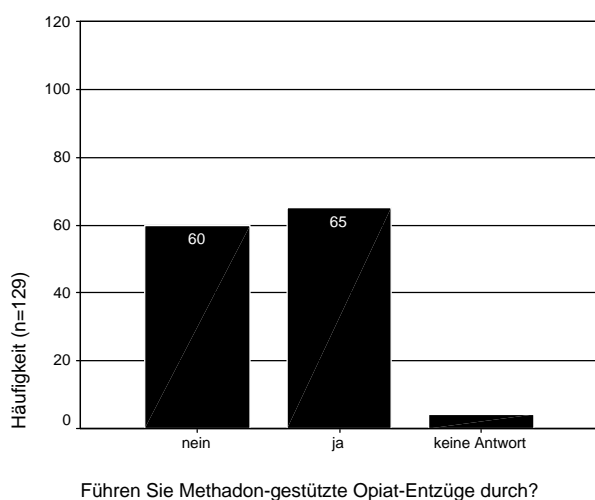
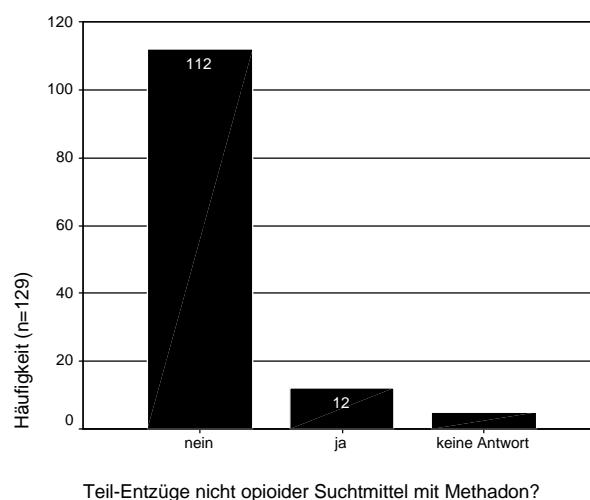


Diagramm 24: Anteil der Privatarztpraxen, die methadongestützte Teilentzüge durchführen
Anzahl Nennungen, alle Praxen



7.5 Kostendeckung

Werden die Privatärzte nach der betriebswirtschaftlichen Rendite befragt, monieren gute 40%, dass eine durchschnittliche Substitutionsbehandlung insgesamt nicht kostendeckend sei. Nur für ein Viertel aller antwortenden Privatärzte entsprechen die Einnahmen für eine Substitutionsbehandlung den realen Ausgaben. Die restlichen Ärzte können oder wollen diesen Sachverhalt nicht beurteilen („weiss ich nicht/keine Angabe möglich“ oder „keine Antwort“).

Honorarausfälle und nicht verrechenbarer Zeitaufwand sind die häufigst genannten Verlustarten, 81 Privatarztpraxen machen dazu eine konkrete Aussage. Ungedeckte Materialkosten werden nur von knapp 10% der Privatärzte als Verlust angeführt.

Diagramm 25: Angaben der Privatarztpraxen betr. die Kostendeckung der Substitutionsbehandlung
Anzahl Nennungen, alle Privatarztpraxen

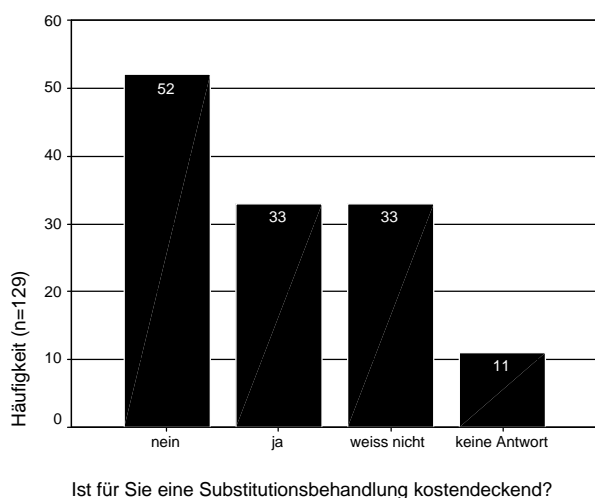
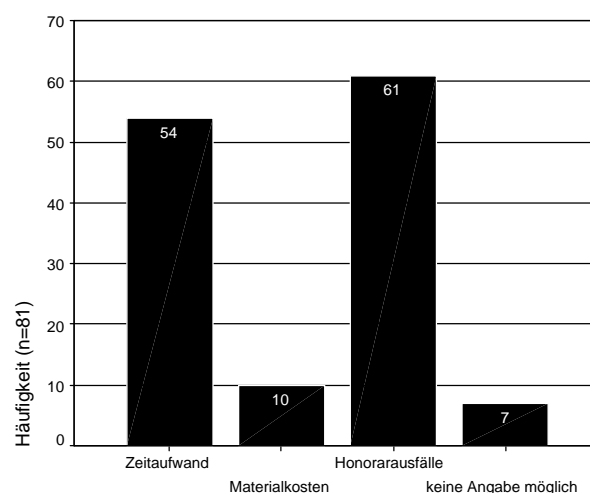


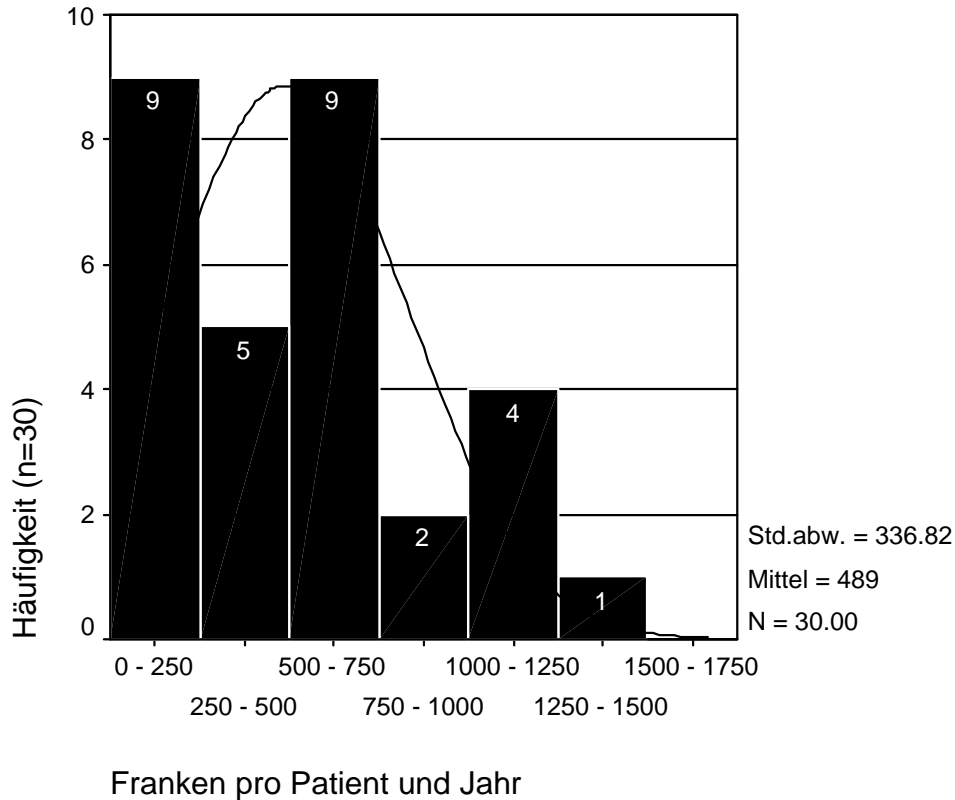
Diagramm 26: Häufigkeit der Art des Verlusts einer nicht kostendeckenden Substitutionsbehandlung
Anzahl Nennungen, ausgewählte Privatarztpraxen



Nach der konkreten, dh. monetär bezifferten, Höhe des beklagten Verlusts befragt machen 30 Personen (23%) konkrete Angaben in Franken. Das Spektrum der Verlusthöhe reicht von Fr. 30.- pro Patient und Jahr bis zu Fr. 1'400.- pro Patient und Jahr. Mittelwert und Median bewegen sich um die Fr. 500.- Verlust pro Patient und Jahr.

Diagramm 27: Häufigkeitsverteilung der Verlusthöhe

Anzahl Nennungen, ausgewählte Privatarztpraxen



7.6 Empfehlung an Arztkollegen und -kolleginnen

Vier Fünftel der Privatarzte, die selbst Substitutionsbehandlungen mit Methadon durchführen, würden auch einer Kollegin oder einem Kollegen die Aufnahme von Methadonpatienten empfehlen – und nur 10% raten aufgrund ihrer eigenen Erfahrungen davon ab. Die am häufigsten genannten Gründe für eine eher ablehnende Haltung gegenüber der Durchführung von Substitutionsbehandlungen sind die Folgenden (zusammengefasst und kategorisiert):

- Braucht zuviel Engagement, Missverhältnis zwischen Therapieerfolg und zeitlichem Aufwand, Umstände zu gross, Erfolg zu klein, Finanzieller Verlust, zu hoher Zeitaufwand
- Methadonpatienten sind ein schwieriges Klientel, zum Teil sehr aufreibend, Arbeit frustrierend, kein Erfolg, mangelnde Befriedigung, hohe Belastung
- nicht jeder Arzt ist psychisch geeignet für hohe Belastung, niemand soll zur Aufnahme von Methadonpatienten überredet werden, nur aus persönlichem Entscheid zu empfehlen
- nur bis höchstens 1 oder 2 Patienten, auf keinen Fall 5 oder mehr
- Klientel ist schwierig in eine ausgelastete Allgemeinpraxis integrierbar
- Substitutionsbehandlungen sollen ausschliesslich von spezialisierten Institutionen durchgeführt werden

8 Substitutionsbehandlung in Spitälern, Psychiatrischen Kliniken, in auf Suchtmittelabhängigkeit spezialisierten Kliniken und Substitutionspraxen

In diesem Kapitel interessieren die speziellen Aspekte der Betreuung von Betäubungsmittelabhängigen in Spitälern, Psychiatrischen Kliniken sowie in auf Suchtmittelabhängigkeit spezialisierten Kliniken und Substitutionspraxen, sofern sie nicht bereits im Kapitel 6 *Einrichtungsübergreifende Aspekte bei der Durchführung der Substitutionsbehandlung in der alltäglichen Praxis* behandelt wurden.

Die Beschreibung der Situation basiert auf den Resultaten der Erhebung bei Kantons-, Regionalspitälern und Psychiatrischen Kliniken, die Betäubungsmittelabhängige als Patienten aufnehmen, sowie bei den auf Suchtmittelabhängigkeit spezialisierten Kliniken und Substitutionspraxen. Von 300 massgeblichen Einrichtungen wurden 96 Einrichtungen direkt angeschrieben (alle Psychiatrischen Kliniken sowie die auf Suchtmittelabhängigkeit spezialisierten Kliniken und Substitutionspraxen). Weitere 42 Einrichtungen wurden von den Kantonsärzten ausgewählt und angeschrieben (die Vorgabe lautete: idealerweise mind. 1 Kantonsspital und 2 Regionalspitäler pro Kanton). Von insgesamt 62 eingegangenen Antworten konnten 41 (66%) der retournierten Fragebogen aus 17 Kantonen ausgewertet werden.

Über alle Einrichtungen betrachtet nehmen rund zwei Drittel der antwortenden Spitäler und Kliniken Betäubungsmittelabhängige auf und bieten Substitutionsbehandlung mit Methadon an. Im Einzelnen sind dies:

- 65% der antwortenden Kantons- und Regionalspitäler
- 39% der antwortenden Psychiatrischen Kliniken und
- 77% der auf Suchtmittelabhängigkeit spezialisierten Kliniken und Substitutionspraxen.

Diejenigen 23% der auf Suchtmittelabhängigkeit spezialisierten Kliniken, welche keine Substitutionsbehandlung mit Methadon anbieten, sind allesamt auf Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit spezialisiert und wurden in diesem Sinne fälschlicherweise angeschrieben. Sie haben den Fragebogen jeweils leer retourniert und wurden nicht in die statistische Auswertung miteinbezogen.

28 (68%) der ausgewerteten Antworten stammen aus deutschsprachigen Kantonen, 11 (27%) aus der französischsprachigen Schweiz und 2 (5%) aus dem Kanton Tessin. Aus den 9 Kantonen AI, AR, AG, FR, GR, LU, OW, SZ und UR fehlen Informationen von Spitälern, Psychiatrischen Kliniken sowie spezialisierten Substitutionspraxen.

Die an dieser Erhebung teilnehmenden Spitäler, Psychiatrischen Kliniken sowie spezialisierten Kliniken und Substitutionspraxen behandelten im Jahr 2000 zusammen 5'118 Patienten, welche gut 25% aller statistisch erfassten Methadonpatienten der Schweiz repräsentieren.

8.1 Ambulante und stationäre Substitutionsbehandlung

Betäubungsmittelabhängige Patienten werden von den Spitälern und Kliniken entweder stationär oder aber ambulant substituiert. Gewisse Einrichtungen kennen auch beide Behandlungsformen parallel. Besonders in den Städten behandeln vor allem die grossen Kantonsspitäler und die Psychiatrischen Kliniken Methadonpatienten oftmals sowohl stationär als auch ambulant. Sie führen dazu interne, auf Substitutionsbehandlung spezialisierte ambulante Abteilungen oder aber externe Ambulatorien. Eher selten gibt es auf Suchtmittelabhängigkeit spezialisierte Kliniken und Substitutionspraxen, die nebst ihrem hauptsächlich ambulanten Angebot gleichzeitig auch stationäre Behandlungsplätze anbieten.

