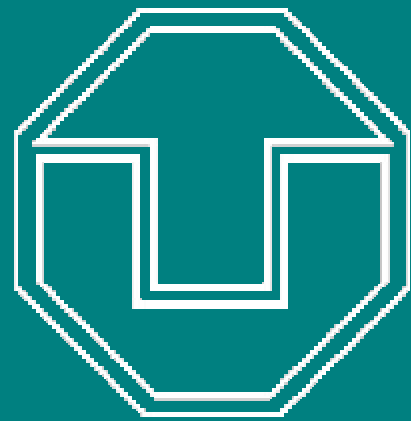


# Versorgungsepidemiologie opiatabhängiger Patienten: Forschungsbedürfnisse und Forschungsbedarf



**Hans-Ulrich Wittchen**  
**Sabine M. Apelt**  
**Michael Soyka**

**Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie**  
**AG Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung**  
**Technische Universität Dresden**

**Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Klinische Psychologie und Epidemiologie**

**Ludwigs-Maximilians-Universität, Psychiatrische Klinik und Poliklinik**

Ein Forschungsvorhaben des BMBF  
Suchtforschungsverbunds ASAT (Sachen/  
Bayern) mit Unterstützung (educational  
grant) von *essex pharma* GmbH,  
München

**Bundesministerium für Bildung und  
Forschung (BMBF)**

Förderkennzeichen: BMBF 01 EB 9405/6

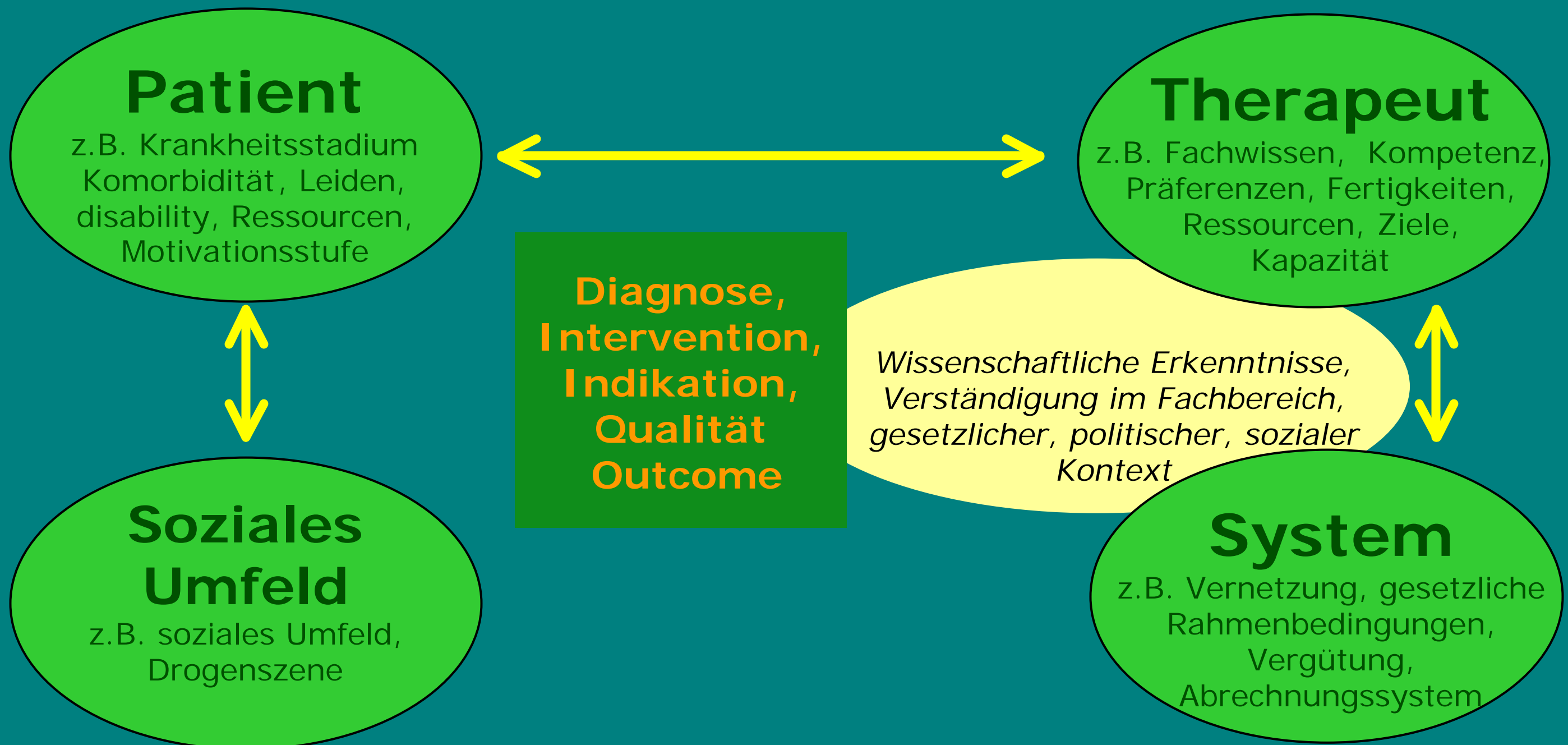
# Überblick

---

- Prävalenz von Opiatkonsums und -abhängigkeit
- Erreichungsquote durch Suchthilfe-System
- Behandelte Prävalenz – Substitutionsprävalenz
- Substitutionseinrichtungen und Substitutionspraxis
- Defizite und Mängel in der epidemiologischen Erkenntnis- und Datenlage
- COBRA – ein versorgungsepidemiologisches Projekt

