

EVASUNO: Evaluation der 3. Verordnung zur Änderung der BtMVV vom 22.5.2017 („Substitutions-Novelle“)

ABSCHLUSSBERICHT

Silke Kuhn
Kirsten Lehmann
Uwe Verthein

Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS)
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Martinistraße 52, 20246 Hamburg

Tel.: +49 (0) 40 7410 57901
Fax: +49 (0) 40 7410 55121
E-Mail: u.verthein@uke.de

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Hamburg, 27.5.2022

Titel und Verantwortliche

Titel

EVASUNO: Evaluation der 3. Verordnung zur Änderung der BtMVV vom 22.5.2017 („Substitutions-Novelle“)

Förderkennzeichen

ZMVI1-2519DSM206

Leitung

PD Dr. Uwe Verthein

stellv. Leitung: Dr. Silke Kuhn

Projektmitarbeitende

Kirsten Lehmann

Moritz Rosenkranz

Sabine Meiboom

Laufzeit

01.03.2019 bis 28.02.2022

Kontaktdaten

Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung
der Universität Hamburg (ZIS)
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Martinistraße 52, 20246 Hamburg
Tel.: +49 (0) 40 7410 57901

Fördersumme

386.902 Euro

Danksagung

Das Evaluationsprojekt wurde in besonderem Maße unterstützt durch:

- Bundesopiumstelle des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (namentlich: Herr Dr. Peter Cremer-Schaeffer, Frau Sabine Krückeberg)
- Kassenärztliche Vereinigungen und Landesärztekammern (bundesweit)
- Kassenärztliche Vereinigungen und Landesapothekerkammern in Hamburg, Sachsen, Nordrhein, Westfalen-Lippe, Bayern
- Bundesärztekammer (namentlich: Herr Dr. Wilfried Kunstmann)
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (namentlich: Herr Dr. Kenan Maric-Horstmeyer)
- Ärztlicher Berater: Herr Hans-Günter Meyer-Thompson (Hamburg)

Wir danken allen Ärzt:innen, Apotheker:innen, Patient:innen, Mitarbeiter:innen der Suchthilfe und Mitarbeiter:innen der Landeskriminalämter für ihr Engagement und ihre Bereitschaft, an dem Evaluationsprojekt mitzuwirken.

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	10
2	Einleitung	13
2.1	Substitution unter der COVID-19-Pandemie – SARS-CoV-2- Arzneimittelversorgungsverordnung	15
2.2	Substitutionsmedikamente und Schwarzmarkt	16
3	Erhebungs- und Auswertungsmethodik	17
3.1	Operationalisierung der Ziele	18
4	Methodik und Durchführung der Module	20
4.1	Modul A1: Auswertung von Dokumentationsdaten über 3 Jahre.....	20
4.2	Modul A2: Expert:inneninterviews zur BtM-Sicherheit	21
4.3	Modul B1: Befragung der von der 3. BtMVVÄndV betroffenen substituierenden Ärzt:innen, Patient:innen und Apotheker:innen.....	22
4.3.1	Modul B1a: Quantitative Befragung substituierender Ärzt:innen	22
4.3.2	Modul B1b: Qualitative Befragung substituierender Ärzt:innen	24
4.4	Modul B2: Quantitative Befragung substituierter Patient:innen	25
4.5	Modul B3: Quantitative Befragung von Apotheker:innen	26
4.6	Modul C: Perzeption der Auswirkungen der 3. BtMVVÄndV in den Fachmedien.....	27
4.7	Datenerhebung und Auswertung	28
5	Durchführung, Arbeits- und Zeitplan	29
5.1	Darstellung des Projektverlaufs.....	30
5.2	Abweichung vom Finanzplan.....	31
5.3	Positive und negative Erfahrungen und Probleme.....	31
6	Ergebnisse	32
6.1	Modul A1: Auswertung von Dokumentationsdaten über 3 Jahre.....	32
6.2	Modul A1: Befragung von Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen	41
6.2.1	Landesärztekammern	42
6.2.2	Kassenärztliche Vereinigungen.....	43

6.3	Modul A2: Expert:inneninterviews zur Betäubungsmittelsicherheit	45
6.3.1	Sicherstellungsmengen von Substitutionsmedikamenten (Landeskriminalämter)	45
6.3.2	Substitutionsmedikamente auf dem Schwarzmarkt	46
6.4	Modul B1: Quantitative und qualitative Befragungen substituierender Ärzt:innen.....	48
6.4.1	Quantitative Befragungen	48
6.4.1.1	Soziodemografische Daten der quantitativen Befragung	48
6.4.1.2	Konsiliararztmodell und Vergleich von städtischen und ländlichen Kreisen.....	53
6.4.1.3	Substitution während der COVID-19-Pandemie.....	54
6.4.1.4	Konsiliararztmodell und Vergleich von städtischen und ländlichen Kreisen unter der COVID-19-Pandemie.....	58
6.4.2	Quantitative Befragung von nicht oder nicht mehr substituierenden Ärzt:innen	59
6.4.3	Qualitative Befragung (2019/2020 und 2021/2022).....	61
6.4.3.1	Qualitative Interviews in 2019/2020.....	62
6.4.3.2	Qualitative Interviews in 2021/2022.....	67
6.5	Modul B2: Quantitative Befragung substituierter Patient:innen	71
6.5.1	Soziodemografische Beschreibung der Patient:innen.....	71
6.5.2	Wegstrecke zur Substitutionsbehandlung.....	72
6.5.3	Wahrgenommene Änderungen durch die 3. BtMVVÄndV.....	75
6.6	Modul B3: Quantitative Befragung von Apotheker:innen	77
6.6.1	Veränderungen nach der 3. BtMVVÄndV und während der COVID-19-Pandemie.....	79
6.6.1.1	Take-Home-Rezepte und Sichtbezug.....	79
6.6.1.2	Verträge mit Ärzt:innen.....	80
6.6.1.3	Mischrezepte	80
6.6.1.4	Weiterbildung.....	80
6.6.1.5	Motivation und Hemmnisse für den Einbezug in die Substitution.....	80
6.7	Modul C: Perzeption der Auswirkungen der 3. BtMVVÄndV in den Fachmedien.....	82
6.7.1	Kassenärztliche Vereinigungen der Bundesländer, Landesärztekammern, Kassenärztliche Vereinigung des Bundes und Bundesärztekammer	82

6.7.2	Veröffentlichungen in (wissenschaftlichen) Fachzeitschriften.....	83
6.7.3	Fachgesellschaft Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin.....	84
6.7.4	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen und akzept.....	84
6.7.5	ABDA.....	85
6.7.6	Populäre Nachrichtenseiten	85
7	Diskussion der Ergebnisse und Gesamtbeurteilung	86
8	Gender Mainstreaming-Aspekte	92
9	Verwertung und Verbreitung der Projektergebnisse	92
10	Veröffentlichungen.....	93
11	Rechnerischer Nachweis	93
12	Literaturverzeichnis	94
	Tabellenanhang.....	97

Tabellen und Abbildungsverzeichnis

TABELLE 1: OPERATIONALISIERUNG DER TEILZIELE	19
TABELLE 2: TEILNEHMENDE SUCHTHILFEINRICHTUNGEN NACH BUNDESLÄNDER UND STÄDTE ZUR BTM-SICHERHEIT	21
TABELLE 3: RÜCKLAUF DER QUANTITATIVEN ÄRZTINNEN- UND ÄRZTEBEFRAGUNG IN 2019 UND 2021	23
TABELLE 4: QUALITATIVE BEFRAGUNG VON SUBSTITUIERENDEN ÄRZT:INNEN.....	25
TABELLE 5: RÜCKLAUF DER APOTHEKER:INNEN-BEFRAGUNG	27
TABELLE 6: EVASUNO ZEITPLAN (MÄRZ 2019 BIS FEBRUAR 2022)	30
TABELLE 7: ALTERSMITTELWERTE (STREUUNG) SUBSTITUIERENDER ÄRZT:INNEN (BERICHTET DURCH 12 KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNGEN)	41
TABELLE 8: ANGABEN DER ÄRZTEKAMMERN ZUM WEITERBILDUNGSKURS „SUCHTMEDIZINISCHE GRUNDVERSORGUNG“	42
TABELLE 9: VERSORGUNGSSTATUS SUBSTITUIERTER PATIENT:INNEN (ANGABEN VON LANDESÄRZTEKAMMERN UND KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN)	45
TABELLE 10: ANGABEN DER LANDESKRIMINALÄMTER ZUR SICHERSTELLUNG VON SUBSTITUTIONSMEDIKAMENTEN.....	46
TABELLE 11: VERÄNDERUNG DES ANGEBOTS AN SUBSTITUTIONSMEDIKAMENTEN AUF DEM SCHWARZMARKT.....	47
TABELLE 12: CHARAKTERISTIKA DER TEILGENOMMENEN SUBSTITUIERENDEN ÄRZT:INNEN DER BEFRAGUNG IN 2019 UND 2021	49
TABELLE 13: BEWERTUNG DER VERSORGUNG SUBSTITUIERTER PATIENT:INNEN IN 2019 UND 2021.....	50
TABELLE 14: AKTUELLE AUSWIRKUNGEN DER 3. BTMVVÄNDV IN 2019	51
TABELLE 15: KONSEQUENZEN LANGER ANFAHRTSWEGE (2019).....	52
TABELLE 16: PSB-VERFÜGBARKEIT, ABGABE VON SUBSTITUTIONSMITTELN UND FINANZIELLE ASPEKTE (SUBSTITUIERENDE ÄRZT:INNEN IN 2019).....	52
TABELLE 17: ÄRZT:INNEN MIT UND OHNE SUCHTMEDIZINISCHE WEITERBILDUNG NACH KREISTYPEN	53
TABELLE 18: SARS-CoV-2 ARZNEIMITTELVERSORGUNGSVERORDNUNG, INFEKTIONEN UND VERÄNDERUNG DER PATIENT:INNENZAHLE NACH ANGABEN DER SUBSTITUIERENDEN ÄRZT:INNEN IN 2021.....	54
TABELLE 19: ÄNDERUNG DER VERGABE KURZ- UND LANGFRISTIG, UMGANG DER PATIENT:INNEN MIT ERWEITERTER TAKE-HOME- VERGABE UNTER DER COVID-19-PANDEMIE	56
TABELLE 20: ANWENDUNG DER SARS-CoV-2 ARZNEIMITTELVERSORGUNGSVERORDNUNG UNTER DER COVID-19-PANDEMIE IN ABHÄNGIGKEIT VON DER REAKTION AUF DIE 3. BTMVVÄNDV BEZÜGLICH DER TAKE-HOME-VERGABEMÖGLICHKEITEN.....	56
TABELLE 21: TELEFONISCHE KONTAKTE UND VIDEOKONTAKTE WÄHREND DER COVID-19-PANDEMIE, ANGABEN VON ÄRZT:INNEN.	57
TABELLE 22: ÄNDERUNGEN WÄHREND DER COVID-19-PANDEMIE HINSICHTLICH BUPRENORPHIN-DEPOT, PSYCHOSOZIALER BEGLEITUNG UND ZUSAMMENARBEIT MIT APOTHEKEN, ANGABEN VON ÄRZT:INNEN.....	57
TABELLE 23: BEWEGGRÜNDE, UM IM RAHMEN DER KONSILIARBEHANDLUNG OHNE SUCHTMEDIZINISCHE WEITERBILDUNG ZU SUBSTITUIEREN	59
TABELLE 24: CHARAKTERISTIKA NICHT ODER NICHT MEHR SUBSTITUIERENDER ÄRZT:INNEN IN 2019, BEFRAGUNG ÜBER KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNGEN IN HAMBURG, SACHSEN, NORDHEIN-WESTFALEN UND BAYERN	60
TABELLE 25: GRÜNDE FÜR DIE EINSTELLUNG ODER AUFNAHME DER SUBSTITUTION DER NICHT ODER NICHT-MEHR SUBSTITUIERENDEN ÄRZT:INNEN, BEFRAGUNG ÜBER KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNGEN.....	61
TABELLE 26: CHARAKTERISTIKA DER IN DEN MODELLREGIONEN INTERVIEWTEN ÄRZT:INNEN IN 2019/2020 (N = 31)	62
TABELLE 27: CHARAKTERISTIKA UND LEBENSITUATION DER BEFRAGTEN PATIENT:INNEN	72

TABELLE 28: WEGSTRECKE ZUR UND HÄUFIGKEIT DES AUFSUCHENS DER SUBSTITUTIONSPRAXIS SOWIE ORT DER SUBSTITUTIONSMITTELEINNAHME, PATIENT:INNENANGABEN	73
TABELLE 29: GRÜNDE VON PATIENT:INNEN, EINEN ALS ZU LANGE EMPFUNDENEN ANFAHRTSWEG ZU DER SUBSTITUIERENDEN PRAXIS IN KAUF ZU NEHMEN, PATIENT:INNENANGABEN	75
TABELLE 30: ERLEBTE HERAUSFORDERUNGEN AUFGRUND EINES ALS ZU LANGE EMPFUNDENEN ANFAHRTSWEGS ZU DER SUBSTITUIERENDEN PRAXIS, PATIENT:INNENANGABEN	75
TABELLE 31: WAHRGENOMMENE ÄNDERUNGEN DER SUBSTITUTIONSMITTELEINNAHME UNTER SICHT UND TAKE-HOME- AUSDEHNUNG (VERÄNDERTER UMGANG INNERHALB DER LETZTEN EIN BIS ZWEI JAHRE), PATIENT:INNENANGABEN	76
TABELLE 32: ANGABEN DER PATIENT:INNEN ZUR PSB, IHREN ERFAHRUNGEN MIT APOTHEKEN UND IHRER EINSTELLUNG ZUR VERGABE VON SUBSTITUTIONSMEDIKAMTEN IN ANDEREN MÖGLICHEN EINRICHTUNGEN	77
TABELLE 33: APOTHEKENDICHTE UND BELIEFERUNG MIT SUBSTITUTIONSMEDIKAMENTEN, BELIEFERUNG VON TAKE-HOME-REZEPTEN UND SICHTVERGABE, APOTHEKER:INNENANGABEN.....	78
TABELLE 34: ERLEBTE VERÄNDERUNGEN AB 2017 BIS 2019 SOWIE UNTER DER COVID-19-PANDEMIE BEZÜGLICH DES EINREICHENS VON TAKE-HOME-REZEPTEN, SZ-REZEPTEN UND DER ABGABE DER SUBSTITUTIONSMEDIKAMENTE UNTER SICHT, APOTHEKER:INNENANGABEN	79
TABELLE 35: GRÜNDE DER APOTHEKER:INNEN FÜR EINEN EINBEZUG IN DER SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG.....	81
TABELLE 36: KRITISCHE BETRACHTUNG DER IN DIE SUBSTITUTION EINBEZOGENEN APOTHEKER:INNEN.....	81
TABELLE 37: ANMERKUNGEN ZUR SUBSTITUTION DER NOCH NIEMALS EINBEZOGENEN APOTHEKER:INNEN	82
TABELLE 38: BISHERIGE VORSTELLUNGEN DER PROJEKTERGEBNISSE.....	93

ABBILDUNG 1: TEILNAHMEQUOTEN DER BUNDESWEITEN QUANTITATIVEN BEFRAGUNG VON SUBSTITUIERENDEN ÄRZT:INNEN PRO BUNDESLAND IN 2019	23
ABBILDUNG 2: TEILNAHMEQUOTEN DER BUNDESWEITEN QUANTITATIVEN BEFRAGUNG VON SUBSTITUIERENDEN ÄRZT:INNEN PRO BUNDESLAND IN 2021	24
ABBILDUNG 3: VERÄNDERUNG DER ANZAHL SUBSTITUIERENDER ÄRZT:INNEN ZWISCHEN 2017 UND 2020 (JEWEILS 2. HALBJAHR) PRO KREIS	33
ABBILDUNG 4: VERÄNDERUNG DER ANZAHL SUBSTITUIERTER PATIENT:INNEN ZWISCHEN 2017 UND 2020 (JEWEILS 2. HALBJAHR) PRO KREIS	35
ABBILDUNG 5: PROZENTUALE VERÄNDERUNG DER ANZAHL SUBSTITUIERTER PATIENT:INNEN ZWISCHEN 2017 UND 2020 (JEWEILS 2. HALBJAHR) PRO KREIS	37
ABBILDUNG 6: VERÄNDERUNG DER ANZAHL SUBSTITUIERENDER ÄRZT:INNEN ZWISCHEN 2017 UND 2020 (JEWEILS 2. HALBJAHR) PRO BUNDESLAND	38
ABBILDUNG 7: VERÄNDERUNG DER ANZAHL SUBSTITUIERTER PATIENT:INNEN ZWISCHEN 2017 UND 2020 (JEWEILS 2. HALBJAHR) PRO BUNDESLAND	40
ABBILDUNG 8: VERGLEICH DER ALTERSANGABEN DER BEFRAGTEN SUBSTITUIERENDEN ALLGEMEINÄRZT:INNEN/INTERNIST:INNEN MIT DENEN ALLER NIEDERGELASSENEN HAUSÄRZT:INNEN NACH ANGABEN DER KBV (ALTERSKATEGORIEN ENTSPRECHEND DER KBV-STATISTIK).....	42
ABBILDUNG 9: RELEVANZ DER BTMVV-ÄNDERUNGEN FÜR ÄRZT:INNEN IN 2019 UND 2021	51
ABBILDUNG 10: RELEVANTE ÄNDERUNGEN DER SARS-CoV-2 ARZNEIMITTELVERSORGUNGSVERORDNUNG UNTER DER COVID-19 PANDEMIE: WAS WURDE GEBRAUCHT UND WAS SOLL DAUERHAFT BLEIBEN? (MEHRFACHANTWORT IN %)	55
ABBILDUNG 11: ZEIT VOM WOHNORT ZUR SUBSTITUTIONSPRAXIS (FÜR EINE STRECKE) UND EMPFINDEN DER WEITE DES ANFAHRTSWEGS (N = 228, $\chi^2=60,81$, $p<0,001$; KÜRZERER WEG: N=140, LÄNGERER WEG: N=88)	74
ABBILDUNG 12: ZEIT VOM WOHNORT ZUR SUBSTITUTIONSPRAXIS (FÜR EINE STRECKE) UND HÄUFIGKEIT DES AUFSUCHENS DER SUBSTITUTIONSPRAXIS (N = 224, $\chi^2=14,28$, $p=0,001$; KÜRZERER WEG: N=137, LÄNGERER WEG: N=87)	74

1 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Gegenstand des Projektes war die umfassende Evaluation der 3. Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (3. BtMVVÄndV) von 2017. Die Evaluation der Neuregelung zur substitions-gestützten Behandlung opioidabhängiger Menschen, der so genannten „Substitutions-Novelle“, wurde von der Gesundheitsministerkonferenz in 2018 einstimmig beschlossen. Mit der Novellierung der BtMVV sollte die Rechtssicherheit für substituierende Ärzt:innen verbessert und die Durchführung der Substitutionsbehandlung dem wissenschaftlichen Stand und praktischen Erfordernissen angepasst werden. Eine verbesserte und bedarfsgerechte Versorgung opioidabhängiger Menschen aufrechtzuerhalten, war das übergeordnete Ziel dieser Änderungen. Zudem war mit diesen Änderungen die Zielsetzung verbunden, dass sich mehr Ärzt:innen bereit erklären, an der Opioidsubstitution zu beteiligen.

Das modular aufgebaute Evaluationskonzept bestand aus quantitativen und qualitativen Erhebungsstrategien und umfasste einen Zeitraum von 3 Jahren (März 2019 bis Februar 2022). Die Erhebungen erfolgten einmalig oder als Wiederholungsbefragung (zwei Querschnittsuntersuchungen), teilweise bundesweit sowie in zuvor ausgewählten vier Modellregionen (Bayern, Hamburg, Nordrhein-Westfalen, Sachsen). Modul A umfasste die Auswertung von Daten des BfArM-Substitutionsregisters (Bundesopiumstelle) für vier Jahre (2017 bis 2020) und die schriftlichen Angaben der Landesärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen (2019/2020 und 2021/2022) sowie die Befragung von Expert:innen zur BtM-Sicherheit. Das Modul B adressierte die Betroffenen direkt. Es wurden alle substituierenden Ärzt:innen zweimal im Abstand von 2 Jahren per Fragebogen über die Bundesopiumstelle angeschrieben mit dem zusätzlichen Angebot einer digitalen Antwortmöglichkeit (2019 und 2021). Der Rücklauf betrug in 2019 855 Ärzt:innen (34%) und in 2021 550 Ärzt:innen (23%). In den Modellregionen wurden zusätzlich diejenigen Ärzt:innen angeschrieben, die von den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen die Erlaubnis zur Substitution erhalten haben, diese jedoch nie oder schon lange nicht mehr ausgeübt haben (2019, Rücklauf 125 Ärzt:innen). Vertiefend wurden ebenfalls zu 2 Erhebungszeitpunkten Interviews mit 31 bzw. 28 substituierenden Ärzt:innen (2019/2020 und 2021/2022) geführt. 233 substituierte Patient:innen wurden schriftlich befragt (2021), und eine Apothekenumfrage (Rücklauf N=480) wurde über die Apothekerkammern beworben (2021, online). Projektbegleitend wurden die Informationen zur 3. BtMVVÄndV in der allgemeinen Presse und ärztlichen oder pharmazeutischen Verbandsmedien ausgewertet (Modul C). Die Gesamtstudie wurde nach Ausbruch der COVID-19-Pandemie angepasst und die Bewertung und der Umgang mit der SARS-CoV-2 Arzneimittelversorgungsverordnung bezogen auf die Substitution wurden mit erhoben.

Der durch die 3. BtMVVÄndV angestrebte Anstieg der Anzahl substituierender Ärzt:innen konnte nicht erreicht werden. Zwischen 2017 und 2020 nahm deren Anzahl um 46 Personen ab, was einem

Rückgang von 1,8% entspricht. Die Abnahme zeigte sich vor allem in den meisten westlichen Bundesländern inklusive Berlin. In drei östlichen Bundesländern sowie in Schleswig-Holstein und Bayern gab es hingegen eine Zunahme substituierender Ärzt:innen. Der Altersdurchschnitt der substituierenden Ärzt:innen ist höher als der Durchschnitt aller niedergelassenen Hausärzt:innen und variiert zwischen den Bundesländern um mehr als zehn Jahre.

Durch eine Ausstellung von längeren Take-Home-Rezepten wurde keine höhere Verfügbarkeit von Substitutionsmedikamenten auf dem Schwarzmarkt bemerkt. Dazu haben sich acht Landeskriminalämter und bundesweit 21 Mitarbeiter:innen niedrighschwelliger Suchthilfeinrichtungen mit Straßensozialarbeit geäußert.

Grundsätzlich, wenn auch mit unterschiedlicher Relevanz für die alltägliche Arbeit, wurden die Änderungen der BtMVV in der ersten Befragung von der Ärzteschaft positiv wahrgenommen und beurteilt. Während 81,3 % der befragten Ärzt:innen mit einer suchtmmedizinischen Weiterbildung in 2019 angaben, ausreichend über die Änderungen informiert zu sein, traf dies auf nur 54,9 % derjenigen zu, die über keine suchtmmedizinische Weiterbildung verfügten und im Rahmen des Konsiliararztmodells tätig waren (alle Ärzt:innen:77,8 %). Die Möglichkeit, nunmehr die Substitution ohne zeitliche Vorgaben durchführen zu können, wurde von 84,3 % der substituierenden Ärzt:innen als für ihre Tätigkeit relevant eingestuft, gefolgt von der neuen Bewertung des Konsums von weiteren psychotropen Substanzen der Patient:innen (71,7 %), der Take-Home-Vergabemöglichkeit von bis zu 30 Tagen (69,5 %) und der größeren Rechtssicherheit bei der Ausübung ihrer Tätigkeit (65,5 %). Die nun deutlich formulierte Herausnahme der PSB-Erforderlichkeit aus der medikamentösen Substitution wurde nur von 43,9 % der Ärzt:innen als relevant eingeschätzt. Die qualitativen Interviews in den Modellregionen zeigten, dass die erhöhte Rechtssicherheit begrüßt, jedoch teilweise eher abwartend bewertet wurde, als eine Änderung, die sich erst in der Praxis bewähren müsse. Die Möglichkeit, bei stabilen Patient:innen die Substitutionsmedikamente bis zu 30 Tagen zur eigenverantwortlichen Einnahme verschreiben zu können, wurde als Erleichterung aufgenommen. Der bürokratische Aufwand jedoch als hoch und die Vergütung als nicht angemessen bewertet. Kritisch und in der quantitativen Befragung mit niedrigen Zustimmungsraten bewertet (14,8 %) wurde die Möglichkeit der Erhöhung der Patient:innenzahl im Rahmen der Konsiliarbehandlung auf nunmehr zehn Patient:innen. Diese Erhöhung wurde als Überforderung der beaufsichtigenden Konsiliare und der unter diesen substituierenden Ärzt:innen angesehen. Die neue Möglichkeit der Ausstellung von Mischrezepten (Take-Home und zwischenzeitliche Sichtvergabe auf einem Rezept) wurde nur von 22,0 % der Ärzt:innen als relevant eingestuft. Erwartungsgemäß wurde diese Neuerung von den Apotheker:innen kritisch gesehen und ca. ein Viertel lehnte die Annahme dieser Rezeptform ab, da sie nicht zur Sichtvergabe gezwungen werden wollten, die für Apotheker:innen eine freiwillige und nicht vergütete Leistung darstellt. Die prozentuale Zustimmung zur Relevanz der Änderungen der BtMVV war bei der zweiten Befragung in

2021 deutlich niedriger als noch in 2019, wobei sich hier bereits ein Gewöhnungseffekt der ca. vier Jahre zuvor eingeführten Veränderungen bemerkbar machen dürfte.

Bei den quantitativen und qualitativen Befragungen in 2021 wurde dezidiert nach den Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und der im April 2020 erlassenen SARS-CoV-2 Arzneimittelversorgungsverordnung gefragt, über die 63,9 % ausreichend informiert waren. Die zunächst befürchtete hohe Zahl an infizierten und schwer erkrankten Substitutionspatient:innen wurde nicht beobachtet. Gleichwohl wurden die veränderten Substitutionsregeln begrüßt und sollten in der Zukunft teilweise beibehalten werden, auch wenn einige der Regeln selten angewendet wurden. Die meisten Ärzt:innen begrüßten, dass die Substitutionsgesprächsziffer achtmal im Quartal auch bei telefonischem Kontakt mit den Patient:innen abgerechnet werden konnte. Knapp die Hälfte der Ärzt:innen gaben an, dass sie die Take-Home-Zeiten für stabile Patient:innen verlängert haben. Grundsätzlich gingen die Patient:innen mit einer erweiterten Take-Home-Praxis verantwortungsvoll um. Es zeigte sich jedoch, dass 42,5 % der Ärzt:innen zu der Vergabepaxis wie vor der Covid-19-Pandemie zurückkehren möchten, teils aus finanziellen Gründen, teils aber auch im Interesse der Patient:innen, die häufigere Vergabefrequenzen bevorzugten.

Die Evaluation hat gezeigt, dass es weiterer Maßnahmen jenseits der Änderung der BtMVV bedarf, um die Versorgung substituierter Patient:innen (insbesondere vor dem Hintergrund ansteigender Patient:innenzahlen) aufrechterhalten zu können. Eine hinreichende Anzahl an substituierenden Ärzt:innen ist dabei eine Grundvoraussetzung, da die Substitutionsbehandlung eine ärztliche Aufgabe ist. Um neue und junge Ärzt:innen für diese Aufgabe zu gewinnen, ist eine stärkere Integration der Suchtmedizin in die ärztliche Ausbildung notwendig, auch um der nach wie vor anzutreffenden Stigmatisierung der Opioidabhängigen entgegen zu wirken. Zusätzlich ist eine modifizierte Finanzierung der Abrechnungsmöglichkeiten zu überdenken, um dem möglichen Angebot einer Take-Home-Verordnung nicht entgegen zu wirken und damit den Patient:innen eine erweiterte Teilhabe am sozialen Leben zu ermöglichen. Ein weiterer Abbau von bürokratischen Hindernissen ist ebenfalls zu überlegen. Der Einbezug von Apotheken in die Substitutionsbehandlung sollte intensiviert und die Sichtvergabe von Substitutionsmedikamenten entsprechend finanziell vergütet werden. Apotheken können gerade in ländlichen Gebieten und bei langen Fahrwegen der Patient:innen zur substituierenden Praxis eine Unterstützung der Substitutionsbehandlung bieten. Die Möglichkeiten, die die (reformierte) BtMVV bereithält, müssen weiter ausgeschöpft werden. Hier sind nicht nur die Kassenärztlichen Vereinigungen und Ärztekammern, die unterschiedliche Kampagnen initiiert und auch finanzielle Unterstützung und Anreize gesetzt haben, in der Verantwortung. Auch neue Kooperationsmodelle ähnlich dem „Pakt für Substitution“ in Baden-Württemberg müssen etabliert und mit Leben gefüllt werden.

2 Einleitung

Die Behandlung opioidabhängiger Menschen mit Substitutionsmedikamenten ist weltweit die verbreitetste und effektivste Therapieoption der Opioidabhängigkeit (1). Die Opioidsubstitutionstherapie (opioid substitution treatment – OST) führt zu einer Reduktion des Gebrauchs von illegalen Substanzen, der Mortalität sowie des HIV- und Hepatitis-C-Risikoverhaltens und wirkt sich positiv auf die soziale Stabilisierung und (Re-)Integration der Patient:innen aus (2-7).

Der Anteil substituierter Opioidabhängiger erreichte im Jahr 2021 mit 81.300 in Deutschland einen Höchststand (2016: 78.500). Im vergleichbaren Zeitraum bewegte sich die Gesamtzahl substituierender Ärzt:innen zwischen 2.590 und 2.496 (8). Diese abnehmende Quote substituierender Ärzt:innen wird sich möglicherweise in den nächsten Jahren fortsetzen, da eine Vielzahl von ihnen schon jetzt oder in naher Zukunft das Renteneintrittsalter erreicht und demnach vor einer altersbedingten Praxisaufgabe steht. Viele substituierende Ärzt:innen haben grundsätzlich Probleme, Nachfolger:innen für eine Praxisübernahme zu finden (9, 10). Im Bericht zum Substitutionsregister des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) wurde erstmals für das Jahr 2018 aufgezeigt, dass von einer möglichen Unterversorgung vor allem ländliche Gebiete betroffen sind (11).

Die Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger ist eine originär ärztliche Tätigkeit und erfordert die erfolgreiche Teilnahme an dem Weiterbildungskurs „Suchtmedizinische Grundversorgung“ oder die ältere Bezeichnung „Fachkunde Sucht“. Ärzt:innen ohne diese Weiterbildung können Opioidabhängige nur unter der Supervision eines Arztes oder einer Ärztin (Konsiliaris) mit einer entsprechenden Erlaubnis substituieren. Apotheker:innen benötigen keine Fort- oder Weiterbildung, um sich an der Substitution zu beteiligen. Daher ist die genaue Anzahl der sich grundsätzlich an der Substitution beteiligten Apotheken nicht bekannt (12). Die Beteiligung der Apotheken kann auf drei unterschiedliche Arten erfolgen. Sie können substituierende Praxen oder Ambulanzen mit Substitutionsmedikamenten für die ärztliche Sichtvergabe beliefern, Take-Home-Rezepte zur eigenverantwortlichen Einnahme der Substituierten beliefern oder sich selbst an der Ausgabe des Substitutionsmedikaments in der Apotheke (Sichtbezug, Überlassung zum unmittelbaren Gebrauch) beteiligen. Der Sichtbezug unterliegt nicht dem so genannten Kontrahierungszwang, d.h. der gesetzlich auferlegten Pflicht zur Annahme eines Vertragsangebotes, und ist demnach eine freiwillige Leistung der Apotheken, der in der Regel nicht vergütet wird. Es liegen nur wenige internationale Studien zur OST in Apotheken vor. Eine australische Studie konnte zeigen, dass mangelnde finanzielle Unterstützung, der hohe Aufwand, generelle Vorurteile und die Stigmatisierung von Drogenabhängigen sowie Sicherheitsbedenken einer Beteiligung von Apotheken an der Substitution entgegenstehen (13).