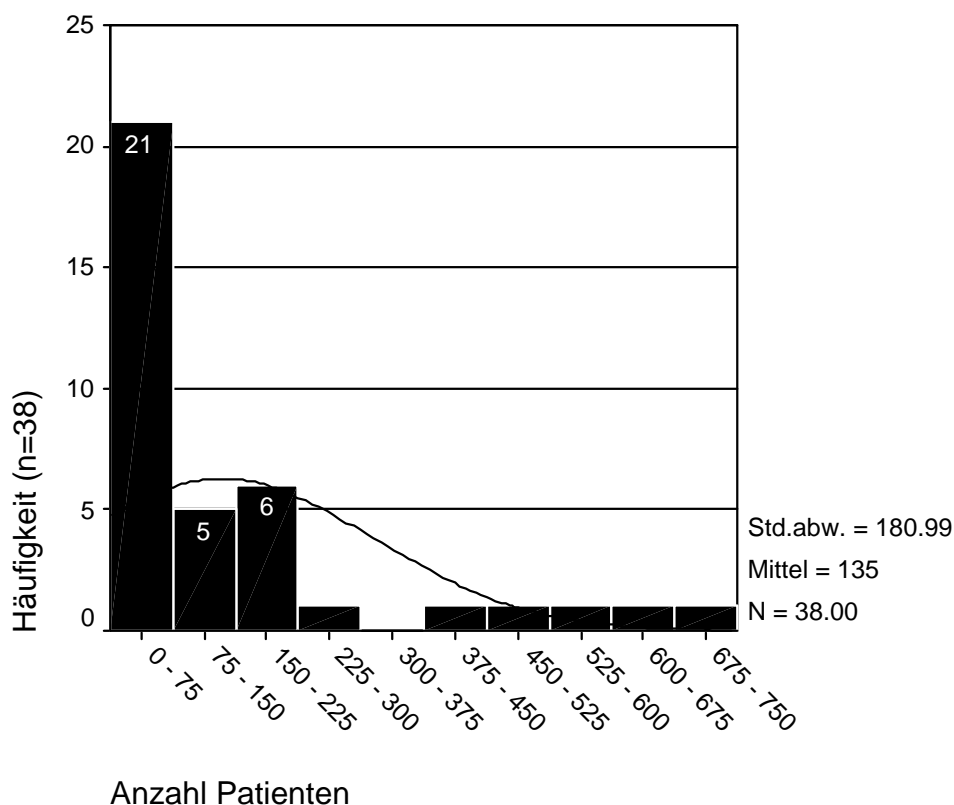
Aufgrund der relativ geringen Anzahl untersuchter Fälle wurde in der Auswertung – nebst der Unterteilung in die drei Untergruppen „Kantons- und Regionalspitäler“, „Psychiatrische Kliniken“ und „spezialisierte Kliniken und Substitutionspraxen“ – auf eine weitere Differenzierung in „stationär“ und „ambulant“ verzichtet. Dort wo jedoch eine Unterscheidung in der Betrachtung Sinn macht, wird dies jeweils erwähnt.

8.1.1 Anzahl behandelter Methadonpatienten im Jahr 2000

Der Mittelwert aller Spitäler und Kliniken liegt im Jahr 2000 bei durchschnittlich 134 behandelten Patienten. Die Hälfte aller Spitäler und Kliniken behandelte jedoch nicht mehr als 63 Patienten (Median) und nur 25% behandelten mehr als 177 Patienten. 3 Einrichtungen machten dazu keine Angaben.

Diagramm 28: Anzahl Methadonpatienten pro Einrichtung

Anzahl Nennungen, alle Spitäler, Psychiatr. Kliniken, spezialisierten Kliniken, Substitutionspraxen



Bei der Betrachtung der Anzahl behandelter Patienten in den Spitälern und Kliniken muss aufgrund der schiefen Verteilung also sinnvollerweise unterschieden werden zwischen Allgemeinspitälern (Kantons- oder Regionalspitäler), Psychiatrischen Kliniken, auf Suchtmittelabhängigkeit spezialisierte Kliniken und Substitutionspraxen.

Nachfolgende Tabelle zeigt einen Vergleich der drei Einrichtungstypen nach ausgewählten statistischen Kennzahlen und unterschieden nach Sprachregion. Eine Betrachtung nach Kantonen ist aufgrund der geringen Anzahl auswertbarer Fälle pro Kanton wenig aussagekräftig.

Tabelle 55: Vergleich der Anzahl behandelter Methadonpatienten in den Spitälern und Kliniken im Jahr 2000
Anzahl, Mittelwert, Median, Min/Max, Spannweite und Standardabweichung, gegliedert nach Einrichtungstyp und Sprachregion

	Sprachregion	Mittelwert	Median	Spannweite	Minimum	Maximum	Standardabweich.	Anzahl Einricht.
Kantons- und Regionalspitäler	deutsche Schweiz	78	28	399	1	400	123	10
	franz. Schweiz/Tessin	53	23	199	1	200	76	6
	Insgesamt	69	25	399	1	400	105	16
Psychiatrische Kliniken	deutsche Schweiz	54	60	118	2	120	50	5
	franz. Schweiz/Tessin	45	45	80	5	85	57	2
	Insgesamt	51	60	118	2	120	47	7
Spezialisierte Kliniken, Substitutionspraxen	deutsche Schweiz	246	170	715	5	720	246	11
	franz. Schweiz/Tessin	239	163	448	92	540	206	4
	Insgesamt	244	170	715	5	720	229	15
Insgesamt (n=38)	deutsche Schweiz	144	56	719	1	720	195	26
	franz. Schweiz/Tessin	114	76	539	1	540	152	12
	Insgesamt	135	63	719	1	720	181	38

Lesebeispiel: Die Kantons- und Regionalspitäler der Deutschschweizer Kantone behandelten im Jahr 2000 im Durchschnitt 78 Methadonpatienten (Mittelwert), die Hälfte dieser Kantons- und Regionalspitäler behandelte weniger als 28 Patienten, die andere Hälfte mehr als 28 Patienten (Median), im Minimum wurde 1 Patient, im Maximum 400 Patienten behandelt (Min/Max, Spannweite), die durchschnittliche Abweichung vom Mittelwert beträgt ± 123 Patienten, diese statistischen Informationen stammen von 10 Kantons- und Regionalspitälern (Anzahl).

8.1.2 Kantons- und Regionalspitäler

Diejenigen Allgemeinspitäler, die Methadonpatienten aufnehmen respektive Betäubungsmittelabhängigen Patienten eine Substitutionsbehandlung anbieten, behandelten im Jahr 2000 gemäss eigenen Angaben durchschnittlich 68 Patienten, mit einer Spannweite zwischen 1 und 400 Patienten. Bei einer recht schiefen Verteilung behandelte die Hälfte der Allgemeinspitäler bis max. 25 Patienten (Median) und nur 25% aller Allgemeinspitäler behandelten mehr als 72 Patienten. Vereinzelte Kantonsspitäler führen auf Substitutionsbehandlung spezialisierte interne oder externe Ambulatorien.

8.1.3 Psychiatrische Kliniken

Diejenigen Psychiatrischen Kliniken, die Methadonpatienten aufnehmen respektive Betäubungsmittelabhängigen Patienten eine Substitutionsbehandlung anbieten, behandelten im Jahr 2000 gemäss eigenen Angaben durchschnittlich 52 Patienten, mit einer Spannweite zwischen 2 und 120 Patienten. Die Hälfte der Psychiatrischen Kliniken behandelte bis max. 60 Patienten (Median) und nur 25% aller Psychiatrischen Kliniken behandelten mehr als 85 Patienten.

Vereinzelte Psychiatrische Kliniken führen interne, auf die Behandlung von Suchtmittelabhängigkeit spezialisierte Abteilungen oder externe, der Substitutionsbehandlung und Drogenberatung verbundene Ambulatorien. Diese werden der Gruppe „auf Suchtmittelabhängigkeit spezialisierte Kliniken und Substitutionspraxen“ zugeteilt.

8.1.4 Auf Suchtmittelabhängigkeit spezialisierte Kliniken und Substitutionspraxen

Die auf Suchtmittelabhängigkeit spezialisierte Kliniken und Substitutionspraxen, die zur Zeit Methadonpatienten aufnehmen, behandelten im Jahr 2000 gemäss eigenen Angaben durchschnittlich 244 Patienten, mit einer Spannweite zwischen 5 und 720 Patienten. Bei einer schiefen Verteilung behandelte die Hälfte dieser spezialisierten Kliniken und Substitutionspraxen bis max. 170 Patienten (Median liegt unter dem Mittelwert) und nur 3 (25%) der Einrichtungen behandelten mehr als 480 Patienten. Hohe sowie die höchsten Werte werden durchwegs im Rahmen der ambulanten Substitutionsbehandlung erreicht. Den stationären Abteilungen stehen normalerweise keine solcherart hohen Kapazitäten zur Verfügung.

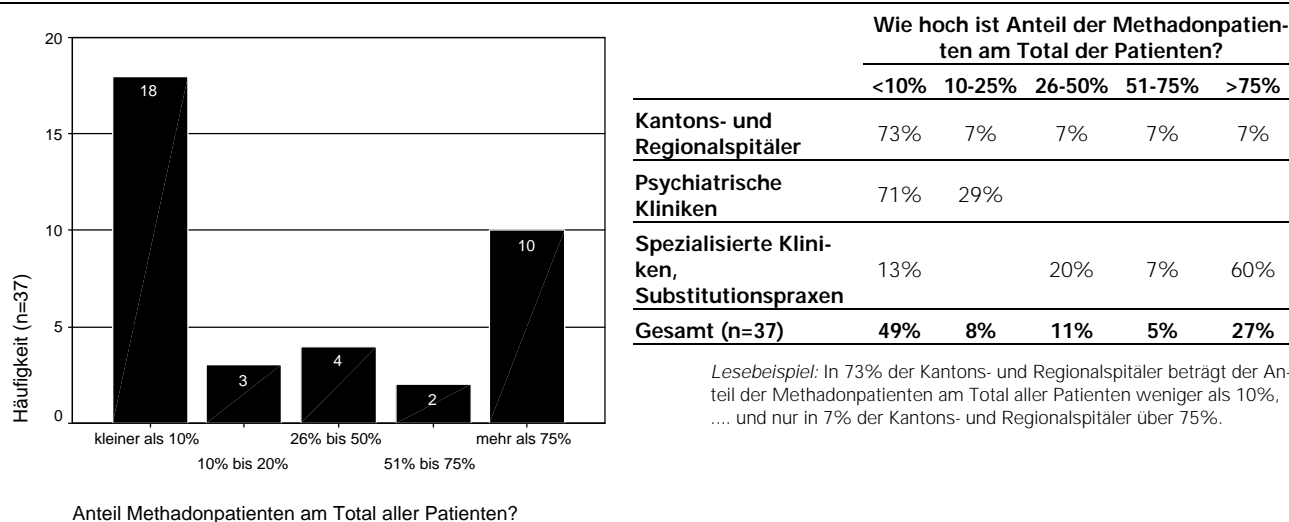
Wie unter 8.1.3 beschrieben werden auch Suchtabteilungen und auf die Durchführung von Substitutionsbehandlungen eingerichtete Ambulatorien von Psychiatrischen Kliniken – sofern sie entsprechenden Spezialisierungsgrad, Grösse und Autonomie erreichen – unter dieser Rubrik geführt. Ebenso wurden 2 Drogenberatungsstellen mit eigenem ärztlichen Angebot aufgrund ihrer Spezialisierung auf die Durchführung von Substitutionsbehandlungen (mit jeweils mehreren Hundert Patienten) als „spezialisierte Kliniken“ klassiert. Sie hätten sonst als Ausreisser das allgemeine Bild bei den Beratungsstellen und DropIns verfälscht.

8.1.5 Anteil Methadonpatienten am Total aller Patienten

Bei rund der Hälfte aller Spitäler und Kliniken macht der Anteil der Methadonpatienten am Total aller behandelten Patienten weniger als 10% aus. Erwartungsgemäss ist der Anteil Methadonpatienten in den Kantons- und Regionalspitälern (den Allgemeinspitälern) sowie in den Psychiatrischen Kliniken eher tief, während er in den spezialisierten Substitutionspraxen hoch ist. Immerhin 10 dieser spezialisierten Substitutionspraxen weisen einen Anteil von mehr als 75% Methadonpatienten auf.

Tabelle 56: Anteil der Methadonpatienten am Total aller behandelten Patienten der Einrichtungen im Jahr 2000

Diagramm: abs. Anzahl Nennungen, alle Spitäler/Kliniken / Tabelle: rel. Anteile der Zustimmung in %, gegliedert nach Einrichtungstyp

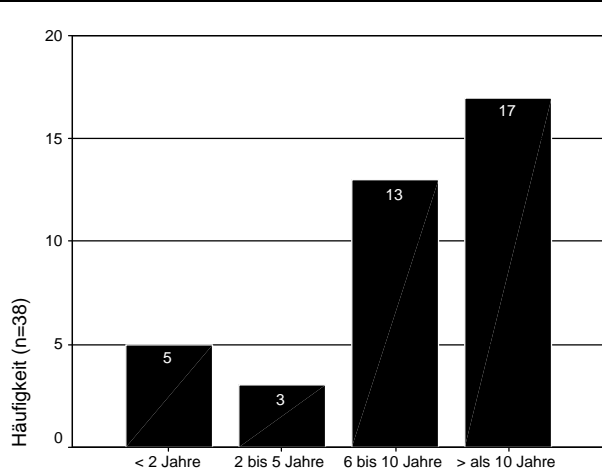


8.1.6 Zeitliche Erfahrung in der Durchführung von Substitutionsbehandlungen

Am meisten Erfahrung mit betäubungsmittelabhängigen Patienten und Substitutionsbehandlungen haben die Psychiatrischen Kliniken, die sich – aufgrund der psychiatrischen Dimension der Suchtkrankheit – gezwungenermassen schon früh mit dem Problem Betäubungsmittelsucht auseinandersetzen mussten.

Tabelle 57: Zeitliche Erfahrung in der Substitutionsbehandlung von Methadonpatienten (in Jahren)

Diagramm: abs. Anzahl Nennungen, alle Spitäler/Kliniken / Tabelle: rel. Anteile der Zustimmung in %, gegliedert nach Einrichtungstyp



Wie lange führen Sie Substitutionsbehandlungen durch?

	Wie lange führen Sie schon Substitutionsbehandlungen durch?			
	weniger als 2 Jahre	2 bis 5 Jahre	6 bis 10 Jahre	mehr als 10 Jahre
Kantons- und Regionalspitäler	13%	19%	25%	44%
Psychiatrische Kliniken	14%		29%	57%
Spezialisierte Kliniken, Substitutionspraxen	13%		47%	40%
Gesamt (n=38)	13%	8%	34%	45%

Lesebeispiel: 13% der Kantons- und Regionalspitäler haben weniger als 2 Jahre Erfahrung in der Durchführung von Substitutionsbehandlungen, 44% dagegen mehr als 10 Jahre.