# Versorgungsepidemiologie – Grundlage für Ressourcen, Mittel und Prozesssteuerung

---



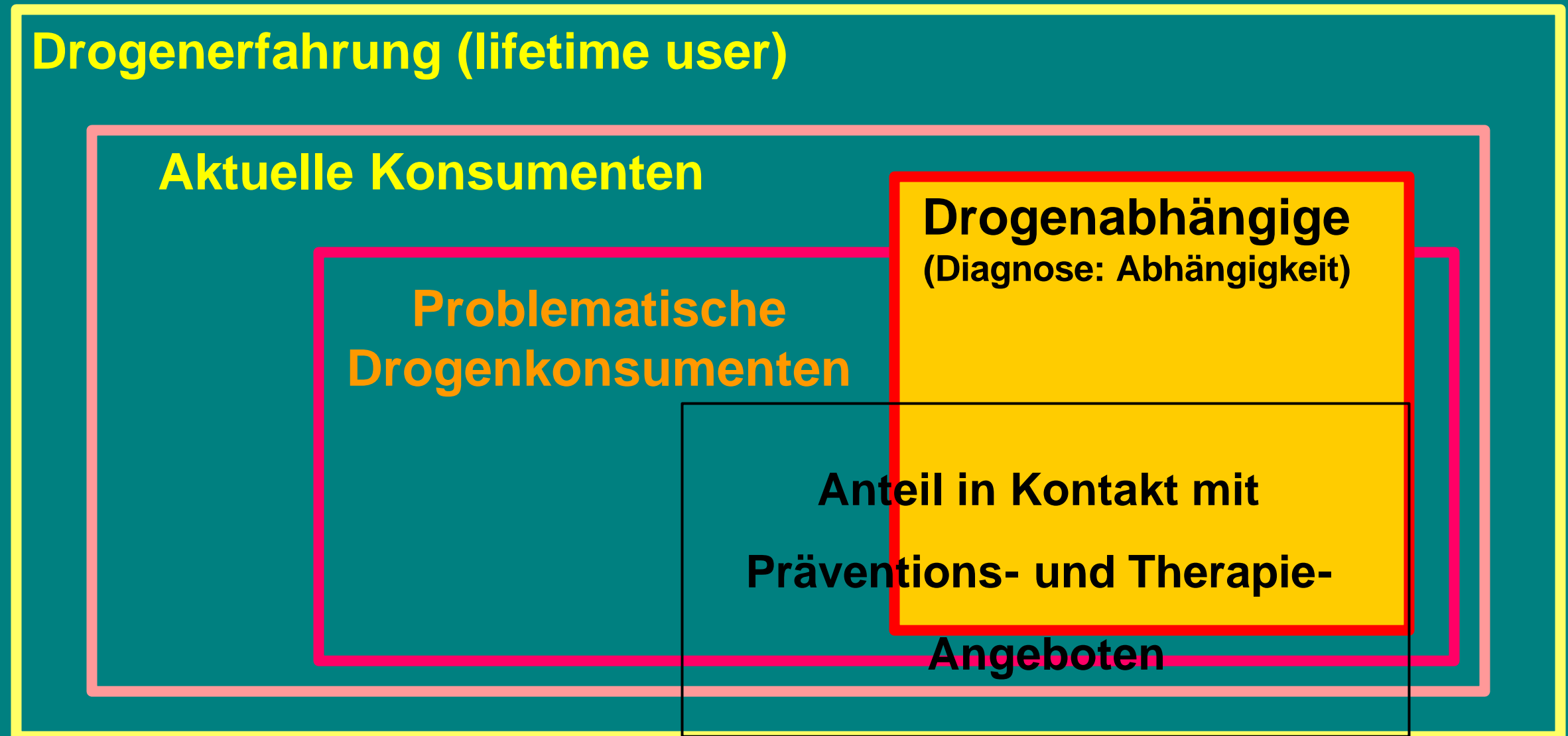
# 1 Prävalenz

---

- **Prävalenz von Opiatkonsums und -abhängigkeit:**
  - **Wie viele Opiatkonsumenten und -abhängige es gibt?**
  - **Wie viele stehen in Kontakt zu Sektoren des Suchthilfe-Systems?**
  - **Regionale Verteilung?**
  - **Ihre Interventionsbedürfnisse und den Bedarf?**
  - **Wie viele werden substituiert?**

# Zugangswege - Zielgruppen

Allgemeinbevölkerung



**Datenquellen:** Administrative Statistiken, Expertenschätzungen, Regionale, bzw. bundesweite epidemiologische Studien (Bevölkerung, Risikogruppen, Einrichtungen etc.)

# Allgemeinbevölkerung: Prävalenzschätzungen des Heroin- und anderen Opiatgebrauchs sind zu niedrig!

(Drogenaffinitätsstudie 2001 und Repräsentativerhebung 2000)

	<u>Lifetime- Prävalenz</u>	<u>in Mill.</u>	<u>12-Monats- Prävalenz</u>	<u>in Mill.</u>
<b>Heroin</b>				
• Alter 18-39	0,6%	154.000	0,2%	52.000
• Alter 18-59	0,4%	191.000	0,1%	48.000
<b>Andere Opiate</b>				
• Alter 18-39	1,0%	257.000	0,2%	52.000
• Alter 18-59	0,7%	334.000	0,1%	48.000

# Begrenzte Aussagekraft von Bevölkerungssurveys

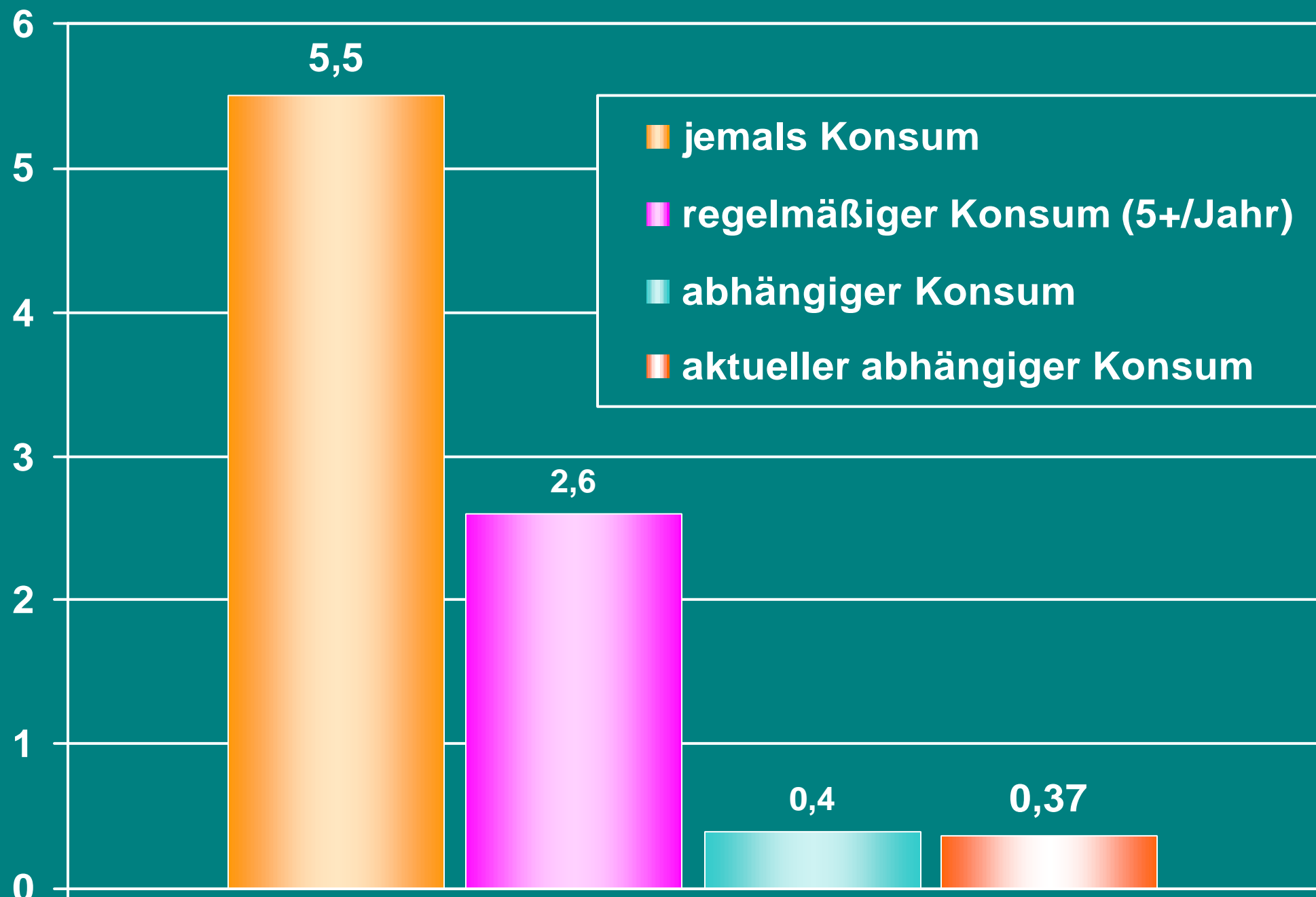
---

- **Als Fragebogenuntersuchung – gravierende Unterschätzung**
  - **Dissimulationstendenz** (= Verneinen des aktuellen Konsums)
  - **Nicht-Berücksichtigung schwerster Fälle** (Wohnungslose, Strafvollzug, in stationären Behandlungseinrichtungen)
  - **Nicht-Teilnahmerate**
  