Den Fortbestand und die Qualität der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger in Deutschland auch in Zukunft durch eine ausreichende Anzahl substituierender Ärzt:innen zu sichern, war ein

Hauptmotiv für den Beschluss der 3. Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (3. BtMVVÄndV) im Mai 2017. Übergeordnete Ziele dieser Novellierung waren die Verbesserung der Rechtssicherheit für substituierende Ärzt:innen und die Durchführung der Substitutionsbehandlung entsprechend dem neuesten wissenschaftlichen Stand und praktischen Erfordernissen. Erstmals wurden damit die medizinisch-therapeutischen Aspekte der Substitutionsbehandlung ausschließlich durch die Richtlinie der Bundesärztekammer (BÄK) geregelt (14), während sich die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) weitgehend auf die Verordnung der zugelassenen Substitutionsmedikamente und Aspekte der Betäubungsmittel (BtM)-Sicherheit beschränkt (15). In die Richtlinienkompetenz der BÄK wurden im Wesentlichen die Therapieziele, die Voraussetzungen für die Einleitung und Fortführung einer Substitutionsbehandlung sowie die Erstellung eines Therapiekonzepts überführt (16).

Eine wichtige Änderung ist die Bewertung ärztlich-therapeutischer Sachverhalte durch die BÄK, was die bisherige Strafbewehrung von Verstößen gegen die Therapieziele aufhebt. Die BÄK bzw. die Landesärztekammern (LÄK) sind nun, wie bei anderen ärztlichen Tätigkeiten auch, Ansprechpartner bei eventuellen Verstößen gegen die ärztlichen Berufspflichten im Rahmen der Substitutionsbehandlung. Vor allem die Fortsetzung der Substitutionsbehandlung trotz (dokumentiertem) Gebrauch weiterer legaler oder illegaler psychotroper Substanzen (Beikonsum) sowie die langjährig, z.T. dauerhaft fortgeführte Substitution hatten in der Vergangenheit in einigen Bundesländern zur Beendigung der Substitutionsbehandlung und zur Strafverfolgung von substituierenden Ärzt:innen geführt (17). Insofern ist die Aufgabe des Ziels der schrittweisen Wiederherstellung der Betäubungsmittelabstinenz eine bedeutsame Neuerung. Die Opioidabstinenz der Patient:innen als ein Behandlungsziel neben weiteren, soll nunmehr ohne zeitliche Vorgaben angestrebt werden. Die Langzeitbehandlung Opioidabhängiger mit Substitutionsmedikamenten ist auf Leidensminimierung und Schadensbegrenzung ausgerichtet. Für die Aufgabe von zeitlichen Vorgaben zur Erreichung einer Opioidabstinenz im Rahmen der Substitutionsbehandlung liegt ausreichend Evidenz vor (6, 18, 19). In der deutschen PREMOS-Studie konnten lediglich 8 % der Teilnehmenden eine temporäre und 4 % eine stabile Opioidabstinenz innerhalb von 6 Jahren erreichen (3).

Bezüglich der medizinischen Beurteilung und Behandlung des Beikonsums gibt die 3. BtMVVÄndV den Behandler:innen die therapeutische Freiheit, die Substitutionsbehandlung auch bei fortgesetztem Beikonsum weiterzuführen, wobei dessen Reduktion als ein Therapieziel verfolgt werden sollte. Ein Therapieabbruch oder eine Beendigung der Substitutionsbehandlung ohne alternative Anschlussbehandlung sollte möglichst vermieden werden, unter anderem, da ein Abbruch der Substitutionsbehandlung das Mortalitätsrisiko im Fall einer Wiederaufnahme des Drogenkonsums aufgrund geringerer Opioidtoleranzen erhöht (19-21).

Eine psychosoziale Betreuung (PSB) soll den substituierten Opioidabhängigen weiterhin regelhaft

empfohlen werden, ist aber nun explizit nicht mehr erforderlich, um eine Substitutionsbehandlung durchzuführen. Neuere Literaturübersichten kamen zu dem Ergebnis, dass ein genereller positiver Einfluss der PSB auf den Erfolg einer Substitutionsbehandlung wissenschaftlich nicht nachzuweisen ist (22, 23).

Die Möglichkeit, die Take-Home-Verordnung (von einer Apotheke ausgehändigte Substitutionsmittel zur eigenverantwortlichen Einnahme zu Hause) auf bis zu 30 Tage sowie die Ausnahme vom Sichtbezug (unmittelbare Substitutionsmitteleinnahme unter Aufsicht) auf bis zu 5 Tage auszudehnen, soll den substituierten Patient:innen mehr Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglichen und somit beispielsweise den (Wieder-)Einstieg in das Berufsleben erleichtern. Eine weitere Änderung besteht darin, dass Ärzt:innen ohne eine suchtmmedizinische Weiterbildung anstatt wie bisher 3 nunmehr bis zu 10 Patient:innen unter Betreuung durch einen Konsiliaris substituieren können. Während noch 2010 von Opiatabhängigen gesprochen wurde, wurde der Terminus 2017 in Opioidabhängige geändert. Dies eröffnet die Möglichkeit, auch Menschen mit einer Abhängigkeit von (halb-)synthetischen Opioiden wie beispielsweise Fentanyl, Tramadol oder Tilidin zu substituieren.

Einige Änderungen der BtMVV betreffen auch die Apotheken und werden in Teilen von der Bundesapothekerkammer (BAK) und der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. (ABDA) kritisch hinsichtlich eines gestiegenen Dokumentationsaufwands bei gleichzeitiger mangelhafter Finanzierung beurteilt (24, 25).

2.1 Substitution unter der COVID-19-Pandemie – SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung

Zu Beginn der COVID-19-Pandemie im März 2020 wurde befürchtet, dass sich die vulnerable Gruppe der Opioidabhängigen und demnach auch die substituierten Patient:innen überproportional häufig mit dem Coronavirus infizieren, die Krankheitslast erheblich und das Mortalitätsrisiko hoch seien würden. Zudem bestand die Sorge, dass substituierende Ärzt:innen erkranken oder sich in Quarantäne begeben müssten und Substitutionspatient:innen entweder unversorgt sein würden oder auf andere Ärzt:innengruppen verteilt werden müssten. Aus diesem Grund wurden im Rahmen der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung vorübergehend neue Regelungen eingeführt:

- Z-Rezepte (SZ, Verordnung zur ausnahmsweise eigenverantwortlichen Einnahme für die Überbrückung bei nicht stabilen Patient:innen) können bis zu vier Mal die Woche und für bis zu 7 Tage ausgestellt werden – auch ohne persönliche Konsultation.
- Take-Home-Rezepte (ST) dürfen auch ohne persönliche Konsultation ausgestellt werden.
- Die Limitierung der Höchstzahl von 10 Patient:innen im Rahmen der Konsiliarregelung ist ausgesetzt.
- Anderes Personal als medizinisches, pharmazeutisches oder pflegerisches kann mit der Überbrin-

gung des Substituts und ggf. dessen Überlassung zum unmittelbaren (Untersichteinnahme) oder zum eigenverantwortlichen Verbrauch (Take-Home) beauftragt werden.

- Notfallverordnungen gem. § 8 Abs. 6 BtMVV sind auch für Substitutionsmittel zulässig („N“ auf dem Rezept).
- BtM-Rezepte in der Praxis der vertretenen Ärztin/des vertretenden Arztes dürfen von der Ärztin/vom Arzt, die/der vertretungsweise die Substitution durchführt, verwendet werden.
- Die zeitliche Begrenzung in Vertretungsfällen ist ausgesetzt.
- Die Verabreichung des Buprenorphin-Depotpräparates kann über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgerechnet werden.
- Die Gebührenordnungsposition 01952 ist auch bei telefonischem Arzt-Patienten-Kontakt oder Videosprechstunde berechnungsfähig.
- Die Substitutionsgesprächsziffer 01952 darf bis zu 8 Mal im Quartal abgerechnet werden.

2.2 Substitutionsmedikamente und Schwarzmarkt

Ein Missbrauch bzw. die Weitergabe oder der Verkauf von Substitutionsmedikamenten kann durch die tägliche Vergabe an substituierte Drogenabhängige bzw. durch eine zeitliche begrenzte Mitgabe bei stabiler Substitution eingeschränkt, jedoch nicht gänzlich verhindert werden. Um die nicht-bestimmungsgemäße Verwendung von Substitutionsmedikamenten abzuschätzen, können statistische Erhebungen und Sekundärdaten (Hellfeld) oder über Betroffenen- und Stakeholder-Befragungen sowie Beobachtungsstudien (Dunkelfeld) herangezogen werden. Während sich die amtliche Kriminalstatistik auf das Hellfeld, d. h. auf die amtlich registrierten Vorgänge (z. B. Straftaten, Drogentodesfälle) bezieht, versucht die Dunkelfeldforschung Erkenntnisse über die bei der Polizei nicht bekannten Straftaten zu gewinnen.

In der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) finden sich in den Berichten in 2018 (hier ist auch das Jahr 2017 aufgeführt), 2019 und 2020 die Todesfälle nach Rauschgiftart. Im Jahr 2018 sind im Vergleich zu 2017 die monovalenten Vergiftungen mit Substitutionsmedikamenten angestiegen, jedoch in 2019 im Vergleich zu 2018 wieder gesunken und liegen 2020 auf dem gleichen Niveau wie 2017. Die polyvalenten Vergiftungen mit Substitutionsmitteln sind seit 2017 gesunken. Bezüglich der Fälle mit Beteiligung von racemischem Methadon, Levomethadon oder Buprenorphin zeigten sich schwer zu interpretierende Schwankungen. Der PKS sind überdies Angaben zur Entwicklung z. B. der Rauschgiftkriminalität oder der Menge an sichergestellten Rauschmitteln zu entnehmen, es finden sich jedoch keine Hinweise auf die Sicherstellung von Substitutionsmedikamenten (26). Der Missbrauch von Substitutionsmedikamenten wurde in Deutschland bisher in vier Studien in unterschiedlichen Settings untersucht. Zwischen November 2004 und März 2005 wurden von Fixpunkt e. V. Berlin 175 Drogennutzer:innen in niedrigschwelligen Einrichtungen und an Szenetreffpunkten zum intravenösen

(i. v.) Konsum von Substitutionsmedikamenten (in der Regel racemisches Methadon und Levomethadon) befragt. Während Nicht-Substituierte sich vorwiegend auf dem Schwarzmarkt versorgten, spritzten Substituierte in gleichem Umfang die vom Arzt oder der Ärztin erhaltenen oder von Freund:innen/Bekanntem erworbenen Substitutionsmedikamente (27). Buprenorphin wurde nur von einem relativ kleinen Kreis missbräuchlich verwendet. Zwei in niedrigschwelligen Einrichtungen 2008 und 2011 in Deutschland durchgeführte Befragungen unter jeweils über 800 Drogenabhängigen zeigten steigende Missbrauchstendenzen (28, 29). Die Befragten berichteten von einer höheren Verfügbarkeit von Substitutionsmedikamenten auf dem Schwarzmarkt bei gleichbleibenden Preisen. Die missbräuchliche Verwendung von Substitutionsmedikamenten war in allen drei Studien unter den Drogenabhängigen in einer Substitutionsbehandlung niedriger als unter denen, die sich nicht in einer Substitutionsbehandlung befanden. In der Studie von Bleckwenn et al. (30) an 605 substituierten Patient:innen in Substitutionspraxen (2010) wurde eine vergleichbare Lebenszeitprävalenz, jedoch verglichen mit den anderen drei Studien eine auffallend niedrige 30-Tage- und 24-Stunden-Prävalenz gefunden.

3 Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Ziel des Projekts war die umfassende Evaluation der Auswirkungen der 3. Verordnung zur Änderung der BtMVV vom 22.5.2017 aus unterschiedlichen Perspektiven.

Diese erfolgt nicht nur anhand von Dokumentationsdaten, sondern zusätzlich aus der Sicht der behandelnden Ärzt:innen, der substituierten Patient:innen sowie der beteiligten Apotheker:innen. Dabei geht es zum einen um die Abbildung der Entwicklung der Anzahl substituierender Ärzt:innen sowie die Anzahl substituierter Patient:innen über einen 3-Jahres-Zeitraum, zum anderen um die Erfahrungen und individuelle Bewertung eingetretener Veränderungen nach Inkrafttreten 3. BtMVVÄndV.

Zur Erreichung der Zielsetzungen wurde ein modulares Studiendesign entwickelt, welches sich in drei Hauptmodule unterteilt, in denen sowohl quantitative als auch qualitative Methoden zur Anwendung kommen. Diese verteilen sich über drei Jahre mit einmaligen und wiederholten Befragungen, um längerfristige Umsetzungsfolgen zu erfassen. Als nicht vorhersehbares Ereignis hat die COVID-19-Pandemie mit teilweise gravierenden Auswirkungen für alle Bürger:innen den Evaluationszeitraum überlagert. Die Projektmodule konnten in der eingeplanten Zeit im vorgesehenen Umfang durchgeführt werden. Die Befragung der Patient:innen, Apotheker:innen sowie die zweite quantitative und qualitative Befragung substituierender Ärzt:innen fanden zu unterschiedlichen Zeiten während der COVID-19-Pandemie statt. Die Fragebögen und Leitfragen wurden in Rücksprache mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) an die Pandemiebedingungen und die SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung angepasst.

Da nach der 3. BtMVVÄndV substituierende Ärzt:innen ihre Patient:innen lediglich der Bundesopium-

stelle und nicht mehr den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) melden müssen, haben diese nur noch Kenntnis über die Abrechnungsdaten. Ältere Verzeichnisse wurden z. T. zeitnah gelöscht. Die LÄK haben Kenntnis von allen Ärzt:innen, die potentiell substituieren dürfen. Diese werden entweder unter „Fachkunde Sucht“ oder unter der Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ geführt. Hochgerechnet auf alle 16 Bundesländer erhält man die Zahl von 8.000 bis 9.000 Ärzt:innen, die anzuschreiben wären. Darunter finden sich viele Ärzt:innen, die die „Suchtmedizinische Grundversorgung“ abgeschlossen haben, aber nie vorhatten zu substituieren. Als zentrale Stelle, die über genaue Angaben zu den substituierenden Ärzt:innen verfügt, bot sich die Bundesopiumstelle an, die bereit war, das Projekt zu unterstützen. Die Bundesopiumstelle hat zweimal im Erhebungszeitraum alle substituierenden Ärzt:innen angeschrieben (Verschickung des Fragebogens und Hinweis auf webbasierte Teilnahmemöglichkeit). Somit mussten die quantitativen Befragungen nicht über die Kassenärztlichen Vereinigungen oder Landesärztekammern stattfinden. Um nicht substituierende Ärzt:innen zu erreichen, doppelte Anfragen zu vermeiden und mit den bewilligten Projektmitteln eine Durchführung zu garantieren, haben die Kassenärztlichen Vereinigungen der Modellregionen (Bayern, Hamburg, Nordrhein, Sachsen und Westfalen-Lippe) diejenigen Ärzt:innen angeschrieben, die bei den KV die Genehmigung zur Substitution beantragt und bekommen, aber nie oder schon länger nicht mehr substituierten.

3.1 Operationalisierung der Ziele

Die Teilziele wurden entsprechend der modulspezifischen Fragestellungen und der jeweiligen Methodik operationalisiert und können der Tabelle 1 entnommen werden.

Tabelle 1: Operationalisierung der Teilziele

Teilziele	Zielerreichung
Modul A1: Auswertung von Dokumentationsdaten	
a) Analyse der Daten des BfArM-Substitutionsregisters (Bundesopiumstelle)	a) Die Daten des Substitutionsregisters wurden jährlich übermittelt für die Jahre 2017 (2. Halbjahr, rückwirkend) sowie 2018, 2019 und 2020 (jeweils unterteilt in Halbjahre).
b) Befragung von Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen in 2019 und 2021	b) Die Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen wurden telefonisch kontaktiert, ein Fragebogen wurde per E-Mail versandt.
Modul A2: Auswertung von Daten zur BtM-Sicherheit	
Erkenntnisse zur Sicherstellungen von opioidhaltigen Substitutionsmitteln	Entwicklung von Fragebögen/Leitfadeninterviews Im Zeitraum von November 2020 bis Ende Februar 2021:
Verfügbarkeit von Substitutionsmitteln auf dem Schwarzmarkt	Kontaktierung von 9 Landeskriminalämtern (LKÄ) (Hellfeld) Befragung von toxikologischen (und rechtsmedizinischen) Instituten außerhalb der LKÄ Bundesweite Befragung von niedrigschwellige Suchthilfeeinrichtungen mit Straßensozialarbeit (Streetwork) (Dunkelfeld)
Modul B1: Zwei Befragungen von substituierenden Ärzt:innen im Projektverlauf	
Bewertung der 3. BtMVVÄndV und assoziierter Themenfelder, zusätzlich in der zweiten Befragung Inanspruchnahme der Regelungen unter COVID-19:	a) Entwicklung von 3 Fragebögen in Printform, Onlineprogrammierung mit LimeSurvey Zweimalige anonyme Befragung der im Bundesopiumregister registrierten Ärzt:innen (Rücklauf 34 % und 23 %) Einmalige anonyme Befragung aller nicht (mehr) substituierenden Ärzt:innen in den Modellregionen (Rücklauf: 22 %)
a) Quantitative Befragung aller aktuell substituierender Ärzt:innen	b) Entwicklung von 2 Interviewleitfäden Zweimalig strukturierte Interviews mit substituierenden Ärzt:innen in den Modellregionen (N = 31 und N = 28)
b) Leitfadengestützte Interviews mit substituierenden Ärzt:innen	
Modul B2: Befragung von Patient:innen	
Quantitative Befragung von substituierten Patient:innen in den Modellregionen zu den wahrgenommenen Änderungen der BtMVV unter besonderer Berücksichtigung veränderter Take-Home-Regelung und PSB-Inanspruchnahme	Entwicklung eines Fragebogens, Print Festlegung des Befragungsablaufs zur Wahrung der Anonymität der Befragten Je 10 Fragebögen wurden an die zuvor interviewten Ärzt:innen versandt
Modul B3: Befragung von Apothekerinnen und Apothekern	
Befragung zu den wahrgenommenen Veränderungen der ärztlichen Verschreibungspraxis und deren Auswirkungen	Entwicklung eines Online-Fragebogens Bekanntmachung der Befragung durch die Apothekerkammern der Modellregionen
Modul C: Perception der Auswirkungen der 3. BtMVVÄndV in den Fachmedien	
Umgang und Bewertung der 3. BtMVVÄndV in den Medien	Projektbegleitende Auswertung von Berichten in Verbandsmitteilungen, Presseberichten und wissenschaftlichen Publikationen

4 Methodik und Durchführung der Module

Ein positives Ethikvotum der Lokalen Psychologischen Ethikkommission am Zentrum für Psychosoziale Medizin (LPEK) des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf liegt vor (LPEK-0084).

4.1 Modul A1: Auswertung von Dokumentationsdaten über 3 Jahre

Die Daten des BfArM-Substitutionsregisters (Bundesopiumstelle) wurden für vier Jahre – 2017, 2018, 2019 und 2020 – rückwirkend ausgewertet, um die Entwicklung der Patient:innenzahlen und die Zahlen der substituierenden Ärzt:innen (inkl. konsiliarische Behandlungen) und regionale Besonderheiten im Verlauf darzustellen. Die Daten wurden anonymisiert von der Bundesopiumstelle für jeweils zwei Halbjahre zur Verfügung gestellt, wobei die Anzahl substituierter Patient:innen als aggregierte Information vorliegt. Daten zum verwendeten Substitutionsmittel waren nicht enthalten. Aufgrund der Verfügbarkeit der Daten aus 2017 allein für das 2. Halbjahr wurden für die vergleichenden Analysen für alle weiteren Jahre die Daten des jeweiligen 2. Halbjahres herangezogen. (Daten für das Jahr 2021 – in dem erneut ein deutlicher Rückgang der Anzahl substituierender Ärzt:innen zu verzeichnen war – konnten leider nicht mehr herangezogen werden, da dieser Auswertungszeitraum im Projektantrag nicht explizit aufgeführt war und infolgedessen keine gesonderte Genehmigung vom BfArM erteilt werden konnte.)

Die Daten liegen aggregiert auf Kreisebene vor, so dass Veränderungen für alle bundesdeutschen 401 Landkreise und kreisfreien Städte dargestellt werden können. Ferner kann die zahlenmäßige Entwicklung auch auf der Ebene der Bundesländer ausgewertet werden. Die Veränderungen zwischen 2017 und 2020 pro Kreis und Bundesland werden in absoluten Zahlen und als relative Anteile tabellarisch und grafisch dargestellt. Sind für das Jahr 2020 keine Angaben vorhanden, wird die Berechnung der Differenz auf das letzte Jahr bezogen, in dem Registerdaten gemeldet wurden. Fehlen Angaben aus dem Jahr 2017 wird auf das nächst spätere Jahr, für das Daten vorliegen, als Berechnungsgrundlage zurückgegriffen. (Dies hat zur Folge, dass die Gesamtdifferenz zwischen 2017 und 2020 von der Summe der Differenzen der einzelnen Kreise leicht abweichen kann.)

Um die Angaben der Bundesopiumstelle zu ergänzen, wurden alle 17 Kassenärztlichen Vereinigungen und Landesärztekammern persönlich kontaktiert und mittels eines Kurzfragebogens, z. B. zur Altersstruktur der substituierenden Ärzt:innen, zum Angebot und Inanspruchnahme der Fortbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ oder neu erteilten institutionellen Ermächtigungen befragt. Die erste Befragung fand Ende 2019 (für die Jahre 2017 und 2018) statt, die zweite Befragung Ende 2021 (für die Jahre 2019 und 2020 und ggf. 2021).

4.2 Modul A2: Expert:inneninterviews zur BtM-Sicherheit

In diesem Modul sollte untersucht werden, ob sich in den Jahren nach Inkrafttreten der 3. BtMVVÄndV im Oktober 2017 die Verfügbarkeit von Substitutionsmedikamenten auf dem Schwarzmarkt erhöht hat. Da die Take-Home-Vergabemöglichkeit von 7 auf max. 30 Tage sowie die Überbrückung von Wochenenden/Feiertagen von 3 auf 5 Tage ausgedehnt wurde, verfügen substituierte Patient:innen über mehr Substitutionsmedikamente zur eigenverantwortlichen Einnahme, die ggf. auf dem Schwarzmarkt verkauft werden könnten.

Es handelte sich bei diesem Evaluationsmodul weder um eine komplette Hell- oder Dunkelfeldanalyse, sondern um eine Erhebung der Einschätzungen unterschiedlicher Akteure. Bezogen auf das „Hellfeld“ wurden die LKÄ der Modellregionen Bayern, Hamburg, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und darüber hinaus die LKÄ in Niedersachsen, Baden-Württemberg, Hessen, Rheinland-Pfalz und Berlin kontaktiert. Die Forensische Toxikologie in Freiburg, die auch die Proben (Blut, Feststoffe) anderer Institute bei unklaren Befunden analysiert, wurde ebenfalls einbezogen.

Um das „Dunkelfeld“ zu untersuchen, wurden in größeren Städten im Bundesgebiet (über die Modellregionen hinaus) niedrigschwellige Suchthilfeeinrichtungen mit Streetwork befragt. Dazu wurde ein kurzer Fragebogen erstellt, der auch Fragen zu weiteren Substanzen wie Benzodiazepinen, Pregabalin oder synthetischen Opioiden enthielt und den Teilnehmenden ggf. vorab per E-Mail geschickt wurde. In einem telefonischen Interview wurde der Fragebogen durchgegangen. Insgesamt wurden 21 telefonische Interviews geführt (Tabelle 2).

Tabelle 2: Teilnehmende Suchthilfeeinrichtungen nach Bundesländer und Städte zur BtM-Sicherheit

Bundesland	Stadt	Anzahl der Interviews
Baden-Württemberg	Stuttgart	2
Bayern	München, Nürnberg	3
Berlin	Berlin	2
Bremen	Bremen	1
Hamburg	Hamburg	2
Hessen	Frankfurt am Main	1
Mecklenburg-Vorpommern	Rostock	1
Niedersachsen	Hannover	1
Nordrhein-Westfalen	Köln, Dortmund, Bochum	3
Rheinland-Pfalz	Mainz	1
Sachsen	Leipzig	1
Sachsen-Anhalt	Halle	1
Schleswig-Holstein	Kiel	1
Thüringen	Erfurt	1
N = 14 Bundesländer	N = 17 Städte	21 Interviews

Als Referenzjahr wurde das Jahr 2017 gesetzt und mit den Jahren 2018/2019 sowie 2020 (wenn möglich) verglichen. Am 20.04.2020 trat die SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung in Kraft, die eine erweiterte Take-Home-Vergabe von grundsätzlich 7 Tagen ermöglichte, um die Kontaktfrequenz

und die Risiken einer Infektion mit COVID-19 zu reduzieren. Daher wurde das Jahr 2020 separat betrachtet.

4.3 Modul B1: Befragung der von der 3. BtMVVÄndV betroffenen substituierenden Ärzt:innen, Patient:innen und Apotheker:innen

4.3.1 Modul B1a: Quantitative Befragung substituierender Ärzt:innen

Die Befragung aller substituierenden Ärzt:innen erfolgte zweimal im Projektzeitraum. Diese Erhebungen wurden, u.a. um die Anonymität der Teilnehmenden zu wahren, als zwei Querschnitterhebungen geplant und nicht als eine Längsschnittbefragung.

Von der Bundesopiumstelle des BfArM wurden deutschlandweit alle substituierenden Ärzt:innen angeschrieben, die am 12.8.2018 (erste Erhebung) und am 12.8.2020 (zweite Erhebung) Patient:innen im Datenstand der Bundesopiumstelle hatten und deren Patient:innen noch nicht gelöscht waren, und um die Beantwortung eines Fragebogens gebeten. Darüber hinaus erfolgte eine Befragung von nicht oder schon länger nicht mehr substituierenden Ärzt:innen in den Modellregionen Bayern, Hamburg, Nordrhein-Westfalen (Westfalen-Lippe, Nordrhein) und Sachsen über die örtlichen Kassenärztlichen Vereinigungen (Erhebung nur 2019). Die angeschriebenen Ärzt:innen hatten in der Vergangenheit um eine Substitutionsgenehmigung gebeten und diese von den zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen auch erhalten. Die Befragungen fanden im Zeitraum von August bis Dezember 2019 und von Ende August bis Dezember 2021 statt.

Es handelte sich um anonyme Befragungen, die aggregiert ausgewertet wurden. Die Bundesopiumstelle sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen der Modellregionen erhielten vorfrankierte Umschläge mit einem jeweils angepassten Anschreiben, dem Fragebogen und einem Rückumschlag. Die frankierten und verschlossenen Umschläge wurden von der Bundesopiumstelle und den Kassenärztlichen Vereinigungen mit Adressaufklebern versehen und verschickt. Alle Ärzt:innen hatten die Möglichkeit, den jeweiligen Fragebogen auch webbasiert, über die Online-Umfrage-Applikation LimeSurvey, zu beantworten.

Die Fragebögen wurden in Kooperation mit substituierenden Ärzt:innen und dem für Substitutionsfragen zuständigen Bereichsleiter der Bundesärztekammer entwickelt. Daraufhin erfolgte eine Pilotierung mit dem Studienteam bekannten substituierenden Ärzt:innen, die zu einer leichten Überarbeitung des Fragebogens führte. Die Inhalte der Befragung bezogen sich auf strukturelle Merkmale (z. B. ärztliches Fachgebiet, Qualifikation zur Substitution, Anzahl Substituierter, Art der Praxis) sowie auf die in der 3. BtMVVÄndV beschlossenen Neuerungen (u. a. größere Rechtssicherheit, neue Bewertung des Beikonsums, veränderte Take-Home-Regelungen, Nutzung der Konsiliarregelung, Herausnahme der Erforderlichkeit psychosozialer Betreuungsmaßnahmen und Kooperation mit Apotheken sowie anderen Einrichtungen). Die zweite Befragung, ursprünglich als reine Wiederholungsbefra-

gebung konzipiert, konzentrierte sich auf die temporären Änderungen der BtMVV sowie die Arbeitsbedingungen unter der COVID-19-Pandemie. Der Fragebogen wurde entsprechend, wiederum unter Einbezug substituierender Ärzt:innen verändert. Die Anzahl an beantworteten Fragebögen enthält Tabelle 3. Die Möglichkeit, den Fragebogen auch webbasiert zu beantworten, wurde selten genutzt (2019: 11 Ärzt:innen, 2021: 15 Ärzt:innen). Die angestrebte Beteiligung von jeweils mindestens 250 Ärzt:innen wurde erreicht.

Tabelle 3: Rücklauf der quantitativen Ärztinnen- und Ärztebefragung in 2019 und 2021

Versand über	2019		2021	
	Versendet N	Rücklauf N (%)	Versendet N	Rücklauf N (%)
Bundesopiumstelle (bundesweit)	2.503	855 (34,1)	2.416	550 (22,8)
KV (in fünf Modellregionen)	563	125 (22,2)		

Für die Überprüfung der regionalen Repräsentativität der zurück erhaltenen Fragebögen wurde die Teilnahmequote der substituierenden Ärzt:innen pro Bundesland der Quote der durch die Bundesopiumstelle versendeten Fragebögen pro Bundesland gegenübergestellt. Die Abbildungen 1 und 2 zeigen für beide Befragungen eine nahezu identische Verteilung.