8.2 Disposition der Spitäler und Kliniken für die Behandlung von Suchtkranken

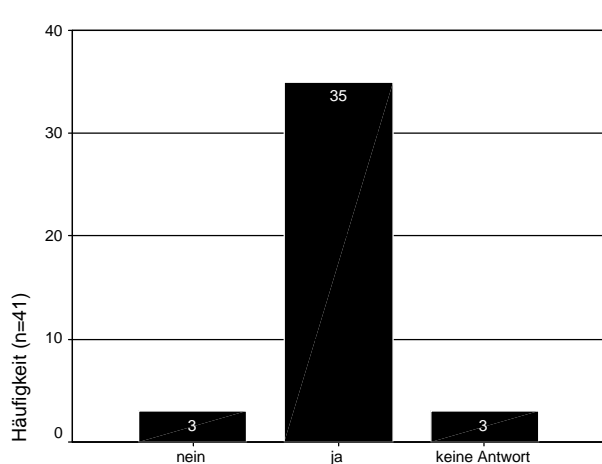
Nicht jedes Spital, nicht jede Klinik ist für die Aufnahme und Behandlung von Suchtkranken in besonderer Weise eingerichtet. Vielerorts erfahren Suchtkranke keine gesonderte Behandlung und liegen – sofern ihr Spitalaufenthalt stationärer Natur ist – zusammen mit „normalen“ Spitalpatienten in der gleichen Abteilung. Um ihre besondere Disposition zur Aufnahme und Behandlung von Suchtkranken zu erfassen, wurden die angeschriebenen Spitäler und Kliniken nach der Existenz von speziellen Richtlinien für die Behandlung von betäubungsmittelabhängigen Patienten sowie nach eigens für diese Behandlung eingerichtete Abteilungen befragt.

8.2.1 Spezielle Behandlungsrichtlinien für Suchtkranke

Die überwiegende Mehrheit der antwortenden Kantons- oder Regionalspitäler, spezialisierten Kliniken und Substitutionspraxen haben spezielle Richtlinien zur Behandlung von suchtkranken Patienten formuliert, in Psychiatrischen Kliniken ist dies sogar die Regel.

Tabelle 58: Häufigkeit spezieller Behandlungs-Richtlinien für Suchtkranke in den Spitätern und Kliniken

Diagramm: abs. Anzahl Nennungen, alle Spitäler/Kliniken / Tabelle: rel. Anteile der Zustimmung in %, gegliedert nach Einrichtungstyp



Hat Spital/Klinik Behandlungs-Richtlinien für Suchtkranke?

	Hat Spital/Klinik spezielle Behandlungs-Richtlinien für Suchtkranke?		
	nein	ja	keine Antwort
Spezialisierte Kliniken, Substitutionspraxen	6%	76%	18%
Psychiatrische Kliniken		100%	
Kantons- und Regionalspitäler	12%	88%	
Gesamt (n=41)	7%	85%	7%

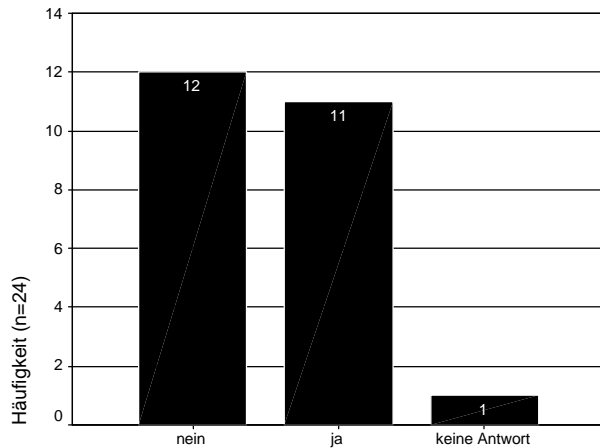
Lesebeispiel: In 6% der spezialisierten Substitutionspraxen bestehen keine spezifischen Behandlungs-Richtlinien für Suchtkranke, 76% haben solche Richtlinien formuliert und 18% machen dazu keine Aussage.

8.2.2 Spezielle Abteilung für Suchtkranke

Rund die Hälfte der antwortenden Kantons- oder Regionalspitäler und nicht ganz ein Drittel der Psychiatrischen Kliniken führt eine spezielle Abteilung für die Behandlung von Suchtkranken.

Tabelle 59: Häufigkeit spezieller Abteilungen für Suchtkranke in den Spitälern und Kliniken

Diagramm: abs. Anzahl Nennungen, alle Spitäler/Kliniken / Tabelle: rel. Anteile der Zustimmung in %, gegliedert nach Einrichtungstyp



Führt Spital/Klinik spezialisierte Abteilung für Suchtkranke?

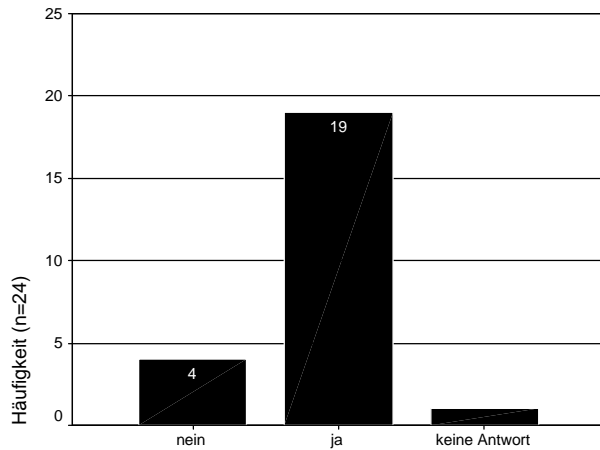
	Hat Spital/Klinik spezielle Abteilung für Suchtkranke?		
	nein	ja	keine Antwort
Spezialisierte Kliniken, Substitutionspraxen	zu diesem Punkt nicht befragt		
Psychiatrische Kliniken	57%	29%	14%
Kantons- und Regionalspitäler	47%	53%	
Gesamt (n=24)	50%	46%	4%

Lesebeispiel: 57% der Psychiatrischen Kliniken führen keine spezielle Abteilung für Suchtkranke, 29% haben eine solche eingerichtet und 14% machen dazu keine Aussage.

8.2.3 Beginn und Weiterführung einer Substitutionsbehandlung

Diagramm 29: Möglichkeit für Beginn einer Substitutionsbehandlung im Spital / in Klinik

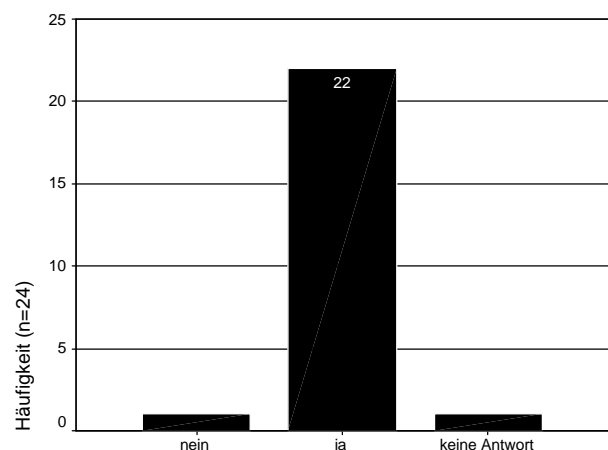
Anzahl Nennungen, Spitäler/Kliniken ohne Subst.praxen



Ist Beginn Substitutionsbehandlung möglich?

Diagramm 30: Möglichkeit für Weiterführung einer Substitutionsbehandlung im Spital / in Klinik

Anzahl Nennungen, Spitäler/Kliniken ohne Subst.praxen



Ist Weiterführung Substitutionsbehandlung möglich?

Vier Fünftel der antwortenden Kantons- oder Regionalspitäler und nicht ganz zwei Drittel der Psychiatrischen Kliniken ermöglichen eintretenden suchtkranken Patienten den **Beginn** einer Substitutionsbehandlung mit Methadon. Je rund 15% bieten die Möglichkeit eines Behandlungsbeginns nicht.

Hingegen ist in über 90% der Kantons- oder Regionalspitäler und in über 85% der Psychiatrischen Kliniken die **Weiterführung** einer bereits laufenden Substitutionsbehandlung möglich. Nur gerade 5% bieten diese Möglichkeit explizit nicht an.

8.3 Aufnahmekriterien

Fast alle Kantons- oder Regionalspitäler, Psychiatrischen Kliniken, spezialisierten Kliniken und Substitutionspraxen (rund 95%) kennen eigene, klar definierte Kriterien für die Aufnahme von Suchtkranken in eine Substitutionsbehandlung. Am meisten genannt werden erwartungsgemäss die nachgewiesene Opiatabhängigkeit (Heroinkonsum i.v. oder geraucht), eher selten ein Mindestalter.

8.4 Durchführung der Methadonabgabe

Von den insgesamt 40 antwortenden Spitäler und Kliniken verschreiben 29% der Kantons- oder Regionalspitäler und 63% der spezialisierten Substitutionspraxen nebst Methadon auch andere opioide Substanzen zur Substitutionsbehandlung von Suchtkranken. Von den antwortenden Psychiatrischen Kliniken verschreibt gemäss eigenen Angaben keine alternative Substanzen.

Diagramm 31: Anteil der Spitäler/Kliniken, die andere Substanzen als Methadon verschreiben

Anzahl Nennungen, alle Spitäler/Kliniken

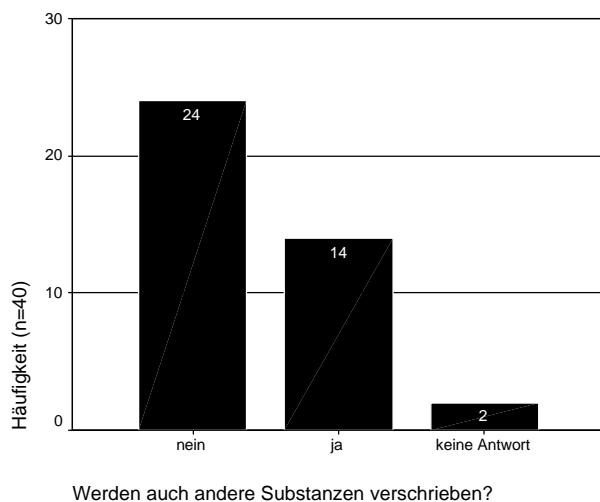
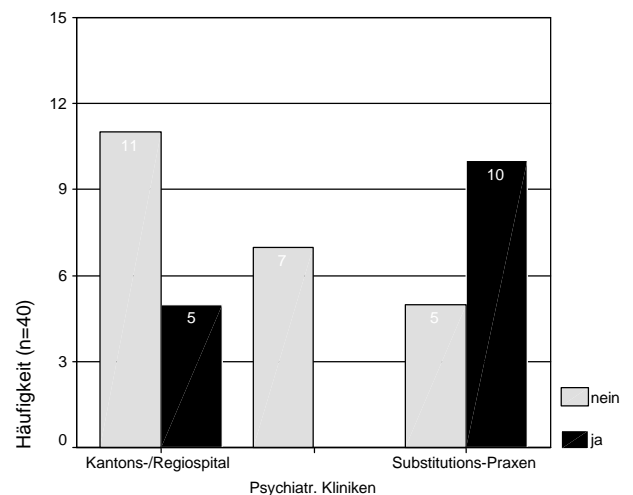


Diagramm 32: Anteil der Spitäler/Kliniken, die andere Substanzen als Methadon verschreiben

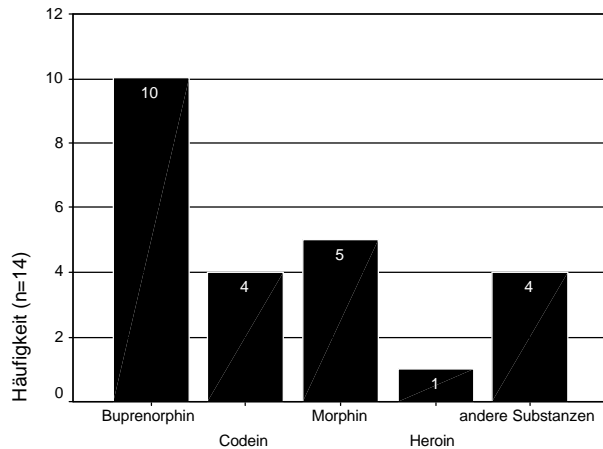
Anzahl Nennungen, gegliedert nach Typ



Bei den insgesamt 14 Kantons- oder Regionalspitälern, spezialisierten Kliniken und Substitutionspraxen, welche auch andere Substanzen verschreiben, ist Buprenorphin die am häufigsten verwendete Alternative zu Methadon. Aufgrund der Mehrfachnennungen übersteigt die Summe der Prozentanteile 100%, denn in den meisten Einrichtungen werden gleichzeitig mehrere alternative Substanzen verschrieben.

Tabelle 60: Häufigste (zu Methadon) alternative Substanzen zur Substitutionsbehandlung

Diagramm: abs. Anzahl Nennungen, alle Spitäler/Kliniken / Tabelle: rel. Anteile der Zustimmung in %, gegliedert nach Einrichtungstyp



Welche Substanzen werden nebst Methadon verschrieben?

	Welche Substanzen werden nebst Methadon am häufigsten verschrieben?				
	Buprenorphin	Codein	Morphin	Heroin	andere
Kantons- und Regionalspitäler	40%		40%		20%
Spezialisierte Substitutionspraxen	89%	44%	33%	11%	33%
Psychiatrische Kliniken	keine Antworten				
Gesamt (n=14)	55%	22%	37%	5%	26%

Lesebeispiel: 40% der Kantons- und Regionalspitäler verschreiben nebst Methadon auch Buprenorphin, kein Spital verschreibt Codein oder Heroin, 40% Morphin und 20% auch andere, hier nicht erwähnte Substanzen.