- **Zahlen informieren nicht über Heroin-/ Opiatabhängige**

# Bei persönlichen (klinische Interviews), nachgehenden Studiendesigns ergeben sich deutlich höhere Schätzungen!

EDSP: Kumulative Inzidenz Heroin/ Opiate bis zum 28. Lebensjahr in Stadt und Land München (1996-2002)

Prävalenz (%)



Repräsentative EW - Stichprobe  
N=3021

Bis zu 3 persönliche  
standardisierte Untersuchungen

Angereicherte Stichprobe aus  
Institutionen in Stadt und Land  
München

Nicht berücksichtigt: Personen  
außerhalb Region



# Korrigierte Prävalenzschätzung des Heroin- und anderen Opiatgebrauchs und -abhängigkeit (DSM-IV) in der Bevölkerung (EDSP: 2003)

	<u>Lifetime- Prävalenz</u>	<u>Personen</u>	<u>12-Monats- Prävalenz</u>	<u>Personen</u>
<b>Heroin/Opiate</b>				
• Jemals	5.5%	1.414.000	1.4%	360.164
• regelmäßig	2.6%	668.876	1.1%	<b>282.986</b>
• Abhängig	0.44%	<b>113.194</b>	0.39%	100.331

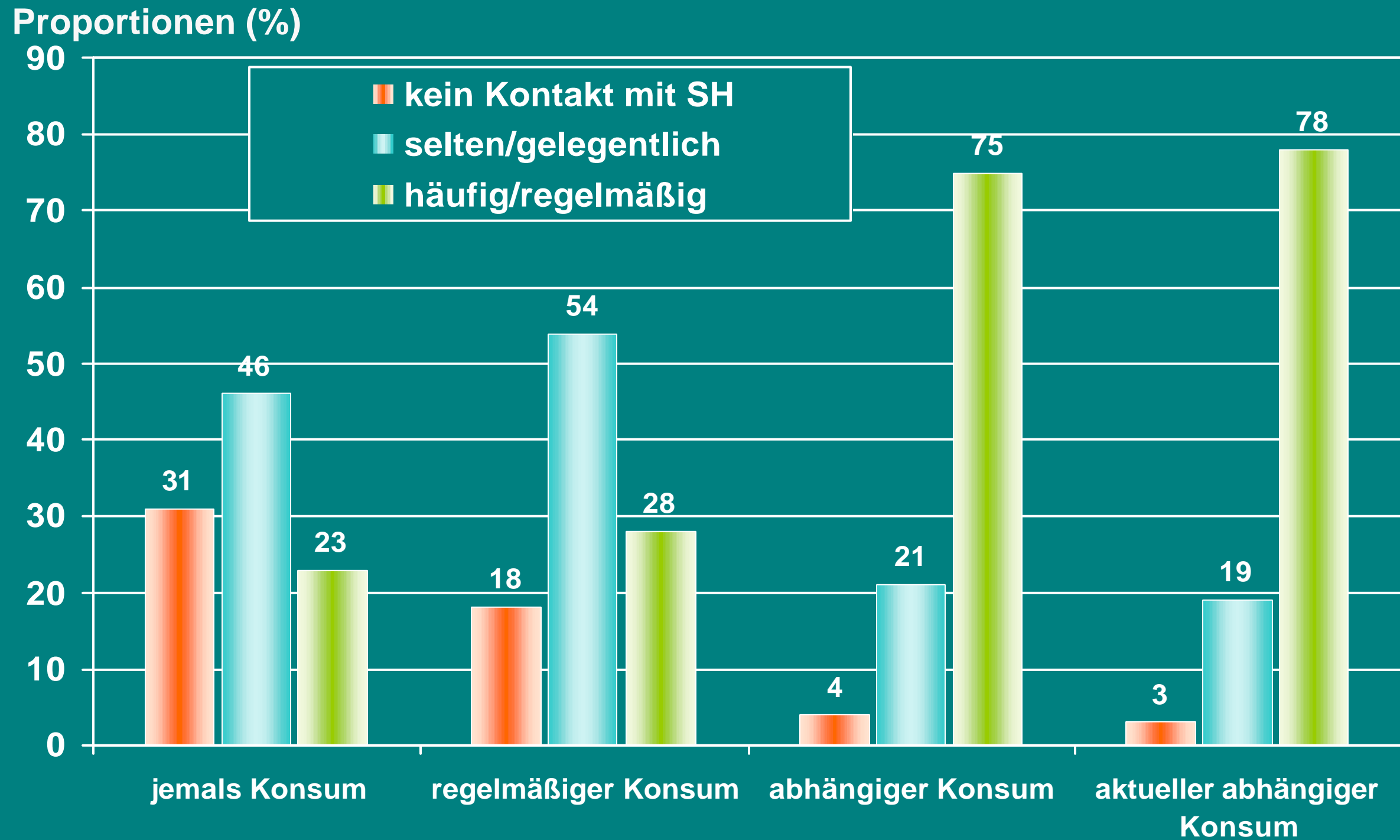
Heroin und Opiate ohne Personen mit ausschließlich verschriebenen Konsum von opiathaltigen Medikamenten

Gesamtpopulation in der Altersgruppe 18-39: 25.726.000 (Meldebevölkerung)

Auch dies ist trotz Anreicherung als konservative Schätzung anzusehen (Wohnsitzlose, stat. Therapie oder Strafvollzug außerhalb Region wurden nur unvollständig erfasst)

# Behandelte Prävalenz in der EDSP: Kontakthäufigkeit von Opiatkonsumenten mit dem Suchthilfesystem (SH)

(EDSP: n = 2787, Perkonig et al. in Vorber.)