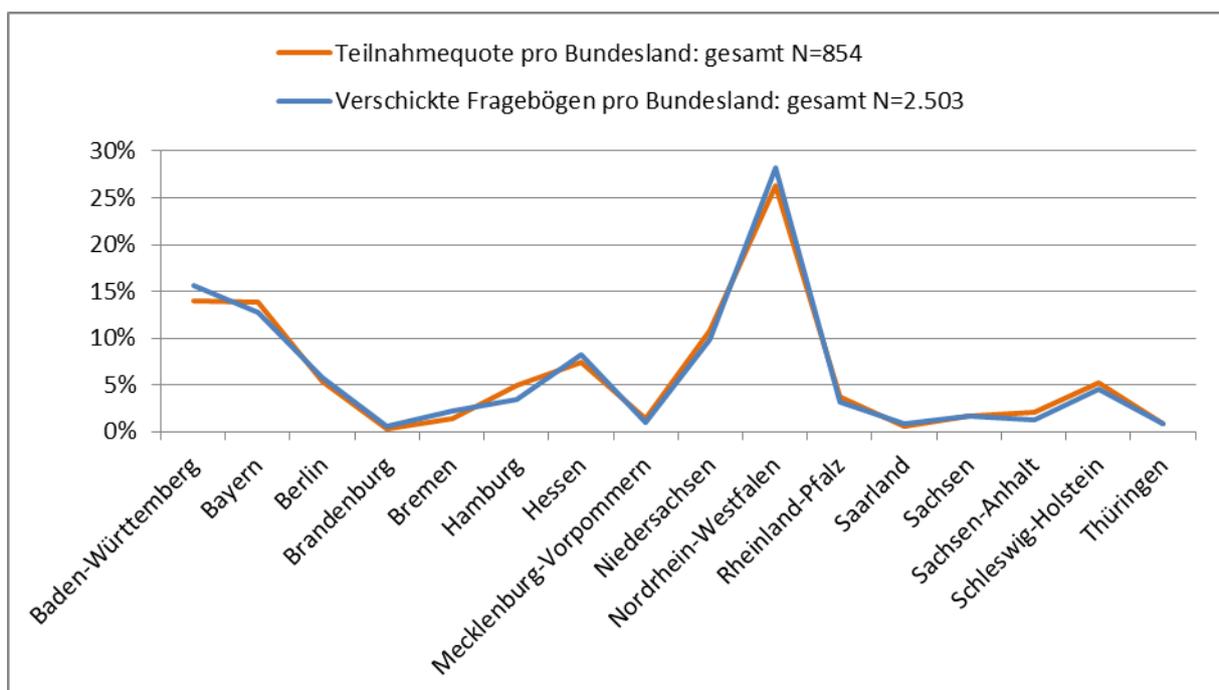


Abbildung 1: Teilnahmequoten der bundesweiten quantitativen Befragung von substituierenden Ärzt:innen pro Bundesland in 2019

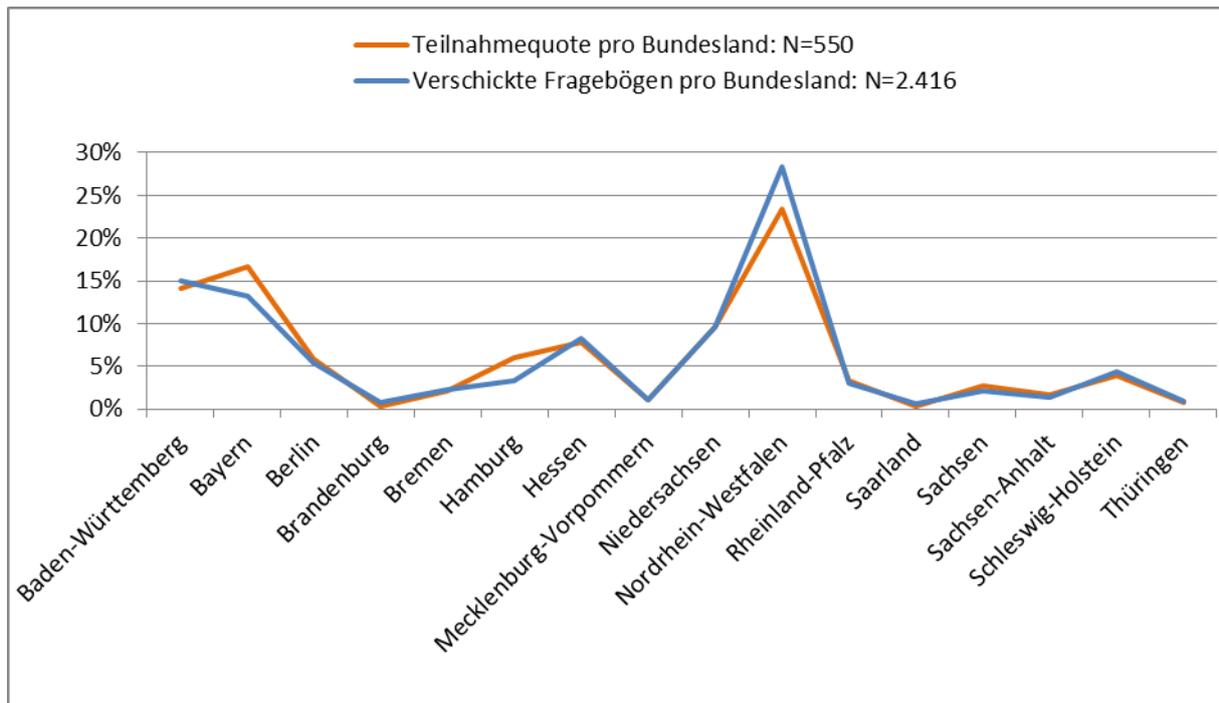


Abbildung 2: Teilnahmequoten der bundesweiten quantitativen Befragung von substituierenden Ärzt:innen pro Bundesland in 2021

4.3.2 Modul B1b: Qualitative Befragung substituierender Ärzt:innen

Ergänzend zu den schriftlichen Befragungen substituierender Ärzt:innen wurden in den vier ausgewählten Modellregionen vertiefende leitfadengestützte Interviews mit substituierenden Ärzt:innen geführt. Die Auswahl dieser Regionen erfolgte einerseits geografisch (städtisch versus ländlich) sowie gezielt nach besser und schlechter bzw. unterversorgten Gebieten. Als Modellregionen wurden Bayern, Hamburg, Nordrhein-Westfalen (KV-Bezirk Nordrhein und KV-Bezirk Westfalen-Lippe) und Sachsen ausgewählt. Die Interviews wurden zunächst vor Ort in den Praxen der Teilnehmenden geführt. Die Ärzt:innen wurden über die Studie aufgeklärt, gaben ihr schriftliches Einverständnis zur Audioaufnahme und erhielten eine Aufwandsentschädigung. Die Aufnahmen wurden innerhalb von 5 Tagen transkribiert (und anonymisiert) und anschließend gelöscht. Es wurde angestrebt, dieselben Ärzt:innen zwei Jahre später wiederholt zu interviewen. Die zweiten Interviews fanden aufgrund der COVID-19-Pandemie nicht nur vor Ort in Präsenz, sondern auch per Videogespräch oder telefonisch statt.

Die Inhalte des Interviewleitfadens bezogen sich auf strukturelle Merkmale (ärztliches Fachgebiet, Qualifikation und Erfahrung, Anzahl Substituierter, Art der Praxis) sowie auf die in der 3. BtMVVÄndV beschlossenen Neuerungen. Darüber hinaus enthielt der Leitfaden Fragen zur Kooperation und Vernetzung substituierender Ärzt:innen und möglichen Versorgungsengpässen in der Region. Im zweiten Interview lag der Fokus auf den COVID-19-Bedingungen und der entsprechenden Sonderverordnung zur Substitutionsbehandlung.

Alle Interviewten verfügten über die Zusatzweiterbildung "Suchtmedizinische Grundversorgung" oder die „Fachkunde Sucht“. In 2019 wurden in Bayern Ärzt:innen aus allen sieben Regierungsbezirken (Unterfranken, Schwaben, Oberpfalz, Oberfranken, Mittelfranken, Oberbayern, Niederbayern) interviewt. In Nordrhein-Westfalen wurden zwölf Interviews, sechs in Westfalen-Lippe und sechs in Nordrhein durchgeführt (Tabelle 4). Ärzt:innen, die im Konsiliarverfahren arbeiteten, wurden nicht angefragt. Es wurde stattdessen bei der Auswahl der Interviewten Wert darauf gelegt, dass diese über einen Überblick über die Region verfügten und uns ggf. zusätzlich zu ihren Erfahrungen als Konsiliarärzt:in Auskunft geben konnten. In 2021 konnten drei Ärzt:innen trotz wiederholter Anfragen und z. T. abgesprochener Termine nicht noch einmal interviewt werden, da das Arbeitsaufkommen in den Praxen aufgrund von COVID-19 und der damit im Zusammenhang stehenden Impfkampagnen zu hoch war. Ein Arzt aus Nordrhein-Westfalen (NRW) wurde zudem durch einen Arzt einer anderen Praxis aus NRW ersetzt.

Tabelle 4: Qualitative Befragung von substituierenden Ärzt:innen

Modellregionen	Durchgeführte Interviews: Dezember 2019 bis April 2020	Durchgeführte Interviews: Juli bis Oktober 2021
Sachsen	4	3
Hamburg	5	5
Nordrhein-Westfalen	12	11
Bayern	10	9
Gesamt	31	28

4.4 Modul B2: Quantitative Befragung substituierter Patient:innen

Die interviewten Ärzt:innen wurden gebeten, je zehn Fragebögen an substituierte Patient:innen auszugeben, die sich mindestens zwei Jahre in Substitution befanden. Die Befragung war anonym. Die Teilnehmenden erhielten ein schriftliches Aufklärungsdokument und einen Fragebogen mit Rückumschlag. Der Rückversand an das ZIS erfolgte über die Praxen, und die Patient:innen erhielten für ihre Studienteilnahme je fünf Euro Aufwandsentschädigung. Die geplante Fallzahl wurde auf N = 200 festgesetzt, um eine ausreichend große Stichprobe für mögliche statistische Untergruppenvergleiche zu erhalten.

Es wurde ein Fragebogen in Kooperation mit substituierenden Ärzt:innen entwickelt. Die Fragen bezogen sich auf die Änderungen der BtMVV, die für Patient:innen konkret messbare Auswirkungen gehabt haben könnten. Dabei ging es im Wesentlichen um veränderte Take-Home-Regelungen und einen veränderten Umgang mit Beikonsum. Es wurden fünf Pretests mit Patient:innen in Hamburg durchgeführt. Die Ergebnisse der Pretests wurden zur Finalisierung des Fragebogens herangezogen.

Die Befragung fand zwischen März und August 2021 statt. Von den insgesamt 238 ausgefüllten Fragebögen wurden fünf von der Auswertung ausgeschlossen, da sich die Patient:innen insgesamt erst

weniger als zwei Jahre in einer Substitutionsbehandlung befanden (was als Einschlusskriterium formuliert wurde). Somit wurden 233 Patient:innen in die Auswertung eingeschlossen (86 aus Nordrhein-Westfalen, 77 aus Bayern, 39 aus Sachsen, 28 aus Hamburg, 3 fehlende Angaben).

4.5 Modul B3: Quantitative Befragung von Apotheker:innen

Die Befragung von Apotheker:innen in den Modellregionen fand über die örtlichen Apothekerkammern statt. Da die Apothekerkammern ihre Mitglieder in der Regel online kontaktieren und auch die Newsletter mittlerweile digital verschickt werden, wurde vereinbart, die Befragung online mittels LimeSurvey durchzuführen. Die Erstellung des Fragebogens gestaltete sich langwieriger als geplant, da viele Akteure einbezogen wurden, die zudem COVID-19-bedingt arbeitsmäßig ausgelastet waren.

Es wurde ein Fragebogen in Kooperation mit neun Apotheker:innen sowie den Apothekerkammern entwickelt. Der Fragebogen richtete sich an drei unterschiedliche Zielgruppen: 1. Apotheken, die an der Substitution teilnehmen, 2. Apotheken, die schon einmal an der Substitution teilgenommen hatten, aber aktuell nicht mehr und 3. Apotheken, die noch niemals an der Substitution beteiligt waren. Für alle drei Gruppen wurden unterschiedliche Fragenkomplexe erstellt. Lediglich die Fragen zu Geschlecht, Alter, Apothekengröße, Apothekendichte sowie zuständiger Landesapothekerkammer und Standort (erste drei Ziffern der Postleitzahl) wurden allen Teilnehmenden präsentiert. Apotheken, die aktuell an der Substitution beteiligt waren, wurden nach Veränderungen hinsichtlich Take-Home-Verordnungen und Abgaben unter Sichtbezug seit der 3. BtMVVÄndV sowie unter den Bedingungen der Covid-19-Pandemie gefragt. Zusätzliche Fragen bezogen sich auf die Vertragssituation (Arzt-Apotheker-Verträge), die monatliche Informationspflicht, die (Nicht-)Honorierung der Sichtvergaben, der Inanspruchnahme von Botendiensten durch Substituierte sowie persönliche Einstellung in Bezug auf die Substitution Opioidabhängiger. Den beiden anderen Gruppen wurden hauptsächlich Einstellungsfragen bzw. Fragen dazu gestellt, warum sie nicht oder nicht mehr an der Substitution beteiligt sind. Die Größe der Apotheken wurde durch die ungefähre Anzahl an Kundenkontakten pro Tag festgelegt (bis zu 150 Kundenkontakten = klein, 151-300 Kundenkontakte = mittelgroß, über 300 Kundenkontakte = groß). Die Apothekendichte wurde daran gemessen, welchen Umkreis in Kilometern eine Apotheke bei Dienstbereitschaft abdecken muss (bis 10 km, 11-19 km, 20 km oder weiter). Dies wurde in Absprache mit den Apothekerkammern festgelegt.

Der Fragebogen wurde im November/Dezember 2020 von den Apothekerkammern beworben und im Januar/Februar 2021 wurde eine Erinnerung versandt. Insgesamt nahmen 516 Apotheker:innen an der Befragung teil. 480 Fragebögen konnten ausgewertet werden. Der Rücklauf pro Kammerbezirk ist in Tabelle 5 dargestellt. Da unbekannt ist, wie viele Apotheker:innen adressiert wurden, kann keine Aussage über die Teilnahmequote getroffen werden. Angestrebt war, mindestens 150 Apotheker:innen zu erreichen.

Tabelle 5: Rücklauf der Apotheker:innen-Befragung

	Rücklauf (N = 480)
Bayern	186
Hamburg	34
Sachsen	83
Nordrhein	56
Westfalen-Lippe	121

4.6 Modul C: Perzeption der Auswirkungen der 3. BtMVVÄndV in den Fachmedien

Während des Projektzeitraums wurden die Auswirkungen, deren Bewertung und der Umgang mit der 3. BtMVVÄndV im Versorgungsalltag, wie sie in Ärztezeitungen und Verbandsmitteilungen, Presseberichten und wissenschaftlichen Publikationen berichtet und ggf. kommentiert wurden, recherchiert, ausgewertet und schriftlich zusammengefasst. Recherchiert wurde auf den Internetseiten der 17 KVen sowie der 17 LÄK gemäß der Bundesländer, ausgenommen von Nordrhein-Westfalen, das in die Kammerbezirke Nordrhein und Westfalen-Lippe untergliedert ist. Hierbei wurden die entsprechenden Websites sowohl händisch durchsucht als auch die Begriffe *3. BtMVVÄndV*, *BtMVV*, *Substitution* und *Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung* in Suchfunktionsfelder eingegeben. Landesärzteblätter wurden, sofern eine elektronische Suchfunktion verfügbar war, ebenfalls durchsucht. In der onlinegestützten Suchfunktion des *Deutschen Ärzteblatts* wurde nach *3. BtMVVÄndV*, *BtMVV*, *Substitution Änderung*, *Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung* sowie *Substitution Novelle* gesucht und themenrelevante Artikel, die seit 2016 veröffentlicht wurden, berücksichtigt. Ferner wurden projektbegleitend in die Literaturdatenbank *PubMed* die Suchbegriffe *3. BtMVVÄndV*, *BtMVV*, *Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung*, *Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnungen*, *Substitutionsnovelle*, *"Narcotic Drugs Prescription Ordinance"*, *Substitution Amendment Germany*, *OST amendment* sowie *"Opioid substitution therapy" amendment* eingegeben. In Google Scholar wurden die Suchtermini *3. BtMVVÄndV*, *BtMVV Substitution Änderung*, *Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung*, *Substitution Novelle*, *"Narcotic Drugs Prescription Ordinance"* und *"Opioid substitution therapy" amendment* verwendet. Die Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS) e. V. ist der mitgliederstärkste Verbund in der deutschen Suchtmedizin und eine interdisziplinäre medizinische Dachorganisation im Suchtbereich. Ihr kommt folglich bei der Umsetzung der Regelungen der Substitutionstherapie sowie Bewertung dieser eine besondere Rolle zu. Aufgrund dessen wurden die Aktivitäten der DGS in Bezug auf die 3. BtMVVÄndV projektbegleitend zusammengefasst. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e. V. ist die Dachorganisation der deutschen Suchthilfe sowie Suchtselbsthilfe. Der Verein akzept – Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik e. V. ist ein interdisziplinärer Zusammenschluss von praktisch sowie wissenschaftlich tätigen drogenpolitischen Akteuren. Somit erscheint es sinnvoll, auch die Aktivitäten und

Veröffentlichungen dieser beiden Institutionen betreffend der 3. BtMVVÄndV zu betrachten. Die Website der DHS wurde nach den Stichworten *Substitution* und *BtMVV* durchsucht. Die Recherche auf der Website von akzept war durch ein nicht vorhandenes Suchfeld eingeschränkt, weshalb keine systematische Suche nach begleitenden Aktivitäten zur 3. BtMVVÄndV, sondern lediglich eine per Handsuche durchgeführt werden konnte. Die Website der Spitzenorganisation der deutschen Apotheker, die ABDA, wurde ebenfalls auf den Umgang mit der 3. BtMVVÄndV durchsucht. Zudem erfolgte eine Suche nach Berichten bis Juni 2020 auch auf den online Nachrichtenseiten DER SPIEGEL (online), ZEIT ONLINE, Süddeutsche Zeitung und Frankfurter Allgemeine Zeitung. Hierbei wurden die Suchbegriffe *3. BtMVVÄndV*, *Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung*, *Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnungen*, *Substitutionspraxis* und *Substitutionsnovelle* verwendet. Es wurde der Frage nachgegangen, auf welche Weise die Änderungen der BtMVV verbreitet und welche flankierenden Maßnahmen seit 2017 durchgeführt wurden.

4.7 Datenerhebung und Auswertung

Die quantitativen Auswertungen erfolgten mithilfe des Statistikprogramms IBM® SPSS® Statistics 22 (IBM Corporation 2013). Als statistische Tests wurden für die Analyse von Mittelwertunterschieden T-Tests und Varianzanalysen sowie bei nominalen Daten Chi²-Tests eingesetzt. Die regionale Zuordnung der Praxiseinrichtungen nach städtischen und ländlichen Bereichen, den Kreisregionen der Bundesrepublik Deutschland, erfolgte anhand der ersten drei Ziffern der Postleitzahl der jeweiligen Einrichtungen (31). Kreisregionen werden vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) in siedlungsstrukturelle Kreistypen unterteilt. Auf diese Weise können vier siedlungsstrukturelle Kreistypen unterschieden werden: kreisfreie Großstädte, städtische Kreise, ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen sowie dünn besiedelte ländliche Kreise. Diese Einordnung berücksichtigt, dass die Lebensbedingungen der Kreise sowie ihre Veränderungen von der Entwicklung sowie Struktur der jeweiligen Region, vielmehr des Regionstyps abhängig sind (Bundesinstitut für Bau). In einigen Fällen war es aufgrund identischer Postleitzahlziffern der ersten drei Stellen nicht möglich, eine eindeutige Zuordnung zu einem Kreistypen vorzunehmen. Für weitergehende Analysen wurden die beiden Kreistypen „ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen“ und „dünn besiedelter ländlicher Kreis“ zu dem Kreis „ländlicher Kreis“ zusammengefasst.

Die qualitativen Interviews dauerten zwischen 60 und 90 Minuten. Die Aufnahmen wurden innerhalb von 5 Tagen transkribiert, anonymisiert und anschließend gelöscht. Auf die Wiedergabe wörtlicher Zitate wurde verzichtet, um die Anonymität der interviewten Ärzt:innen zu wahren. Die Transkripte wurden von zwei Forscher:innen entsprechend der Leitfadengebiete thematisch gruppiert und ausgewertet. Im Rahmen des vollständigen Durchlaufs des Originalmaterials wurden inhaltlich relevante Textbestandteile identifiziert, extrahiert und Unterkategorien zur Bewertung und praktischen Rele-

vanz der Änderungen der 3. BtMVVÄndV, der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung sowie der strukturellen Bedingungen zugeordnet.

5 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

Alle Meilensteine konnten in der geplanten Zeit mit vertretbaren Abweichungen erfolgreich durchgeführt werden.

5.1 Darstellung des Projektverlaufs

Tabelle 6: EVASUNO Zeitplan (März 2019 bis Februar 2022)

	Quartal													
	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.	1.	
	im Jahr 2019				im Jahr 2020				im Jahr 2021				2022	
Projektvorbereitung (Planung, Instrumente, Ethik)	x	x												
Auswertung von Dokumentationsdaten für 2017/2018		x	x											
Erste quantitative Befragung substituierender Ärzt:innen			x	x										
Erste qualitative Befragung substituierender Ärzt:innen			x	x	x									
Quantitative Befragung von Patient:innen				x	x	x								
Auswertung von Dokumentationsdaten für das Jahr 2019						x	x							
Befragung von Apotheker:innen							x	x						
Expert:innenbefragung zur BtM-Sicherheit								x	x					
Auswertung von Dokumentationsdaten für das Jahr 2020									x	x				
Zweite quantitative Befragung substituierender Ärzt:innen										x	x			
Zweite qualitative Befragung substituierender Ärzt:innen											x	x		
Perzeption (Literatur, Berichte, Stellungnahmen)													x	x
Synthese, Bericht, Publikationen													x	x
Meilenstein 1 (M1)		x												
Meilenstein 2 (M2)			x											
Meilenstein 3 (M3)				x										
Meilenstein 4 (M4)					x									
Meilenstein 5 (M5)						x								
Meilenstein 6 (M6)							x							
Meilenstein 7 (M7)								x						
Meilenstein 8 (M8)									x					
Meilenstein 9 (M9)										x				
Meilenstein 10 (M10)											x			
Meilenstein 11 (M11)												x		
Meilenstein 12 (M12)														x

Meilensteine:

M 1: Abschluss der Projektvorbereitung, Fertigstellung der Erhebungsinstrumente (Fragebögen, Interview), Ethikvotum für die Durchführung der Befragungen.

M 2: Auswertungen der Dokumentationsdaten für 2017/2018 (Modul A1) liegen vor. Festlegung der weiteren 2-3 Modellregionen.
M 3: Abschluss der 1. quantitativen Befragung von Ärzt:innen (Modul B1).
M 4: Abschluss der 1. qualitativen Interviews mit Ärzt:innen (Modul B1).
M 5: Beendigung quantitative Befragung von Patient:innen (Modul B2).
M 6: Auswertungen der Dokumentationsdaten für 2019 (Modul A1) liegen vor.
M 7: Beendigung quantitative Befragung von Apotheker:innen (Modul B3).
M 8: Interviews mit Expert:innen zur BtM-Sicherheit beendet (Modul A2).
M 9: Auswertungen der Dokumentationsdaten für 2020 (Modul A1) liegen vor.
M 10: Abschluss der 2. quantitativen Befragung von Ärzt:innen (Modul B1).
M 11: Abschluss der 2. qualitativen Interviews mit Ärzt:innen (Modul B1).
M 12: Literaturanalyse und Synthese-Bericht liegen vor, Publikationen zu ausgewählten Fragen der Evaluation.

5.2 Abweichung vom Finanzplan

Abweichend vom Antrag und in Absprache mit dem Bundesverwaltungsamt (BVA) wurden die Sachmittel (8.2.5 Vergabe von Aufträgen) um Briefmarken für die quantitativen Ärzt:innenbefragungen erweitert. Es wurden keine Aufträge an Kassenärztliche Vereinigungen vergeben, da die Bundesopiumstelle sich bereit erklärt hatte, zweimal alle substituierenden Ärzt:innen anzuschreiben und die von uns vorbereiteten und frankierten Briefumschläge mit Fragebogen, Anschreiben und Rückantwortumschlag mit Adressaufklebern zu versehen und zu versenden. Fünf Kassenärztliche Vereinigungen (Bayern, Hamburg, Nordrhein, Sachsen, Westfalen-Lippe) haben für uns Ärzt:innen angeschrieben, denen die Erlaubnis zur Substitution erteilt wurde, die davon aber nie oder schon lange keinen Gebrauch mehr gemacht hatten. Das Vorgehen entsprach dem der Bundesopiumstelle.

In bestimmten Phasen während der COVID-19-Pandemie übernahmen eine nicht-wissenschaftliche Mitarbeitende Aufgaben, für die studentische Hilfskräfte eingeplant waren. Dieses Vorgehen wurde ebenfalls mit dem BVA abgestimmt, da studentischen Hilfskräften zeitweise der Zugang zum Institut nicht gestattet war und die Arbeiten vor Ort erfolgen mussten.

5.3 Positive und negative Erfahrungen und Probleme

Positiv ist die Unterstützungsbereitschaft aller Beteiligten hervorzuheben, die das große Interesse an diesem gesundheitspolitisch relevanten Thema zeigte. Als sehr hilfreich bei der Umsetzung des Projekts stellte sich heraus, dass zum einen die Evaluation der 3. BtMVVÄndV von allen Bundesländern in der Gesundheitsministerkonferenz 2018 einstimmig beschlossen wurde (32) und ein Schreiben des BMG vorlag, welches dem ZIS die Durchführung des Vorhabens bescheinigte.

Während der COVID-19-Pandemie war die Überlastung des Gesundheitssystems deutlich spürbar und deren Aufmerksamkeit verlagerte sich auf andere, zu dieser Zeit bedeutsamere Themenbereiche und erschwerte die Durchführung des Projektes.

6 Ergebnisse

6.1 Modul A1: Auswertung von Dokumentationsdaten über 3 Jahre

Insgesamt nahm die Anzahl substituierender Ärzt:innen zwischen 2017 und 2020 um 46 Personen ab, was einem Rückgang von 1,8 % entspricht. Gleichzeitig erhöhte sich die Anzahl an substituierten Patient:innen um 2.668 (entsprechend 3,4 %) auf 81.347. Diese zahlenmäßig gegenläufige Entwicklung verweist auf ein zunehmendes Versorgungsproblem in der medikamentösen Behandlung Opioidabhängiger, das sich nach einem erneuten Rückgang der Ärzt:innenzahlen im Jahr 2021 noch weiter zuspitzen dürfte (8). Bundesweit wurden im 2. Halbjahr 2020 in 38 Landkreisen und kreisfreien Städten keine substituierten Patient:innen an das Substitutionsregister gemeldet (9,5 %), d. h. es liegen damit keine Angaben zu Patient:innen- und Ärzt:innenzahlen vor.

In Tabelle A1 im Anhang ist die Veränderung der Zahlen an Substituierten und behandelnden Ärzt:innen in Deutschland zwischen 2017 und 2020 (jeweils bezogen auf das 2. Halbjahr) pro Kreis aufgeführt. In einer Region, dem Landkreis Hannover, nahm die Anzahl substituierender Ärzt:innen um elf Personen ab, was einem relativen Rückgang von 19,3 % entspricht. Zugleich verringerte sich dort die Zahl substituierten Patient:innen im gleichen Zeitraum um 3,1 %. In sechs Regionen, vier Kreisen und zwei kreisfreien Städten (Berlin, Bremen), verringerte sich die Anzahl substituierender Ärzt:innen um fünf bis neun Personen. In Berlin trifft dieser Rückgang auf eine deutliche Zunahme an Substitutionspatient:innen. In weiteren 17 Regionen nahm die Anzahl substituierender Ärzt:innen um drei oder vier Behandler:innen ab. Bis auf drei Kreise korrespondierte dies mit der gleichzeitigen Abnahme (oder Beibehaltung) der Substituiertenzahlen. Eine Abnahme um zwei behandelnde Ärzt:innen ist in 32 Kreisen und Städten zu beobachten, jeweils ein:e Substitutionsärzt:in hat ihre Tätigkeit in 75 Kreisen aufgegeben. Insgesamt hat sich damit in einem Drittel aller Kreise bzw. kreisfreien Städte die Zahl substituierender Ärzt:innen reduziert (32,7 %). In 119 Kreisen ist die Zahl substituierender Ärzt:innen gleichgeblieben (29,7 %). In Abbildung 3 ist die Veränderung der Anzahl substituierender Ärzt:innen zwischen 2017 und 2020 pro Kreis grafisch dargestellt. Es ist erkennbar, dass die rot eingefärbten Gebiete, die eine Abnahme an Ärzt:innenzahlen anzeigen, den grünen Regionen überwiegen. Der Rückgang an substituierenden Ärzt:innen scheint dabei über ganz Deutschland verteilt. Regionale Schwerpunkte sind nur teilweise auszumachen, etwa im westlichen Niedersachsen, in Nordrhein-Westfalen und im Südwesten.

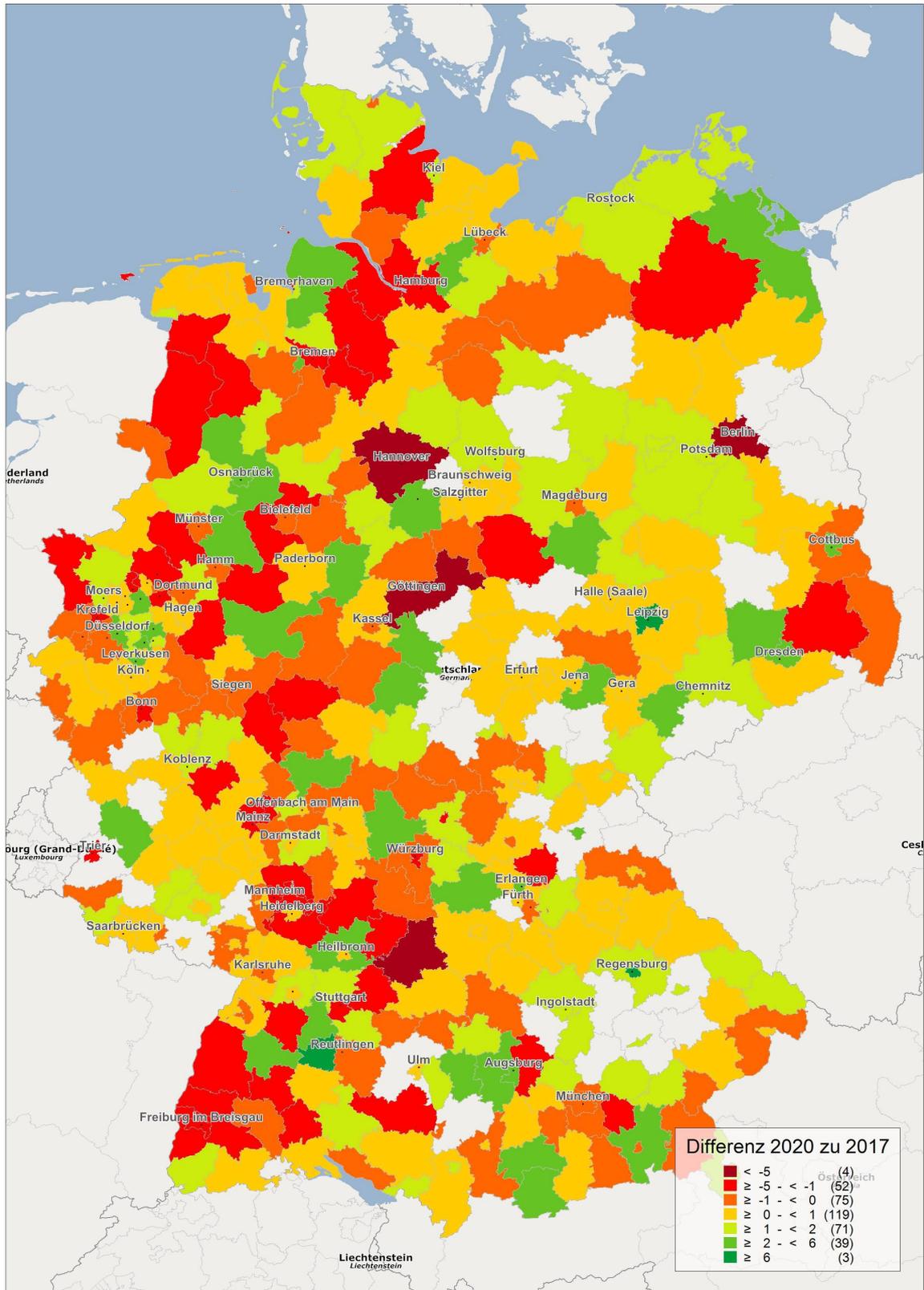


Abbildung 3: Veränderung der Anzahl substituierender Ärzt:innen zwischen 2017 und 2020 (jeweils 2. Halbjahr) pro Kreis

In gut einem Drittel aller Kreise, allerdings nicht denselben der oben genannten (wenngleich es Überschneidungen gibt), nahmen auch die Patient:innenzahlen ab (34,4 %). Eine besonders deutliche Abnahme mit mehr als 100 Fällen zeigte sich in vier Kreisen bzw. Städten (u. a. Hamburg). In weiteren 16 Regionen ergab sich ein Rückgang zwischen 50 und 100 Patient:innen innerhalb des Zeitraums 2017 bis 2020. Eine Zunahme der Anzahl substituierter Patient:innen erfolgte in 202, also praktisch der Hälfte aller Kreise (50,4 %). Im Unterschied zur Entwicklung der Ärzt:innenzahlen (wo es aufgrund der kleinen Zahlenwerte wenig Sinn macht) sind die Patient:innendaten sowohl absolut als auch in Prozent dargestellt (Abbildung 4 und 5). Schaut man auf die orange bis rot gefärbten Regionen, die wiederum einen Rückgang an substituierten Patient:innen anzeigen, so lassen sich diese vornehmlich in den westlichen Bundesländern und hier v. a. in Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg finden. Hier scheint der Rückgang an substituierten Patient:innen mit dem oben beschriebenen Rückgang der Ärzt:innenzahlen zu korrespondieren. Bei genauerer, vergleichender Betrachtung der Landkarten (Abbildung 3 und 4) lassen sich aber auch Regionen mit besonders großer Diskrepanz feststellen. So trifft im westlichen Niedersachsen und im Rheinland eine Zunahme der Patient:innenzahlen auf eine Abnahme oder teilweise Beibehaltung der Zahl an substituierenden Ärzt:innen. Dies gilt auch für den Südwesten Baden-Württembergs und das südöstliche Bayern. Eine umgekehrte Situation lässt sich regional hingegen nicht schwerpunktmäßig zuordnen.