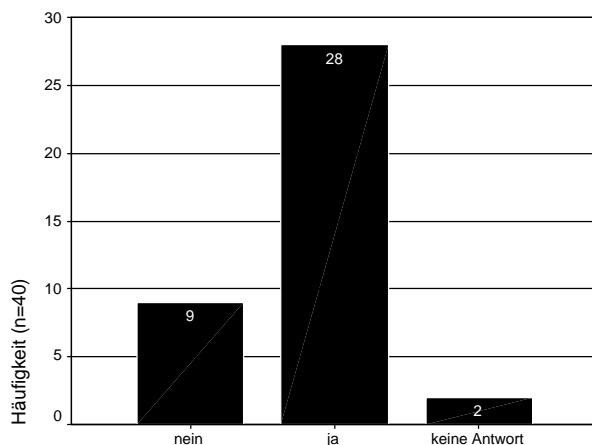
8.5 Angebot und Durchführung von Entzug und Teilentzug mit Methadon

Im Gegensatz zur länger dauernden Substitutionsbehandlung wird bei einem Einzug die Methadondosis in vom behandelnden Arzt vorgegebenen oder mit dem Patienten gemeinsam vereinbarten Intervallen kontinuierlich bis zur Abstinenz verringert.

Gut zwei Drittel aller antwortenden Spitäler und Kliniken führt mit Methadon gestützte Entzugsbehandlungen durch. Der Anteil von Kantons- und Regionalspitälern sowie die spezialisierten Substitutionspraxen, die methadongestützte Entzüge durchführen, ist höher als der Anteil der Psychiatrischen Kliniken.

Tabelle 61: Anteil der alle Spitäler/Kliniken, die methadongestützte Entzüge (ambulant) durchführen

Diagramm: abs. Anzahl Nennungen, alle Spitäler/Kliniken / Tabelle: rel. Anteile der Zustimmung in %, gegliedert nach Einrichtungstyp



Führen Sie Methadon-gestützte Opiat-Entzüge durch?

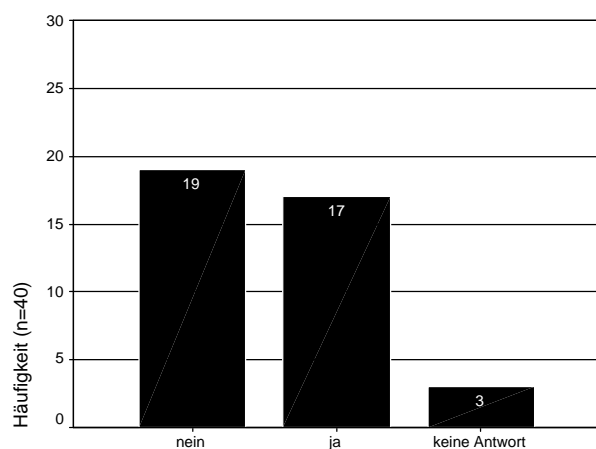
	Führen Sie methadongestützte Opiat-Entzüge durch?		
	nein	ja	keine Antwort
Kantons- und Regionalspitäler	18%	71%	12%
Psychiatrische Kliniken	43%	57%	
Spezialisierte Kliniken, Substitutionspraxen	20%	80%	
Gesamt (n=40)	27%	69%	4%

Lesebeispiel: 18% der Kantons- und Regionalspitäler führen keine Opiat-Entzüge durch, 71% hingegen führen methadongestützte Entzüge durch und 12% geben dazu keine Antwort.

Nur rund die Hälfte der antwortenden Spitäler und Kliniken führen auch mit Methadon gestützte Teilentzüge durch. Unmittelbares Ziel eines Teilentzugs ist nicht der Entzug des konsumierten Opiats, sondern der Abbau anderer Suchtmittel wie Kokain, Medikamente oder Alkohol bei gleichzeitiger Substitution (des Opiats) mit Methadon.

Tabelle 62: Anteil der alle Spitäler/Kliniken, die Teilentzüge nicht opioider Substanzen durchführen

Diagramm: abs. Anzahl Nennungen, alle Spitäler/Kliniken / Tabelle: rel. Anteile der Zustimmung in %, gegliedert nach Einrichtungstyp



Führen Sie Teil-Entzüge mit Methadon durch?

	Führen Sie methadongestützte Teilentzüge anderer Suchtmittel durch?		
	nein	ja	keine Antwort
Kantons- und Regionalspitäler	59%	29%	12%
Psychiatrische Kliniken	57%	43%	
Spezialisierte Kliniken, Substitutionspraxen	33%	60%	7%
Gesamt (n=40)	50%	44%	6%

Lesebeispiel: 59% der Kantons- und Regionalspitäler führen keine Teilentzüge durch, 29% hingegen führen methadongestützte Teilentzüge von anderen Suchtmitteln durch und 12% geben dazu keine Antwort.

Am häufigsten – und von allen genannt – werden Medikamente des Typs „Benzodiazepin“ entzogen. Die Benzodiazepine können grob unterteilt werden in Tranquilizer (z.Bsp. Lexotanil oder Valium) und Hypnotika (z.Bsp. Rohypnol). Jedoch auch Alkohol (22% der Nennungen), Kokain (20%) und Amphetamine (10%) werden oft methadongestützt entzogen. Andere, nicht weiter spezifizierte Suchtmittel machen nur 5% der Nennungen aus.

8.6 Kostendeckung

Werden die Kantons- und Regionalspitäler, die Psychiatrischen Kliniken, spezialisierten Kliniken und Substitutionspraxen nach der betriebswirtschaftlichen Rendite einer Substitutionsbehandlung befragt, moniert doch ein Drittel, dass eine durchschnittliche Substitutionsbehandlung nicht kostendeckend sei. Nur für ein Viertel ist eine Substitutionsbehandlung eindeutig kostendeckend. Die restlichen Personen können oder wollen diesen Sachverhalt nicht beurteilen („weiss ich nicht/keine Angabe möglich“ oder „keine Antwort“).

Nicht verrechenbarer Zeitaufwand und Honorarausfälle sind die häufigst genannten Verluste, 12 Einrichtungen machen dazu eine konkrete Aussage. Aber auch ungedeckte Materialkosten werden von den Spitalern und Kliniken – im Gegensatz zu den Privatärzten – häufig als Verlust angeführt. Aufgrund der spärlichen Datenbasis ist ein Vergleich zwischen den Einrichtungstypen wenig sinnvoll.

Nach der konkreten, dh. monetär bezifferten, Höhe des Verlusts befragt machen 6 Einrichtungen (15%) konkrete Angaben in Franken. Das Spektrum der Verlusthöhe reicht von Fr. 1'000.- pro Patient und Jahr bis zu Fr. 2'500.- pro Patient und Jahr. Mittelwert und Median bewegen sich um die Fr. 1'700.- Verlust pro Patient und Jahr und sind damit gut dreimal höher als die angegebenen Verluste der Privatärzte. Ob die Differenz signifikant ist und dieses Resultat einen tatsächlich höheren Verlust der Spitäler und Kliniken reflektiert – oder ob die betriebswirtschaftliche Einschätzung von Aufwand und Ertrag von Privatärzten und Spitalärzten in eklatanter Art differiert, kann aufgrund der spärlichen Datenbasis nicht eruiert werden.

9 Substitutionsbehandlung in Beratungsstellen und DropIns

In diesem Kapitel interessieren die speziellen Aspekte der Betreuung von Betäubungsmittelabhängigen mit laufender Substitutionsbehandlung (Methadon) in den Beratungsstellen und DropIns, sofern sie nicht bereits im Kapitel 6

Einrichtungsübergreifende Aspekte bei der Durchführung der Substitutionsbehandlung in der alltäglichen Praxis behandelt wurden.

Darunter fallen einerseits Einrichtungen, die Betäubungsmittelabhängigen in Substitutionsbehandlung psychosoziale Behandlung und Betreuung bieten und andererseits Einrichtungen, die neben der Betreuung auch Methadon abgeben oder sogar mit eigenem medizinischen Angebot Substitutionsbehandlungen selbst durchführen können.

Die Beschreibung der Situation basiert auf den Resultaten der Erhebung bei den (Drogen-) Beratungsstellen und DropIns. Bei einer Gesamtpopulation von 153 Beratungsstellen und DropIns (gemäss Datenbank BAG und KOSTE) wurden im Rahmen einer Vollerhebung alle Einrichtungen direkt angeschrieben. Von insgesamt 92 eingegangenen Antworten konnten 74 (80%) Fragebogen aus 22 Kantonen ausgewertet werden.

73 (80%) der antwortenden Beratungsstellen und DropIns betreuen Betäubungsmittelabhängige in Substitutionsbehandlung mit Methadon. Ein Teil der Einrichtungen, welche keine Methadonpatienten behandeln, ist rein präventiv tätig, ein anderer Teil ist auf Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit spezialisiert, andere wiederum sind gemäss ihrem Leistungsauftrag dafür nicht zuständig. Diese Einrichtungen retournierten den Fragebogen jeweils unausgefüllt und wurden nicht in die Auswertung miteinbezogen.

56 (77%) der ausgewerteten Antworten stammen aus deutschsprachigen Kantonen, 15 (20%) aus der französischsprachigen Schweiz und 2 (3%) aus dem Kanton Tessin. Aus den Kantonen AI, AR, FR, GR, und JU fehlen Informationen von Beratungsstellen und DropIns.

Die an dieser Erhebung teilnehmenden 73 Beratungsstellen und DropIns behandelten im Jahr 2000 zusammen 3'218 Patienten, welche gut 15% aller statistisch erfassten Methadonpatienten der Schweiz repräsentieren.

9.1 Quantitative Aspekte

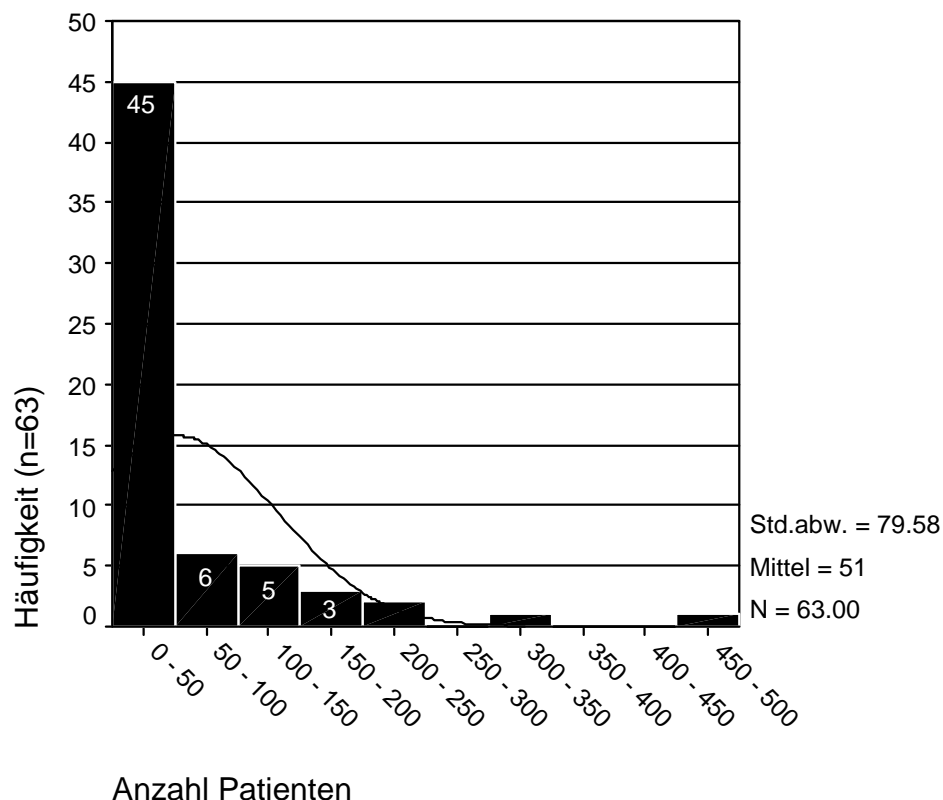
9.1.1 Anzahl behandelte Methadonpatienten im Jahr 2000

Diejenigen Beratungsstellen und DropIns, die Methadonpatienten aufnehmen respektive Betäubungsmittelabhängigen Patienten eine Substitutionsbehandlung anbieten, behandelten im Jahr 2000 gemäss eigenen Angaben durchschnittlich 51 Patienten, mit einer Spannweite zwischen 1 und 450 Patienten. Die Hälfte der Beratungsstellen und DropIns behandelte bis max. 18 Patienten (Median) und nur 25% aller Beratungsstellen und DropIns behandelten mehr als 57 Patienten. 9 davon zwischen 100 und 199 Patienten und nur 4 Einrichtungen betreuten 200 oder mehr Patienten.

Eine Betrachtung nach Kantonen ist aufgrund der geringen Anzahl auswertbarer Fälle pro Kanton wenig aussagekräftig.

Diagramm 33: Häufigkeitsverteilung Anzahl Methadonpatienten

Anzahl Nennungen, Beratungsstellen und DropIns, Jahr 2000



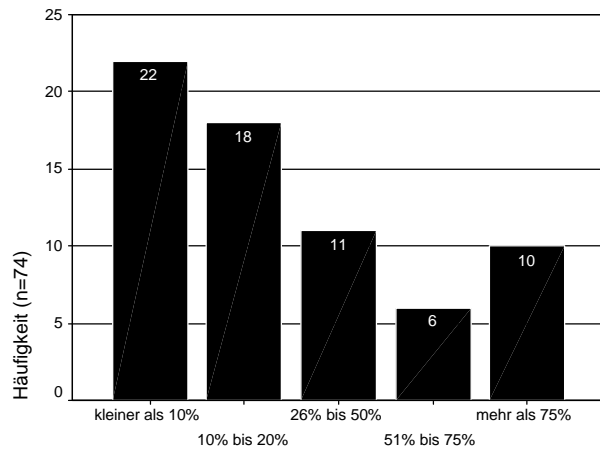
9.1.2 Anteil Methadonpatienten am Total aller Patienten und zeitliche Erfahrung in der Durchführung von Substitutionsbehandlungen

Die Behandlung und Betreuung von Methadonpatienten gehört offenbar nicht zum Kerngeschäft der Beratungsstellen und DropIns. Bei fast einem Drittel macht nämlich der Anteil der Klienten in Substitutionsbehandlung am Total aller Klienten weniger als 10% aus, bei einem weiteren Viertel zwischen 10% und 20%. Nur ein Fünftel aller Beratungsstellen und DropIns behandelt einen Anteil von mehr als 50% an Methadonpatienten.