Gruppen von Heroin-/Opiatkonsumenten

## Definition SH:

Liste medizinischer und psychosozialer Einrichtungen

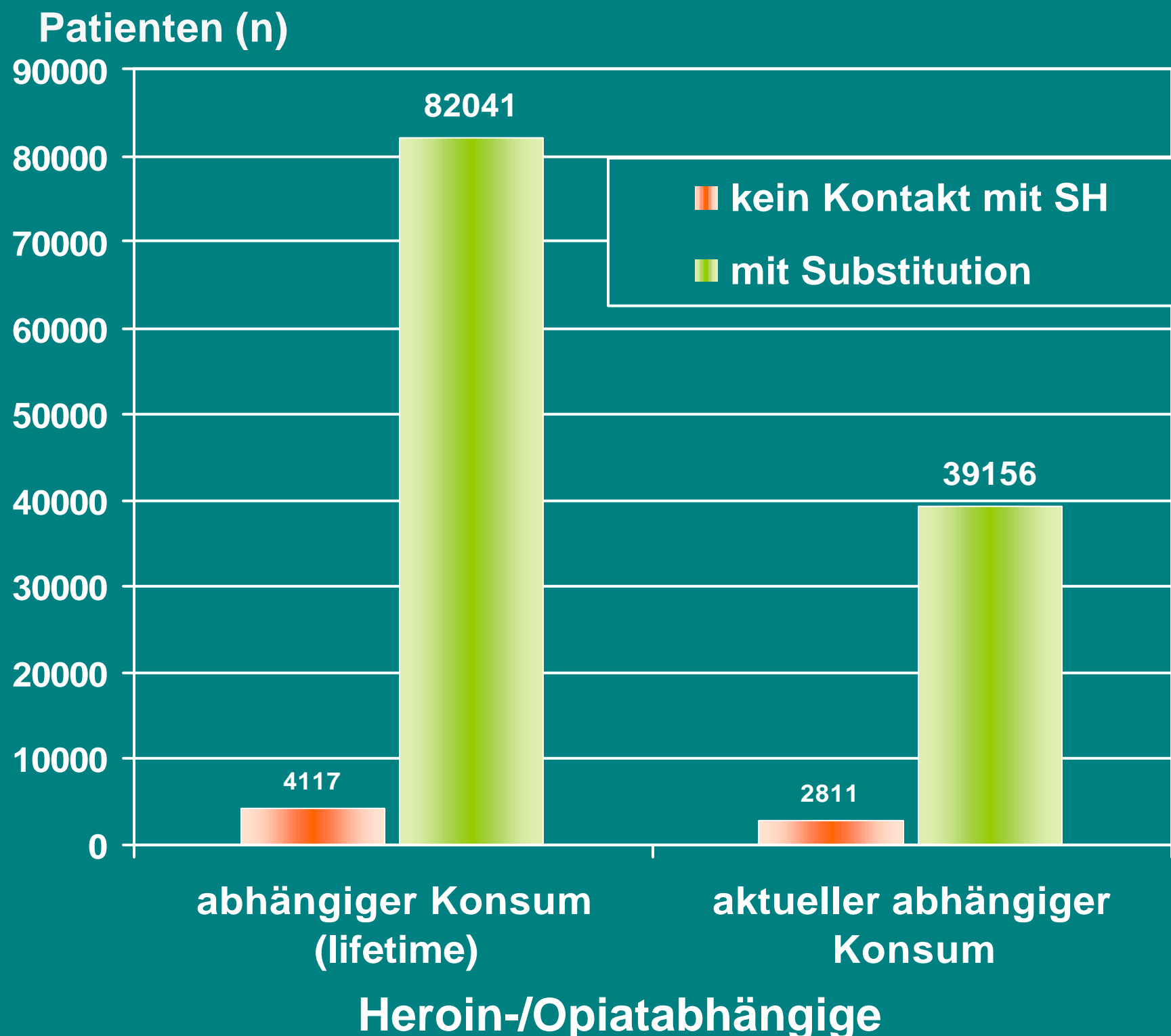
*einschl.:*

*Hausärzte (wenn substanzspez. Anlass)*

*-Psychotherapeuten*

*-Selbsthilfeeinr.*

# Bundesweite Hochschätzung jemals und aktuell substituierter Opiatabhängiger (EDSP: n = 2787, Perkonig et al. in Vorber.):



Fazit:

Die projizierte EDSP epidemiologische Hochrechnung (2001/3) gibt 40-82.000 Opiatabhängige an, die eine Substitution angeben (aktuell oder früher).

Cave: Werte aktuell Abhängiger wegen Verneinen aktueller DSM-IV Abhängigkeits-Kriterien zu niedrig?:

*Annahmen bei Hochrechnung:*

1. Nur Abhängige werden substituiert
2. Angaben aus EDSP lassen sich bundesweit verallgemeinern
3. 29% der LT abhängigen, 36% der aktuell Abhängigen

# Fazit 1: Prävalenz Opiatabhängigkeit

---

- Die Prävalenz des Opiatkonsums und der Opiatabhängigkeit (siehe BMG 2003) wird offensichtlich (methodenbedingt) gravierend unterschätzt
- Die „wahre“ Prävalenz liegt vermutlich deutlich über 113.000 Patienten (obere Schätzgrenze [95% KI]: 280.000)
- Die Behandlungsprävalenz (regelmäßiger/ häufiger Kontakt mit Suchthilfesystem) ist nur bei Abhängigen ausreichend (75%+) hoch
- Die Substitutionsprävalenz bei aktuell Abhängigen wird auf 36% geschätzt (EDSP 2003)
- **Epidemiologische Defizite:**
  - Fehlen differenzierterer Daten (Komorbidität, Schweregrad etc)
  - Regionale Verteilungsmuster weitgehend unbekannt
  - Zahl der Substituierten - offensichtlich unterschätzt
  - Fehlen epidemiologischer Daten: Interventionsbedürfnisse (Patient) und -bedarf (Experten)

## Teil 2

# Versorger-Epidemiologie der Substitution in Deutschland

---

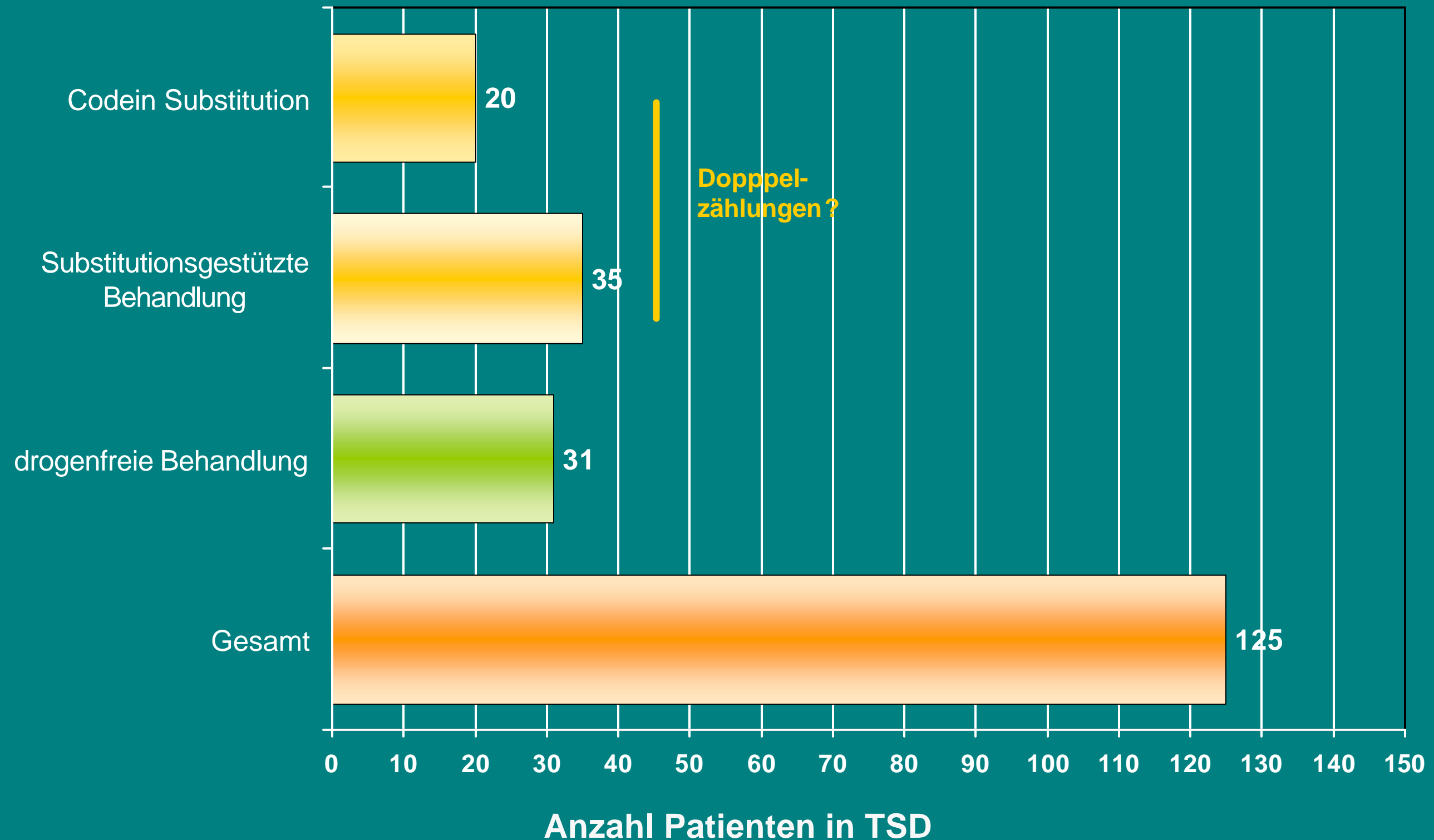
**Trotz enormen administrativ-statistischen Aufwands ist die gesicherte Datenlage hinsichtlich Substitutionsärzten mager!**