Insgesamt stehen 37 Kreise (9,2 %) mit negativer Bilanz (Abnahme an Ärzt:innen bei gleichzeitiger Zunahme an Patient:innen um mindestens 10) nur 14 Kreisen (3,5 %) mit einem positiven Verhältnis (Zunahme an Ärzt:innen bei gleichzeitiger Abnahme an Patient:innen um mindestens 10) gegenüber.

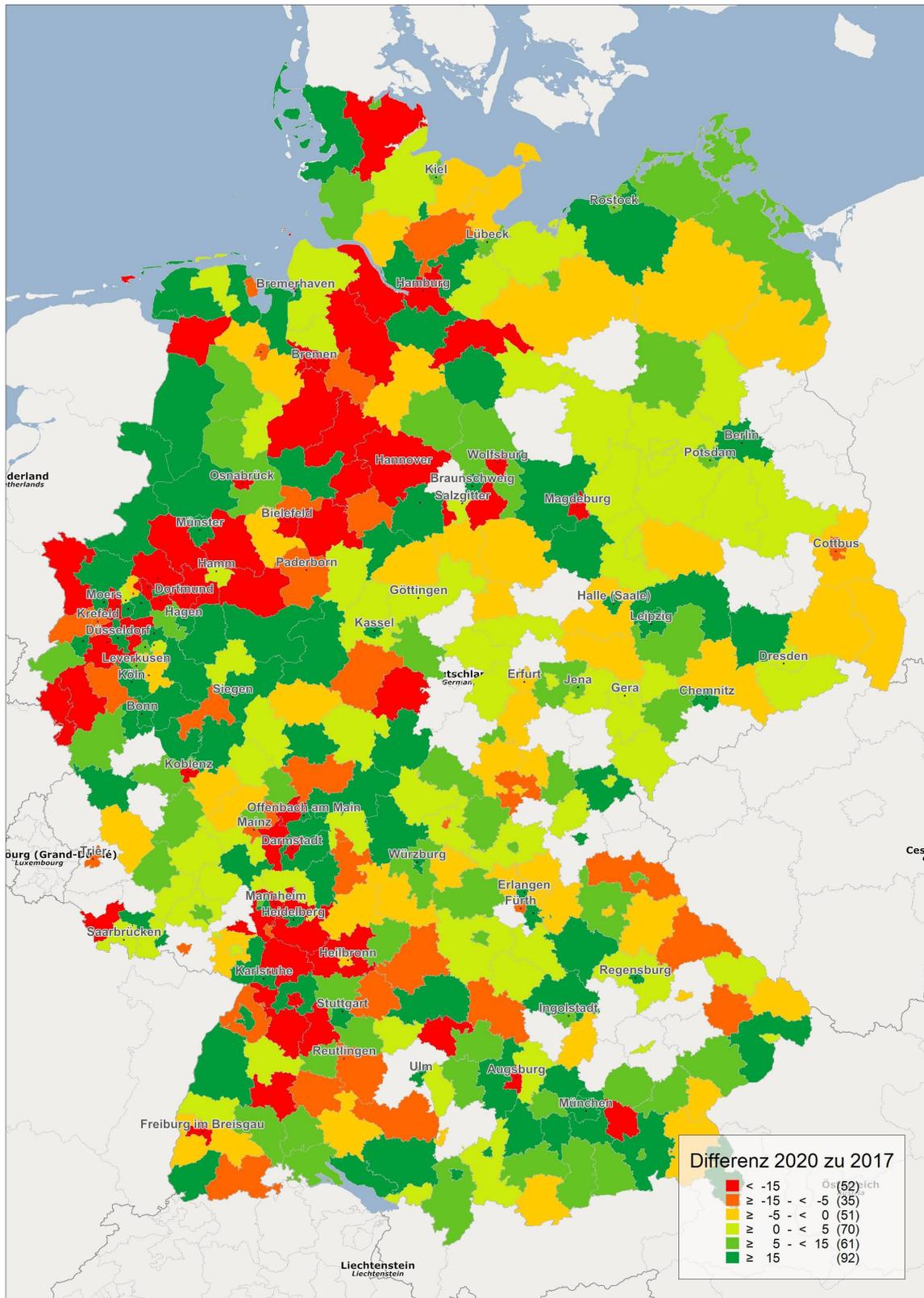


Abbildung 4: Veränderung der Anzahl substituierter Patient:innen zwischen 2017 und 2020 (jeweils 2. Halbjahr) pro Kreis

Die große Anzahl an Substituierten ermöglicht es, wie erwähnt, die Veränderungen zwischen 2017 und 2020 auch prozentual abzubilden. Auch hier ist ersichtlich, dass die Farben Gelb und Grün dominieren, sich somit eine Zunahme an Patient:innen in der Mehrzahl der Regionen und Kreise in Deutschland feststellen lässt. Wählt man die in der Legende der Abbildung 6 aufgeführte kategoriale Einteilung, zeigt sich in 116 Kreisen ein mindestens 15-prozentiger Anstieg der Substituiertenzahlen, was 28,9 % aller 401 Kreise und kreisfreien Städte entspricht. Die Interpretation der prozentualen Veränderungen (insbesondere der dunkelrot gefärbten Gebiete) sollte allerdings vorsichtiger ausfallen, da es hier bei sehr kleinen Patient:innenzahlen in 2017 bereits schnell zu einer Zu- oder Abnahme um 50 % oder gar 100 % kommen kann.

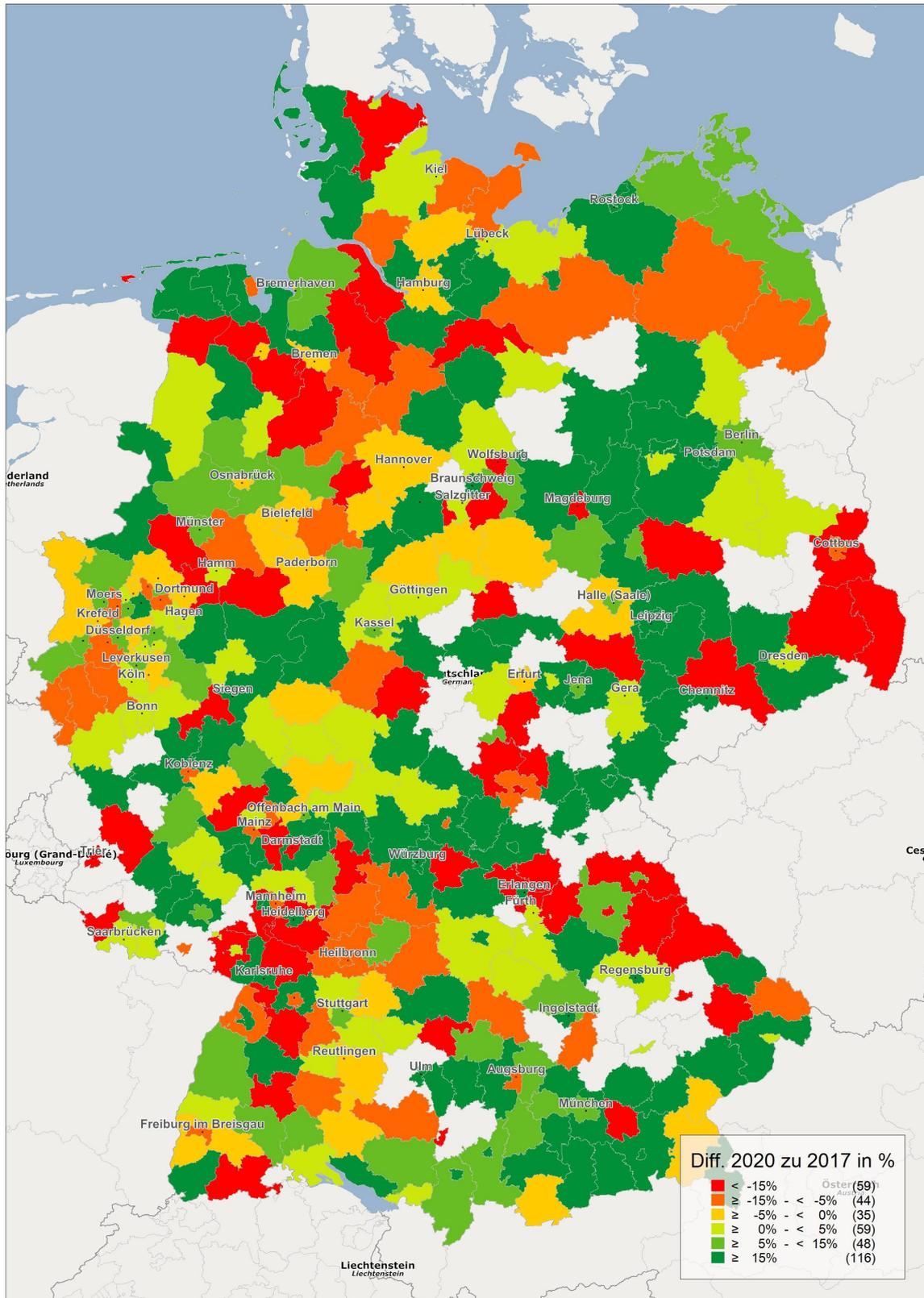


Abbildung 5: Prozentuale Veränderung der Anzahl substituierter Patient:innen zwischen 2017 und 2020 (jeweils 2. Halbjahr) pro Kreis

Werden als größere Einheit die Bundesländer betrachtet, die mit Ausnahme von Nordrhein-Westfalen, das in zwei Kammerbezirke unterteilt ist (den Landesärztekammern und Kassenärztlichen

Vereinigungen entsprechend), ergibt sich eine relativ eindeutige Differenzierung. In den meisten westlichen Bundesländern inklusive Berlin nahm die Anzahl substituierender Ärzt:innen zwischen 2017 und 2020 um mehr als eine Person ab (Abbildung 6). Im Saarland sowie in Sachsen-Anhalt und in Thüringen blieb die Ärzt:innenzahl um plus-minus eine Person unverändert. In den übrigen östlichen Bundesländern sowie in Schleswig-Holstein und Bayern gab es hingegen eine Zunahme substituierender Ärzt:innen um mindestens zwei Personen.

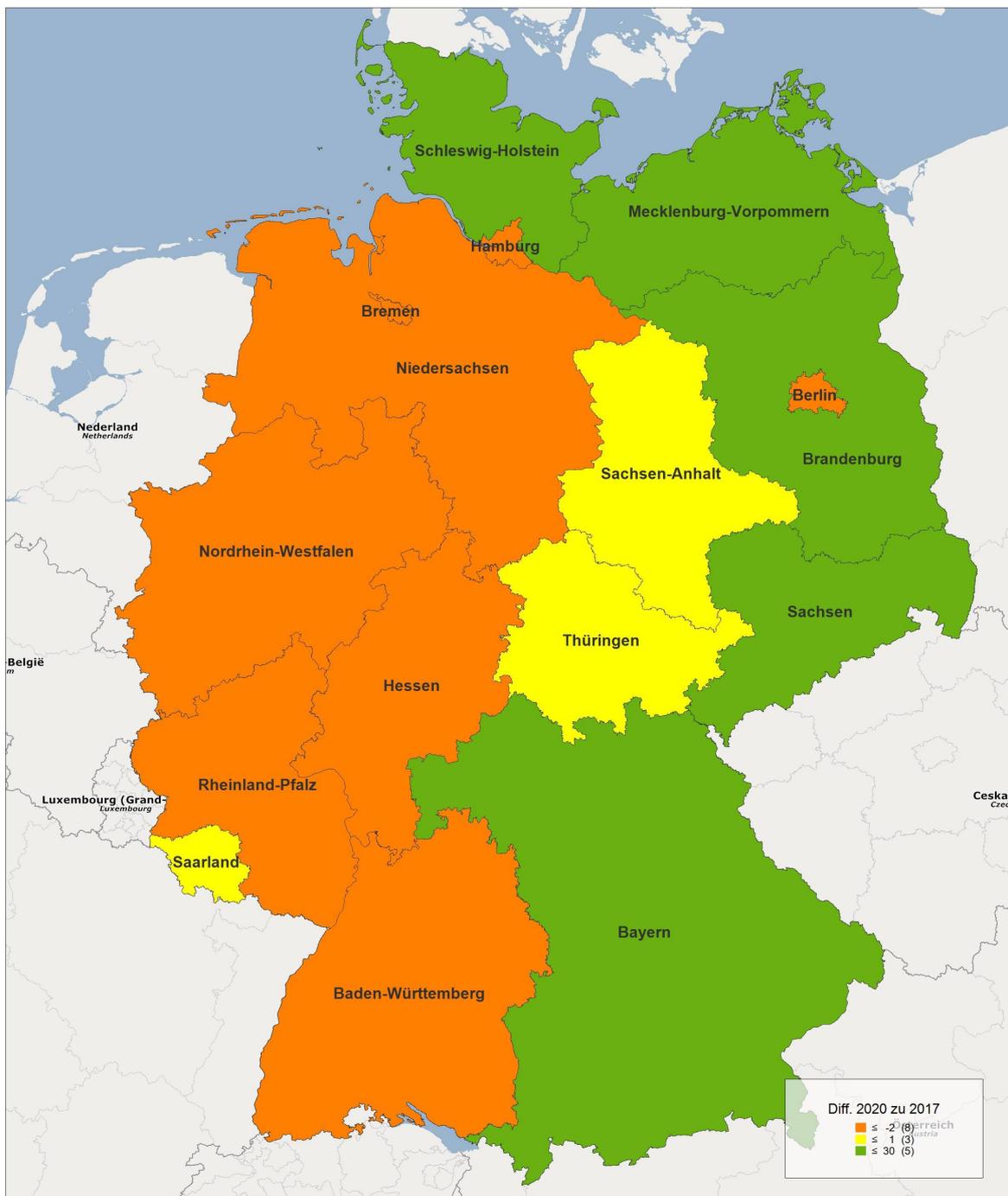


Abbildung 6: Veränderung der Anzahl substituierender Ärzt:innen zwischen 2017 und 2020 (jeweils 2. Halbjahr) pro Bundesland

Wie bereits auf Kreisebene festgestellt, zeigt sich auch auf Ebene der Bundesländer die Diskrepanz in der Entwicklung der Zahlen substituierender Ärzt:innen und Patient:innen. In Abbildung 7, in der die Veränderung der Substituiertenzahlen nach drei Kategorien – Abnahme um mindestens 100, gleichbleibend um plus-minus 100 und Zunahme um mehr als 100 Personen – zusammengefasst ist, zeigt sich, dass dies v. a. für die Bundesländer Nordrhein-Westfalen, Hessen, Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg und Berlin gilt. In diesen Ländern nahmen die Patient:innenzahlen zwischen 2017 und 2020 zu bei gleichzeitiger Abnahme der Anzahl substituierender Ärzt:innen. Aber auch in Bremen dürfte es zu Versorgungsproblemen kommen, da es hier bei mehr oder weniger gleichbleibender Patient:innenzahl zu einem Rückgang an Ärzt:innen gekommen ist. Entgegen dem Trend verhält es sich in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg: Die weitgehend unveränderten (bzw. leicht angestiegenen) Patient:innenzahlen treffen auf eine Zunahme an substituierenden Ärzt:innen, wobei in diesen beiden Bundesländern die insgesamt sehr niedrige Anzahl an Substituierten zu berücksichtigen ist. In Tabelle A2 im Anhang ist die absolute und prozentuale Differenz der Anzahl Substituierter und Ärzt:innen zwischen 2017 und 2020 (jeweils bezogen auf das 2. Halbjahr) pro Bundesland im Einzelnen dargestellt.

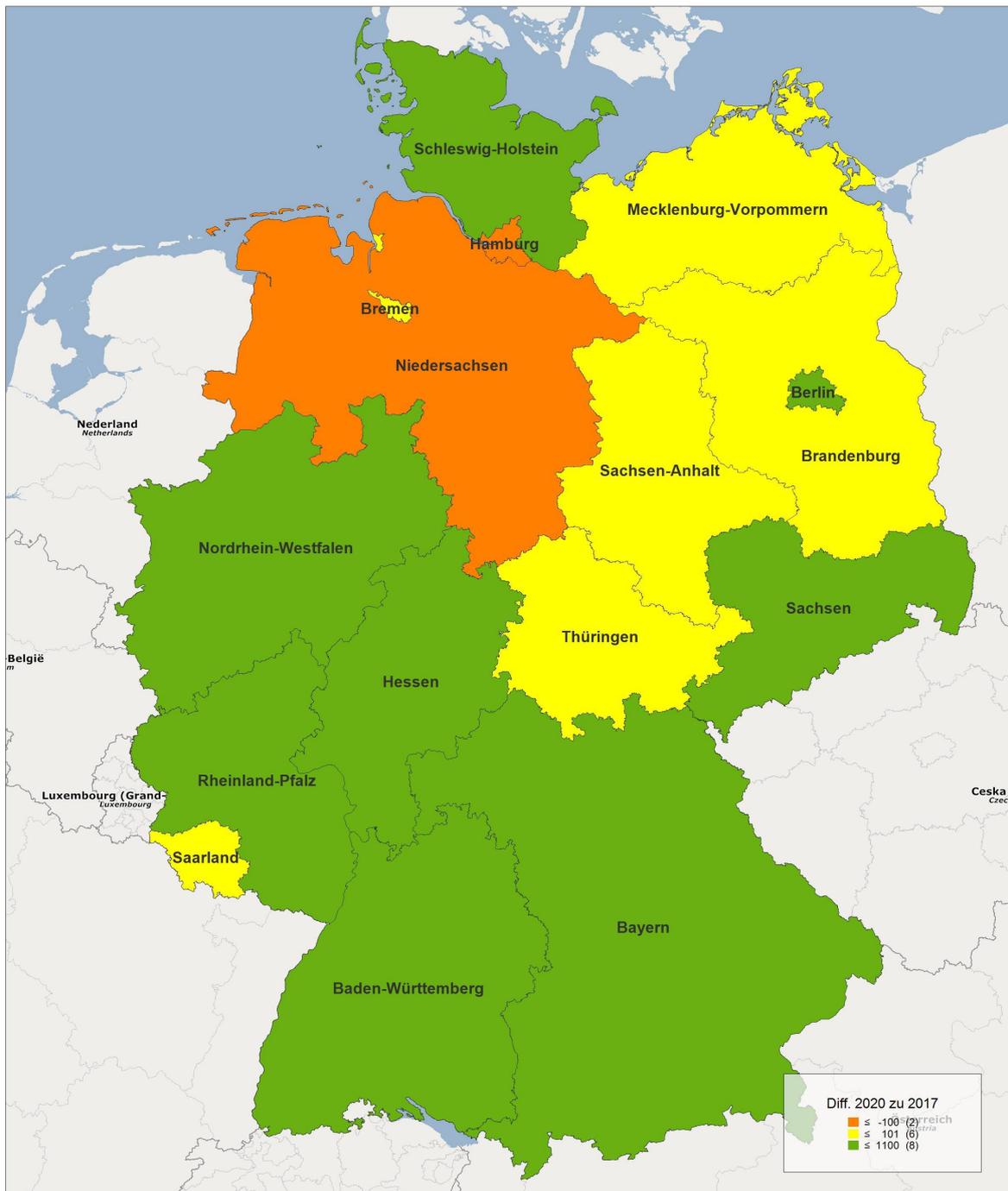


Abbildung 7: Veränderung der Anzahl substituierter Patient:innen zwischen 2017 und 2020 (jeweils 2. Halbjahr) pro Bundesland

Zusammenfassend wird deutlich, dass sich die Veränderung der Substituierten- und Ärzt:innenzahlen regional unterschiedlich darstellt und bei anhaltender Dynamik insbesondere in einigen Regionen und Landkreisen der westlichen Bundesländer eine weitere Zuspitzung der Versorgungsproblematik in der medikamentengestützten Behandlung Opioidabhängiger erfolgen dürfte. Die medizinische Versorgung dieser Patient:innengruppe kann – erst recht bei einer (gesundheitpolitisch gewünschten) Zunahme an Substitutionspatient:innen – nur durch eine Erweiterung des Behandlungsangebots

in bestehenden Praxen/Ambulanzen oder durch neu hinzu gewonnene suchtmmedizinisch tätige Ärzt:innen oder auch Fachambulanzen gewährleistet werden.

6.2 Modul A1: Befragung von Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen

In 2019 haben 15 Landesärztekammern und 16 Kassenärztliche Vereinigungen den zugesandten Fragebogen beantwortet, in 2021 waren es 14 Landesärztekammern und 13 Kassenärztliche Vereinigungen. Die Ergebnisse werden zusammenfassend dargestellt.

In 2019 haben 12 Kassenärztliche Vereinigungen für insgesamt N = 1.629 substituierende Ärzt:innen das jeweilige Alter pro Person (anonym) übermittelt, so dass ein Mittelwert (Streuung) von 58,6 ($\pm 8,9$) Jahren berechnet werden konnte. Die übersandten Altersmittelwerte der 12 KVen können der Tabelle 7 entnommen werden.

Tabelle 7: Altersmittelwerte (Streuung) substituierender Ärzt:innen (berichtet durch 12 Kassenärztliche Vereinigungen)

Altersmittelwerte von 12 Kassenärztlichen Vereinigungen (M, SD)											
55,4	56,4	57,4	57,4	58,0	58,3	58,4	58,5	58,8	59,0	59,3	67,5
($\pm 9,3$)	($\pm 8,5$)	($\pm 8,5$)	($\pm 9,1$)	($\pm 8,8$)	($\pm 8,4$)	($\pm 8,8$)	($\pm 9,5$)	($\pm 8,1$)	($\pm 9,2$)	($\pm 8,8$)	($\pm 4,0$)

Für weitere drei Kassenärztliche Vereinigungen liegt das Alter kategorial vor und konnte nicht in die Mittelwertberechnung einfließen. Der Anteil der über 60-Jährigen lag bei diesen drei KVen zwischen 40 % und 48 %. Außerdem wurde das Alter der Allgemeinärzt:innen und Internist:innen dem Alter der Hausärzt:innen der Statistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) entsprechend der dort gebildeten Kategorien gegenübergestellt (Abbildung 8). Die Abbildung zeigt, dass die substituierenden Ärzt:innen älter sind als die Allgemeinheit der Hausärzt:innen und sich in der Altersgruppe bis 49 Jahre das Nachwuchsproblem der substituierenden Ärzt:innen ganz besonders darstellt. Möglicherweise würden die Unterschiede noch deutlicher ausfallen, da die KBV-Statistik auch substituierende Ärzt:innen enthält.

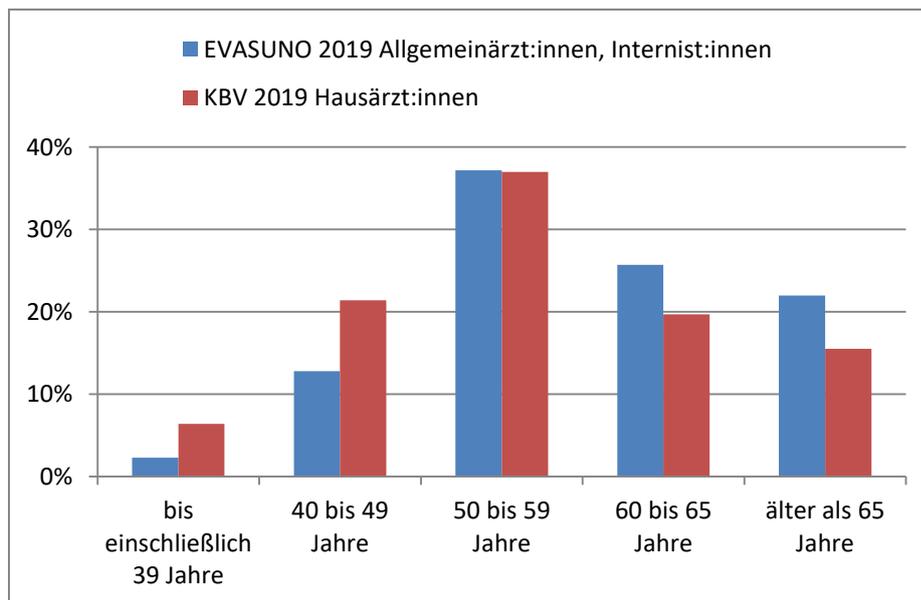


Abbildung 8: Vergleich der Altersangaben der befragten substituierenden Allgemeinärzt:innen/Internist:innen mit denen aller niedergelassenen Hausärzt:innen nach Angaben der KBV (Alterskategorien entsprechend der KBV-Statistik)

6.2.1 Landesärztekammern

Die Ärztekammern sind u. a. für die Fort- und Weiterbildung der Ärzt:innen zuständig. Daher wurden sie vor allem zum Angebot und der Durchführung der Kurse „Suchtmedizinische Grundversorgung“ gefragt (Tabelle 8). Nicht alle Ärztekammern haben sich dazu geäußert. In manchen Kammerbezirken werden diese Kurse nur jedes zweite Jahr angeboten und eines der antwortenden Bundesländer bietet keine Kurse an. Unter der COVID-19-Pandemie fanden in 2020 zwei Veranstaltungen und in 2021 sechs Veranstaltungen virtuell per Videokonferenz statt. In 2020 wurden zudem vier Veranstaltungen aufgrund der pandemischen Lage abgesagt. Alle Prüfungen konnten in 2020 und 2021 abgehalten werden; teilweise wurden sie aber verschoben oder es wurde per Videokonferenz geprüft.

Tabelle 8: Angaben der Ärztekammern zum Weiterbildungskurs „Suchtmedizinische Grundversorgung“

Jahr	2017	2018	2019	2020	2021
Kurs „Suchtmedizinische Grundversorgung“					
Anzahl Kurse gesamt	13	11	10	7	11
Anzahl Kurse	11x1/1x2	10x1/1x3	7x1/1x2/1x3	6x1	8x1/3x2
Anzahl Teilnehmende M (SD)	32,3 (22,3)	34,6 (25,4)	40,8 (39,92)	25,4 (6,1)	33,5 (25,5)
Absage aufgrund der COVID-19-Pandemie (N)	-	-	0	4	0
Absage aufgrund geringer Teilnehmerzahl (N)	0	1	0	0	0
Zusammenlegung aufgrund geringer Teilnehmerzahl (N)	0	0	0	0	0
Prüfungen abgehalten (COVID-19)	-	-	-	alle	alle

Bis auf eine konnten die Ärztekammern nicht angeben, wie viele Ärzt:innen nach erfolgreichem Abschluss des Kurses mit der Substitutionsbehandlung begonnen hatten. Grundsätzlich war es für die Ärztekammern unproblematisch, dass der Kurs „Suchtmedizinische Grundversorgung“ erst nach dem Erwerb des Facharzttitels abgeschlossen werden kann. Argumentiert wurde mit dem anspruchsvollen Arbeitsfeld der Suchtmedizin, das erfahrene und medizinisch-fachlich qualifizierte Behandler:innen erfordere. Andererseits ermöglichten zwei Ärztekammern auch Assistenzärzt:innen den Erwerb des Nachweises der suchtmmedizinischen Qualifikation und somit die Durchführung der Substitutionsbehandlung mit dem Argument, dass diese ein starkes Interesse an dieser Behandlungsform zeigten.

Viele Ärztekammern haben dezidiert Auskunft gegeben über die Maßnahmen und ihre Überlegungen, wie mehr Ärzt:innen für die Substitutionsbehandlung gewonnen werden könnten:

- Finanzielle Förderungen: Weiterbildungsförderung, finanzielle Anreize für Konsiliarärzt:innen, Basisförderung für praxisorientierte Maßnahmen und für die Bildung von Kooperationen, finanzielle Unterstützung von Kurzweiterbildungen für Ärzt:innen ohne suchtmmedizinische Qualifikation;
- Einbezug von bereits substituierenden Ärzt:innen in die medizinische Ausbildung (Famulatur, praktisches Jahr (PJ), Hospitationen), Erfahrungsaustausch unter Ärzt:innen ermöglichen, turnusmäßig wiederkehrende Fachgruppen, offene Symposien;
- Curriculum „Suchtmedizinische Grundversorgung“ für Medizinische Fachangestellte (MFA) und Mitarbeiter:innen von Behörden, Ämtern, Apotheken und Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, Fortbildung zu den gesetzlichen Änderungen der Substitutionsbehandlung, Blended-Learning-Fortbildungen, Erstellung von Substitutionsmanualen;
- Erfahrungsaustausch von Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen;
- „Werbung“: während der Kurse zur „Suchtmedizinischen Grundversorgung“, durch Artikel und Aufrufe im Deutschen Ärzteblatt und in den Ärzteblättern der Bundesländer, Imagekampagnen, Entwicklung von Broschüren mit positiver Konnotation, selbstinitiierte Umfragen unter Ärzt:innen, Veranstaltungsreihen;
- Etablierung von landesweiten Arbeitsgemeinschaften zur Substitution, Vorbild ist hier der „Pakt für Substitution“ in Baden-Württemberg.