Hingegen zeigt sich bei der zeitlichen Erfahrung im Umgang mit dieser Klientel, dass die Beratungsstellen und DropIns mit bei den ersten waren, die sich mit der Substitutionsbehandlung beschäftigten; je ein Drittel der Einrichtungen hat mehr als 10 Jahre respektive Zwischen 6 und 10 Jahren Erfahrung mit der Behandlung und Betreuung von Methadonpatienten.

Diagramm 34: Anteil der Methadonpatienten am Total aller behandelten Patienten

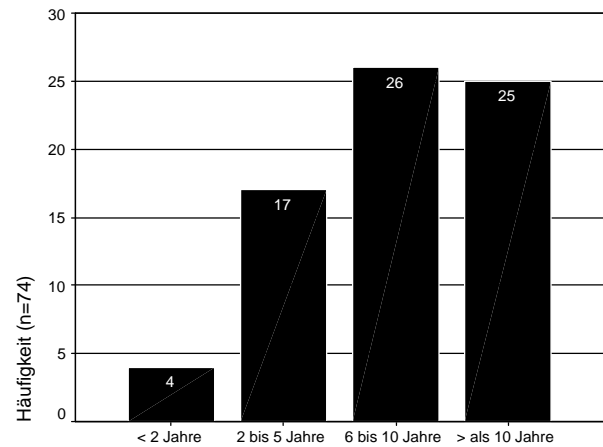
Anzahl Nennungen, Beratungsstellen und DropIns, Jahr 2000



Anteil Methadonpatienten am Total aller Patienten?

Diagramm 35: Zeitliche Erfahrung in der Behandlung von Methadonpatienten (in Jahren)

Anzahl Nennungen, Beratungsstellen und DropIns, Jahr 2000



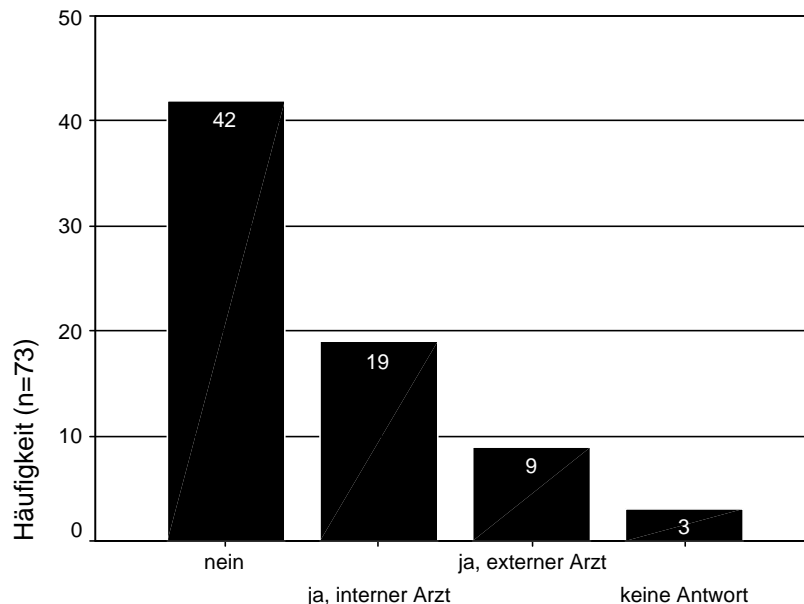
Wie lange behandeln Sie schon Methadonpatienten?

9.2 Medizinisches Angebot

Über die Hälfte der antwortenden Beratungsstellen und DropIns verfügen über kein eigenes medizinisches Angebot. Die andere Hälfte hat entweder ein Vertragsverhältnis mit einem externen Konsulararzt (rund 12%) oder aber verfügt über einen eigenen, angestellten internen Arzt (rund 26%).

Diagramm 36: Häufigkeit eines eigenen medizinischen Angebots

Anzahl Nennungen, alle Beratungsstellen und DropIns

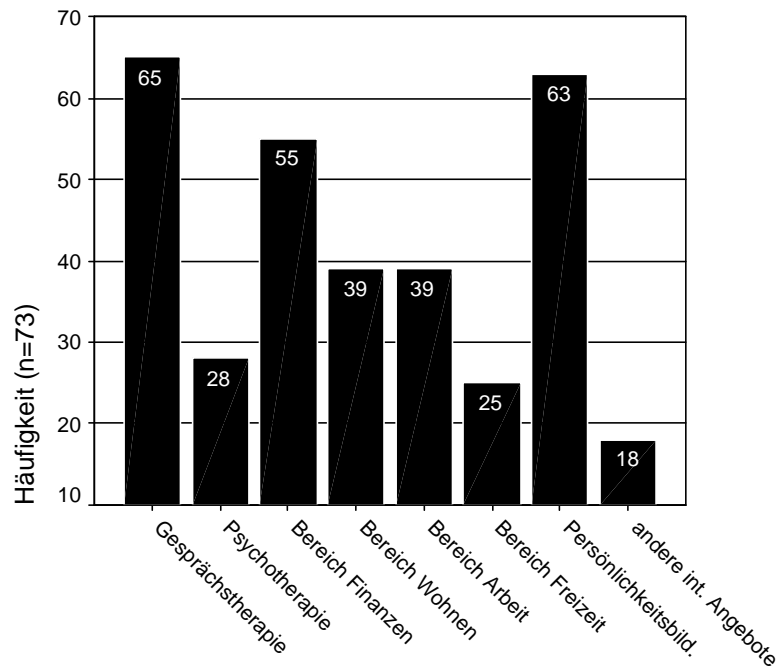


Verfügt Institution über eigenes medizinisches Angebot?

9.3 Eigenes internes therapeutisches und psychosoziales Angebot

Alle Beratungsstellen und DropIns verfügen über ein eigenes, internes therapeutisches Angebot. Am häufigsten (von rund 90% der Einrichtungen) werden Einzel- und Gruppengespräche (Gesprächstherapie) genannt sowie weitere Angebote zur Stärkung der persönlichen Ressourcen (Persönlichkeitsbildung). Über die Hälfte der Einrichtungen verfügt auch über psychosoziale Angebote in den Bereichen Finanzen, Wohnen und Arbeit. Immer noch von einem guten Drittel werden Angebote im Bereich Freizeit sowie ein eigenes, internes Angebot an Psychotherapie aufgeführt.

Diagramm 37: Häufigkeit interner therapeutischer u. psychosozialer Angebote
Anzahl Nennungen, alle Beratungsstellen und DropIns



10 Substitutionsbehandlung in stationären Therapeutischen Einrichtungen

In diesem Kapitel interessieren die speziellen Aspekte der Betreuung von Betäubungsmittelabhängigen mit laufender Substitutionsbehandlung (Methadon) in stationären Therapeutischen Einrichtungen, sofern sie nicht bereits im Kapitel 6 *Einrichtungsübergreifende Aspekte bei der Durchführung der Substitutionsbehandlung in der alltäglichen Praxis* behandelt wurden.

Die Beschreibung der Situation basiert auf den Resultaten der Erhebung bei denjenigen stationären Therapeutischen Einrichtungen, die Patienten in laufender Substitutionsbehandlung mit Methadon aufnehmen, sei dies ausschliesslich oder gemischt zusammen mit abstinenten Bewohnern. Bei einer Gesamtpopulation von 51 massgeblichen stationären Therapeutischen Einrichtungen (gemäss Datenbank BAG und KOSTE) wurden im Rahmen einer Vollerhebung alle Einrichtungen direkt angeschrieben. Von insgesamt 32 eingegangenen Antworten konnten 27 (84%) der Fragebogen aus 13 Kantonen ausgewertet werden.

27 (84%) der antwortenden stationären Therapeutischen Einrichtungen nehmen Betäubungsmittelabhängige auf und bieten ihnen Substitutionsbehandlung mit Methadon an. Ein Teil derjenigen Einrichtungen, welche keine Methadonpatienten behandeln, ist auf Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit spezialisiert, ein anderer Teil nimmt nur abstinente Patienten auf. Diese Einrichtungen wurden in diesem Sinne fälschlicherweise angeschrieben und retournierten den Fragebogen jeweils unausgefüllt. Sie wurden nicht in die Auswertung mit einbezogen.

21 (78%) der ausgewerteten Antworten stammen aus deutschsprachigen Kantonen, 5 (19%) aus der französischsprachigen Schweiz und 1 (4%) aus dem Kanton Tessin. Aus den 13 Kantonen AI, AR, FR, GR, JU, NW, OW, SH, SZ, TG, UR, VS und ZG fehlen Informationen von stationären Therapeutischen Einrichtungen.

Die an dieser Erhebung teilnehmenden 27 stationären Therapeutischen Einrichtungen behandelten im Jahr 2000 zusammen 412 Patienten, welche gut 2% aller statistisch erfassten Methadonpatienten der Schweiz repräsentieren.

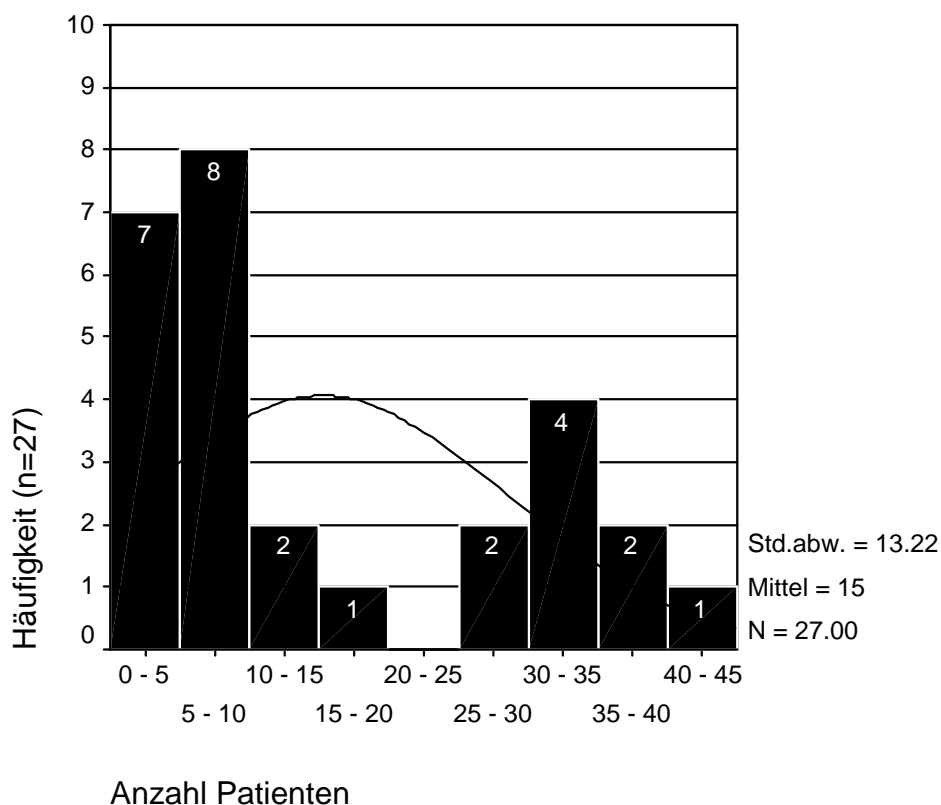
10.1 Quantitative Aspekte

10.1.1 Anzahl behandelte Methadonpatienten im Jahr 2000

Diejenigen stationären Therapeutischen Einrichtungen, die Methadonpatienten aufnehmen respektive Betäubungsmittelabhängigen Patienten eine Substitutionsbehandlung anbieten, behandelten im Jahr 2000 gemäss eigenen Angaben durchschnittlich 15 Patienten, mit einer Spannweite zwischen 2 und 38 Patienten. Die Hälfte der stationären Therapeutischen Einrichtungen behandelte bis max. 8 Patienten (Median) und nur 7 (25%) aller stationären Therapeutischen Einrichtungen behandelten mehr als 30 Patienten.

Eine Betrachtung nach Kantonen oder nach Sprachregion ist aufgrund der geringen Anzahl auswertbarer Fälle pro Kanton wenig aussagekräftig.

Diagramm 38: Anzahl Methadonpatienten pro Einrichtung
Anzahl Nennungen, stationäre Therapeutische Einrichtungen, Jahr 2000



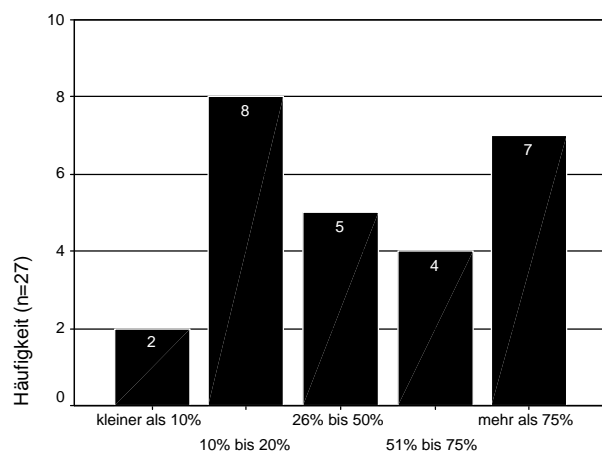
10.1.2 Anteil Methadonpatienten am Total aller Patienten und zeitliche Erfahrung in der Durchführung von Substitutionsbehandlungen

Bei über einem Drittel der Einrichtungen beträgt der Anteil von nichtabstinenten Klienten weniger als 20% am Total der Klientel, insgesamt bei über der Hälfte machen die Patienten in Methadonbehandlung weniger als 50% Anteil aus und nur ein Viertel der stationären Therapeutischen Einrichtungen ist auf die Behandlung von substituierten Patienten spezialisiert und betreut mehr als 75% oder ausschliesslich solches Klientel.