- verfügbare Daten werden nicht offengelegt
- nicht zeitnah analysiert und kommuniziert

**Selbst reine anonymisierte Versorgerdaten (z.B. Anz. Substituierender Ärzte) sind nur restriktiv ausgewählten Behörden zugänglich!**

# Ältere Untersuchungen

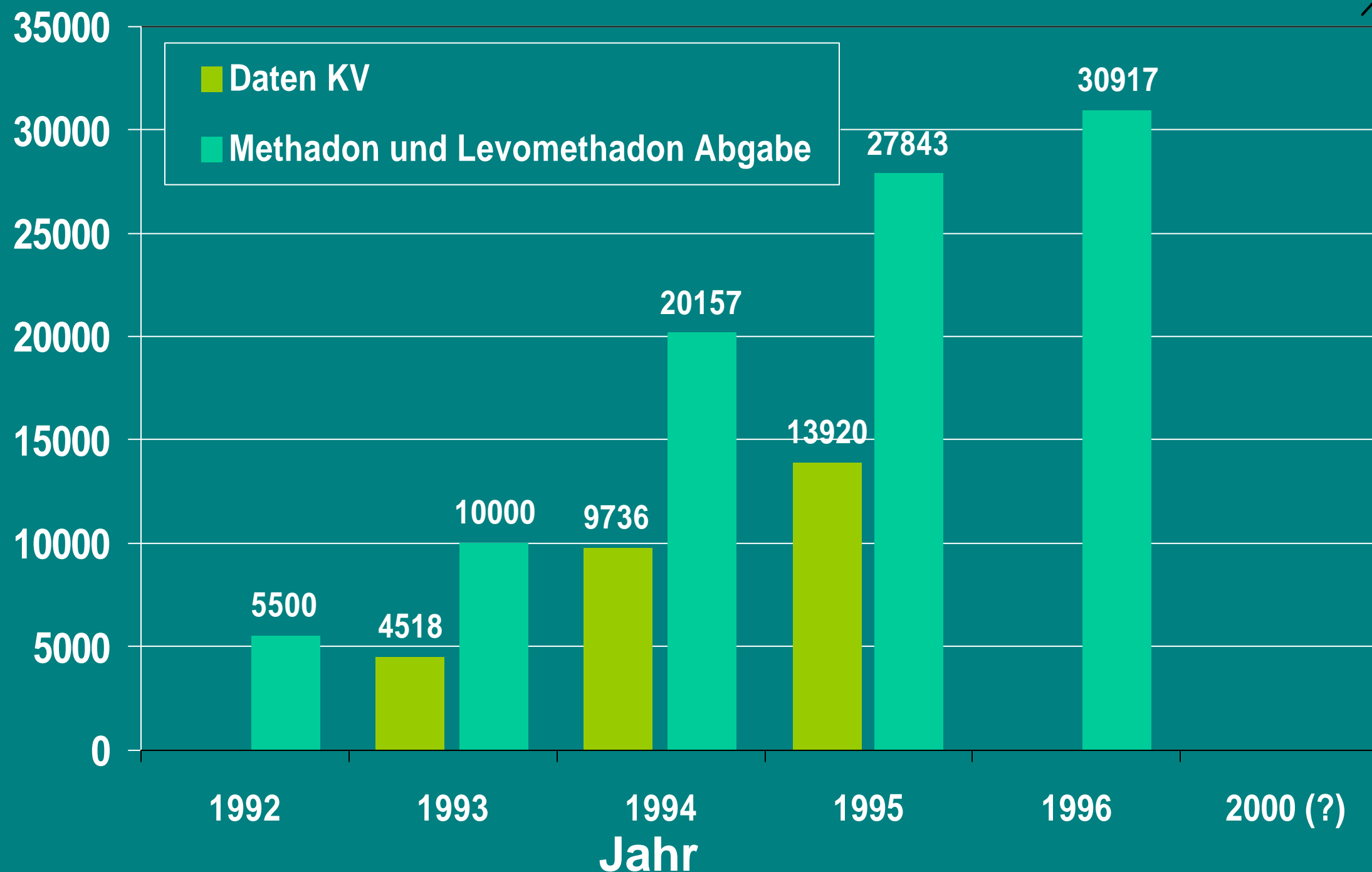
## Zahl der Drogenabhängigen (1995), nach unterschiedlichen Behandlungsmodalitäten (Schätzung nach Künzel & Spiess 1995)



# Zahl der 1993-1995 substituierten Patienten in den alten Bundesländern

(Werte pro 100.000 EW; Berechnung aus den Zahlen zu Stichtagen der KV sowie Kammervertrag HH, nach Bühringer 2003)

## 12-Monatsprävalenz



Warum bekommt man eigentlich angesichts des enormen Regelungsaufwands keine fortlaufenden aktuellen Zahlen?

# Substituierte in Deutschland: Administrative/ politische Schätzungen

- **2002 (Drogen- und Suchtbericht 2003):**

– Methadon:	32.000 Betroffene
– Levomethadon:	10.000 Betroffene
– Buprenorphin:	500 Betroffene
– Dihydrocodein:	3.700 Betroffene
<u>Summe:</u>	<u>46.200 Betroffene</u>

- **aber.....2001 (?) DBDD Schätzung:**

– <u>Substituierte</u>	<u>50-55.000 Betroffene</u>
------------------------	-----------------------------

*Stimmen diese Zahlen?*

*Welche ist richtig?*

*Warum weichen diese Angaben so stark voneinander ab?*

*Warum sind sie niedriger als die bevölkerungsbezogenen Ziffern?*



# Wie viele Personen bzw. Einrichtungen substituieren überhaupt?

---

- Es gibt keine berichtbaren aktuellen Angaben – diese liegen nur den zuständigen Landesbehörden vor!