6.2.2 Kassenärztliche Vereinigungen

Sieben von 16 Kassenärztlichen Vereinigungen haben in 2019 finanzielle Unterstützung bei der Teilnahme am Kurs zur „Suchtmedizinischen Grundversorgung“ angeboten, die zwischen 500 € und 1.500 € lag (Kurskosten und ggf. Aufwandspauschale). Weitere finanzielle Förderungen wurden entsprechend derjenigen der Ärztekammern angeboten s. o. (z. B. Basisförderung). Die Auszahlung erfolgte in der Regel dann, wenn Teilnehmende eine Substitutionsbehandlung aufnehmen. Während eine KV diesen finanziellen Anreiz schon 2008 eingeführt hatte, haben die anderen frühestens 2016

damit begonnen. Institutionelle Ermächtigungen wurden in elf KVen erteilt und bezogen sich auf Substitutionsambulanzen, Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) und (seltener) auf Gesundheitsämter. Die Anzahl an Ermächtigungen variierte je nach Bundesland zwischen 1 und 24 (Substitutionsambulanzen), 1 und 15 (PIAs) und 1 und 3 (Gesundheitsämter) im Jahr 2016. In den Jahren 2017 und 2018 wurden lediglich 3 neue Ermächtigungen für zwei Substitutionsambulanzen und ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) erteilt. In den Jahren 2019 bis 2021 kamen noch einmal drei Ermächtigungen hinzu (Gesundheitsamt, Interdisziplinäre Ambulanz, Ambulanz an ein psychiatrisches Krankenhaus angegliedert, in dem 3 Einzelermächtigungen verbunden wurden). Die Möglichkeit nach der 3. BtMVVÄndV, wonach ein Substitutionsmittel der Patientin/ dem Patienten zum unmittelbaren Gebrauch, beispielsweise in einer staatlich anerkannten Einrichtung der Suchtkrankenhilfe von dem dort eingesetzten und dafür ausgebildeten Personal überlassen werden kann, wurden bisher nicht nachgefragt. In der vertragsärztlichen Versorgung ist es nicht einfach zu vermitteln, dass die Konsiliarärztin/ der Konsiliararzt nur bei der vorgeschriebenen quartalsmäßigen Vorstellung der Patienten eine Vergütung erhält, aber das Haftungsrisiko tragen muss. Neun bzw. drei KVen gaben an, Kenntnisse darüber zu haben, wie viele Ärzt:innen neu mit der Substitution begonnen bzw. aus Altersgründen die Substitutionsbehandlung beendet haben. Anfragen berenteter Ärzt:innen nach Fortführung der Substitutionsbehandlung gaben vier KVen an, und drei unterstützten berentete Ärzt:innen dabei. Es besteht ein Wunsch nach Alternativmodellen zu der Möglichkeit, sich in Praxen anstellen zu lassen. Bis auf eine KV fühlten sich alle außerstande, Angaben zu unterversorgten Gebieten zu machen. Aktiv werden die KVen bei Engpässen in der Versorgung von Substituierten in folgender Weise:

- Anfrage an Ärzt:innen, das Behandlungsangebot ggf. zu erweitern (N = 14),
- Anfrage an nicht substituierende Ärzt:innen mit der Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“, die Substitutionsbehandlung anzubieten (N = 8),
- Anfrage an Ärzt:innen, ggf. unter einer/einem Konsiliarärztin zu substituieren (N = 11).

Die Vorbehalte (und Vorurteile) gegenüber der Opioidsubstitution und den Patient:innen sind jedoch groß. Über „Versorgungskonferenzen“ konnte die Behandlung der Patient:innen im ländlichen Raum teilweise gesichert werden, Patient:innenneuaufnahmen sind allerdings problematisch.

Ebenso wie die Landesärztekammern haben die KVen dezidiert Auskunft gegeben über ihre Maßnahmen und Überlegungen, wie mehr Ärzt:innen für die Substitutionsbehandlung gewonnen werden könnten:

- Finanzielle Förderung: Übernahme von Kursgebühren, Benennung von Fördergebieten und finanzielle Unterstützung von dortigen Ärzt:innen, Förderungsmöglichkeiten ähnlich denen der Ärztekammern;
- persönliche Beratung von Ärzt:innen, Betreuung von Suchthilfenetzwerken, direkte Ansprache

von Ärzt:innen, die bisher unter einem Konsiliarius arbeiteten und Angebot einer suchtmedizinischen Weiterbildung;

- Veranstaltungen an Universitäten, bei Ärzt:innen sowie Weiterbildungsassistent:innen, Integration des Themas Substitution in die Facharztausbildung Allgemeinmedizin, mögliche Verankerung der Substitution im Grundstudium prüfen;
- „Werbung“: in KV-Journalen, schriftliche Umfragen, Anti-Stigma-Kampagnen, Maßnahmen ähnlich dem „Pakt für Substitution“ in Baden-Württemberg, Ansprache von Ärzt:innen über Rundschreiben, politische Gremienarbeit, Arbeitsgruppen, Substitutionskongresse, Einrichtung von Kommissionen, intersektorale Veranstaltungen (Klinikum, Caritas, Gesundheitsämter), Erstellung von Konzeptpapieren, Einführung „Runder Tische“ unter Moderation der Landesregierungen, Informationen auf den jeweiligen Internetseiten;
- Entwicklung von Substitutionsangeboten in PIA, Gesundheitsämtern und psychosozialen Betreuungseinrichtungen beschleunigen.

Landesärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen wurden auch danach gefragt, für wie abgesichert sie die Versorgung substituierter Patient:innen halten (Tabelle 9). Dabei wird deutlich, dass die überwiegende Mehrheit der KVen die zeitnahe Gefährdung der suchtmedizinischen Versorgung erkannt hat und die Landesärztekammern die Situation noch bedrohlicher einschätzen.

Tabelle 9: Versorgungsstatus substituierter Patient:innen (Angaben von Landesärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen)

Versorgung substituierter Patient:innen im KV-bzw. ÄK-Bezirk gesichert	Landesärztekammern (N = 11)	KVn (N = 14)
Aktuell und in der Zukunft gesichert	0 %	29 %
Aktuell gesichert, aber innerhalb der nächsten 5 Jahre gefährdet	73 %	50 %
Weder aktuell noch zukünftig gesichert	27 %	21 %

6.3 Modul A2: Expert:inneninterviews zur Betäubungsmittelsicherheit

6.3.1 Sicherstellungsmengen von Substitutionsmedikamenten (Landeskriminalämter)

Die LKÄ erfassen die Sicherstellungsmengen an Substitutionsmedikamenten nicht verpflichtend und führen diese auch nicht explizit in ihren Auskunfts- oder Statistiksystemen. Daher waren von Seiten der LKÄ jeweils aufwendige Recherchen nach Schlagwörtern wie *Methadon*, *Levomethadon*, *Buprenorphin* etc. notwendig. Die Rückmeldungen der LKÄ bestanden in quantitativen Angaben und/oder qualitativen Beurteilungen. Da die Datenerhebung und -verarbeitung in den Bundesländern unterschiedlich ist, werden in Tabelle 10 die Veränderungen beschreibend dargestellt. Bei den sichergestellten Mengen handelt es sich in der Regel um wenige Tabletten oder Milliliter Flüssigkeit.

Tabelle 10: Angaben der Landeskriminalämter zur Sicherstellung von Substitutionsmedikamenten

Landeskriminalämter	2018 im Vergleich zu 2017	2019 im Vergleich zu 2018	2020 im Vergleich zu 2019
LKA Baden-Württemberg	leicht gesunken	leicht gestiegen	k. A.
LKA Bayern	leicht gesunken	leicht gesunken	k. A.
LKA Berlin*			Anstieg
LKA Hamburg	unverändert	unverändert	unverändert
LKA Hessen	Systemumstellung: keine Informationen möglich		
LKA Niedersachsen**	unverändert	unverändert	k. A.
LKA Nordrhein-Westfalen	nahezu unverändert	nahezu unverändert	k. A.
LKA Sachsen***	Keine Aussagen möglich, da Substitutionsmedikamente nicht separat erfasst werden		
LKA Rheinland-Pfalz****	gestiegen	gestiegen	gestiegen

* Bedingt durch eine Umstellung der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) im Jahr 2018 erfolgte die Erfassung der Sicherstellungsmengen erst ab Mitte des Jahres 2018. In 2020 Rückgang der Sicherstellungsmenge von Methadon um 42 %, Anstieg von Buprenorphin um 72 % und von Oxycodon um 79 %

** Sicherstellungsvorgänge von Buprenorphin etwa 5 Mal häufiger als von Methadon

*** Todesfälle, bei denen Methadon todesursächlich oder mit todesursächlich war, liegen in den Jahren 2017 bis 2019 zwischen null und zwei Fällen pro Jahr. In 2020 sind drei Fälle bekannt, wobei die Jahresstatistik nicht abgeschlossen ist.

**** Buprenorphin von 2017 zu 2018 um 150 % angestiegen, von 2018 zu 2019 um 36 %, von 2019 zu 2020 um 24 %

Die LKÄ kommen überwiegend zu der Einschätzung, dass die 3. BtMVVÄnd nicht zu einer erhöhten Menge an Substitutionsmedikamenten (oder generell Ausweichmitteln) auf dem Schwarzmarkt geführt hat. Auch die Forensische Toxikologie des Universitätsklinikums Freiburg sah keine Anzeichen für eine Steigerung.

6.3.2 Substitutionsmedikamente auf dem Schwarzmarkt

Die niedrigschwelligen Einrichtungen mit Straßensozialarbeit berichteten überwiegend von keinem erkennbaren Anstieg an Substitutionsmitteln auf dem Schwarzmarkt (Tabelle 11). Eine weitere Übersicht über Substanzen auf den lokalen Schwarzmärkten findet sich im Anhang (Tabelle A3). Die dortige Übersicht zeigt, dass Benzodiazepine und Pregabalin sowie das Opioid Fentanyl in Wellen auftreten. Crack scheint in einigen Städten neu auf der Szene aufgetaucht zu sein. Alkohol ist überall auf der Szene ein großes und z.T. gestiegenes Problem. Zudem handelt es sich um heterogene Szenen.

Tabelle 11: Veränderung des Angebots an Substitutionsmedikamenten auf dem Schwarzmarkt

Bundesland	2018, 2019 im Vergleich zu 2017	2020 im Vergleich zu 2019
Baden-Württemberg	unverändert, Preisanstieg außer Buprenorphin	<u>Anstieg</u> , Preise unverändert, mehr Substituierte haben Substitutionsmedikamente auf Schwarzmarkt gekauft
Bayern, München	<u>Anstieg</u> , Heroin weniger verfügbar und teuer, mehr Klient:innen in Substitution	eher kein weiterer Anstieg, (Heroin: kein Preisanstieg, aber höherer Wirkstoffgehalt)
Bayern, Nürnberg	unverändert (Take-Home wird zurückhaltend vergeben)	unverändert
Berlin	unverändert	unverändert
Bremen	unverändert (schon vor 2018 leicht gesunken)	unverändert (Heroin: keine Versorgungsengpässe, kein Preisanstieg)
Hamburg	unverändert	unverändert (Heroin: keine Versorgungsengpässe, kein Preisanstieg)
Hessen	unverändert, hohe Nachfrage, hohes Angebot	unverändert (Heroin: keine Versorgungsengpässe, kein Preisanstieg)
Mecklenburg-Vorpommern	unverändert	unverändert (Heroin: keine Versorgungsengpässe, kein Preisanstieg)
Niedersachsen	unverändert, aber seit drei Jahren mehr Buprenorphintabletten auf dem Schwarzmarkt	unverändert
Nordrhein-Westfalen, Köln	unverändert	unverändert
Nordrhein-Westfalen, Dortmund	unverändert	unverändert
Nordrhein-Westfalen, Bochum	unverändert	unverändert (Heroin: kurzer Engpass von drei bis vier Wochen)
Rheinland-Pfalz	unverändert	unverändert
Sachsen	unverändert	unverändert (Heroin: keine Versorgungsengpässe, kein Preisanstieg, Wirkstoffgehalt wie gehabt sehr niedrig)
Sachsen-Anhalt	unverändert	<u>Anstieg</u> , Preis ist gefallen (Heroin und sonstige Substanzen: keine Versorgungsengpässe, kein Preisanstieg)
Schleswig-Holstein	unverändert	<u>möglicherweise Anstieg</u>
Thüringen	unverändert	unverändert

6.4 Modul B1: Quantitative und qualitative Befragungen substituierender Ärzt:innen

6.4.1 Quantitative Befragungen

Die Ergebnisse wurden bereits publiziert und werden an dieser Stelle zusammengefasst dargestellt und um weitere Ergebnisse ergänzt.

6.4.1.1 Soziodemografische Daten der quantitativen Befragung

An der ersten quantitativen Befragung durch die Bundesopiumstelle in 2019 nahmen insgesamt 855 Ärzt:innen teil (22 Ärzt:innen darunter substituierten aktuell nicht), an der zweiten Befragung in 2021 insgesamt 550 Ärzt:innen (13 Ärzt:innen substituierten aktuell nicht). Bei der zweiten Befragung in 2021 gaben 211 Ärzt:innen (38,4 %) an, auch schon an der ersten Befragung teilgenommen zu haben, 277 (50,4 %) nahmen nur an der zweiten Befragung teil. Unsicher waren sich 36 (6,5 %), keine Antwort auf die Frage kam von 26 (4,7 %) Personen.

Von den substituierenden Ärzt:innen waren zu beiden Zeitpunkten etwa zwei Drittel männlich. Das Durchschnittsalter der Befragten betrug 57,9 bzw. 57,5 Jahre, und sie waren im Mittel seit 14,3 Jahren in der Substitution tätig. Mehrheitlich wurde als ärztliches Fachgebiet Allgemeinmedizin und/oder Innere Medizin angegeben. Die allermeisten arbeiteten als niedergelassene Ärzt:innen. Die durchschnittliche Anzahl substituierter Patient:innen lag bei 46,3 bzw. 62,2. Die am häufigsten eingesetzten Substitutionsmedikamente waren Levomethadon, Buprenorphin, razemisches Methadon und retardiertes Morphin. Von den befragten Ärzt:innen verfügten 86,3 % bzw. 85,5 % über eine suchtmmedizinische Zusatzqualifikation (Tabelle 12). Die substituierenden Ärztinnen waren mit 55,8 Jahren ($\pm 7,8$) jünger als die substituierenden Männer (59,1, $\pm 8,9$) ($t=5,50$, $p<0,001$) und substituierten mit 12,1 Jahren ($\pm 8,41$) auch seit kürzer Zeit als die Männer (15,5, $\pm 9,02$) ($t=5,21$, $p<0,001$).

Tabelle 12: Charakteristika der teilgenommenen substituierenden Ärzt:innen der Befragung in 2019 und 2021

Substituierende Ärzt:innen	2019 N = 833	2021 N = 537
Alter in Jahren M (SD) (N = 811, N = 544)	57,9 (8,7) (Altersspanne 30 bis 80)	57,5 (10,1) (Altersspanne 32 bis 82)
Jahre in Substitution tätig M (SD) (N = 823, N = 530)	14,3 (8,9) (Spannweite 1 bis 40)	14,3 (9,6) (Spannweite 1 bis 40)
Patient:innenanzahl in Praxis/Ambulanz etc. M (SD) (1. Quartal 2019, N = 817; 1. Quartal 2021, N = 527)	46,3 (53,1) (Spannweite 1 bis 550)	62,2 (91,4) (Spannweite 1 bis 999)
	N (%)	N (%)
Geschlecht (N = 811, N = 543)		
männlich	523 (64,5)	340 (62,6)
weiblich	288 (35,5)	200 (36,8)
divers	0 (0,0)	3 (0,6)
Siedlungsstrukturelle Kreistypen (N = 658, N = 432)		
Kreisfreie Großstädte	234 (37,3)	164 (38,1)
Städtische Kreise	220 (35,0)	145 (33,6)
Ländliche Kreise	174 (27,7)	122 (28,3)
Ärztliches Fachgebiet (N = 826, N = 542)		
Allgemeinmedizin/Innere Medizin	625 (75,7)	392 (72,3)
Psychiatrie/Neurologie	146 (17,7)	113 (20,8)
Anderes Fachgebiet	55 (6,7)	37 (6,8)
Arbeitsstruktur (N = 822, N = 537)		
Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft oder MVZ	607 (73,8)	397 (73,9)
Substitutionsambulanz	77 (9,4)	54 (10,1)
Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)	40 (4,9)	21 (3,9)
Andere Versorgungseinrichtung (z. B. JVA, Gesundheitsamt)	98 (11,9)	64 (12,1)
Substitutionsmittel (Mehrfachantwort)		
Levomethadon	721 (87,1)	457 (85,7)
Buprenorphin	693 (83,6)	435 (81,6)
Razemisches Methadon	589 (71,0)	363 (68,1)
Retardiertes Morphin	269 (32,4)	211 (39,6)
Buprenorphin-Depot	83 (10,0)	140 (26,3)
Codein/Dihydrocodein	43 (5,2)	24 (4,5)
Entfernung bis zur nächsten substituierenden Einrichtung (N = 827)		
bis ca. 5 km	459 (55,5)	
ca. über 5-15 km	163 (19,7)	
ca. über 15-30 km	125 (15,1)	
ca. über 30-60 km	66 (8,0)	
über 60 km	14 (1,7)	
Zusatzqualifikation (N = 827, N = 537)		
Suchtmedizinische Grundversorgung bzw. Fachkunde Sucht	714 (86,3)	459 (85,5)
keine spezifische Qualifikation	113 (13,7)	78 (14,5)

Die allgemeine Einschätzung der Absicherung der Versorgung substituierter Patient:innen hat sich im Studienzeitraum von 2019 zu 2021 nicht verändert. Allerdings zeigte sich bei der Untergruppe derjenigen Ärzt:innen, die an beiden Befragungen teilnahmen, eine negative Tendenz (Tabelle 13).

Tabelle 13: Bewertung der Versorgung substituierter Patient:innen in 2019 und 2021

Versorgung substituierter Patient:innen im Umfeld gesichert	2019 (N = 808)	2021 (N = 521)	2019 und 2021 teilge- nommen	2021 neu teilge- nommen
Aktuell und in der Zukunft gesichert	25,6 %	25,9 %	17,6 %	33,2 %
Aktuell gesichert, aber innerhalb der nächsten fünf Jahre gefährdet	37,7 %	37,6 %	43,4 %	32,4 %
Weder aktuell noch zukünftig gesichert	36,7 %	36,5 %	39,0 %	34,4 %

Die Änderungen der BtMVV waren für die Ärzt:innen von unterschiedlicher Relevanz. Über die in 2017 vorgenommenen BtMVV-Änderungen fühlten sich im Jahr 2019 77,8 % der Ärzt:innen ausreichend informiert, 81,3 % mit einer suchtmmedizinischen Weiterbildung und 54,9 % ohne suchtmmedizinische Weiterbildung. Die Hauptinformationsquellen waren: Kolleg:innen (53,8 %), Links auf Webseiten des BMG, der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS) etc. (49,6 %), Ärztekammern/Kassenärztliche Vereinigungen (45,9 %), Gesetzestext (46,6 %) und Materialien der Substitutionsmittel-Hersteller (32,4 %).

In 2019 wurde von 84,0 % der Ärzt:innen als wichtigste BtMVV-Änderung genannt, dass keine zeitlichen Vorgaben für eine Opioidabstinenz vorgegeben werden. Der veränderte Umgang mit dem Konsum weiterer psychotroper Substanzen (Beikonsum), die Ausweitung der Take-Home-Vergabemöglichkeit und die nunmehr größere Rechtssicherheit wurden von 71,7 % bis 65,5 % der Ärzt:innen als relevant eingeschätzt. Die nun explizit genannte Möglichkeit, Patient:innen auch ohne eine PSB-Bescheinigung zu substituieren, war nur für weniger als die Hälfte der Ärzteschaft von Bedeutung. Eher weniger Ärzt:innen hielten die Ausweitung des Sichtbezugs, die Substitution von Menschen mit einer reinen Opioidabhängigkeit, die Ausstellung von Mischrezepten für die Apotheke sowie die Aufstockung der Patient:innenzahl von suchtmmedizinisch nicht qualifizierten Ärzt:innen für bedeutsam. Bei der wiederholten Befragung in 2021 wurden alle Änderungen von bis zu 40 % weniger Ärzt:innen als relevant für ihre praktische Tätigkeit eingeschätzt als in 2019 (Abbildung 9).

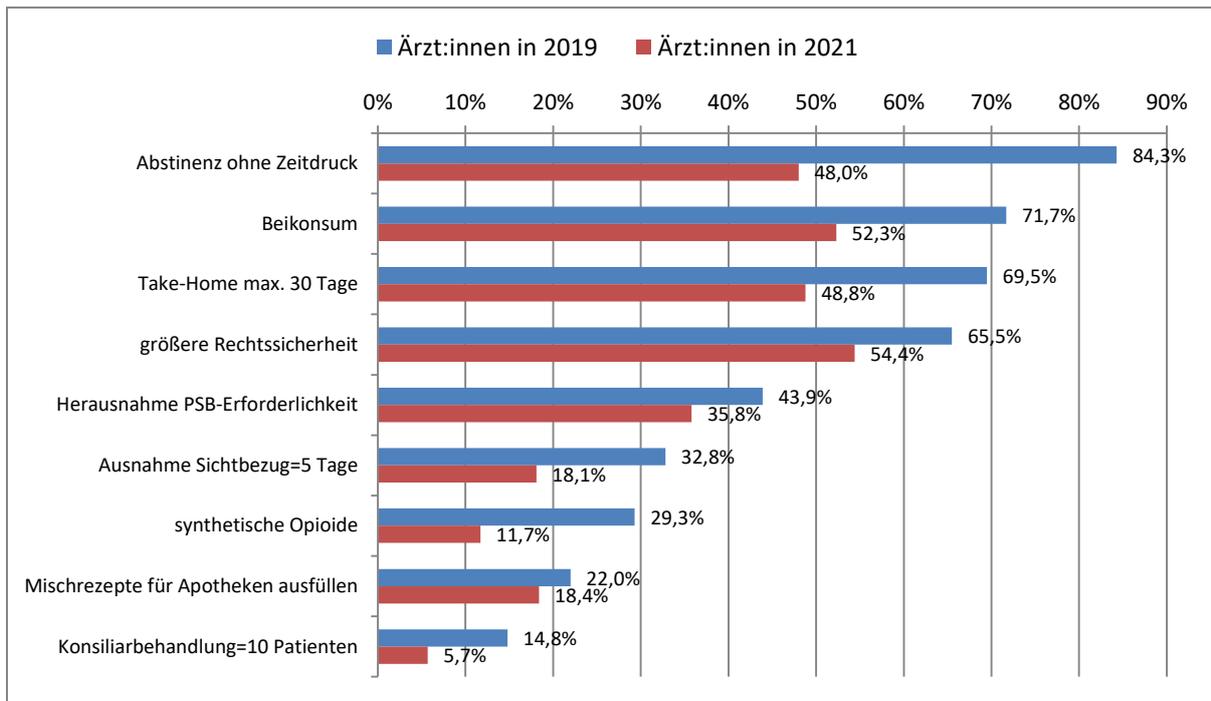


Abbildung 9: Relevanz der BtMVV-Änderungen für Ärzt:innen in 2019 und 2021

In 2019 maßen über die Hälfte der antwortenden Ärzt:innen die Gewinnung einer größeren Rechtssicherheit Bedeutung zu. Von deutlich weniger Ärzt:innen wurden ein geringerer bürokratischer Aufwand und eine allgemeine Verbesserung der Behandlungsqualität bejaht (Tabelle 14).

Tabelle 14: Aktuelle Auswirkungen der 3. BtMVVÄndV in 2019

	N	%
Auswirkungen der Reform der BtMVV (Mehrfachantwort)		
Gewinnung größerer Rechtssicherheit	414	51,6
Weniger bürokratischer Aufwand	240	29,8
Verbesserung der Behandlungsqualität	163	20,2
Keine Auswirkungen	257	31,8
Änderung der eigenen Arbeit durch die BtMVV (N = 823)		
Eher positiv	382	46,4
Eher negativ	16	1,9
Keine Änderung	290	35,2
Noch nicht beurteilbar	135	16,4

In 2019 gaben 254 Ärzt:innen (31,2 %) an, keine Patient:innen mit langen Anfahrtswegen zu haben bzw. 222 (27,3 %) hatten diesbezüglich keine Probleme. Die Konsequenzen langer Anfahrtswege zeigt Tabelle 15. Bei fast einem Drittel der Ärzt:innen mit einer solchen Patient:innengruppe kam es durch die lange Anfahrt zu einem Abbruch oder einer Unterbrechung der Substitution. Kooperationen wurden eher mit Apotheken als mit anderen niedergelassenen wohnortnahen Ärzt:innen angestrebt.

Tabelle 15: Konsequenzen langer Anfahrtswege (2019)

	N	%
Unterbrechung oder Abbruch der Behandlung durch Patient:innen	256	31,4
Kooperationen mit Apotheken (Sichtbezug)	245	30,1
Kooperationen mit Ärzt:innen (Konsiliararzt-Modell)	75	9,2

Die Tabelle 16 beleuchtet weitere wichtige Aspekte der BtMVV-Änderungen. Die Anzahl von Patient:innen in psychosozialer Betreuung entsprach in etwa der Patient:innenzahl, die auch eine PSB benötigten. Über die Hälfte der Substituierenden beurteilte die Möglichkeit, Substitutionsmittel auch in weiteren Einrichtungen abgeben lassen zu können, positiv. Allerdings wünschten sich fast alle Antwortenden einen einheitlichen Vertragstext.

Tabelle 16: PSB-Verfügbarkeit, Abgabe von Substitutionsmitteln und finanzielle Aspekte (substituierende Ärzt:innen in 2019)

	N	%
Verfügbarkeit von PSB-Plätzen (N = 790)		
Sehr gut	344	43,5
Mittel (Wartezeiten)	356	45,1
Schlecht (zu wenige Plätze)	90	11,4
Anzahl von Patient:innen mit PSB (N = 771), M, SD	66,7	33,4
Anzahl von Patient:innen mit Notwendigkeit von PSB (N = 785), M, SD	68,5	30,2
Möglichkeit, Substitutionsmittel auch in anderen anerkannten Einrichtungen abgeben lassen zu können (Reha, Heim, Hospiz, Pflegedienste etc.) (N = 812)		
Positiv	503	61,9
Indifferent	229	28,2
Negativ	80	9,9
Vertragsregelungen mit diesen Einrichtungen praktikabel (N = 709)	425	59,9
Einheitlicher Vertragstext (N = 754)	699	92,7
Gewünschte Beteiligung (Mehrfachantwort)		
Mehr Psychiater:innen	543	78,9
Mehr Substitutionsambulanzen	440	63,7
Mehr Krankenhäuser	242	35,2
Finanzieller Aspekte (Mehrfachantwort)		
Erhöhung der Gesprächsziffer im ersten Jahr	584	81,1
Fallpauschale	302	41,9
Erhöhung der Obergrenze der Patient:innen um jene, die Take-Home länger als 14 Tage bekommen	203	28,2

6.4.1.2 Konsiliararztmodell und Vergleich von städtischen und ländlichen Kreisen

Unter einem Konsiliararzt tätige substituierende Ärzt:innen ohne suchtmmedizinische Weiterbildung oder Fachkunde kamen häufiger aus ländlichen Gebieten (Tabelle 17).

Tabelle 17: Ärzt:innen mit und ohne suchtmmedizinische Weiterbildung nach Kreistypen

Siedlungsstrukturelle Kreistypen	2019		2021	
	Mit suchtmmed. Weiterbildung (N = 547)	Ohne suchtmmed. Weiterbildung (N = 80)	Mit suchtmmed. Weiterbildung (N = 364)	Ohne suchtmmed. Weiterbildung (N = 56)
Kreisfreie Großstädte	41,1 %	11,3 %	42,0 %	10,7 %
Städtische Kreise	33,8 %	42,5 %	32,7 %	39,3 %
Ländliche Kreise	25,0 %	46,3 %	25,3 %	50,0 %

Der Vergleich von Ärzt:innen mit und ohne suchtmmedizinische Zusatzqualifikation zeigte einige bedeutsame Unterschiede sowohl in 2019 als auch in 2021 (Tabelle A4 und A5 im Anhang). Ärzt:innen ohne suchtmmedizinische Weiterbildung substituierten (bei vergleichbarem Durchschnittsalter) seit deutlich kürzerer Zeit und waren häufiger Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin und/oder Innere Medizin in Niederlassung als jene mit suchtmmedizinischer Weiterbildung. Die Entfernung bis zur nächsten Substitutionsmöglichkeit war deutlich größer.

Auch die Bewertung der Auswirkungen der 3. BtMVVÄndV ergaben Unterschiede zwischen den Ärzt:innen mit und ohne suchtmmedizinische Zusatzqualifikation in 2019. Substituierende Ärzt:innen mit suchtmmedizinischer Weiterbildung oder Fachkunde schätzten die Auswirkungen der Reform der BtMVV als wichtiger und positiver, die Verfügbarkeit von PSB-Plätzen besser sowie die Dringlichkeit von psychiatrischer Unterstützung und Entstehung von Substitutionsambulanzen größer ein (Tabelle A6).

Der Vergleich von Substituierenden aus städtischen und ländlichen Kreisen ergab wenige relevante Unterschiede. Die durchschnittliche Patient:innenzahl lag in ländlichen Kreisen bei 36,7 (2019) bzw. 48,8 (2021), in städtischen Kreisen bei 40,3 (2019) bzw. 53,3 (2021) und in kreisfreien Großstädten bei 63,8 (2019) bzw. 90,2 (2021). Die Entfernung bis zur nächsten substituierenden Praxis oder Ambulanz war in ländlichen Kreisen deutlich höher. So gaben in 2019 27,6 % (2021: 19,5 %) der Befragten in ländlichen Kreisen an, dass die nächste substituierende Einrichtung kürzer als 5 km entfernt war. In städtischen Kreisen gaben dies 49,8 % (2021: 47,1 %) und in kreisfreien Großstädten 84,6 % (2021: 83,5 %) der Befragten an (Tabelle A7 und A8 im Anhang). Die mit der Reform der BtMVV gewonnene größere Rechtssicherheit wurde in den ländlichen Kreisen 2019 als weniger bedeutend eingeschätzt, ebenso wie die neue Möglichkeit, Substitutionsmedikamente in weiteren anerkannten Einrichtungen ausgeben lassen zu können. Demgegenüber wünschten sich diese Ärzt:innen häufiger, dass sich mehr Krankenhäuser an der Substitution beteiligen (Tabelle A9 im Anhang).

6.4.1.3 Substitution während der COVID-19-Pandemie

Zu Beginn der COVID-19-Pandemie wurden die Substitutionsbedingungen in der SARS-CoV-2 Arzneimittelversorgungsverordnung befristet verändert. Darüber waren knapp 64 % der substituierenden Ärzt:innen ausreichend informiert. Die befürchtete hohe Infektionsrate unter den substituierten Patient:innen trat nicht auf. Knapp 50 % der Befragten berichteten über keinerlei Infektionen bei dieser Klientel. Ein massiver Andrang auf Substitutionsplätze wurde nicht berichtet. Bei 63 % der Ärzt:innen blieb die Anzahl der substituierten Patient:innen in etwa gleich. Wurde die Patient:innenanzahl erhöht, so erfolgte dies mehrheitlich im Rahmen der Erlaubnisgrenze (Tabelle 18).