Betrachtet man die zeitliche Erfahrung dieser Institutionen in der Behandlung und Betreuung von Methadonpatienten so stellt man leicht fest, dass die Aufnahme von nichtabstinentem Klientel in stationäre therapeutische Behandlung eher ein junges Geschäft darstellt, das sich erst in der zweiten Hälfte der 90er Jahre entwickelt hat. Fast zwei Drittel der stationären Therapeutischen Einrichtungen hat nämlich weniger als 5 Jahre Erfahrung im Umgang mit substituierten Patienten, nur 6 Einrichtungen (22%) betreuen dieses Klientel seit mehr als 10 Jahren.

Diagramm 39: Anteil der Methadonpatienten am Total aller behandelten Patienten

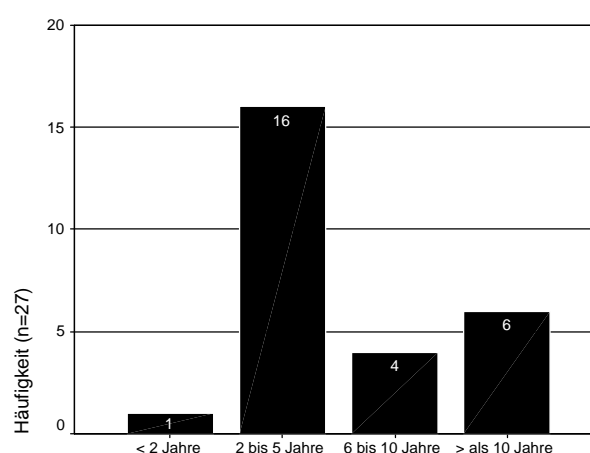
Anzahl Nennungen, stationäre Therapeutische Einrichtungen



Anteil Methadonpatienten am Total aller Patienten?

Diagramm 40: Zeitliche Erfahrung in Substitutionsbehandlung (in Jahren)

Anzahl Nennungen, stationäre Therapeutische Einrichtungen



Wie lange behandeln Sie schon Methadonpatienten?

10.2 Zusammenleben von abstinenten und substituierten Patienten

Drei Viertel der stationären Therapeutischen Einrichtungen behandeln abstinente und nichtabstinente (substituierte) Patienten zusammen „im gleichen Haus“. Ein Viertel der Einrichtungen vollzieht hingegen eine räumliche Trennung von Methadonpatienten und abstinenten Klienten.

Gemäss der Aussage von zwei Dritteln der stationären Therapeutischen Einrichtungen unterscheidet sich der therapeutische Ansatz bei abstinenten Klienten und nichtabstinenten Methadonpatienten nicht. Nur ein Drittel verfügt bei Methadonpatienten ein anderes Setting. Die häufigsten Bemerkungen betreffend Abweichungen in Behandlungsansatz oder Verhalten der Klienten sind die Folgenden (zusammengefasst und kategorisiert):

- andere Zielformulierung mit Hauptthematik „Substitution“
- mehr Ruhezeiten nach Bedarf
- weniger oder keine Forderungen an den „persönlichen Anteil“ bei allen Aktivitäten, Methadonpatienten bringen sich weniger ein, können weniger gefordert werden
- nicht abstinente Klienten stehen unter ständiger ärztlicher Kontrolle
- Methadonpatienten leben noch in gedämpfter Welt, ihre Wahrnehmungen sind beschränkt, persönliche Themen können nicht gleich schnell angegangen werden wie bei abstinentem Klientel

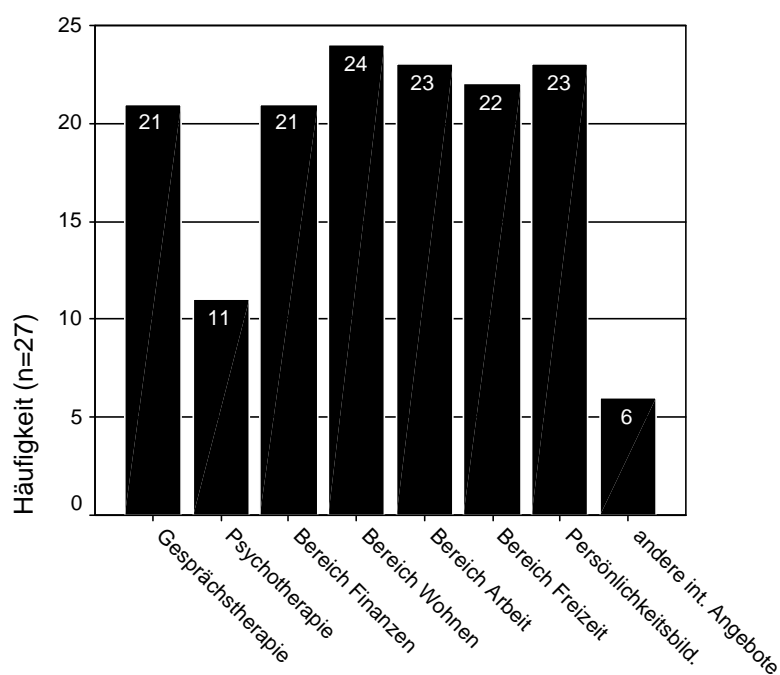
Befragt nach den primären Zielsetzungen bei Patienten in Substitutionsbehandlung werden die folgenden Therapieziele am häufigsten genannt (zusammengefasst und kategorisiert):

- Dosisabbau, Abstinenz, drogenfreies Leben, Anständiges (?) Leben
- Abstinenz, um in therapeutische Behandlung über oder einzutreten
- psychische Stabilisierung, allgemeine Stabilisierung
- Distanz zur Gasse, Vermeidung oder zumindest Verminderung des Nebenkonsums, Stabilität in Bezug auf den Konsum harter Drogen
- Reintegration, Resozialisierung, Arbeits- und Wohnintegration
- Krisenintervention, Neuorientierung, Time out, Entwicklung und Entscheidung für nächste Schritte, Schadenminderung durch Tagesstruktur
- Neuausrichtung, Zukunftsperspektiven erarbeiten

10.3 Eigenes internes therapeutisches und psychosoziales Angebot

Alle stationären Therapeutischen Einrichtungen verfügen über ein eigenes, internes therapeutisches Angebot. Am häufigsten (von über 80% der Einrichtungen) werden Einzel- und Gruppengespräche (Gesprächstherapie) genannt sowie weitere Angebote zur Stärkung der persönlichen Ressourcen (Persönlichkeitsbildung) Ebenso verfügen die Einrichtungen über ein diversifiziertes psychosoziales Angebot in den Bereichen Finanzen, Wohnen, Freizeit und Arbeit. Ein eigenes, internes Angebot an Psychotherapie wird von über einem Drittel der Einrichtungen aufgeführt.

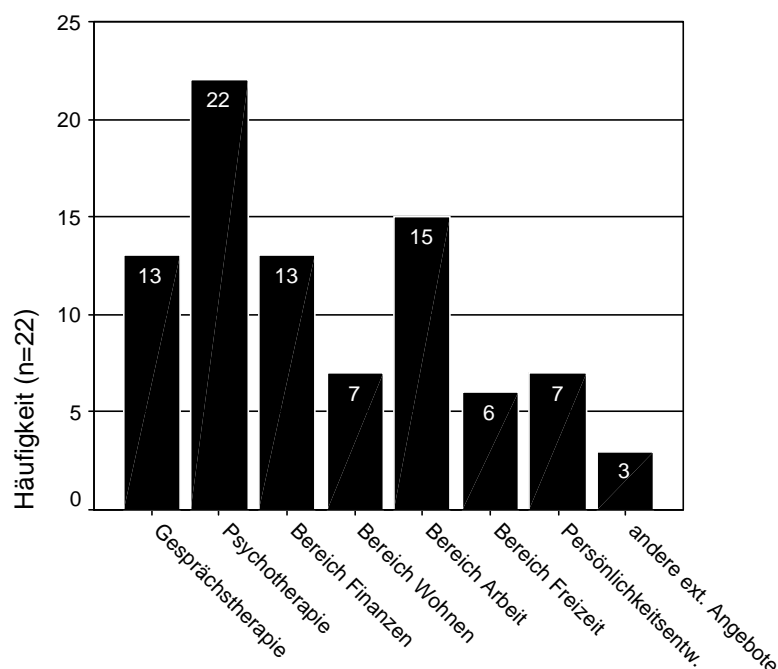
Diagramm 41: Häufigkeit interner therapeutischer / psychosozialer Angebote
Anzahl Nennungen, alle stationären Therapeutischen Einrichtungen



10.4 Externes therapeutisches und psychosoziales Angebot

Gut 80% der stationären Therapeutischen Einrichtungen geben an, dass ihre Klienten auch externe therapeutische Angebote in Anspruch nehmen respektive in Anspruch nehmen könnten. Im Verhältnis zu den eigenen internen Angeboten stellen die externen Angebote für die meisten eine Ergänzung dar. Die nachfolgende Grafik zeigt die entsprechende Häufigkeitsverteilung und veranschaulicht im Vergleich zur vorangehenden Grafik (eigenes Angebot) die weitgehende Komplementarität der externen zu den internen Angeboten.

Diagramm 42: Häufigkeit externer therapeutischer / psychosozialer Angebote
Anzahl Nennungen, stationären Therapeutischen Einrichtungen mit externem Angebot



10.5 Medizinisches Angebot

Nur rund ein gutes Drittel der antwortenden stationären Therapeutischen Einrichtungen verfügt über kein eigenes medizinisches Angebot. Die anderen zwei Drittel der Einrichtungen haben entweder ein Vertragsverhältnis mit einem externen Konsulararzt (52%) oder aber verfügen über einen eigenen, angestellten internen Arzt (rund 11%).

10.6 Durchführung von Urinkontrollen

Das Thema *Urinkontrollen* wurde in Kapitel 6.8 ausführlich behandelt. An dieser Stelle sei eine Ergänzung dazu für die stationären Therapeutischen Einrichtungen angebracht, die abstinente und nichtabstinente Klienten zusammen behandeln.

Wie gesehen führen 80% der stationären Therapeutischen Einrichtungen regelmässig Urinkontrollen durch. Die grosse Mehrheit macht dies bei allen Patienten, unbesehen ihres Status' (als abstinent oder nichtabstinent). Nur drei Einrichtungen „diskriminieren“ zwischen abstinenten und nicht abstinenten Klienten; eine Einrichtung macht nur bei den abstinenten Klienten Urinkontrollen, 2 Einrichtungen ausschliesslich bei den nichtabstinenten Bewohnern.

10.7 Therapieabbruch

Das Thema *Therapieabbruch* wurde bereits in Kapitel 6.10 *Beendigung der Substitutionsbehandlung* ausführlich behandelt. An dieser Stelle sei eine Ergänzung für diejenigen stationären Therapeutischen Einrichtungen angebracht, welche sowohl abstinenten als auch nichtabstinenten Klienten zusammen behandeln.

Der Einfluss der Substitutionsbehandlung auf die Häufigkeit des vorzeitigen Therapieabbruchs wird von den Einrichtungen unentschieden beurteilt. Diejenige Hälfte der Einrichtungen, welche die Ansicht vertritt, dass sich die Abbruchraten von abstinenten und nichtabstinenten Klienten deutlich unterscheiden sind der Meinung, dass Methadonpatienten häufiger abbrechen als abstinenten Klienten.

Als gängigsten Begründungen für diese angeführte höhere Abbruchrate werden genannt:

- AIDS, Persönlichkeit, Instabilität, Sehnsucht nach Flash und Rausch
- zu wenig Motivation, mangelnde Zukunftsaussichten
- Absturz in den Konsum als Ausflucht, Angst, nicht ohne Substitution auszukommen
- zu niederschwellige Aufnahmepraxis, keine gut begründbaren Indikationskriterien
- zu wenig stationäre Erfahrungen mit Substitution

11 Methadonabgabe in den Apotheken

In diesem Kapitel interessieren die speziellen Aspekte der Betreuung von Betäubungsmittelabhängigen in den Apotheken, sofern sie nicht im Kapitel 6

Einrichtungsübergreifende Aspekte bei der Durchführung der Substitutionsbehandlung in der alltäglichen Praxis behandelt wurden.

Die Beschreibung der Situation basiert auf den Resultaten der Erhebung bei den Methadon abgebenden Apotheken. Aus einer Gesamtpopulation von 1'640 Apotheken wurde eine Stichprobe von 163 (10%) Apotheken direkt angeschrieben. Von insgesamt 87 eingegangenen Antworten konnten 71 (82%) der retournierten Fragebogen aus 18 Kantonen ausgewertet werden.

71 (82%) der antwortenden Apotheken nehmen Betäubungsmittelabhängige auf und geben ihnen im Auftrag des behandelnden Arztes Methadon ab. Die nicht abgebenden Apotheken geben unterschiedliche Gründe dafür an, wieso sie keine Methadonpatienten betreuen. Sie haben den Fragebogen jeweils leer retourniert und wurden nicht in die Auswertung miteinbezogen.

44 (62%) der ausgewerteten Antworten stammen aus deutschsprachigen Kantonen, 20 (28%) aus der französischsprachigen Schweiz und 7 (10%) aus dem Kanton Tessin. Aus den 8 Kantonen AI, AR, NW, OW, SH, SZ, UR und ZG fehlen Informationen über Methadon abgebende Apotheken.

Die an dieser Erhebung teilnehmenden Apotheken betreuen im Jahr 2000 zusammen 550 Patienten, welche gut 3% aller statistisch erfassten Methadonpatienten der Schweiz repräsentieren.