## Belastbare (?) Schätzung aktuell:

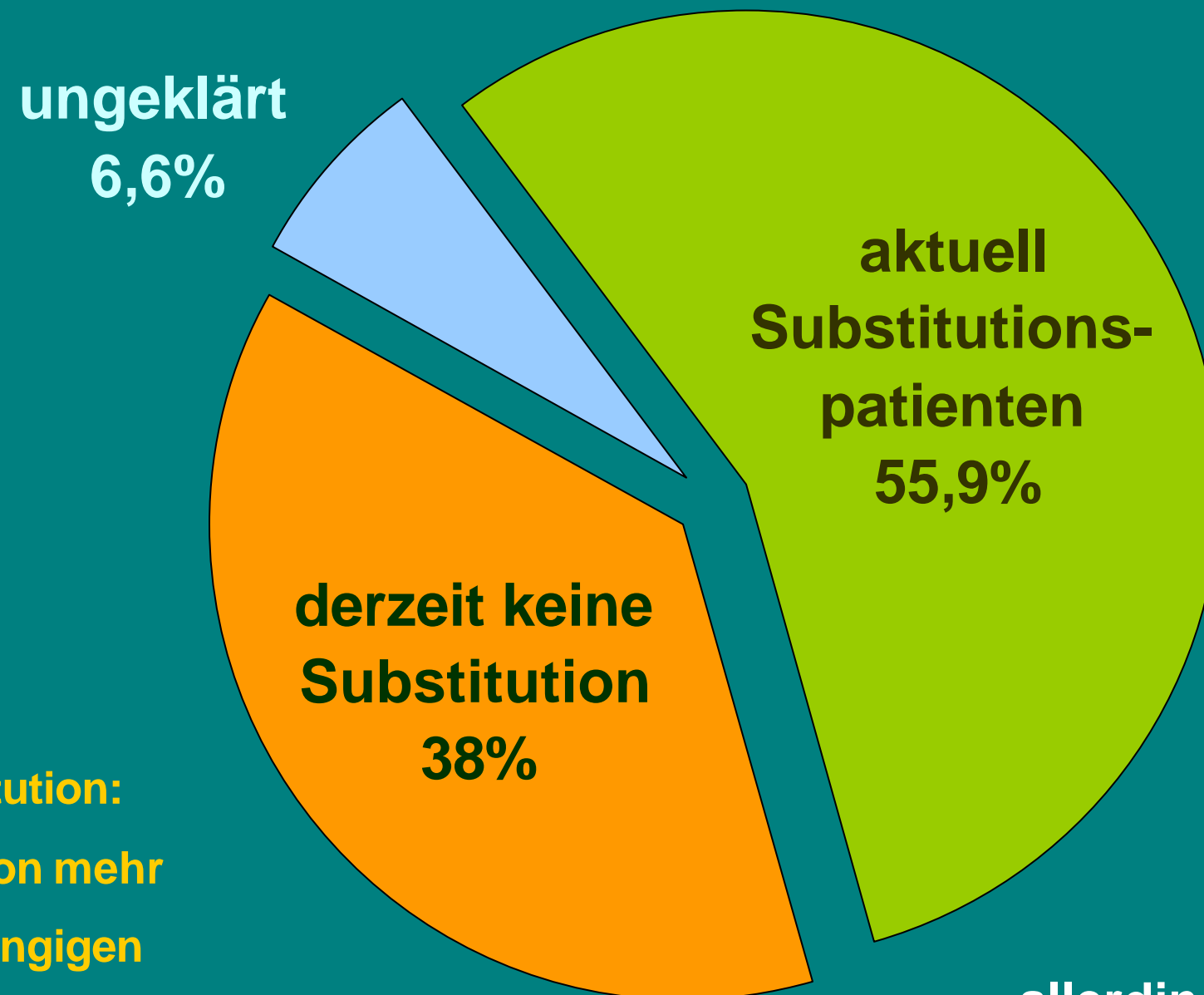
**2003: 3.500 – 4.300 Substitutionsärzte**

- Stimmen diese Zahlen (Verlässlichkeit)?
- Sind die Zahlen (noch?) aussagekräftig?
- Sind diese alle in der Versorgung tätig?
- Wo und mit welchen Versorgungsziffern?
- In welchen Organisationsformen?
- Mit welchen Angeboten und Kooperationen?

## COBRA – Vorstudie (vorläufige Ergebnisse):

**Nicht alle potentielle Substitutionsärzte substituieren auch aktuell!**

*Von 2045 (ca. 50% der GG) angeschriebenen ...*



### Derzeit keine Substitution:

- Keine Substitution mehr
- Keine Opiatabhängigen
- Praxisaufgabe
- Berentet
- Andere

..allerdings sind tatsächlich quantitativ wesentlich mehr substituierende Ärzte tätig (Zentren, Ambulanzen), die nicht in Registern erfasst werden

# Versorger-Epidemiologie der Substitution: Defizite

---

- Versorgungsepide miologie: *Wer bietet tatsächlich, in welchem Umfang, bei welchen Patienten, welche Behandlungsmodalitäten an?*
  - Organisationsformen und regionale Verteilung
  - Zusammenarbeit und Vernetzung
  - Angebotsbreite und Schwerpunkte
  - Bedarfsdeckung (z.B. Effekt Fachkundenachweis)
- Einsatzhufigkeit verschiedener Substitutionsmittel
- Allokations- und Indikationsvorgehen in der Routineversorgung
- Psychosoziale – psychotherapeutische Interventionen
- Berücksichtigung/ Therapie komorbider Erkrankungen (z.B. Hepatitis C)
- Qualitätssicherung, Versorgungs- und Umsetzungsprobleme

# Versorger-Epidemiologie der Substitution Defizite

---

Es ist ungeklärt, inwieweit in der Versorgungspraxis die Wahl des Substitutionsmittels (Methadon, Buprenorphin, andere) und die Intensität der psychosozialen/ psychotherapeutischen Interventionen, den Verlauf und kurzzeitigen outcome messbar beeinflussen.

- Kurzfristige medizinische, psychologische und soziale Vorteile
- Langfristige Vorteile
- Akzeptanz und Compliance der Patienten
- Nebenwirkungen und Sicherheit
- Vorteile für unterschiedliche Hochrisiko-Gruppen
- Risiken und kritische Ereignisse während der Behandlung
- Direkte und indirekte Kosten und Nutzen der Behandlung

# Design – Überblick

## Stichprobenziehung

Aussendung von über 2.000 Fragebögen

Ziele: 1. Wer substituiert wirklich? 2. Wer macht mit? 3. Charakterisierung Praxen

Rücklauf, Auswahl, stratif. Stichprobenziehung

Zielgröße: N = 250-300 Substitutionseinrichtungen

**Strata:**

*Einrichtungsgröße: <10, 10-40, >40 Patienten/Tag*

Information und Vorbereitung der 250 Einrichtungen  
(Monitore, Festlegung der Patientenselektion)

Haupterhebung: Beurteilung (Zufallsauswahl von bis zu 12 Pat./Einr.)  
**opiatabhängiger Patienten (Ziel  $n_{\text{pat}} = 3.000$ )**