Tabelle 18: SARS-CoV-2 Arzneimittelversorgungsverordnung, Infektionen und Veränderung der Patient:innenanzahl nach Angaben der substituierenden Ärzt:innen in 2021

	N	%
Ausreichend über die SARS-CoV-2 Arzneimittelversorgungsverordnung informiert (N = 510)		
Ja	326	63,9
Nein	184	36,1
Infektionen mit COVID-19 unter den Patient:innen (N = 524)		
Keine	258	49,2
Weniger als 5 %	242	46,2
Mehr als 5 %	24	4,6
Anzahl substituierter Patient:innen in Pandemie verändert (N = 518)		
Verringert	47	9,1
In etwa gleich geblieben	327	63,1
Erhöht	144	27,8
Wenn Erhöhung (N = 128)		
Kapazitäten erhöht, Erlaubnisgrenze nicht ausgeschöpft	70	54,7
Kapazitäten bis zur Erlaubnisgrenze ausgeschöpft	23	18,0
Patient:innenanzahl über Erlaubnisgrenze erhöht	35	27,3

Die Änderungen der SARS CoV-2 Arzneimittelversorgungsverordnung wurden von den substituierenden Ärzt:innen auf ihre Relevanz für den zurückliegenden Alltag während der Corona-Pandemie und für ihre zukünftige Praxis nach Ende der Pandemie beurteilt. Am relevantesten wurde die Möglichkeit eingestuft, Gespräche auch telefonisch oder per Videosprechstunde zu führen und bis zu acht Mal im Quartal abrechnen zu können. Der Einsatz von häufigeren Z-Rezepten auch ohne persönlichen Kontakt, ebenso wie T-Rezpte ohne persönlichen Kontakt, sind die beiden Änderungen, die zwar von den Ärzt:innen (24,5 % bzw. 31,8 % der Antwortenden) im mittleren Feld der Änderungen genannt wurden, jedoch genauso häufig auch beibehalten werden möchten. Alle anderen Änderungen, ob während der Pandemie als relevant eingeschätzt oder als weniger relevant, sollten nach Ende der Pandemie in einem höheren Ausmaß beibehalten werden. Beispielhaft steht hier die Möglichkeit der Notfallverordnung (N). Während nur 8,7 % der substituierenden Ärzt:innen dies während der Pandemie für relevant erachtet haben, möchten 25,9 % diese Änderung langfristig beibehalten (Abbildung 10).

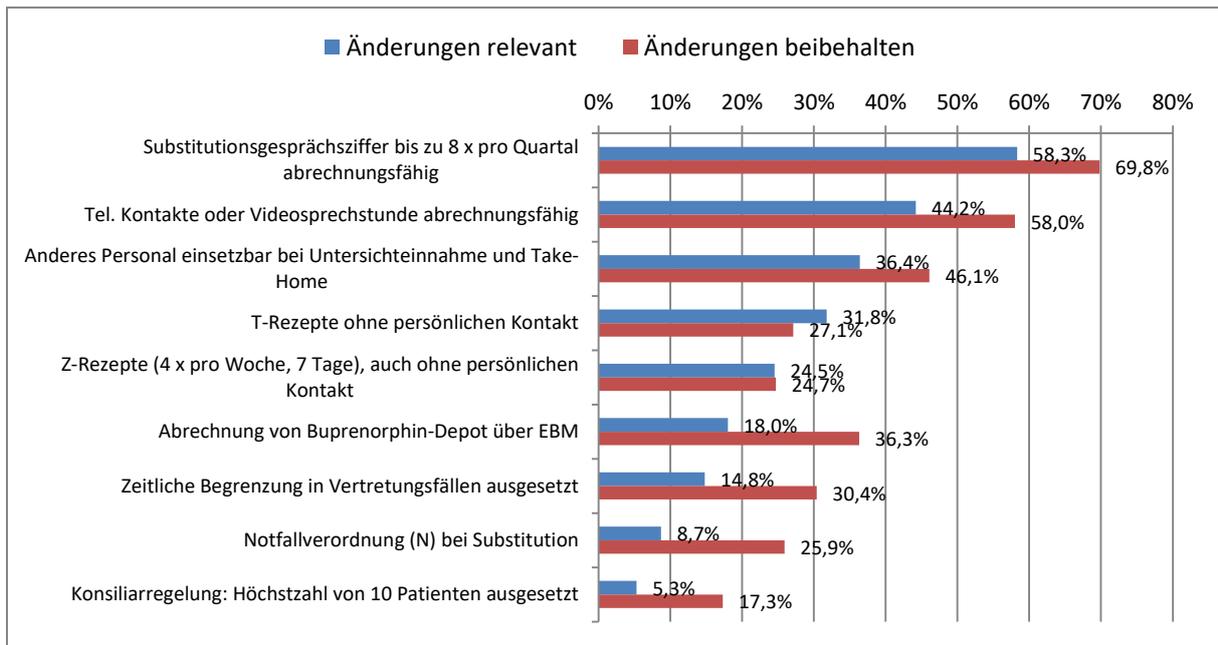


Abbildung 10: Relevante Änderungen der SARS-CoV-2 Arzneimittelversorgungsverordnung unter der COVID-19 Pandemie: Was wurde gebraucht und was soll dauerhaft bleiben? (Mehrfachantwort in %)

Die meisten substituierenden Ärzt:innen haben ihre Vergabepaxis während der COVID-19-Pandemie geändert. Nur knapp 40 % hatten diese unverändert beibehalten. Am häufigsten haben sie die Take-Home-Zeiten für stabile Patient:innen verlängert und ihre Vergabe an die Pandemiebedingungen angepasst. Die Erfahrungen mit der erweiterten Take-Home-Praxis waren überwiegend positiv, nur 2,8 % der Ärzt:innen merkten einen überwiegend nicht verantwortungsvollen Umgang ihrer Patient:innen mit dieser Take-Home-Praxis an. Grundsätzlich gaben nur 12,4 % an, dass sich bei der Mehrzahl ihrer Patient:innen der Konsum weiterer psychotroper Substanzen erhöht hatte (Tabelle 19). Ob die substituierenden Ärzt:innen die Möglichkeiten, die die Änderungen der SARS CoV-2 Arzneimittelversorgungsverordnung bieten, auch angewendet haben, hing auch davon ab, ob sie bereits früher (nach der 3. BtMvVÄndV) die erweiterte Take-Home-Vergabe und die Ausweitung der Z-Rezepte durchgeführt hatten (Tabelle 20).

Tabelle 19: Änderung der Vergabe kurz- und langfristig, Umgang der Patient:innen mit erweiterter Take-Home-Vergabe unter der COVID-19-Pandemie

	N	%
Änderung der Vergabe (Mehrfachantwort)		
Keine Änderung der Vergabepaxis	192	36,9
Vergabezeiten verändert/verlängert	151	29,0
Take-Home-Zeiten für stabile Patient:innen verlängert	251	48,2
Deutlich mehr Patient:innen als in den Jahren davor neu auf Take-Home eingestellt	120	23,0
Take-Home-Rezepte (T-Rezepte) auch ohne persönliche Konsultation ausgegeben	77	14,8
Z-Rezepte häufiger als einmal pro Woche pro Patient:in ausgestellt	42	8,1
Z-Rezepte auch für bis zu 7 Tage ausgestellt	50	9,6
Z-Rezepte auch ohne persönliche Konsultation ausgegeben	13	2,5
Umgang der Patient:innen mit erweiterter Take-Home-Praxis (N = 429)		
Überwiegend verantwortungsbewusst	307	71,6
teils, teils	110	25,6
Überwiegend nicht verantwortungsbewusst	12	2,8
Umgang mit psychotropen Substanzen (Beikonsum) (N = 523)		
Annähernd gleich geblieben	320	61,5
Hat sich bei der Mehrzahl der Patient:innen erhöht	65	12,4
Hat sich bei wenigen der Patient:innen erhöht	127	24,3
Hat sich bei der Mehrzahl der Patient:innen verringert	5	1,0
Hat sich bei wenigen der Patient:innen verringert	6	1,1
Zukünftige Handhabung (N = 464)		
Bei einigen Patient:innen ausgeweitet lassen	244	52,6
Verordnungspraxis wie vor COVID-19	197	42,5
Beides	23	5,0

Tabelle 20: Anwendung der SARS-CoV-2 Arzneimittelversorgungsverordnung unter der COVID-19-Pandemie in Abhängigkeit von der Reaktion auf die 3. BtMVVÄndV bezüglich der Take-Home-Vergabemöglichkeiten

	Nach der Reform von 2017 die Take-Home-Regelung auf mehr als sieben Tage ausgedehnt			Chi2 / p
	Ja N (%)	Nein N (%)	Gesamt N (%)	
Deutlich mehr Patient:innen als vor der Pandemie neu auf Take-Home eingestellt	74 (29,2)	44 (17,3)	118 (23,3)	10,10 / 0,001
Take-Home-Rezepte für stabile Patient:innen verlängert (während der Pandemie)	177 (70,0)	71 (28,0)	248 (48,9)	89,51 / <0,001
Take-Home-Rezepte auch ohne persönliche Konsultation ausgestellt	52 (20,6)	25 (9,8)	77 (15,2)	11,29 / 0,001
	Nach der Reform von 2017 die Ausnahme vom Sichtbezug auf fünf Tage ausgedehnt			
	Ja N (%)	Nein N (%)	Gesamt N (%)	Chi2 / p
Z-Rezepte häufiger als einmal pro Woche ausgestellt	18 (19,1)	24 (5,8)	42 (8,3)	17,85 / <0,001
Z-Rezepte bis zu sieben Tage ausgestellt	22 (23,4)	28 (6,8)	50 (9,9)	23,71 / <0,001
Z-Rezepte auch ohne persönliche Konsultation ausgestellt	3 (3,2)	10 (2,4)	13 (2,6)	0,18 / 0,673

Viele Ärzt:innen haben während der Pandemie ihre nicht-persönlichen Kontakte mit den Substituierten erhöht. In der Mehrzahl fanden diese Kontakte telefonisch statt, knapp 72 % hatten grundsätzlich

keine Videokontakte mit ihren Patient:innen. Ein differenzierteres Bild zeigten die Videokontakte im Kolleg:innenkreis. Während 47,2 % keine Videokontakte gebraucht haben, hätten 21,8 % diese gerne genutzt und 11,9 % würden sie auch zukünftig sinnvoll finden (Tabelle 21).

Tabelle 21: Telefonische Kontakte und Videokontakte während der COVID-19-Pandemie, Angaben von Ärzt:innen

	N	%
Anzahl telefonischer oder Videokontakte erhöht (N = 505)		
ja	160	31,7
Wenn ja (N = 151)		
bis zu vier Kontakte pro Quartal	86	57,0
häufiger als vier Kontakte pro Quartal	65	43,0
Videokontakte (Mehrfachantwort)		
Grundsätzlich keine Videokontakte mit Patient:innen	370	71,8
Keine Videokontakte, da Ärzt:in die technischen Voraussetzungen fehlten	54	10,5
Keine Videokontakte, da den Patient:innen die technischen Voraussetzungen fehlten	49	9,5
Keine Videokontakte, da ich dieser Technik kritisch gegenüberstehe	16	3,1
Videokontakte gehabt, Ergebnis eher unbefriedigend	24	4,7
Videokontakte gehabt mit überwiegend positive Erfahrungen	20	3,9
Videokontakte gehabt, Technik auch gerne in Zukunft nutzen	20	3,9
Netzwerktreffen (z. B. Qualitätszirkel) per Videokonferenz (N = 523)		
Nein, habe ich nicht gebraucht	247	47,2
Nein, aber hätte ich gerne genutzt	114	21,8
Ja, für Pandemiezeit sinnvoll	100	19,1
Ja, auch für die Zukunft	62	11,9

Die Tabelle 22 zeigt, dass die COVID-19-Pandemie nicht wesentlich zu einer Erhöhung der Vergabe eines Buprenorphin-Depot-Medikaments beigetragen hat. Lediglich 30,7 % der Ärzt:innen hielten die Psychosoziale Betreuung der Patient:innen für angemessen, für die Mehrheit waren die Kontakteinschränkungen ihrer Patient:innen zur PSB-Einrichtung spürbar bzw. führten zu einer unzureichenden Betreuung.

Tabelle 22: Änderungen während der COVID-19-Pandemie hinsichtlich Buprenorphin-Depot, Psychosozialer Begleitung und Zusammenarbeit mit Apotheken, Angaben von Ärzt:innen

	N	%
Patient:innen auf Buprenorphin-Depot eingestellt (Mehrfachantwort)		
Nein, habe keine Patient:innen mit Depot	378	71,2
Ja, nicht aufgrund von COVID-19	132	24,9
Ja, erstmals aufgrund von COVID-19	5	0,9
Ja, verstärkt aufgrund von COVID-19	9	1,7
Von wöchentlich auf monatliches Depot umgestellt wegen Pandemie	13	5,3
Veränderung des PSB-Angebots und der Inanspruchnahme (Mehrfachantwort)		
Ja, PSB-Einrichtungen waren geschlossen und Kontakt nur telefonisch möglich	202	38,0
Ja, Patient:innen, für die die PSB wichtig war, wurden nicht mehr ausreichend betreut	170	32,0
Nein, keine Veränderung, angemessene Betreuung	163	30,7
Nein, keine Änderung, PSB-Angebot in der Region war seit jeher unzureichend	30	5,6
Ist mir nicht bekannt	63	11,9
Zusammenarbeit mit Apotheken (Mehrfachantwort)		
Keine Veränderungen	361	67,9
Zusammenarbeit hat sich intensiviert	146	27,4
Neue Apotheken für Sichtvergabe	21	3,9

6.4.1.4 Konsiliararztmodell und Vergleich von städtischen und ländlichen Kreisen unter der COVID-19-Pandemie

Von den antwortenden Ärzt:innen, die selbständig substituieren durften, waren 109 (26,3 %) auch konsiliarisch tätig, erstmals aufgrund der COVID-19-Pandemie waren es 0,7 %. Fünf Ärzt:innen (3,7 %) gaben an, weitere Kolleg:innen ohne Zusatzqualifikation für die Substitution gewonnen zu haben. Neun der von ihnen betreuten Ärzt:innen (6,6 %) hatten ihre Patient:innenzahl erhöht, jedoch nur zwei (1,5 %) gaben an, dass die Erhöhung auf über zehn Patient:innen erfolgte. Eine zufriedenstellende virtuelle Vorstellung der Patient:innen erfolgte bei acht (5,2 %) der Ärztinnen. Jedoch können sich 27 (32,5 %) der Ärzt:innen vorstellen, diese Möglichkeit auch für die Zukunft vorzuhalten.

Der Vergleich von Ärzt:innen mit und ohne suchtmmedizinische Zusatzqualifikation zur Behandlungssituation unter der COVID-19-Pandemie kann der Tabelle A10 im Anhang entnommen werden. Weniger Ärzt:innen ohne eine suchtmmedizinische Weiterbildung fühlten sich über die SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung ausreichend informiert und schätzten die Änderungen als relevant ein bzw. möchten diese Änderungen auch in Zukunft beibehalten. Sie verzeichneten weniger Infektionen mit COVID-19 als die Ärzt:innen, die selbständig substituierten. Weniger Ärzt:innen ohne suchtmmedizinische Fortbildung erhöhten ihre Patient:innenzahl oder änderten ihre Vergabepaxis.

Von den Ärzt:innen ohne suchtmmedizinische Weiterbildung gaben 30 (23,2 %) an, ihre Patient:innenzahl erhöht zu haben. Von diesen haben 13,8 % auf nicht mehr als zehn Patient:innen erhöht, 8,5 % auf mehr als zehn Patient:innen und möchten diese Anzahl gerne auch beibehalten und nur eine Ärzt:in gab an, nach der Pandemie wieder reduzieren zu wollen. Eine virtuelle Patient:innenvorstellung haben nur zwei Ärzt:innen genutzt und nur einmal hat es gut funktioniert. Diese potenzielle Möglichkeit möchten elf Ärzt:innen (26,2 %) auch in Zukunft beibehalten. Es konnten sich 25 Ärzt:innen (39,1 %) vorstellen, eigenständig zu substituieren, eine ähnliche Quote wie bei der ersten Befragung. Schon bei der Befragung in 2019 hatten 37 Ärzt:innen (35,9%) überlegt, sich suchtmmedizinisch weiterzubilden.

Die Befragung zu den Gründen, lediglich im Rahmen der Konsiliarregelung tätig zu sein, ergab vergleichbare Ergebnisse an beiden Befragungszeitpunkten. Hauptsächlich wurde angegeben, dass die Substitutionsbehandlung kein Schwerpunkt werden sollte und die Substitution durchgeführt würde, da Patient:innen ansonsten nicht gut versorgt werden würden. Für eine eigenständige Substitution fehle vor allem die Zeit für eine entsprechende Weiterbildung. Ebenso stünden die Organisation und/oder die Struktur der Praxis einer selbständigen Substitution entgegen (Tabelle 23).

Tabelle 23: Beweggründe, um im Rahmen der Konsiliarbehandlung ohne suchtmmedizinische Weiterbildung zu substituieren

	2019		2021	
	N	%	N	%
Gründe für Behandlung im Rahmen der Konsiliarbehandlung (Mehrfachantwort)				
Substitutionsbehandlung soll kein Schwerpunkt werden	82	77,4	45	65,2
Patient:innen sind ansonsten nicht gut versorgt	52	50,0	32	46,4
Nicht genügend Kapazitäten für eigenständige Substitution	24	23,1	13	18,8
Urlaubsvertretung/kollegiale Gründe	4	3,8	5	7,2
Notwendige Änderungen, um eigenständig zu substituieren (Mehrfachantwort)				
Zeit für Weiterbildung finden	44	48,4	37	51,4
Praxisorganisation/Struktur	49	53,8	31	43,1
Befreiung von Regularien	35	38,0	25	34,7
Angemessene Honorierung	26	28,3	25	34,7
Beteiligung weiterer Ärzt:innen, Netzwerk	26	28,6	17	23,6

Der Vergleich von substituierenden Ärzt:innen aus städtischen und ländlichen Kreisen ergab wiederum nur wenige Unterschiede. Weniger Ärzt:innen aus ländlichen Kreisen verzeichneten COVID-19-Infektionen unter ihren substituierten Patient:innen, fanden nur einige Aspekte der SARS-CoV-2 Arzneimittelversorgungsverordnung für ihre Arbeit relevant, noch möchten sie diese Möglichkeiten auf Dauer beibehalten (Tabelle A11 im Anhang).

6.4.2 Quantitative Befragung von nicht oder nicht mehr substituierenden Ärzt:innen

Von den 125 nicht substituierenden Ärzt:innen aus den vier Modellregionen, die über eine Zulassung zur Substitution verfügten, waren 72,0 % männlich und der Altersdurchschnitt lag bei 57,9 Jahren ($\pm 9,5$). 56,8 % verfügten über eine suchtmmedizinische Zusatzqualifikation und 81,5 % hatten in der Vergangenheit schon einmal Substitutionsbehandlungen durchgeführt. Wenn diese Ärzt:innen sich vorstellen zu substituieren, so würden die weitaus meisten (42,5 %) höchstens fünf Patient:innen in die Substitution aufnehmen. 13,7 % würden sich nach dem Bedarf richten (Tabelle 24).

Tabelle 24: Charakteristika nicht oder nicht mehr substituierender Ärzt:innen in 2019, Befragung über Kassenärztliche Vereinigungen in Hamburg, Sachsen, Nordrhein-Westfalen und Bayern

Nicht oder nicht mehr substituierende Ärzt:innen	2019 N = 125
Alter in Jahren M (SD) (N = 125)	57,9 (9,5) (Altersspanne 35 bis 76)
	N (%)
Geschlecht (N = 125)	
männlich	90 (72,0)
weiblich	35 (28,0)
divers	0 (0,0)
Siedlungsstrukturelle Kreistypen (N = 75)	
Kreisfreie Großstädte	25 (33,3)
Städtische Kreise	31 (41,3)
Ländliche Kreise	19 (25,3)
Fachgebiet (N = 124)	
Allgemeinmedizin/Innere Medizin	96 (77,5)
Psychiatrie/Neurologie	15 (12,1)
Anderes Fachgebiet	13 (10,5)
Arbeitsstruktur (N = 125)	
Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft, MVZ	118 (94,4)
Substitutionsambulanz	1 (0,8)
Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)	0 (0,0)
Andere Versorgungseinrichtung (z. B. JVA, Gesundheitsamt)	6 (4,8)

Über die Hälfte der Ärzt:innen gab die Substitutionstätigkeit aufgrund eines zu hohen zeitlichen sowie Dokumentationsaufwands auf. Gut ein Drittel meinte, Substituierte würden nicht mit den anderen Patient:innen der Praxis harmonieren (Tabelle 25). Für knapp ein Viertel der nicht (mehr) substituierenden Ärzt:innen wäre es allerdings grundsätzlich vorstellbar, die Substitutionsbehandlung für opioidabhängige Patient:innen anzubieten. Für jeweils knapp die Hälfte dieser Ärzt:innen wären Voraussetzungen für die Aufnahme einer Substitutionstätigkeit, dass diese angemessener honoriert und noch mehr von bestehenden Regularien befreit werden müsste (Tabelle 25).

Über die Änderungen der BtMVV fühlten sich 60,5 % ausreichend informiert. Als relevant bewerteten 72,9 % der Ärzt:innen die größere Rechtssicherheit, gefolgt davon, ohne Zeitdruck substituieren zu können (61,2 %) und der neuen Bewertung des Beikonsums (49,4 %) sowie der Möglichkeit der längeren Take-Home-Vergabe (43,5 %). Weitere Änderungen bewerteten jeweils unter einem Drittel der Ärzt:innen als relevant.

Tabelle 25: Gründe für die Einstellung oder Aufnahme der Substitution der nicht oder nicht-mehr substituierenden Ärzt:innen, Befragung über Kassenärztliche Vereinigungen

Ärzt:innen, die nicht oder nicht mehr substituierten (N = 125)	N (%)
Gründe für Aufgabe der Substitution (Mehrfachantwort)	
Substitutionsbehandlung ist zu aufwendig (Zeit, Dokumentation)	50 (53,2)
Substitutionspatient:innen harmonieren nicht mit anderen Patient:innen	34 (36,2)
Substitutionsbehandlung ist rechtlich zu unsicher	29 (30,9)
Substitutionsbehandlung wird nicht ausreichend honoriert	28 (29,8)
Organisatorisch nicht mehr möglich	27 (28,7)
Nicht genügend eigene Kapazitäten	18 (19,1)
Altersgründe/Aufgabe der Praxis	6 (6,4)
Wenn noch niemals substituiert, Substitutionstätigkeit vorstellbar (Mehrfachantwort)	
Nein, Klientel passt nicht in eigene Praxis	6 (23,1)
Nein, Durchführung von Substitutionsbehandlung war nie geplant	5 (17,9)
Ja, aber nur bei Patient:innen mit Opioidanalgetika-Abhängigkeit (nicht Heroin)	6 (23,1)
Ja, wenn Patient:innen nicht anderweitig versorgt werden können	5 (19,2)
Ja, aber hat sich bisher noch nicht ergeben	3 (11,5)
Ja, aber nur vorübergehend bzw. in Vertretung	3 (11,5)
Was müsste sich verändern, damit Substitutionstätigkeit aufgenommen würde? (Mehrfachantwort)	
Angemesseneres Honorar	51 (49,0)
Weniger Regularien	51 (49,0)
Änderung der eigenen Praxisorganisation (und ggf. Struktur)	50 (48,1)
Netzwerkbildung aus weiteren ärztlichen Kolleg:innen	32 (30,8)
Kontinuierliche Konsultationsmöglichkeit einer/s erfahrenen Suchtmediziner:in oder eine Fachambulanz	31 (29,8)
Mehr eigene Fortbildung	22 (21,2)
Interessierte Kolleg:in in der Praxis	11 (10,6)

6.4.3 Qualitative Befragung (2019/2020 und 2021/2022)

Die Ergebnisse der ersten qualitativen Befragung wurden bereits publiziert und werden an dieser Stelle zusammengefasst dargestellt.

Es wurden bei den ersten Interviews in den Jahren 2019/2020 sechs Ärzt:innen aus den KV- bzw. Landesärztekammerbezirken Westfalen-Lippe und sechs aus Nordrhein interviewt. In Bayern wurden aus allen sieben Regierungsbezirken Ärzt:innen interviewt (Unterfranken, Mittelfranken, Oberfranken, Schwaben, Oberpfalz, Oberbayern, Niederbayern). Eine genaue Charakterisierung der Ärzt:innen zeigt Tabelle 26. Da in 2021/2022 weitgehend dieselben Ärzt:innen wiederholt befragt wurden, ergeben sich fast identische Angaben. Es wurden Interviews mit substituierenden Ärzt:innen in unterschiedlichen Versorgungssettings geführt (Tabelle 26). Das Durchschnittsalter lag bei 58,5 Jahren, 77,4 % waren männlich und 54,8 % konsiliarisch tätig. Neben niedergelassenen Ärzt:innen konnten auch angestellte Ärzt:innen sowie Ärzt:innen aus Substitutionsambulanzen, PIA und MVZ interviewt werden. Dementsprechend lag die Anzahl der substituierten Patient:innen zwischen 35 und 800. Die Entfernung zwischen dem Wohnort der Patient:innen und den Substitutionspraxen betrug zwischen 10 und 170 km.

Tabelle 26: Charakteristika der in den Modellregionen interviewten Ärzt:innen in 2019/2020 (N = 31)

Geschlecht, N (%)	Männlich	24 (77,4)
	Weiblich	7 (22,6)
Alter in Jahren, M (SD)		58,5 (8,1) (Altersspanne 39 bis 72)
Jahre in Substitution tätig, M (SD)		20,4 (8,4) (Spannweite 3 bis 30)
Anzahl substituierter Patient:innen, M (SD)		209,2 (191,6) (Spannweite 35 bis 800)
Facharztrichtung, N (%)	Allgemeinmedizin und/oder Innere Medizin	25 (80,6)
	Psychiatrie und Psychotherapie/Neurologie	6 (29,4)
Art der Praxis, N (%)	Einzelpraxis/Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft	23 (74,2)
	Substitutionsambulanz	3 (9,7)
	PIA	2 (6,4)
	MVZ	3 (9,7)
Praxisorganisation, N (%)	Praxisbetrieb und Substitution räumlich getrennt	8 (25,8)
	Praxisbetrieb und Substitution räumlich nicht getrennt	16 (51,6)
	kein weiterer Praxisbetrieb, ausschließlich Substitution	7 (22,6)
Größe des Einzugsgebietes in km, M (SD)		57,3 (45,8) (Spannweite 10 bis 170)
Konsiliarisch tätig, N (%)		17 (54,8)

6.4.3.1 Qualitative Interviews in 2019/2020

Bewertung der Änderungen der 3. BtMVVÄndV

Die Änderungen der 3. BtMVVÄndV wurden von den meisten Interviewten positiv bewertet.

Rechtssicherheit

Die größere Rechtssicherheit durch die Überführung der ärztlich-therapeutischen Bereiche in die Richtlinienkompetenz der BÄK wird von fast allen Interviewten positiv bewertet. In den Bundesländern Sachsen und Bayern ist diesbezüglich eine abwartende Haltung spürbar. Es müsse sich erst noch zeigen, ob Formfehler oder ärztliche Entscheidungen tatsächlich vor dem Berufsgesicht ohne direkte strafrechtliche Konsequenzen diskutiert werden.

Beikonsum

Die rechtlich abgesicherte Möglichkeit, die Substitution auch bei fortgesetztem Beikonsum weiterer psychoaktiver Substanzen fortführen zu können, entspricht laut Interviewten, einer guten medizinischen Praxis der Suchtbehandlung, zumal die meisten Patient:innen einen polyvalenten Konsum praktizieren. Die Reduktion des Beikonsums bleibe ein zentrales Thema in der Behandlung, wird aber realistisch über einen langen Zeitraum gedacht. Der Umgang mit den Patient:innen sei z. T. entspannter geworden, da diese ehrlichen Beikonsum angeben könnten, ohne einen Ausschluss aus der Behandlung befürchten zu müssen.

Take-Home und Ausnahme vom Sichtbezug

Die Möglichkeit einer Take-Home-Verordnung von bis zu 30 Tagen und die Ausnahme vom Sichtbezug von 5 Tagen werden als eine Erleichterung im Praxisalltag gewertet. Während zuvor für Arbeitsinsätze außerhalb des Wohnortes, Urlaube oder auch kurze Verwandtenbesuche kreative und zum Teil aufwendige Lösungen gefunden werden mussten, sind nunmehr Ausnahmen entspannt möglich. Die substituierenden Ärzt:innen sind bei einer Take-Home-Verschreibung von drei Wochen oder 30 Tagen zurückhaltend und setzen diese nur ausnahmsweise bei sehr stabilen Patient:innen ein. Häufiger werden 14-Tage-Rezepte ausgegeben, oft in Form eines Mischrezepts. Das bedeutet, dass die Patient:innen in ihrer Apotheke jeweils für eine Woche ihr Substitut mit nach Hause bekommen und es zwischenzeitlich einmal unter Sicht in der Apotheke einnehmen müssen. Eine verlängerte Take-Home-Mitgabe machen die Behandler:innen auch von der Dosis und der Art des Substitutionsmittels abhängig, da sie nicht möchten, dass die Patient:innen einen größeren Bestand zu Hause lagern. Die erweiterte Take-Home-Mitgabemöglichkeit wird auch unter dem Aspekt der Teilhabe der Patient:innen am sozialen Leben positiv bewertet. Allerdings sei für langjährige, ältere und meist einsame Patient:innen die tägliche Einnahme unter Sicht tagesstrukturierend.

Keine zeitliche Vorgabe für das Erreichen einer Opioidabstinenz

Auch diese Neuerung wird positiv bewertet, da man sich nunmehr weder der KV, noch der Krankenkasse oder dem Medizinischen Dienst (MD, vormals Medizinischer Dienst der Krankenversicherung – MDK) gegenüber rechtfertigen muss. Das mögliche Therapieziel Abstinenz, allerdings ohne eine zeitliche Vorgabe, behalten die Behandler:innen trotzdem bei den Patient:innen im Auge. Allerdings ist deutlich, dass die allermeisten möglicherweise eine lebenslange Substitutionsbehandlung benötigen. Angeregt wird, in regelmäßigen Abständen die Ansprache der Patient:innen zu dokumentieren.

Psychosoziale Begleitung (PSB)

Grundsätzlich wird begrüßt, dass eine Substitutionsbehandlung nicht mehr an die PSB gebunden ist. Die erforderlichen Bescheinigungen beizubringen habe viel Kapazität gebunden, zumal es immer auch Patient:innen gab, die nicht zur Teilnahme an einer PSB zu bewegen waren. Selbstkritisch wird angemerkt, dass weniger „Drängeln“ auch dazu führen kann, dass Patient:innen, die es vielleicht nötig hätten, keine PSB aufsuchen. Eine begleitende PSB halten alle Ärzt:innen für sehr sinnvoll, vor allem bei neu eingestellten Patient:innen als auch anlassbezogen. Die meisten Interviewten verfahren wie bisher, einige wenige verlangen weiterhin von allen Patient:innen eine Bescheinigung.

Konsiliararztmodell

Die nun mögliche Aufstockung der Patient:innenzahl auf zehn wird von fast allen substituierenden Ärzt:innen für eine Überforderung gehalten, sowohl für die substituierenden Ärzt:innen, als auch für den Konsiliararzt. Das Konsiliararztmodell wird von den meisten Interviewten grundsätzlich in Frage

gestellt, ist aber im ländlichen Bereich oft die einzige Möglichkeit, substituierte Patient:innen wohnortnah zu versorgen.

Opioide anstatt Opiate

Zukünftig Patient:innen mit einer Abhängigkeit von (halb-)synthetischen Opioiden rechtlich abgesichert substituieren zu können, wird begrüßt. Für die meisten Interviewten ist dies derzeit allerdings ohne große praktische Relevanz, da die bestehenden Regularien in Deutschland eine große Anzahl von Patient:innen mit einer iatrogenen Opioidabhängigkeit verhindert haben. Vielen Interviewten ist die Vorstellung unangenehm, diese Patient:innen dem Schema einer Substitutionstherapie unterwerfen zu müssen. Hier wäre eine Zusammenarbeit mit Schmerztherapeut:innen wünschenswert.