11.1 Quantitative Aspekte

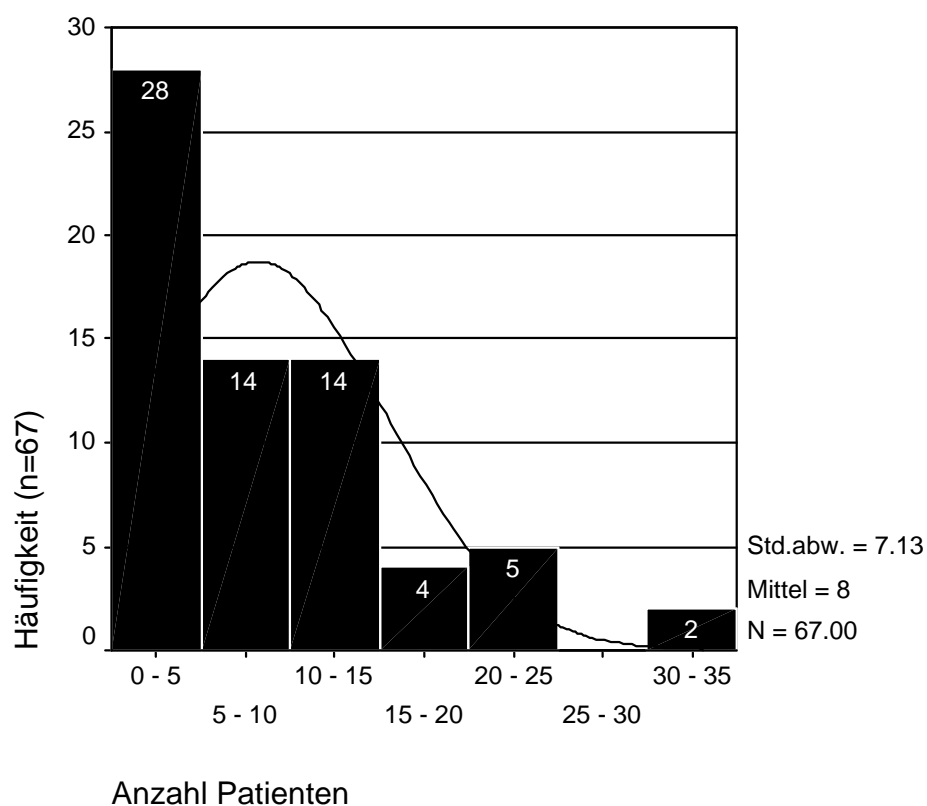
11.1.1 Anzahl betreute Methadonpatienten im Jahr 2000

Die Methadon abgebenden Apotheken betreuten im Jahr 2000 gemäss eigenen Angaben durchschnittlich 8 Patienten, mit einer Spannweite zwischen 1 und 32 Patienten. Bei einer schiefen Verteilung betreute die Hälfte der Apotheken bis max. 5 Patienten (Median) und nur 25% aller Apotheken betreuen mehr als 12 Patienten.

Eine Betrachtung nach Kantonen ist aufgrund der geringen Anzahl auswertbarer Fälle pro Kanton wenig aussagekräftig. Betrachtet über die Sprachregionen der Schweiz sind keine signifikanten Unterschiede in der Anzahl Patienten pro Apotheke zu beobachten.

Diagramm 43: Anzahl Methadonpatienten pro Apotheke

Anzahl Nennungen, alle Apotheken



Die Apotheken der französischsprachigen Schweiz und des TI betreuen zwar durchschnittlich leicht weniger Patienten als ihre Kollegen in der deutschsprachigen Schweiz und als der gesamtschweizerische Durchschnitt, jedoch ist der Unterschied nicht bedeutend. Hingegen ist die Häufigkeitsverteilung der Anzahl Patienten pro Apotheke in der französischsprachigen Schweiz und TI deutlich schief als in der Deutschschweiz.

Diagramm 44: Häufigkeitsverteilung durchschnittliche Anzahl Methadonpatienten Deutschschweiz
Anzahl Nennungen, Apotheken Deutschschweiz

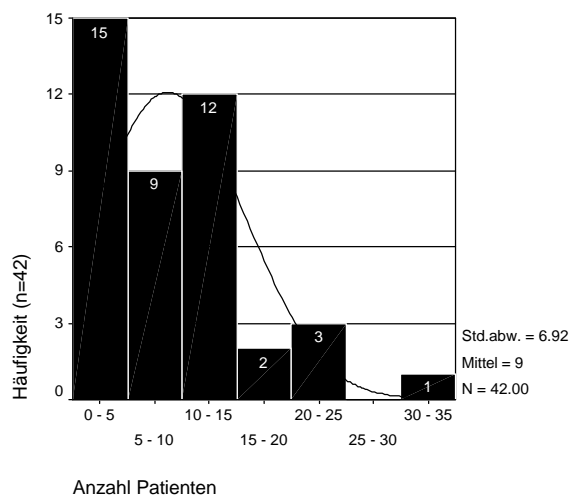
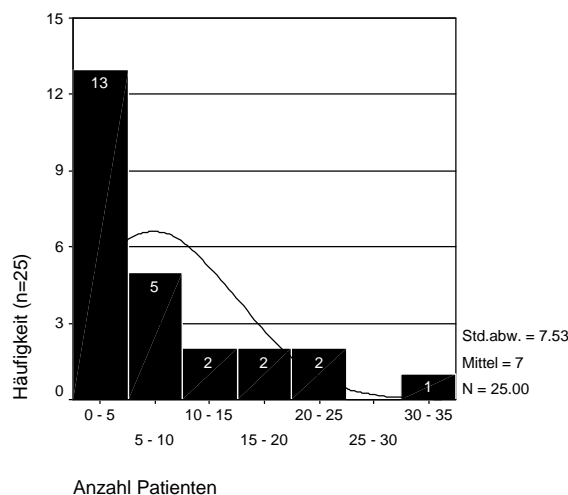


Diagramm 45: Häufigkeitsverteilung durchschnittliche Anzahl Methadonpatienten frz. Schweiz und TI
Anzahl Nennungen, Apotheken frz. Schweiz und TI



11.1.2 Zeitliche Erfahrung in der Durchführung von Substitutionsbehandlungen

Über die Hälfte der antwortenden Apotheken hat bereits mehr als 10 Jahre Erfahrung mit der Betreuung von Methadonpatienten. Der Anteil der „Neueinsteiger“, dh. der Apotheken, die innerhalb der letzten zwei Jahre mit der Methadonabgabe begonnen haben, liegt unter 5%.

Anteilmässig haben die Apotheken der deutschsprachigen Kantone deutlich längere Erfahrung mit der Methadonabgabe als ihre Kollegen in der französischsprachigen Kantone und des Tessins. Dieser Unterschied ist signifikant und widerspiegelt die zeitlich verschobene Entwicklung der Substitutionsbehandlung mit Methadon in der Deutsch- und Welschschweiz.

Diagramm 46: Zeitliche Erfahrung in der Betreuung
Anzahl Nennungen, alle Apotheken

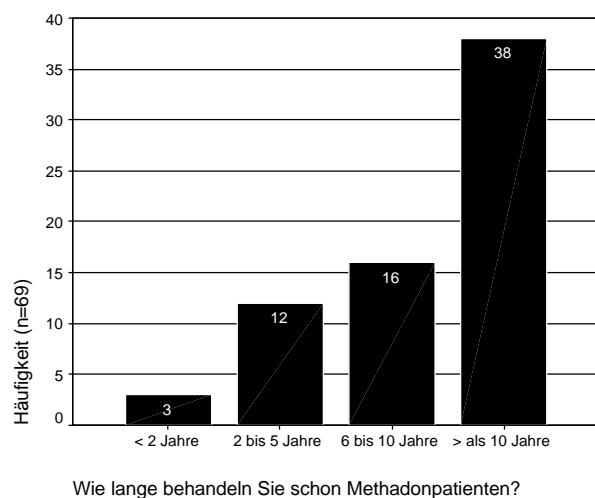
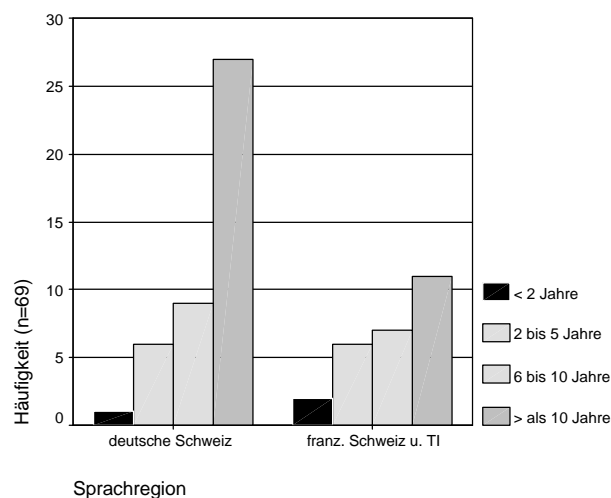


Diagramm 47: Vergleich der Erfahrung in Betreuung
Anzahl Nennungen, alle Apotheken, nach Sprachregion



12 Zusammenfassung

Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG) wurden zwischen Dezember 2000 und März 2001 insgesamt gut 850 Einrichtungen und Personen angeschrieben und mittels eines standardisierten Fragebogens zur aktuellen Praxis der Substitutionsbehandlung mit Methadon befragt. Ausgewertet wurden insgesamt 369 Fragebogen aus 25 Kantonen; konkret von 12 kantonalen Beauftragten für Suchtfragen, 16 Kantonsärzten, 129 Privatärzten, 17 Kantons- und Regionalspitälern, 7 Psychiatrischen Kliniken, 17 auf Suchtmittelabhängigkeit spezialisierten Kliniken und Substitutionspraxen, 71 Apotheken, 73 Beratungsstellen und DropIns sowie 27 stationären Therapeutischen Einrichtungen mit Methadonpatienten. Die Daten beruhen auf den Selbstangaben der antwortenden Personen. Die statistischen Auswertungen wurden mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS Base v.10 durchgeführt. Die wichtigsten Resultate werden nachfolgend zusammengefasst wiedergegeben.

Quantitative Dimension der 2000 in der Schweiz durchgeführten Substitutionsbehandlungen

Die Behandlung von Betäubungsmittelabhängigen mit Methadon hat in der Schweiz zu Beginn der 70-er Jahre angefangen. Die Substitutionsbehandlungen nahmen in der Folge rasch und stetig zu (seit 1982 statistisch dokumentiert) und erreichten 1994 einen ersten Maximalwert von jährlich rund 14'000 behandelten Personen. Nach einigen Jahren Stagnation steigen die Substitutionsbehandlungen seit 1997 wieder an. Im Jahr 2000 wurden rund 18'650 behandelte Personen erfasst. Auf die Einrichtungen der vier Kantone ZH, BE, GE und VD entfällt dabei über die Hälfte aller Methadonpatienten der Schweiz. Die Frauen stellen rund einen Viertel aller Behandelten.

Die in der Erhebung erfassten 341 Einrichtungen behandelten im Jahr 2000 insgesamt 10'310 Patienten, was theoretisch der Repräsentation von 55% aller in der Schweiz statistisch erfassten Methadonpatienten entspricht. Die Spannweite der im Jahr 2000 pro Einrichtung behandelten Patienten reicht von einem bis zu 720 Patienten. Im Durchschnitt behandelten die Einrichtungen 32 Patienten. Aufgrund der recht schiefen Verteilung entfielen auf die Hälfte aller Einrichtungen maximal 8 Patienten (Median) und nur ein Viertel aller Einrichtungen behandelte überhaupt mehr als 20 Patienten.

Kantonale Gesetzgebung und behördliche Reglementierung der Substitutionsbehandlung

In allen Kantonen ist die Substitutionsbehandlung von Betäubungsmittelabhängigen (mit Methadon oder anderen Substanzen) reglementiert und mehr oder weniger formal sowie auf unterschiedlichen Stufen einer behördlichen Kontrolle unterworfen. Insbesondere Indikationsstellung und Bewilligung zur Verschreibung und Abgabe der Substitutionsmedikamente unterliegen klar geregelten Bedingungen. Meist sind das Gesetze, Verordnungen oder Richtlinien, manchmal sind auch Kombinationen in Kraft. Verbindliche Richtlinien überwiegen bei der konkreten Ausgestaltung bei weitem.

In 21 der antwortenden Kantone liegt die Zuständigkeit für die Bewilligung einer Substitutionsbehandlung bei der Gesundheits- resp. Sanitätsdirektion und damit in den Händen des jeweiligen Kantonsarztes. In den meisten Kantonen stellt der behandelnde Arzt die Indikation. Meist übernimmt er diese Aufgabe selbstständig, in gewissen Kantonen aber auch in einer mehr oder weniger engen Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen. In einem knappen Dutzend Kantone sind spezialisierte Indikationsstellen für diese Aufgabe bezeichnet worden, die z.T. auch zusammen mit den behandelnden Ärzten oder in Zusammenarbeit mit dem jeweiligen Kantonsarzt Indikation stellen.

In manchen Kantonen werden an indikationsstellende Ärzte besondere formale Anforderungen gestellt (z.Bsp. spezielle Aus- resp. Fortbildung, Besuch einer speziellen Einführungsveranstaltung, etc.).

Bei der konkreten Ausgestaltung der Ermächtigungserteilung überwiegen die sogenannten „Programmbewilligungen“, das heisst individuelle, patientenbezogene Bewilligungen. Im Gegensatz noch zu Mitte der 90-er Jahre verzichtet die Mehrheit der Kantone heute – unabhängig von der Art der Ermächtigungserteilung – auf eine Einschränkung der maximalen Anzahl Methadonpatienten pro Einrichtung oder Arzt. Hingegen wird oft die Dauer der Behandlung geregelt; meist wird eine länger dauernde Substitution von Verlaufsberichten des behandelnden Arztes abhängig gemacht. Betreffend die konkrete Durchführung der Substitutionsbehandlung sowie der Methadonabgabe (z.Bsp. Dosierungsvorschriften, Führerausweisentzug, Urinkontrollen, Behandlungsvertrag, etc.) übergeben die Kantone heute die Verantwortung weitgehend den behandelnden Ärzten und Einrichtungen – auch dies ein deutlicher Gegensatz zur Praxis früherer Jahre.

Bewilligt wird heute in den meisten Kantonen die Verwendung der Substitutionsmedikamente Methadon, Buprenorphin, Codein, Morphin sowie eine diversifizierte Zusatzmedikation. Heroin darf nach wie vor ausschliesslich in den nationalen Projekten zur Heroinverschreibung abgegeben werden. Die intravenöse Applikation ist nur in wenigen Kantonen möglich.

Die meisten Kantone haben stationäre und ambulante Angebote für Opiatentzug sowie für methadongestützte Teilentzüge weiterer Suchtmittel. Auch die Substitutionsbehandlung im Gefängnis ist heute im Prinzip in den meisten Kantonen möglich, allerdings wird der Beginn einer Behandlung restriktiver erlaubt als die Fortsetzung einer bereits bestehenden Substitution.