Patientenfragebogen

Arztfragebogen

Verlaufserhebung: 3-6 Monats Follow-up von  
n=1000+ Substitutionspatienten

Vorphase  
(3/03-10/03)

Vorerhebung  
(10/03-12/03)

Vorbereitungs-  
Phase  
(1/04-2/04)

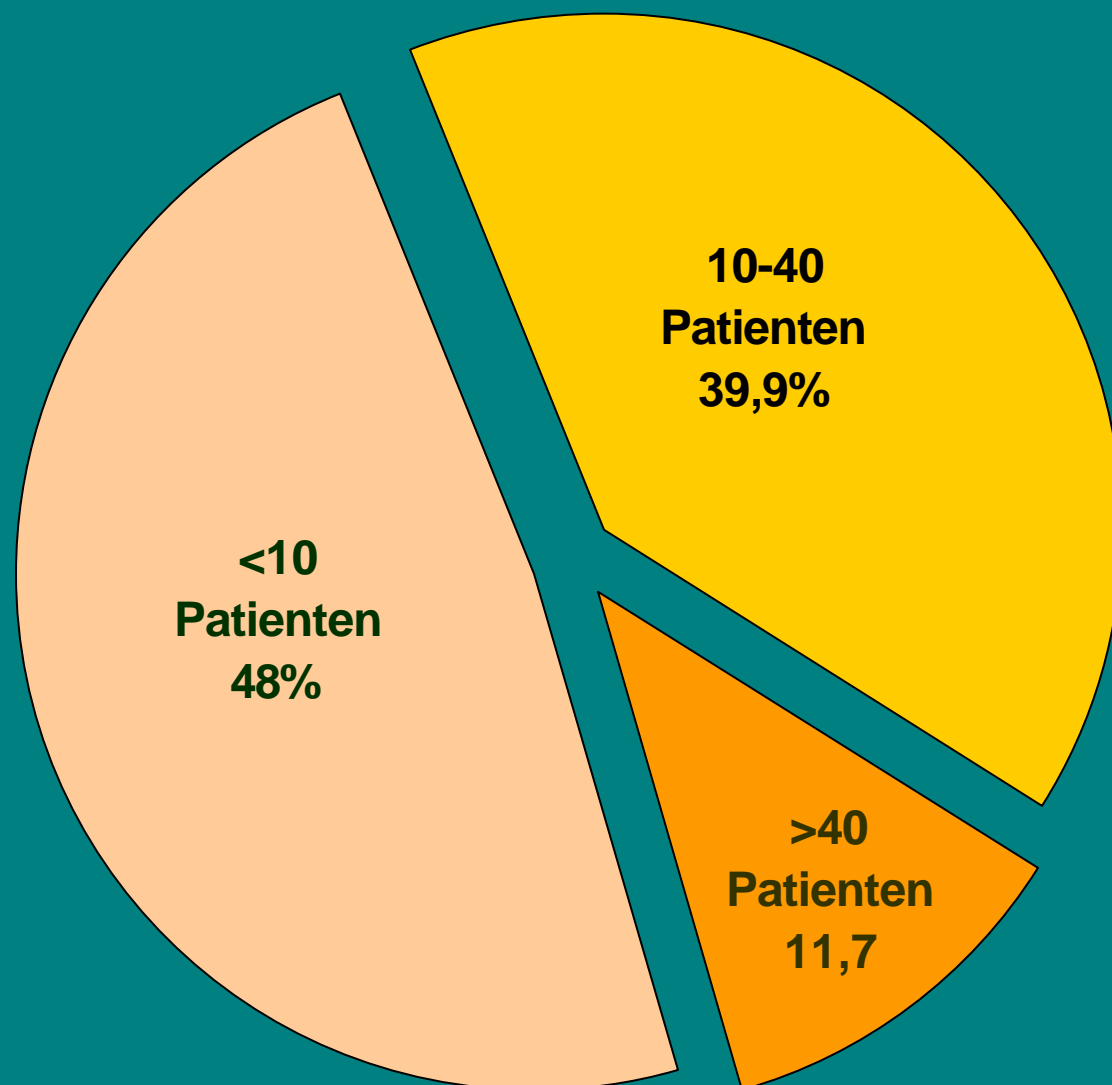
Haupt-  
erhebung  
(3/04)

und

Verlaufs-  
erhebung  
(6-10/04)

# COBRA – Vorstudie (n= 300, vorläufige Ergebnisse):

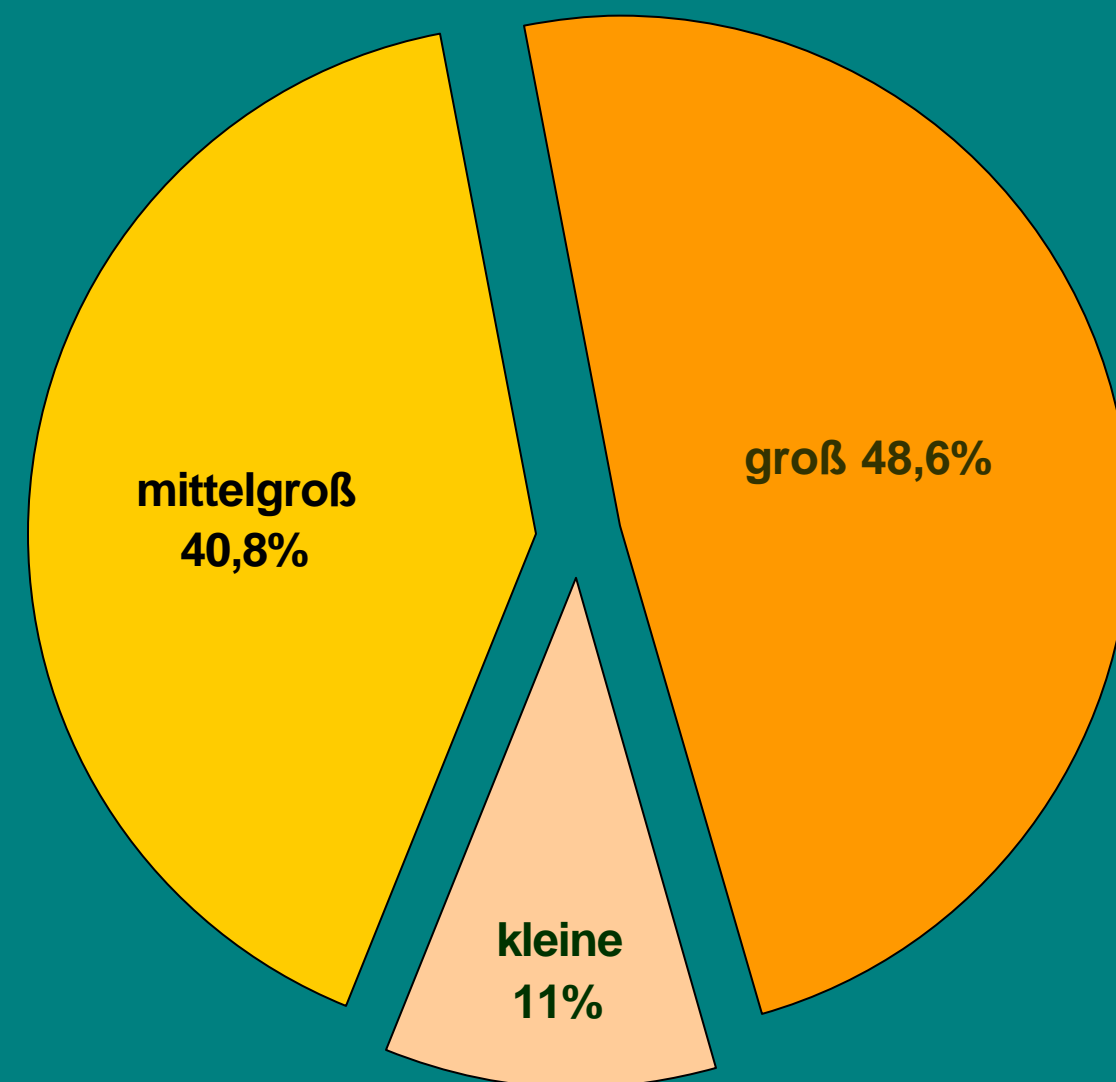
## Verteilung der Einrichtungen nach Größe