Abgabe des Substitutionsmittels

Um die wohnortnahe Versorgung der Substitutionspatient:innen zu verbessern, können Substitutionsmittel in Zukunft in stationären Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation, Gesundheitsämtern, Alten- oder Pflegeheimen zum unmittelbaren Gebrauch abgegeben werden, sofern die substituierenden Ärzt:innen mit diesen Einrichtungen eine Vereinbarung getroffen haben. Diese neuen Möglichkeiten werden als Erleichterung eingestuft. In der Vergangenheit haben die substituierenden Ärzt:innen kranke Patient:innen teilweise täglich im Hausbesuch selbst versorgt. Dies sei bei Einzelfällen noch leistbar gewesen, aber vor dem Hintergrund einer alternden Klientel und in Erwartung einer zunehmenden Pflegebedürftigkeit nicht mehr durchführbar.

Die meisten Interviewten haben sich, wenn die Notwendigkeit bestand, aktiv auf die Suche nach stationären oder ambulanten Pflegediensten gemacht mit bisher durchweg guten Erfahrungen, vor allem mit ambulanten Pflegediensten. Trotz allem bleibt gerade bei den stationären Pflegeeinrichtungen ein ungutes Gefühl, die Einrichtungen erscheinen als „Black Box“ und es sei unklar, wie gut die Pflegekräfte ausgebildet sind. Ärzt:innen blieben immer in der Verantwortung, die Vertragslage sei vielfach ungeklärt. Auch in der Palliativpflege sind Ärzt:innen anfangs nicht auf die hohen Opioiddosen vorbereitet. In Rehabilitationseinrichtungen werde häufig nach wie vor erwartet, dass Patient:innen vor der Rehabilitationsbehandlung entweder abdosiert oder entgiftet werden.

Strukturelle Voraussetzungen

Die Größe des Einzugsgebietes einer substituierenden Einrichtung ist nicht nur davon abhängig, ob diese sich in einem großstädtischen oder ländlichen Bereich befindet. Die Patient:innen fahren auch aus dem Umland in die Großstädte, wenn die Versorgung nicht gewährleistet ist. Anzunehmen ist auch, dass die Lage der Praxen, ihre Erreichbarkeit sowie ihre Hoch- bzw. Niedrigschwelligkeit dabei eine große Rolle spielt.

Psychiater:innen

In allen Modellregionen besteht ein Mangel an psychiatrischen Praxen, die substituierte Pati-

ent:innen (mit-)behandeln. Alle substituierenden somatischen Ärzt:innen verfügen über eine Expertise in der Behandlung psychischer Störungen, die auf viel Erfahrung beruht. Die Situation wird dann als zufriedenstellend erlebt, wenn wenigstens eine psychiatrische Praxis oder psychiatrische Ambulanz vor Ort zur Mitbehandlung bereit ist. Für substituierende Ärzt:innen ist es außerordentlich wichtig, dass psychiatrische Abteilungen der Bezirkskrankenhäuser/Universitätskliniken bereit sind, psychiatrische Notfälle aufzunehmen und zeitnah Teilentgiftungen durchführen. Dies ist nicht überall gegeben und teilweise rückläufig. Psychotherapeut:innen stehen fast durchgehend nicht für die Klientel zur Verfügung. Eine bessere Kooperation wird angemahnt. Eine hausärztliche Betreuung somatischer Erkrankungen, auch im Hinblick auf die zunehmend älter werdenden Patient:innen, sollte stets gewährleistet sein.

Apotheken

Die Zusammenarbeit mit Apotheken wird in einem unterschiedlichen Ausmaß benötigt und ist für Praxen mit einer eigenen Vergabe der Substitutionsmittel nicht vorrangig. Die Zusammenarbeit wird durchgehend als sehr gut bewertet und die Apotheken werden als motiviert und verantwortungsvoll geschildert. Praxen mit einem großen Einzugsgebiet, z. B. in Sachsen oder Bayern, sind in einem hohen Maße auf die Zusammenarbeit mit Apotheken, die die Sichtvergabe durchführen, angewiesen. Es gibt aber weiterhin Regionen, in denen keine einzige Apotheke zur Vergabe bereit ist. Die neue Regelung hat dazu geführt, dass die Rückmeldungen der Apotheken sehr gut geworden sind und genaue Informationen über die Vergabe bei Bedarf abgerufen werden können. Die neuen Apothekenverträge der ABDA werden jedoch selten angewandt und als zu umfangreich eingestuft. Zur Anwendung kommen eigene Verträge, was aber als unbefriedigend bewertet wird. Weitgehend einig sind die substituierenden Ärzt:innen dahingehend, dass Apotheken für die Sichtvergabe der Substitutionsmittel entlohnt werden sollten, da auch Hygienevorschriften, Geräte, Vergabetresen etc. finanziert werden müssen.

Kooperationen und Vernetzungen

Es wurden in der Vergangenheit viele formale Netzwerke aufgebaut, dazu gehören Runde Tische und Qualitätszirkel, teilweise über Bezirksgrenzen oder Bundeslandgrenzen hinaus. Hier kommen unterschiedliche Professionen zusammen. Ärzt:innen, die unter konsiliarischer Betreuung arbeiten, seien zur Teilnahme nur sehr eingeschränkt zu motivieren. Im Laufe der Zeit sind auch stabile informelle Netzwerke entstanden. Übereinstimmung besteht darin, dass niedergelassene Ärzt:innen nicht alle Patient:innen substituieren können. Es kommt immer wieder vor, dass Patient:innen in einer Hausarztpraxis aufgrund der Schwere der Erkrankung nicht mehr tragbar sind. Wenn keine Ambulanzen oder Schwerpunktpraxen vorhanden sind, weichen Patient:innen auf große Städte aus, z. T. auch über Bundeslandgrenzen hinweg. Durchaus häufig sind Netzwerke in NRW und Bayern, in denen sich

substituierende Ärzt:innen zu einer zentralen Wochenendvergabe zusammengeschlossen haben. In ländlichen Gebieten ist dies allerdings nicht möglich, da die Patient:innen dann unter Umständen noch weiter fahren müssten.

Finanzen

Die finanzielle Vergütung wird von den meisten Ärzt:innen mit Einschränkungen als ausreichend bis gut eingeschätzt. Allerdings würde der Aufwand für schwierige Patient:innen nicht entsprechend abgebildet. Gespräche mit den Patient:innen jedoch würden weiterhin nicht ausreichend honoriert. Die Interviewten gehen davon aus, dass die finanziellen Regelungen zur Anwendung (bzw. Ausweitung) der Take-Home-Vergabe nicht ermutigen und somit die Teilhabemöglichkeit der Patient:innen erschweren. Nach wie vor sei der Verdienst am höchsten, wenn die Vergabe des Substitutionsmittels täglich in den Praxen stattfindet. Auch bei längeren Take-Home-Zeiten blieben der grundsätzliche Substitutionsaufwand und die Verantwortung hoch. Eine Pauschale entsprechend einer Rehabilitationsbehandlung wurde mehrfach angeregt.

Sicherung der Substitution

Die Substitution brauche weitere, kontinuierliche gesundheitspolitische Aufmerksamkeit. Die 3. BtMVVÄndV sei ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung, werde aber ohne flankierende Maßnahmen an der drohenden Unterversorgung mit niedergelassenen Ärzt:innen grundlegend wenig ändern. Ohne den Rückhalt von Bezirkskliniken und angegliederten Substitutionsambulanzen (PIA) bei der Versorgung von schwierigen Patient:innen sei es zweifelhaft, ob neue niedergelassene Ärzt:innen gewonnen werden können. Positiv hervorgehoben wird der „Pakt für Substitution“ in Baden-Württemberg. Der Wunsch berenteter Substitutionsärzt:innen, weiterhin in der Substitution aktiv zu bleiben, sollte formal erleichtert werden. Auch wenn dies langfristig den Mangel an jüngeren substituierenden Ärzt:innen nicht ausgleichen könne, sind diese Ärzt:innen an einigen Standorten wichtig für die Aufrechterhaltung der Substitution. Zudem verfügten sie über sehr viel Erfahrung und eine hohe Motivation.

Obwohl flächendeckend der Wunsch geäußert wird, dass mehr PIA, Substitutionsambulanzen und Krankenhäuser möglichst niedrigschwellig substituieren mögen, so sollte doch der Fokus weiter auf niedergelassenen Ärzt:innen bleiben. Es sollte vermieden werden, dass nur eine reine Suchtbehandlung stattfindet und weitere Erkrankungen, wie HIV, Hepatitis oder auch Lungenentzündungen möglicherweise nicht diagnostiziert und behandelt werden. Zudem bauen Hausärzt:innen langjährige Beziehungen zu den Patient:innen auf. Da diese Praxen in der Regel eine überschaubare Anzahl an substituierten Drogenabhängigen behandeln, wird eine Szenebildung vor den Praxen vermieden. Gleichzeitig erscheint jedoch eine Zentrierung sinnvoll, um die Qualität der Substitutionsbehandlung zu garantieren und ggf. zu steigern. Daher wird auch das Konsiliararztmodell überwiegend sehr kri-

tisch gesehen. Substitutionsbusse könnten ländliche Gebiete abdecken, aber auch hierfür fehle das Personal. Stärker in den Fokus sollten MFA treten, denen eine große Bedeutung für die Vergabe zukommt. Die Dokumentation sollte weiter verschlankt werden und bei Fehlern, auch beim Ausfüllen von Rezepten, den Ärzt:innen nicht per se eine Absicht unterstellt und finanziell geahndet werden. Weitere Anstrengungen sollten unternommen werden, um der Stigmatisierung auf allen Ebenen entgegenzuwirken.

Für die Interviewten ist es sehr wichtig, die Suchtbehandlung und speziell die Substitution stärker in die Ausbildung der Mediziner:innen zu integrieren. So sieht die Weiterbildungsordnung im Bereich Psychiatrie eine Tätigkeit im Suchtbereich vor. Das sollte konsequent umgesetzt werden. In die allgemeinmedizinische und hausärztliche Ausbildung sollten auch Substitutionspraxen mit aufgenommen werden, dies wirke der Stigmatisierung entgegen. In den letzten Jahren sei viel Werbung für Hausärzt:innen gemacht worden, vor allem für den ländlichen Bereich. Teilweise sind Erfolge spürbar, so werden Hausarztpraxen wieder besetzt und Lehrarztpraxen bekommen verstärkt Anfragen nach Ausbildungsplätzen. Dieses Zeitfenster müsse genutzt werden, da nach Abschluss der fachärztlichen Ausbildung sich die Ärzt:innen auf einen Bereich der ärztlichen Tätigkeit festgelegt haben.

6.4.3.2 Qualitative Interviews in 2021/2022

Die Interviews in 2021/2022 standen im Zeichen der COVID-19-Pandemie und der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung.

Insgesamt haben die Ärzt:innen und ihre substituierten Patient:innen die ersten Monate der COVID-19-Pandemie gut überstanden. Die Ärzt:innen haben in der Regel schnell und umfassend auf die pandemische Lage mit Maskenpflicht, Abstandswahrung, Fieber messen, Plexiglasscheiben, Lüften und Luftreinigungsgeräten reagiert. Wenn nötig, wurden nur wenige Substituierte zeitgleich in die Räumlichkeiten eingelassen. Zur Abstandswahrung wurden Markierungen auf den Bürgersteig gezeichnet. Einige Ärzt:innen haben, wenn möglich, Umbaumaßnahmen wie Fensterdurchbrüche in den Hof und/oder Aufstellen von Schutzpavillons vorgenommen, bei anderen Ärzt:innen war dies nicht nötig, da sie über ausreichenden Platz in ihren Räumlichkeiten verfügten. Größere Praxen haben anfangs zwei oder mehrere Teams gebildet, die unabhängig voneinander gearbeitet haben. Bei dem Ausfall eines Teams (durch Erkrankung oder Quarantänemaßnahmen) war die Substitution somit insgesamt nicht gefährdet. Für viele Ärzt:innen war es, auch bedingt durch ihre Beteiligung an den Impfkampagnen bzw. durch ständig wechselnde Informationen, eine sehr anstrengende Zeit. Die Änderungen der BtMVV in 2017 und die weiteren Möglichkeiten, die die SARS-CoV-2 Arzneimittelversorgungsverordnung bot, hat nach Ansicht der Ärzt:innen viel dazu beigetragen, die Substitutionsbehandlung an die Pandemiebedingungen anzupassen und ohne größere Komplikationen fortführen zu können. Im Einzelnen wurden die folgenden Bereiche genannt.

Erkrankungen der Patient:innen

Für die Ärzt:innen war es erstaunlich, dass sich keine oder nur wenige ihrer substituierten Patient:innen mit COVID-19 angesteckt haben. Wenn ein:e Patient:in positiv getestet wurde, dann war die Erkrankung in der Regel sehr milde und erforderte keinen Krankenhausaufenthalt. Nur von einem Patienten mit vielen schweren Vorerkrankungen wurde berichtet, dass er verstarb. Gerade Hausarztpraxen sahen einen großen Unterschied zu den Nicht-Substituierten, die häufiger und schwerer erkrankten. Stringente Erklärungsansätze dafür waren nicht vorhanden. Einerseits wurde argumentiert, dass Substituierte häufig einsam seien und isoliert lebten, andererseits gab es auch Gruppen von Patient:innen, die sich an keine Abstandsregeln hielten und trotzdem nicht erkrankten. Selbstkritisch wurde angemerkt, dass möglicherweise Infektionen nicht erkannt wurden, weder von den Patient:innen, noch von den Ärzt:innen. Möglicherweise haben auch die Substitutionsmedikamente eine schwere Erkrankung verhindert, so haben z. B. Opioide eine hustendämpfende Wirkung.

Patient:innenzahlen

Von den allermeisten Ärzt:innen keine erhöhten Patient:innenzahlen berichtet. Allenfalls kam es anfangs zu vermehrten Anfragen aufgrund von Versorgungsängsten der Opioidabhängigen und Ausdünnung des Schwarzmarkts. Letzterer hatte sich jedoch überall sehr schnell wieder normalisiert. Während bei einigen Ärzt:innen die in der ersten Coronawelle neu aufgenommenen Patient:innen sehr schnell wieder die Substitution verlassen hatten, konnte eine Praxis viele der Neuaufnahmen auch weiterhin halten. Das Bestreben der meisten Ärzt:innen war es, die von der KV gesetzte Obergrenze oder ihre eigene Kapazitätsgrenze nicht zu überschreiten, was vielfach gelungen ist, da sie noch Spielräume bei der Patient:innenzahl hatten. Sehr selten kam es zu einer Überschreitung der Obergrenze, auf die die KV aber nicht negativ reagiert haben. Es gibt allerdings einige Praxen, die stets an ihrem Limit arbeiten, auch weil es viel zu wenig substituierende Ärzt:innen in ihrer Umgebung gibt. Diese konnten kaum weitere Patient:innen zur Substitution aufnehmen und den punktuellen Anfragen nicht gerecht werden.

Take-Home-Vergabe und SZ-Rezepte

In der Regel haben die Ärzt:innen ihre Patient:innen neu oder auf verlängerte Take-Home-Rezepte eingestellt. Obwohl verlängerte Take-Home-Zeiten schon mit der vorherigen Änderung der BtMVV möglich waren, war für viele Ärzt:innen die COVID-19-Pandemie erstmals ein Anlass, Take-Home-Rezepte länger als eine Woche auszustellen. Die Erfahrungen mit dieser Verlängerung waren unterschiedlich. Fast alle Ärzt:innen haben Take-Home-Rezepte für längere Zeit ausgestellt und ungefähr die Hälfte der Interviewten haben mehr Patient:innen Take-Home-Rezepte gegeben. Die veränderte Take-Home-Regelung wurde allerdings häufig ganz oder in Teilen wieder zurückgenommen. Zum Teil war es inhaltlich begründet, da entweder der Beikonsum angestiegen war oder Patient:innen lieber

regelmäßiger oder täglich kommen wollten. Teilweise war die Rücknahme auch finanziell begründet, da sich eine Substitution nur dann rechnet, wenn nicht alle oder zu viele Patient:innen lange Take-Home-Rezepte bekommen. Bei stabilen Patient:innen, die schon lange in Substitution sind, war eine verlängerte Take-Home-Verschreibung in der Regel unproblematisch. SZ-Rezepte wurden weniger häufig genutzt. Während einige Ärzt:innen diese Rezeptart ablehnten, da sie sich inhaltlich schwer von ST-Rezepten abgrenzen lässt, haben andere Ärzt:innen SZ-Rezepte erstmals oder häufiger genutzt bei nicht stabilen Patient:innen, da sie damit Regressforderungen oder immer noch existierende staatsanwaltliche Bedrohungsszenarien eher umgehen konnten als bei Take-Home-Rezepten.

Abrechnung von acht anstatt vier Gesprächen, Telefon- und Videokontakte

Die meisten Ärzt:innen fanden die Abrechnungsmöglichkeit von acht Gesprächen sinnvoll, da es vorher keine Möglichkeit gab, häufige Gespräche mit einzelnen Patient:innen abzurechnen. Auch die Möglichkeit, Telefongespräche abrechnen zu können, wurde begrüßt. Telefonische Patient:innenkontakte kamen auch schon vor der Pandemie oft vor. Selbstkritisch wurde angemerkt, dass einige Patient:innen sehr häufige Gespräche zu bestimmten Zeiten bräuchten, bei sehr stabilen Patient:innen aber keine acht Gespräche pro Quartal geführt werden müssten. Eine genaue Differenzierung der Patient:innen lasse sich nach wie vor nicht abbilden, es sei eher ein Durchschnittswert.

Telefonkontakte mit den Patient:innen fanden sehr häufig statt, auch um bei der verlängerten Take-Home-Gabe den Kontakt zu den Patient:innen zu halten und zu erfahren, wie es ihnen geht. Videokontakte fanden eher nicht statt. Die Gründe lassen sich sowohl auf Seiten der Ärzt:innen als auch der Patient:innen finden. Für Ärzt:innen ist das Verfahren aufwendig und die technische Seite oft kompliziert und fehleranfällig; außerdem könne eine genaue Beurteilung des Zustands der Patient:innen nicht per Video erfolgen. Man merke nicht wirklich, wie es den Patient:innen geht. Patient:innen müssten die genaue Zeit einhalten, was den Meisten ohnehin nicht leicht fällt.

Take-Home-Rezepte oder Z-Rezepte ohne persönlichen Kontakt

Selten haben die Ärzt:innen Rezepte an die Substituierten geschickt. Häufiger wurden Rezepte bei Bedarf an die Apotheken geschickt und dort von Pflegediensten, Angehörigen oder guten Freunden abgeholt. Angehörige oder gute Freunde, die sich ausweisen mussten, konnten jedoch Rezepte auch direkt in den Praxen abholen. Obwohl dieses Vorgehen eher selten angewendet wurde, hat es doch den rechtlichen Druck genommen, und die Ärzt:innen waren nicht gezwungen, Hausbesuche zu machen.

Vorgehen bei Erkrankung, Isolierung oder Quarantäne

Fast alle Ärzt:innen haben, in unterschiedlichem Ausmaß, die Substitutionsmedikamente bei Bedarf durch den Botendienst der Apotheken oder über Pflegedienste den betroffenen Patient:innen bringen lassen. Viele substituierende Einrichtungen kooperierten schon vor der COVID-19-Pandemie mit

ambulanten Pflegediensten, die auf dem Hintergrund der zunehmend älter und kränker werdenden Klientel wichtiger geworden sind. Aber auch bei Notfällen die Medikamente über den Botendienst der Apotheken sehr unbürokratisch bringen lassen zu können, wurde begrüßt.

Konsiliarregelung

Die Ärzt:innen, die als Konsiliarärzt:innen arbeiten, hatten wenig bis keinen Kontakt zu den Patient:innen oder unter ihrer Aufsicht arbeitenden Ärzt:innen. Einhellig wurde wiederum die mögliche Aufstockung auf zehn Patient:innen abgelehnt. Sie sei eine Überforderung des Konsiliarius, sowie der unter dieser Regelung arbeiteten Ärzt:innen. Das Wissen der Ärzt:innen ohne suchtmmedizinische Weiterbildung sei vielfach nicht vorhanden, und eine Überprüfung der Substitution, für die zehn Minuten pro Quartal vorgesehen sind, nicht seriös zu leisten.

Notfallverordnung und Ausweitung der Vertretungsregel

Beide Änderungen wurden von keiner/keinem Ärzt:in angewandt.

Psychosoziale Betreuung (PSB)

Allgemein herrschte große Unzufriedenheit mit der PSB bzw. den entsprechenden Einrichtungen während der COVID-19-Pandemie. Häufig sei die PSB einfach „untergetaucht“ und nicht oder nur sehr schwer telefonisch zu erreichen gewesen. Gerade für instabile Patient:innen, die man auch zur PSB habe drängen müssen, wäre dies ein Grund gewesen, den Kontakt nicht herzustellen. Aber auch für Patient:innen mit konkreten Anliegen sei die PSB häufig nicht erreichbar gewesen. Vielerorts wurden anfallende Gespräche in den Praxen von engagierten Mitarbeiter:innen geführt. Die MFA hätten viel abgefangen. Grundsätzlich wurde kritisiert, dass schon vor der Pandemie kaum noch aufsuchende Arbeit stattfand. Insgesamt sei das Vertrauensverhältnis zwischen den substituierenden Ärzt:innen, den Patient:innen und der PSB nachhaltig gestört worden. Gerade große Träger hätten wie Behörden agiert und z. T. die Mitarbeiter:innen der PSB in Kurzarbeit geschickt. Nur wenn die PSB direkt in der Praxis angesiedelt war, wurde die Arbeit weiterhin als gut bezeichnet.

Depot-Buprenorphin

Nur ein:e Ärzt:in hat pandemiebedingt Patient:innen auf Depot-Buprenorphin ein- bzw. umgestellt. Einige hatten Patient:innen unter Depot-Buprenorphin, aber die COVID-19-Pandemie war kein Anlass für eine Einstellung. Es ist eine große Zurückhaltung bei den Ärzt:innen aus unterschiedlichen Gründen zu spüren:

- Patient:innen hätten kein Interesse, sie seien sehr skeptisch,
- Ärzt:innen ist das Risiko der Spritze zu hoch, sie fragen sich, was passiert, wenn Patient:innen Beikonsum haben,
- Depot-Buprenorphin sei sehr teuer (finanzielle Interessen der Praxis),
- Depot-Buprenorphin habe bei Patient:innen bisher nicht gut funktioniert.

Befinden der Patient:innen

Insgesamt wurde das Befinden bzw. die Entwicklung psychischer Belastungen oder Symptome der Substitutionspatient:innen nicht generell schlechter als bei der übrigen Bevölkerung eingeschätzt. Ängste und Depressionen seien nur moderat gestiegen. Substituierte waren zudem unterschiedlich betroffen. Jene, bei denen Einsamkeit ein großes Problem darstellte, fühlten sich entweder wohler (Sozialphobiker:innen) oder spürten ihre Einsamkeit noch stärker. Eltern mit Kindern litten unter der Schließung von Kindertagesstätten und Schulen, und Geringverdiener:innen verloren häufig ihren Job.

Impfungen

Die substituierten Patient:innen wurden schon sehr früh geimpft, da sie in die Prioritätenstufe 2 fielen. Die Impfungen waren größtenteils erfolgreich, manchmal wurde auch Druck ausgeübt. Auch unter den Substituierten fand sich eine Gruppe Impfgegner:innen oder Verschwörungstheoretiker:innen, die nicht zu überzeugen waren. Einige Ärzt:innen berichteten, dass russlandstämmige Substituierte sich nicht mit dem in Deutschland zugelassenen Impfstoffen impfen lassen wollten und auf den Impfstoff „Sputnik“ warten wollten. Besonders die zweite Impfung, wenn nicht mit dem Johnson & Johnson-Impfstoff geimpft wurde, gestaltete sich teilweise aufwendig, da die Ärzt:innen und ihre Mitarbeiter:innen dazu zeitgerecht auffordern mussten.

Weitere Kontakte

Inwieweit Kontakte unter ärztlichen Kolleg:innen gehalten wurden, hing sehr vom Grad der bis dahin erfolgten Vernetzung ab. Teilweise fanden Qualitätszirkel und Arbeitstreffen online statt, teilweise fielen sie komplett aus. Weiterbildungen wurden online durchgeführt. Einige Ärzt:innen hatten wie gewohnt telefonischen Kontakt. Persönliche Treffen werden durchgehend bevorzugt, aber Videokontakt sei immer noch besser als kein Kontakt.

6.5 Modul B2: Quantitative Befragung substituerter Patient:innen

6.5.1 Soziodemografische Beschreibung der Patient:innen

Zwei Drittel der befragten 233 Substitutionspatient:innen waren männlich, divers wurde nicht angegeben. Das Durchschnittsalter betrug 45,1 Jahre mit einer Altersspanne von 19 bis 69 Jahren. Die Hälfte der Teilnehmer:innen waren 46 Jahre und älter, 31,5 % waren zwischen 46 und 53 Jahre alt. Im Durchschnitt waren die Patient:innen zum Zeitpunkt der Befragung seit 14 Jahren opioidabhängig. Die Lebenssituation vieler Substituierter war als vergleichsweise stabil anzusehen. 80,1 % lebten in einer eigenen Wohnung und 29,6 % waren in Voll- oder Teilzeit beschäftigt (Tabelle 27). 34 Opioidabhängige lebten mit Kindern im eigenen Haushalt (14,6 %). Die Zugehörigkeit zu Kreisregionen konnte für 197 Patient:innen bestimmt werden: N = 102 (51,8 %) für kreisfreie Großstädte, N = 60

(31,6 %) für städtische Kreise und N = 35 (17,8 %) für ländliche Kreise.

Tabelle 27: Charakteristika und Lebenssituation der befragten Patient:innen

Geschlecht (N = 231)	männlich	153 (66,2)
	weiblich	78 (33,8)
Alter in Jahren (M,S) (N = 232)		45,1 (9,7)
Geburtsort (N = 232)	Deutschland	192 (82,8)
	Nicht EU-Land	27 (11,6)
	Anderes EU-Land	13 (5,6)
Wohnsituation (N = 231)	Alleine in Wohnung lebend	105 (45,5)
	Mit Partner:in und/oder Kindern in eigener Wohnung	80 (34,6)
	Bei Angehörigen	20 (8,7)
	Betreutes Wohnen	11 (4,8)
	Hotel/Pension/Wohnheim/Unterkunft	9 (3,9)
	Obdachlos, auf der Straße	6 (2,6)
Partnerschaft (N = 230)	Alleinstehend	131 (57,0)
	Feste Beziehung, zusammenlebend	71 (30,9)
	Feste Beziehung, getrenntlebend	28 (12,2)
Arbeitssituation (N = 233)	Nichtbeschäftigung (z. B. berentet, arbeitslos)	143 (61,4)
	In Beschäftigung (z. B. Vollzeit, Teilzeit, Ausbildung)	82 (35,2)
	Andere, z. B. Freiberuf, Krankengeld, Angehörigenpflege	8 (3,4)
Jahre in Opioidsubstitutionstherapie (M, S), (N = 209)		14,2 (8,2)
Substitutionsdauer in aktueller Praxis in Jahren (M, S), (N = 219)		8,3 (7,0)
Aktuelles Substitutionsmittel (N = 233)	Levomethadon	105 (55,1)
	Razemisches Methadon	54 (24,5)
	Buprenorphin	54 (23,2)
	Retardiertes Morphin	14 (6,0)
	Buprenorphin-Depot, Dihydrocodein/Codein	3 (1,3)
Rezeptart für Substitutionsmittel (N = 233)	Kassenrezept	223 (95,7)
	Privatrezept	7 (3,0)
	Manchmal Kassen-, manchmal Privatrezept	3 (1,3)

6.5.2 Wegstrecke zur Substitutionsbehandlung

Im Durchschnitt brauchten die substituierten Opioidabhängigen 35 Minuten zum Erreichen der Praxis oder Ambulanz. Allerdings brauchten auch 12 Patient:innen eine Stunde und 21 Patient:innen länger als eine Stunde. Die maximale Zeit lag bei drei Stunden. Über 50 % nutzten den öffentlichen Nahverkehr. Immerhin gab die Hälfte der Befragten an, dass ihnen der Anfahrtsweg nicht zu lang war (Tabelle 28). Die Länge des Anfahrtswegs stand in keinem Zusammenhang mit der Art der Einnahme des Substitutionsmedikaments (Vergabe in der Praxis vs. Take-Home, Häufigkeit des Aufsuchens der substituierenden Praxis).

Tabelle 28: Wegstrecke zur und Häufigkeit des Aufsuchens der Substitutionspraxis sowie Ort der Substitutionsmitteleinnahme, Patient:innenangaben

	Kreisfreie Großstadt	Städtischer Kreis	Ländlicher Kreis	Gesamt- gruppe	Statistik
Zeit vom Wohnort zur Substitutionspraxis (Minuten für eine Strecke) (M, S)	27,1 (15,2)	42,1 (32,5)	37,8 (29,7)	35,0 (26,1)	F = 7,69 p = 0,001*
Fortbewegungsmittel zur Substitutionspraxis (Mehrfachantwort) (N, %)					χ^2 -Test
Öffentliche Verkehrsmittel	60 (58,8)	42 (70,0)	13 (37,1)	135 (57,9)	p = 0,007
Fahrrad	26 (25,5)	5 (8,3)	9 (25,7)	48 (20,6)	p = 0,022
Zu Fuß	24 (23,5)	6 (10,0)	7 (20,0)	45 (19,3)	p = 0,102
Eigenes Auto/Motorrad	5 (4,9)	13 (21,7)	6 (17,1)	27 (11,6)	p = 0,004
Anderes, z. B. werde gefahren, mitgenommen	4 (3,9)	3 (5,0)	7 (20,0)	19 (8,2)	p = 0,005
Anfahrtsweg zu lang (N, %)					$\chi^2 = 4,58$ p = 0,333
Nein	60 (58,8)	30 (50,8)	18 (52,9)	122 (52,8)	
Geht so	35 (34,3)	24 (40,7)	10 (29,4)	82 (35,5)	
Ja	7 (6,9)	5 (8,5)	6 (17,6)	27 (11,7)	
Häufigkeit des Aufsuchens der Substitutionspraxis (N, %)					$\chi^2 = 4,88$ p = 0,300
Einmal pro Woche	44 (44,0)	32 (54,2)	22 (62,9)	112 (49,6)	
Mehrmals pro Woche	45 (45,0)	22 (37,3)	9 (25,7)	92 (40,7)	
Seltener als einmal pro Woche	11 (11,0)	5 (8,5)	4 (11,4)	22 (9,7)	
Ort der Einnahme des Substitutionsmittels (N, %)					$\chi^2 = 13,34$ p = 0,038
Ausschließlich unter Sicht in Praxis oder Apotheke, ggf. Take-Home Rezept am Wochenende	44 (43,6)	20 (34,5)	14 (40,0)	62 (27,2)	
Alle paar Tage unter Sicht in Praxis/Apotheke, ansonsten Take-Home	9 (8,9)	5 (8,6)	0 (0,0)	17 (7,2)	
Einmal pro Woche in Praxis/Apotheke und ansonsten Take-Home	22 (21,8)	11 (19,0)	15 (42,9)	48 (24,7)	
Ausschließlich Take-Home	26 (25,7)	22 (37,9)	6 (17,1)	54 (27,8)	

*Signifikanz Scheffé-Test: Städtischer Kreis vs. kreisfreie Großstadt

Die Abbildung 11 demonstriert, dass eine Wegzeit von bis zu 30 Minuten für fast alle befragten substituierten Patient:innen als akzeptabel empfunden wurde.