Beurteilung und persönliche Einschätzung der aktuellen Substitutionspraxis durch Behördenvertreter und Suchtfachleute

Kantonale Reglementierung und Bewilligungsverfahren

Die antwortenden Personen beurteilen die aktuellen Regelungen zu Bewilligungsverfahren und Indikationsstellung in ihrem eigenen Kanton vorwiegend als gut bis sehr gut und drücken damit eine beträchtliche Zustimmung für das in ihrem eigenen Kanton praktizierte System aus. Am meisten Zustimmung erhalten die eigenen Regelungen in den Kantonen AI, BL, BS, FR, JU und SH, während sie in den Kantonen AG, SO und ZG eher als mässig zufriedenstellend beurteilt werden.

Fast drei Viertel der kantonalen Verantwortlichen für Suchtfragen sowie zwei Drittel der Kantonsärzte wären für die Einführung eines einheitlichen, gesamtschweizerischen Bewilligungsverfahrens. Nur wenige machen dabei Vorbehalte. Das bevorzugte Modell wäre mit 70% Zustimmung die sogenannte „Programmbewilligung“. Drei Viertel der kantonalen Verantwortlichen für Suchtfragen und Kantonsärzte würden dabei auch eine obligatorische Berichterstattung der Behandelnden vorsehen.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit involvierten Berufsgruppen, Einrichtungen und Behörden

Die Privatärzte, Beratungsstellen und Fürsorgebehörden verzeichnen am meisten Schnittstellen und interdisziplinäre Kontakte mit anderen Berufsgruppen. Am wenigsten Kontakte verzeichnen die Bundesämter BSV und BAG, Staatsanwaltschaft sowie Institutionen der Überlebenshilfe.

Die Qualität der interdisziplinären Zusammenarbeit wird im grossen und ganzen von allen Befragten ähnlich, dh. ohne signifikante Unterschiede, beurteilt. Deutlich am meisten Zustimmung in Form der Beurteilung „sehr gut“ erhält von allen Seiten die Zusammenarbeit mit Apotheken, Beratungsstellen, Kantonsärzten und Entzugseinrichtungen. Als gut werden die Arbeitskontakte mit Privatärzten, Einrichtungen der Suchthilfe (stationäre Therapie, Überlebenshilfe), Spitälern, Spezialisierten Kliniken, kantonalen Beauftragten für Suchtfragen und Kantonsapothekern sowie mit Fürsorgebehörden benotet. Mit Abstand am kritischsten beurteilt wird die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen und dem Bundesamt für Sozialversicherung (BSV); nur noch ein Drittel der Befragten beurteilt die Qualität dieser Arbeitskontakte als gut. Nur wenig besser fällt die Beurteilung der Schnittstellen zu den regionalen und kantonalen IV-Stellen aus.

Wichtigste Elemente der psychosozialen Behandlung

Die folgenden Elemente werden – gemäss der ihnen beigemessenen Bedeutung für eine erfolgversprechende psychosoziale Behandlung und Betreuung – am häufigsten angeführt:

- regelmässige Arztgespräche (87%) und Gespräche in einer Beratungsstelle (73%) sowie Angebote im Bereich persönliche Ressourcenstärkung (70%)
- Angebote im Bereich Arbeit (79%), im Bereich Finanzen (74%) und Wohnen (63%)
- Angebote im Bereich Freizeit (51%)

Am wenigsten Zweifel bei der Beurteilung ihrer Bedeutung besteht bei regelmässigen Arztgesprächen, Angeboten im Bereich Arbeit sowie von regelmässigen Gesprächen in Beratungsstellen und DropIns. Die Wichtigkeit von Psychotherapie und Angeboten im Bereich Freizeit wird dagegen ambivalent beurteilt.

Aktuelles Substitutionsangebot

Fast die Hälfte der Antwortenden beurteilt die aktuell zur Verfügung stehende Anzahl Behandlungsplätze in Methadon verschreibenden Einrichtungen (spezialisierten Kliniken, Spitäler, etc.) sowie in Privatarztpraxen als genügend. Immer noch durchschnittlich 40% betrachten die vorhandene Anzahl Behandlungsplätze für Teil-Entzüge mit Methadon sowie das bestehende Angebot an psychosozialer Behandlung und Betreuung als genügend. Demgegenüber wird insbesondere das aktuelle Angebot an modifizierten und differenzierten Behandlungsformen (z.Bsp. für polytoxikomane Suchtmittelabhängige, Borderliner, Patienten mit Doppeldiagnose, etc.) als eher ungenügend erachtet, ebenso das bestehende Angebot an psychosozialer Behandlung und Betreuung. Das aktuelle quantitative Angebot an Substitutionsbehandlung wird dabei in der deutschsprachigen Schweiz durchwegs als besser beurteilt als in den französischsprachigen Kantonen.

Suchtspezifisches Fachwissen der behandelnden Ärzte

Das suchtspezifische Fachwissen der behandelnden Ärzte wird im grossen und ganzen als gut bis sehr gut beurteilt. Das Fachwissen in *somatischer Diagnostik* schneidet dabei am besten ab, am kritischsten wird hingegen das Wissen in den Bereichen *psychiatrische Diagnostik* und *Pharmakokinetik der Betäubungsmittel* beurteilt. Auch das Wissen der Ärzte um Möglichkeiten und Angebote in den Bereichen *Entwöhnung*, *stationäre Therapie* und *psychosoziale Behandlung* wird eher als „mässig“ bezeichnet.

Auch hier ist die schlechtere oder selbstkritischere Selbsteinschätzung der Ärzte der französischsprachigen Kantone im Gegensatz zu ihren Kollegen in der Deutschschweiz auffällig. Die Analyse der vorliegenden Daten lässt jedoch keine Aussage über die tatsächliche Qualität des suchtspezifischen Fachwissens der Ärzte zu. Hingegen geht aus der Analyse der Daten deutlich hervor, dass von allen befragten Personen – unbesehen der eigenen Selbsteinschätzung – gleichermassen Weiterbildungsangebote gewünscht werden. Am meisten Wissensbedarf herrscht anscheinend betreffend Fragen rund um psychiatrische Diagnostik, Pharmakokinetik von Betäubungsmitteln, Formen und Möglichkeiten von Entzug und Entwöhnung, stationären Therapieangeboten und Angeboten für psychosoziale Behandlung und Betreuung.

Erfolg der Substitutionsbehandlung

Der Erfolg von Substitutionsbehandlungen wird von der Mehrheit als gut bis sehr gut eingeschätzt. Am meisten Erfolg wird der Substitutionsbehandlung zweifelsohne bezüglich ihres Potentials zur *Verbesserung des physischen Zustands und Befindens* der Patienten beigemessen. Überdurchschnittlich gut wird auch der Erfolge beurteilt bezüglich der *Reduktion eines Infektionsrisikos mit HIV oder Hepatitis-C*, bezüglich der *Abnahme der Kriminalität und Beschaffungsdelinquenz* sowie das potential zur *Verbesserung des psychischen Zustands und Befindens* der Patienten und *Verbesserung von sozialen und psychosozialen Faktoren*. Mässig bis schlecht wird hingegen der Erfolg von Substitutionsbehandlungen bezüglich ihres Potentials zur *Reduktion des Beikonsums anderer Substanzen* und zur *Erreichung der Heroinabstinenz* beurteilt. Auch der Erfolg hinsichtlich der *Unterstützung für eine Distanzgewinnung zur Gasse* sowie zur *Vorbereitung auf Entzug und Entwöhnung* wird als eher als schlecht betrachtet.

Probleme rund um die Substitutionsbehandlung mit Methadon – ein Stimmungsbarometer

Insgesamt 1'445 kurze oder ausführliche Kommentare von fast 300 Personen ergeben ein gutes Stimmungsbild bezüglich spezifische Problembereiche der aktuellen Substitutionspraxis. Die Vielfalt der Themenbereiche ist erstaunlich und spiegelt das ganze Spektrum an erlebten Schwierigkeiten, Frustrationen, Intoleranz und unerfüllten Erwartungen. Nebst einem wesentlichen subjektiven Anteil zeugen diese umfangreich und detailliert aufgeführten Meinungsäusserungen aber auch von zahlreichen objektiv feststellbaren Missständen, konkreten Hürden im Berufsalltag und vielen schlecht oder nicht optimal funktionierenden Prozessen in der schweizerischen Suchthilfe im Allgemeinen und bei der Durchführung von Substitutionsbehandlungen im Speziellen.

Über die Hälfte der monierten Schwierigkeiten und Probleme betreffen die *Klientel* selbst (patientenbezogene Probleme bezüglich Charakter, Identität, persönliche Entwicklung, Verhaltensmuster in der Therapie, etc.) sowie die eigentliche Durchführung von *Substitutionsbehandlung und Therapie* (Probleme bezogen auf psychosoziale Betreuung, Setting und Rahmenbedingungen der Behandlung sowie auf die Durchführung Methadonabgabe).

Gut 20% der Antwortenden nennt Probleme im Bereich *Angebot der Suchthilfe* und beklagt konkrete Defizite im Angebot sowie Lücken in der kantonalen Versorgung. Immer noch gut 10% der Nennungen betrifft konkrete *Kritik an der Ärzteschaft* und Kritik ihres persönlichen Verhaltens im Rahmen der Substitutionsbehandlung respektive Methadonabgabe. Der Rest der Kommentare verteilt sich auf Probleme mit Ämtern, Versicherern, Behörden, auf Probleme mit Therapeuten, Psychologen und Sozialarbeitern respektive Kritik ihres konkreten Verhaltens im Rahmen der Substitutions- und psychosozialen Behandlung, sowie auf allgemeine Probleme öffentlicher und gesellschaftlicher Natur.

In allen Bereichen und von allen Berufsgruppen gleichermaßen erwähnt taucht als übergreifendes Thema immer wieder die *mangelnde interdisziplinäre Zusammenarbeit* der an der Substitutionsbehandlung Beteiligten auf. Fehlende nationale Richtlinien und ein mangelnder Über- oder Gesamtblick auf gesamtschweizerischer Ebene zeugen von einer gewissen Suche nach Orientierung seitens der Suchtfachleute an der Basis. Dieses Thema wird aber auch von den kantonalen Verantwortlichen aufgenommen und widerspiegelt dort die gutschweizerische Ambivalenz zwischen dem Wunsch nach grösstmöglicher individueller Freiheit einerseits (z.Bsp. bei der kantonalen Gestaltung und Durchführung der Substitutionsbehandlungen) und dem Bedürfnis nach national einheitlichen, klar vorgegebenen Richtlinien, Regeln und Standards (z.Bsp. Etablierung und Durchsetzung von Qualitätsanforderungen).

Dem Bund respektive den involvierten Bundesämtern werden ebenso ambivalent mindestens zweierlei Rollen zugeschoben: einerseits sollen sie sich möglichst in Zurückhaltung üben und damit die föderalistischen Freiheiten der Kantone erst ermöglichen, andererseits werden sie bei Systemversagen gerne gerufen zur Wiederherstellung und Kontrolle der Ordnung sowie zur nationalen Koordination der Akteure in den ausgewählten, von den Kantonen definierten Bereichen.

Schlussfolgerung

„Vier Fünftel der Privatärzte, die selbst Substitutionsbehandlungen mit Methadon durchführen, würden auch einer Kollegin oder einem Kollegen die Aufnahme von Methadonpatienten empfehlen – und nur 10% raten aufgrund schlechter Erfahrungen davon ab.“

Mit diesem einen – hier exemplarisch zitierten – Resultat der durchgeführten Erhebung veranschaulicht die aktuelle Situation der aktuellen Substitutionspraxis in der Schweiz sehr treffend: Zwar läuft nicht immer alles rund und perfekt, doch unter dem Strich betrachtet werden motiviert und engagiert von mehreren Tausend Fachleuten jährlich beinahe zwanzigtausend Suchtkranke mit Methadon substituiert. Sie erfahren dabei eine Vielfalt an professioneller Hilfe im Rahmen von unterschiedlichsten und im Allgemeinen hoch kompetenten Behandlungsangeboten.

Hintergrund des Autors

Hannes Herrmann, geboren 1962, studierte an der Universität Basel zuerst Soziologie, danach Wirtschaftswissenschaften mit den Schwerpunkten Entwicklungsländerökonomie, Landwirtschafts- und Sozialpolitik sowie Politische Ökonomie.

Ab 1990 arbeitete er mehrere Jahre für den Bund als Entwicklungsexperte in einem regionalen Projekt in Lateinamerika. Zurück in der Schweiz baute er 1993 als Projektleiter für den Verein ARUD Basel die Substitutionspraxis BADAL auf und übernahm in deren Anfangsphase die Geschäftsleitung.

Mitte 1994 wechselte er als stellvertretender Leiter in die Abteilung Koordination Drogenfragen (AKOD) im Justizdepartement Basel-Stadt, wo er als Ökonom für die Subventionierung und Optimierung der kantonalen Suchthilfe verantwortlich zeichnete. Als staatlicher Delegierter in den Vorständen der verschiedensten Institutionen der kantonalen Suchthilfe und als Experte in kantonalen, nationalen und trinationalen Kommissionen gestaltete er die erfolgreiche drogenpolitische Entwicklung des Kantons Basel-Stadt massgeblich mit.

1998 übernahm er - ebenfalls im Justizdepartement - als Leiter den Aufbau der neuen Abteilung Jugend, Familie und Prävention (AJFP). Als kantonaler Beauftragter für Suchtfragen koordinierte er gleichzeitig die Drogenpolitik des Kantons Basel-Stadt.

1999 machte sich H. Herrmann selbstständig und gründete das „Büro für sozioökonomische Studien & Projekte“. Seither arbeitet er als freiberuflicher Wissenschaftler und Berater für Bund, Kantone und private Institutionen an den Schnittstellen von Sozialpolitik und Ökonomie.

Kontaktadresse:

Hannes Herrmann

Büro für sozioökonomische Studien & Projekte

Waldenburgerstr. 15

CH-4052 Basel

Tel: +41 (0)61 373 83 70

Fax: +41 (0)61 373 83 71

eMail: herrmann@hannes.ch

Web: <http://www.hannes.ch>