## Versorgungsanteil nach Praxisgröße

Mittlere Anzahl behandelter Opiatabhängiger/Tag:

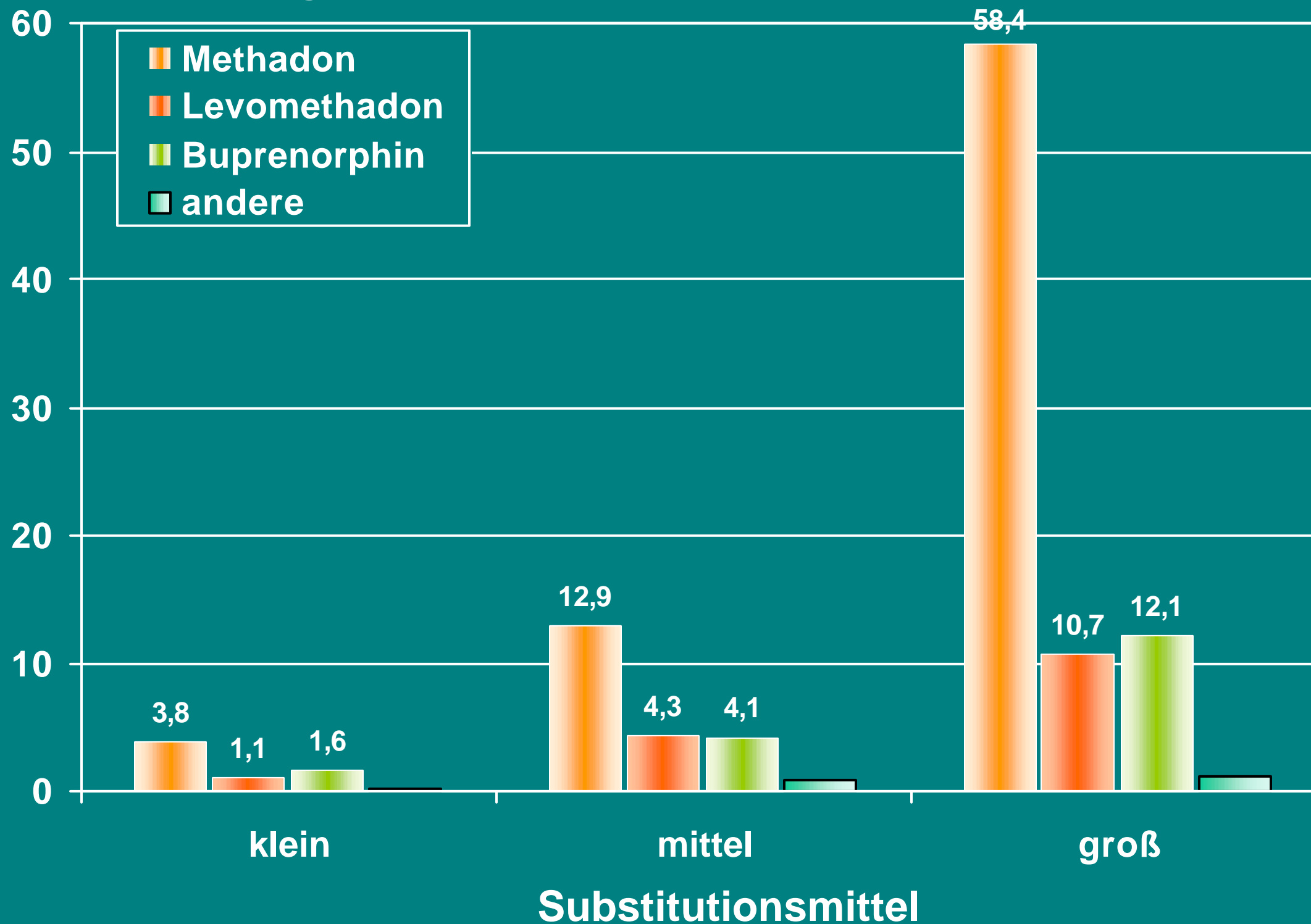
Kleine Einrichtungen:	3,9	(1-9)
mittelgroße E.	18,4	(15-40)
große E.	75,4	(45-200)



# Häufigkeit behandelter Opiatabhängiger nach Substitutionsmittel und Einrichtunggröße

(Cobra Vorstudie vorläufige Ergebnisse)

Mittlere Anzahl/Tag



**Verhältnis Meth./ Levometh. zu Buprenorphin:**

Kleine E.: 3,0 : 1

Mittlere E.: 4,2 : 1

Große E.: 5,7 : 1

**Fachrichtung:  
Allgemeinmedizin**

Kleine E.: 55,3%

Mittlere E.: 50,6%

Große E.: 36,0%

**Zusatzqu. Psychotherapie**

Kleine E.: 22,3%

Mittlere E.: 38,4%

Große E.: 44,0%

## Ziele von COBRA

# Substitutionspraxen und -zentren

---

- Charakterisierung von bestehenden Einrichtungsformen und -modellen
- Charakterisierung von:
  - Merkmalen opiatabhängiger Patienten in diesen Einrichtungen (Schwere, Dauer/ Stadium, Komorbidität, Delinquenz, Desintegration etc.)
  - Diagnostik, Indikations- und Allokationsentscheidungen in der Versorgungsrealität
  - Eingesetzten Interventionsmethoden (Substitutionsmittel, psychotherapeutische und psychosoziale Ansätze)
- Ermittlung von Problemen der Substitutionstherapie bei verschiedenen Risikogruppen (z.B. Hepatitis C)
- Beobachtung des Kurzzeitverlaufs- und outcome
- Ableitung von Verbesserungsvorschlägen in Zusammenarbeit mit Experten, Organisationen und Fachverbänden



# Zusammenfassung

## Defizite

---

- Angesichts der für Substitutionsärzte umfangreichen Auflagen ist es unverständlich, warum nicht
  - zeitnah
  - kontinuierlich
  - differenziert und
  - umfassend

**vorhandene Daten offengelegt und zu einer kontinuierlichen Evaluation und Anpassung an die Realität kommuniziert werden**

- dies wäre Voraussetzung für eine rationale Versorgungsepidemiologie
- sowie methodisch und inhaltlich befriedigendere Evaluationsstudien
- und realitäts- und sachlich angepasste Allokations- und Indikations-Richtlinien (Qualitätssicherung und Versorgungsplanung)