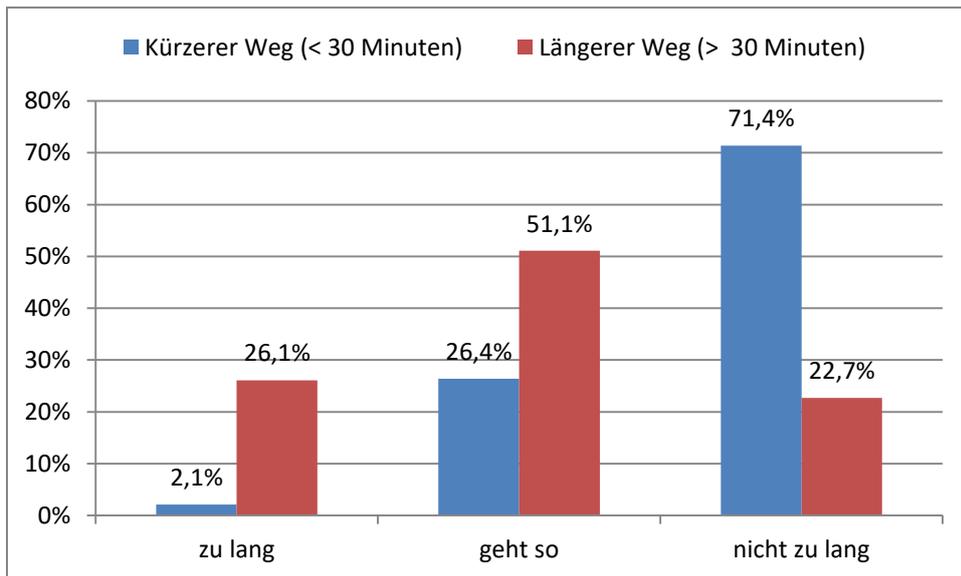


Abbildung 11: Zeit vom Wohnort zur Substitutionspraxis (für eine Strecke) und Empfinden der Weite des Anfahrtswegs (N = 228, $\chi^2=60,81$, $p<0,001$; Kürzerer Weg: N=140, Längerer Weg: N=88)

Brauchten die Patient:innen länger als 30 Minuten, empfanden 26,1 % der Patient:innen den Weg als zu lang. Mussten die Patient:innen eine Wegstrecke zurücklegen, für die sie länger als eine halbe Stunde brauchten, so suchten 18,4 % seltener als einmal pro Woche die substituierende Praxis/ Ambulanz auf. Ist der Weg in die Praxis/Ambulanz kürzer als eine halbe Stunde, so reduzierte sich die Anzahl der Patient:innen, die seltener als einmal pro Woche ihre substituierende Praxis/ Ambulanz aufsuchten, auf 2,1 % (Abbildung 12).

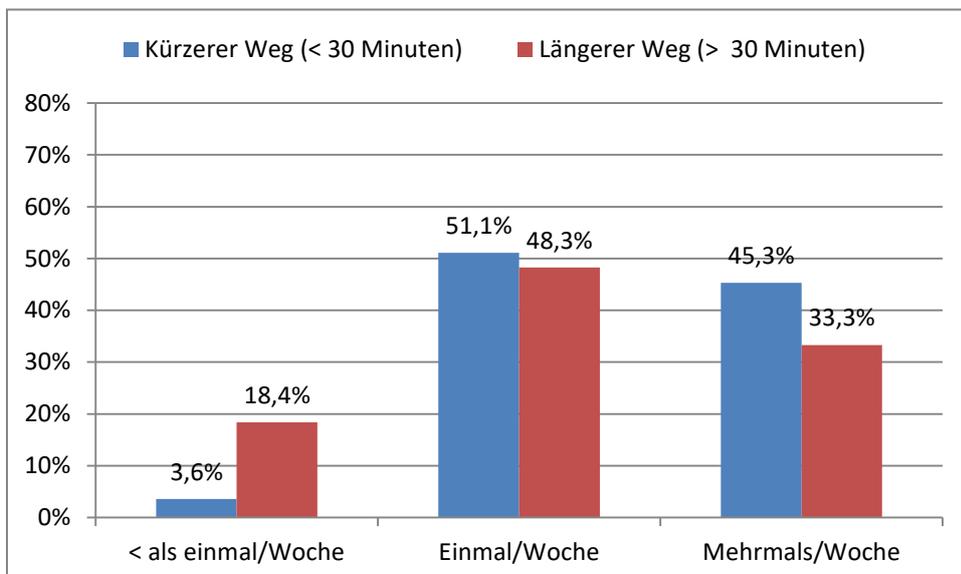


Abbildung 12: Zeit vom Wohnort zur Substitutionspraxis (für eine Strecke) und Häufigkeit des Aufsuchens der Substitutionspraxis (N = 224, $\chi^2=14,28$, $p=0,001$; Kürzerer Weg: N=137, Längerer Weg: N=87)

Die hauptsächlichen Gründe für die Patient:innen, lange Wege zu den substituierenden Praxen oder Ambulanzen auf sich zu nehmen, waren die Zufriedenheit mit der aktuellen Substitutionsbehandlung

und dass keine näher gelegene Substitutionsmöglichkeit bestand (Tabelle 29). Ein Unterschied zwischen den Kreisregionen

Tabelle 29: Gründe von Patient:innen, einen als zu lange empfundenen Anfahrtsweg zu der substituierenden Praxis in Kauf zu nehmen, Patient:innenangaben

Anfahrtsweg ist zu lang (Mehrfachantwort)	N (%)
Aufgrund Zufriedenheit in aktueller Praxis nie um andere Substitutionspraxis gekümmert	44 (40,7)
Keine näher gelegene Substitutionspraxis vorhanden	43 (39,8)
Näher gelegene Substitutionspraxis vorhanden, Pat. möchte jedoch in jetziger bleiben	34 (31,5)
Näher gelegene Substitutionspraxis vorhanden, die jedoch keine Pat. aufnimmt (Warteliste)	11 (10,2)
Näher gelegene Substitutionspraxis vorhanden, Verhältnis zum Personal ist jedoch nicht gut	10 (9,3)
Näher gelegene Substitutionspraxis vorhanden, gewünschtes Substitutionsmittel wird dort jedoch nicht verschrieben	8 (7,4)
Substitutionspraxis liegt i. d. Nähe/auf dem Weg zur Arbeit	3 (2,8)
Anderes, z. B. wegen Berufstätigkeit wird nähergelegene Praxis bevorzugt, gute Öffnungszeiten der aktuellen Praxis	13 (12,0)

Lange Wegstrecken zur Substitution wurden in mehrerer Hinsicht von den Patient:innen als belastend erlebt. Eine grundsätzliche Einschränkung der eigenen Lebensqualität gaben 41,8 % der Patient:innen an. Gesundheitliche Probleme erschwerten den Weg zur Substitution oder machten ihn unmöglich. Ein weiterer Punkt betraf den monetären Bereich – das Fahrgeld konnte nicht aufgebracht werden, so dass Schwarzfahren zu einer Alternative wurde, allerdings häufig mit rechtlichen Konsequenzen (Tabelle 30).

Tabelle 30: Erlebte Herausforderungen aufgrund eines als zu lange empfundenen Anfahrtswegs zu der substituierenden Praxis, Patient:innenangaben

Aufgrund des langen Anfahrtswegs (Mehrfachantwort)	N (%)
Einschränkung der Lebensqualität spürbar	38 (41,8)
Mehrfach beim Schwarzfahren wegen nicht ausreichendem Geld erwischt	30 (33,0)
Behandlungstermin versäumt, weil Weg zu anstrengend war	26 (28,6)
Schwierigkeiten bei Praxisbesuch, wegen gesundheitlicher Probleme	26 (28,6)
Behandlungstermin wegen nicht vorhandenem Fahrgeld schon mal versäumt	24 (26,4)
Weniger Zeit für Familie, Freunde, Hobbys	20 (22,0)
Annahme einer Arbeit/Ausbildung nicht möglich	9 (9,9)
Substitutionsbehandlung schon mal unter- oder abgebrochen	7 (7,7)
Anderes, z. B. hohe Fahrtkosten, langer Fahrweg zeitaufwendig	14 (15,4)

6.5.3 Wahrgenommene Änderungen durch die 3. BtMVVÄndV

Der Informationsstand der substituierten Patient:innen hinsichtlich der 3. BtMVVÄndV war sehr unterschiedlich. Während sich 33,0 % als gut informiert bezeichneten, fühlten sich fast ebenso viele gar nicht informiert (29,0 %). Die übrigen Patient:innen (38,0 %) hielten sich für mittelmäßig informiert. Ein veränderter Umgang ihrer substituierenden Ärzt:innen mit dem Konsum weiterer psychoaktiver Substanzen in den letzten ein bis zwei Jahren wurde in der Regel nicht bemerkt. 11,6 % berichteten, dass Beikonsum zwar häufiger angesprochen wurde, aber ohne einen Substitutionsausschluss zu thematisieren. Knapp die Hälfte der Patient:innen gab an, keinen Beikonsum zu haben. Den Pati-

ent:innen war es wichtig, über den Zeitpunkt eines möglichen Absetzversuchs selbst zu bestimmen (55,3 %). Fast die Hälfte der Patient:innen konnte sich momentan ein Leben ohne Substitution nicht vorstellen (46,5 %). 11,4 % der Substituierten strebten eine Drogen- und Substitutionsmittelfreiheit an (Tabelle 31).

Tabelle 31: Wahrgenommene Änderungen der Substitutionsmitteleinnahme unter Sicht und Take-Home-Ausdehnung (veränderter Umgang innerhalb der letzten ein bis zwei Jahre), Patient:innenangaben

	N (%)
Ausnahme der Einnahme unter Sicht (N = 184)	
Ja, Mitgabe des Substitutionsmittels war schon mal für 5 Tage möglich	100 (54,3)
Ja, Mitgabe des Substitutionsmittels war schon mal für 2 Tage möglich	52 (28,3)
Nein, Pat. musste immer unter Sicht einnehmen	32 (17,4)
Erleben der Ausweitung des Sichtbezugs auf 5 Tage (Mehrfachantwort)	
Positiv, Feiertage genießen möglich	78 (82,1)
Positiv, keine Besorgung von Substanzen auf Schwarzmarkt nötig	35 (36,8)
Anderes (z. B. Schwierigkeiten bei Einteilung des Substitutionsmittels, Möglichkeit der Teilhabe am ‚normalen‘ Leben, Möglichkeit des Familienbesuchs)	8 (7,5)
Wenn Take-Home-Ausdehnung > 7 Tage, Dauer der Ausdehnung in Tagen, (N = 95), (M, SD)	15,7 (4,9)
Wenn Take-Home-Ausdehnung > 7 Tage* (Mehrfachantwort)	
Positiv, kümmern um Familie/Freunde/Freizeit möglich	37 (46,8)
Positiv, stressfreier Urlaub möglich	37 (46,8)
Positiv, Erleichterung bei Arbeit	29 (36,7)
Positiv, aufgrund Gesundheitszustand Schwierigkeiten Praxis aufzusuchen	13 (16,5)
Anderes, z. B. kein Schwarzfahren, Annahme einer Ausbildung)	10 (12,6)
War bereits vor 2018 möglich	24 (30,4)

Es wurden die Erfahrungen mit Apotheken und der PSB abgefragt, sowie die Einstellungen zu einer möglichen Substitution in Gesundheitsämtern oder PSB-Einrichtungen. Etwa die Hälfte der Patient:innen hatte keine Erfahrung mit dem Sichtbezug in Apotheken und 44,8 % gaben an, dass bisher keine Probleme mit der Substitution in Apotheken bestanden. Die Teilnahme an der PSB fand nur bei der Hälfte der Patient:innen aus eigenem Antrieb statt. Eine potenzielle Substitution in einer PSB-Einrichtung ist für die Patient:innen eher vorstellbar als eine Substitution in einem Gesundheitsamt (Tabelle 32). Die Substitution in einem Gesundheitsamt wurde von Patient:innen in ländlichen Kreisen weniger kritisch gesehen. Nur 23,5 % gaben an, dass sie ein solches Angebot nur ungern in Anspruch nehmen würden, gegenüber der Hälfte aus städtischen Kreisen und 46,5 % aus kreisfreien Großstädten ($\chi^2 = 6,67$, $p = 0,036$).

Tabelle 32: Angaben der Patient:innen zur PSB, ihren Erfahrungen mit Apotheken und ihrer Einstellung zur Vergabe von Substitutionsmedikamenten in anderen möglichen Einrichtungen

	N (%)
Erfahrungen mit Einnahme unter Sicht in Apotheke (Mehrfachantwort)	
Keine Einnahme unter Sicht in Apotheke	108 (50,9)
Bisher keine Probleme	95 (44,8)
Schwierigkeiten (z. B. Apothekensuche, Vertrauensbildung)	33 (19,8)
Aktuelle Teilnahme an einer PSB (N = 224)	
Ja	139 (62,1)
Nein	85 (37,9)
Häufigkeit der Teilnahme an einer PSB (N = 151)	
Monatlich	51 (33,8)
Seltener als monatlich	49 (32,4)
Bei Bedarf	51 (33,8)
Begründung für die Teilnahme an einer PSB (Mehrfachantwort)	
PSB hilft Patient:in weiter	70 (59,3)
PSB-Teilnahme ist Ärzt:innenwunsch	69 (58,5)
Seit wann Nichtmehrteilnahme an einer PSB (N = 73)	
1 Jahr oder kürzer	32 (43,8)
2 Jahre	20 (27,4)
Mehr als 2 Jahre	21 (28,8)
Begründung für Nichtmehrteilnahme an einer PSB (Mehrfachantwort)	
Derzeit ist keine PSB erforderlich	48 (60,8)
Ausreichend Stabilität wurde von Ärzt:innenseite geäußert	26 (32,9)
Unzufriedenheit mit wohnortnaher PSB	16 (20,3)
OST in einem Gesundheitsamt denkbar (Mehrfachantwort)	
Nur ungern	96 (41,7)
Weiß nicht, noch nicht darüber nachgedacht	70 (30,4)
Ja, wäre in Ordnung	36 (15,7)
Egal, Substitutionsmittels ist die Hauptsache	32 (13,9)
Anderes, z. B. (vertrauensvoller) Ärzt:innenkontakt in OST-Praxis wird bevorzugt, Wegstrecke zum Gesundheitsamt wäre relevant, Öffnungszeiten	26 (11,3)
Einstellung zu einer OST in einer PSB-Einrichtung (Mehrfachantwort)	
Substitutionsmittelvergabe und PSB sollten weiterhin getrennt bleiben	57 (24,9)
In Ordnung	49 (21,4)
Unentschlossen	46 (20,1)
Nur ungern	45 (19,7)
Egal, Substitutionsmittels ist die Hauptsache	29 (12,7)
Ideal, wenn Substitutionsmittelvergabe und PSB zusammen wären	22 (9,6)
Anderes, z. B. Fehlen ärztlicher Unterstützung, Öffnungszeiten, Take-Home Angebot	19 (8,3)
Kenntnis über (problemlosere) OST durch ambulanten Pflegedienst/Pflegeheim (N = 229)	
Positiv, aber unbekannt	113 (49,3)
Positiv, noch nicht relevant	75 (32,8)
Kein Interesse und unbekannt	25 (10,9)
Positiv, höheres Alter und schlechterer Gesundheitszustand	16 (7,0)

6.6 Modul B3: Quantitative Befragung von Apotheker:innen

Insgesamt nahmen 516 Apotheker:innen an der Befragung teil, 480 Fragebögen waren ausreichend vollständig ausgefüllt und gingen in die Auswertung ein. 260 Apotheker:innen (54,2 %) davon nahmen aktuell an der Substitution Opioidabhängiger teil, 103 (21,4 %) waren früher und 117 (24,4 %) noch nie an der Substitution beteiligt. Am häufigsten waren Apotheken durch die Belieferung von

Take-Home-Rezepten in die Substitution einbezogen (N = 222). Apotheker:innen belieferten Praxen oder Substitutionsambulanzen (N = 84) mit Substitutionsmedikamenten zur Sichtvergabe in den Praxen oder führten selbst in den Apotheken Sichtvergaben durch (N = 98).

Die Ergebnisse der Apotheker:innenbefragung wurden bereits publiziert und werden an dieser Stelle zusammengefasst dargestellt und um weitere Ergebnisse ergänzt.

Die teilnehmenden Apotheker:innen waren im Durchschnitt 47,4 Jahre alt und zu 57,0 % weiblich. Sie waren jeweils zu etwa einem Drittel in kreisfreien Großstädten, städtischen Kreisen oder ländlichen Kreisen tätig. Ausreichend informiert über die BtMVV-Änderungen fühlten sich 64,4 % der Befragten. Apotheker:innen, mit großen Apotheken bzw. die in großen Apotheken tätig waren, fühlten sich zu 72,1 % ausreichend informiert, in mittelgroßen zu 70,6 % und in kleineren zu 52,6 % ($\chi^2 = 13,88$, $p = 0.001$).

Aktuell an der Substitution teilnehmende Apotheker:innen

Apotheken belieferten im Durchschnitt seit 14,1 Jahren (SD = 8,4) 1,5 substituierende Praxen/Ambulanzen (Spannweite 1-6, Modus 1: N = 62) für im Mittel 60,5 Patient:innen (SD = 77,3, Spannweite 1-300). Take-Home-Rezepte wurden durchschnittlich seit 12,2 Jahren (SD = 8,1) für im Mittel 22,2 Opioidabhängige (SD = 32,0, Spannweite 1-250) beliefert. Sie versorgten durchschnittlich 7,8 Opioidabhängige (SD = 10,5) per Sichtvergabe mit Substitutionsmedikamenten. Sichtvergabe wurde durchschnittlich seit 11,3 Jahren (SD = 7,5) durchgeführt. Tabelle 33 zeigt deskriptiv, dass sich Apothekenbezirke mit einer hohen Apothekendichte z. T. signifikant von den übrigen Bezirken unterscheiden. Zu beachten ist, dass die jeweiligen Standardabweichungen teilweise hoch sind.

Tabelle 33: Apothekendichte und Belieferung mit Substitutionsmedikamenten, Belieferung von Take-Home-Rezepten und Sichtvergabe, Apotheker:innenangaben

Apothekendichte	Hoch	Mittel	Niedrig	Gesamt	Statistik
Belieferung von Praxen/Ambulanzen in Jahren (M, SD), N = 75	1,9 (1,5)	1,3 (0,7)	1,1 (0,4)	1,5 (1,1)	F = 3,76 p = 0,028*
Belieferung für Anzahl an Substituierten (M, SD), N = 75	85,6 (94,7)	34,9 (52,9)	15,9 (22,0)	49,4 (72,5)	F = 6,44 p = 0,003*
Take-Home in Jahren (M,SD), N = 192	13,4 (8,4)	11,6 (7,7)	11,4 (7,4)	12,3 (7,9)	F = 1,27 P = 0,283
Anzahl an Substituierten mit Take-Home, N = 186	27,6 (38,0)	18,3 (28,9)	19,6 (28,7)	22,3 (32,9)	F = 1,67 P = 0,192
Sichtvergabe in Jahren (M,SD), N = 83	12,4 (7,8)	10,2 (7,3)	9,5 (6,4)	7,5 (10,7)	F = 1,24 p = 0,296
Anzahl an Substituierten mit Sichtvergabe, N = 84	9,3 (14,3)	5,6 (4,5)	6,5 (7,9)	7,5 (10,7)	F = 1,03 p = 0,362

*Scheffé-Test: hoch vs. mittel/niedrig

73,9 % der befragten Apotheker:innen gaben an, noch Kapazitäten für die Sichtvergabe von Substitutionsmedikamenten an weitere substituierte Opioidabhängige zu haben.

Früher an der Substitution teilgenommene Apotheker:innen

Von diesen Apotheker:innen hatten 14,4 % substituierende Praxen/Ambulanzen (14,4 %) und/oder Take-Home-Rezepte (87,6 %) beliefert und/oder Sichtvergabe (70,1 %) durchgeführt. Sie waren im Durchschnitt 3,0 Jahre (SD = 3,0) an der Substitution beteiligt. 54,4 % gaben an, dass keine substituierten Opioidabhängigen mehr in ihre Apotheke kommen und 25,0 %, dass die Beteiligung an der Substitution nur vorübergehend geplant war.

6.6.1 Veränderungen nach der 3. BtMVVÄndV und während der COVID-19-Pandemie

6.6.1.1 Take-Home-Rezepte und Sichtbezug

Die meisten Apotheker:innen, die aktuell in die Substitution einbezogen waren, hatten nach Inkrafttreten der 3. BtMVVÄndV keine Veränderung bezüglich der Belieferung von Take-Home-Rezepten, SZ-Rezepten oder der Sichtvergabe festgestellt. 21,4 % gaben an, dass sich die Anzahl von Take-Home-Rezepten nach der 3. BtMVVÄndV erhöht hat. Während der COVID-19-Pandemie im Jahr 2020 stieg der Anteil der Apotheker:innen, die eine Erhöhung der Anzahl von Take-Home-Rezepten angaben, auf 33,0 % (Tabelle 34). Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Apotheken mit unterschiedlich hohen Kundenkontakten oder bei unterschiedlich großer Apothekendichte sowie den unterschiedlich großen Bezirke ließen sich nicht feststellen.

Tabelle 34: Erlebte Veränderungen ab 2017 bis 2019 sowie unter der COVID-19-Pandemie bezüglich des Einreichens von Take-Home-Rezepten, SZ-Rezepten und der Abgabe der Substitutionsmedikamente unter Sicht, Apotheker:innenangaben

	Veränderung ab 2017 bis 2019, N (%)	Veränderung unter Corona (2020), N (%)
Take-Home-Rezepte		
Anzahl verringert	21 (9,8)	8 (3,7)
Anzahl gleich geblieben	148 (68,8)	138 (63,3)
Anzahl erhöht	46 (21,4)	72 (33,0)
SZ-Rezepte („Kleiner Take-Home Bedarf“)		
Anzahl verringert	22 (10,3)	18 (8,4)
Anzahl gleich geblieben	150 (70,4)	166 (77,6)
Anzahl erhöht	41 (19,2)	30 (14,0)
Abgabe unter Sicht		
Anzahl verringert	17 (17,7)	22 (22,7)
Anzahl gleich geblieben	67 (69,8)	70 (72,2)
Anzahl erhöht	12 (12,5)	5 (5,2)

Botendienste der Apotheken, d. h. die Möglichkeit der Lieferung von Substitutionsmedikamenten aus der Apotheke nach Hause, wurden während der COVID-19-Pandemie von 22,6 % der Apothe-

ker:innen beauftragt. In der Regel wurde der Take-Home-Bedarf von der Apotheke beliefert (21,2 %), sehr selten die Sichtvergabe (1,3 %).

6.6.1.2 Verträge mit Ärzt:innen

Neue Verträge mit den substituierenden Ärzt:innen hinsichtlich der Sichtvergabe wurden seit Inkrafttreten der 3. BtMVVÄndV bisher von 56,1 % der Apotheker:innen geschlossen, wobei dafür überwiegend der Vertragsentwurf der ABDA (78,2 %) genutzt wurde. Die monatliche Informationspflicht über die Nachweisführung bei der Sichtvergabe hatte bei 55,1 % der Apotheker:innen keine Veränderung in der Kommunikation mit den Ärzt:innen bewirkt. 27,6 % der Apotheker:innen waren der Meinung, dass dadurch die Dokumentationspflicht auf die Apotheken verlagert wurde. 17,3 % empfanden, dass sich dadurch der Austausch zwischen Arztpraxis und Apotheke verbessert hat. Lediglich sechs Apotheker:innen gaben an, dass die Sichtvergabe mit 1,50 €, 3,86 € oder 4,26 € vergütet wurde. Mit 97,9 % sprachen sich praktisch alle Befragten für eine Honorierung der Sichtvergabe analog zur Vergabe in Arztpraxen aus.

6.6.1.3 Mischrezepte

Ein Viertel der in die Substitution involvierten Apotheker:innen gab an, dass Mischrezepte den organisatorischen Aufwand noch weiter erhöhen würden. Ein weiteres Viertel lehnte die Annahme von Mischrezepten gänzlich ab, so dass entweder keine entsprechenden Rezepte mehr von den substituierenden Ärzt:innen ausgestellt wurden (13,7 %) oder die Patient:innen sich eine andere Apotheke suchen mussten (11,7 %). Lediglich 2,2 % fühlten sich genötigt, die Sichtvergabe nun doch durchzuführen.

6.6.1.4 Weiterbildung

Ausreichend ausgebildet für die Abgabe von Substitutionsmedikamenten unter Sicht fühlten sich 78,6 % der Apotheker:innen, die schon aktiv in die Sichtvergabe einbezogen waren, während Apotheken, die bisher lediglich Take-Home-Rezepte beliefert hatten, sich nur zu 57,8 % ausreichend für eine Sichtvergabe ausgebildet fühlten. Eine zertifizierte Fortbildung zur Sichtvergabe hielten demnach auch mehr Apotheker:innen ohne Erfahrung mit Sichtvergaben (77,1 %) für notwendig im Vergleich zu 61,9 % derjenigen mit Erfahrung mit Sichtvergaben.

6.6.1.5 Motivation und Hemmnisse für den Einbezug in die Substitution

Auf die Frage, warum sich Apotheker:innen an der Substitution von Opioidabhängigen beteiligen, fand die Aussage, dass die Beteiligung eine Selbstverständlichkeit darstelle, die häufigste Zustimmung (Tabelle 35).

Tabelle 35: Gründe der Apotheker:innen für einen Einbezug in der Substitutionsbehandlung

Aktuell in die Substitution einbezogene Apotheker:innen	N (%)
Beteiligung an der Substitution ist für mich eine Selbstverständlichkeit	160 (70,8)
Es ist mir wichtig, mich an der langfristigen Behandlung von Opioidabhängigen (Substitution) zu beteiligen	101 (44,7)
Ich sehe, dass sich die Patient:innen unter der Substitution stabilisieren	99 (43,8)
Bei der Übernahme der Apotheke habe ich die Beteiligung an der Substitution weitergeführt	55 (24,3)
Ich möchte den Kontakt zur substituierenden Arztpraxis nicht gefährden	45 (19,9)
Es gibt keine substituierende Arztpraxis/Ambulanz in der Nähe und die Opioidabhängigen müssten sonst täglich lange Wege zu ihrem Behandlungsort zurücklegen	42 (18,6)

Während 11,1 % der aktuell an der Substitution beteiligten Apotheker:innen aus Bezirken mit einer hohen Apothekendichte die Aussage „Es gibt keine substituierende Arztpraxis/Ambulanz in der Nähe und die Opioidabhängigen müssten sonst täglich lange Wege zu ihrem Behandlungsort zurücklegen.“ bejahen, wird diese von 18,1 % aus Bezirken mit mittlerer und von 37,1 % mit niedriger Apothekendichte bejaht ($F = 10,97$, $p = 0,004$). Weitere Aussagen finden sich in Tabelle 36.

Tabelle 36: Kritische Betrachtung der in die Substitution einbezogenen Apotheker:innen

Aktuell und früher in die Substitution einbezogene Apotheker:innen	aktuell N (%)	früher N (%)
Substitution/Sichtvergabe wird nicht angemessen honoriert	172 (76,1)	61 (62,9)
Beteiligung an der Substitution ist sehr aufwendig (Zeit, Dokumentation)	169 (74,8)	62 (63,9)
Es kam hin und wieder zu Vorfällen mit den Substituierten (z. B. Drohungen, Aggressionen)	80 (35,4)	35 (36,1)
Es gibt zu viele Vorbehalte gegenüber Opioidabhängigen in der Gesellschaft	71 (31,4)	9 (9,3)
Andere Kund:innen haben sich gestört gefühlt	52 (23,0)	23 (23,7)
Es gab hin und wieder Differenzen mit der verschreibenden Arztpraxis/Ambulanz	36 (15,9)	18 (18,6)
Substitution/Sichtvergabe ist mir rechtlich zu unsicher	16 (7,1)	15 (15,5)
Tatsächliche Drogennotfälle in meiner Apotheke	6 (2,7)	1 (1,0)
Ich stehe dieser Art der suchtmmedizinischen Behandlung kritisch gegenüber	7 (3,1)	12 (12,4)

Die früher an der Substitution beteiligten Apotheker:innen gaben weiterhin an, dass die Mitarbeitenden für eine Sichtvergabe nicht ausreichend fortgebildet ($N = 16$, 16,5 %), oder sie dazu nicht mehr bereit seien ($N = 14$, 14,4 %). Die Räumlichkeiten waren für 23 Apotheker:innen (23,7 %) für eine Sichtvergabe nicht geeignet.

Für die noch niemals in die Substitution einbezogenen Apotheker:innen zeigt sich folgendes Bild (Tabelle 37). Die noch nie in die Substitution einbezogenen Apotheker:innen überschätzten die Wahrscheinlichkeit von Drogennotfällen und Vorfällen (z. B. Aggressionen, Überfälle) mit Substituierten in der Apotheke. Unpassende Räumlichkeiten und nicht ausreichend geschulte Mitarbeiter:innen wurden ebenfalls angeführt. Finanzielle oder rechtliche Aspekte der Substitutionsbehandlung wurden nicht vorrangig genannt. Eine deutliche Mehrzahl der Apotheker:innen gab an, bisher keine Anfrage erhalten zu haben, wobei sich 39,3 % grundsätzlich eine Beteiligung an der Substitution vorstellen könnten.

Tabelle 37: Anmerkungen zur Substitution der noch niemals einbezogenen Apotheker:innen

Noch nie in die Substitution einbezogene Apotheker:innen	N (%)
Beteiligung an der Substitution ist sehr aufwendig (Zeit, Dokumentation)	52 (48,1)
Befürchtung, dass es zu Vorfällen mit den Substituierten kommen könnte	51 (47,2)
Räumlichkeiten sind dafür nicht ausgelegt	44 (40,7)
Mitarbeitende nicht ausreichend fortgebildet	34 (31,5)
Substitution/Sichtvergabe wird nicht angemessen honoriert	32 (29,6)
Substituierte harmonieren nicht mit anderen Kund:innen	26 (24,1)
Befürchtete Drogennotfälle	25 (23,1)
Substitution/Sichtvergabe ist mir rechtlich zu unsicher	14 (13,0)
Es gibt zu viele Vorbehalte gegenüber Opioidabhängigen in der Gesellschaft	12 (11,1)
Ich stehe dieser Art der suchtmmedizinischen Behandlung kritisch gegenüber	8 (7,4)
Ich bin noch nie von einer Arztpraxis/Ambulanz oder einem substituierten Opioidabhängigen gefragt worden	79 (73,1)
Ich würde mich an der Substitution mit Sichtvergabe beteiligen, wenn ich die substituierende Ärzt:in gut kennen würde	32 (29,6)
Ich würde mich an der Substitution mit Sichtvergabe beteiligen, wenn die substituierende Ärzt:in mich gut einweisen würde	31 (28,7)
Ich würde mich an der Substitution mit Sichtvergabe beteiligen, wenn mir die substituierte Person bzw. dessen Verwandte/Umfeld gut bekannt wären	28 (25,9)

6.7 Modul C: Perzeption der Auswirkungen der 3. BtMVVÄndV in den Fachmedien

6.7.1 Kassenärztliche Vereinigungen der Bundesländer, Landesärztekammern, Kassenärztliche Vereinigung des Bundes und Bundesärztekammer

Grundsätzlich scheint die Berichterstattung der KVen und LÄK zu den rechtlichen Änderungen der Substitutionsbehandlung unterschiedlich umgesetzt worden zu sein, wobei bundeslandbezogene Unterschiede festgestellt werden können (Tabelle A13). Die Websites der Institutionen weisen grundsätzlich verschiedene Informationsdichten in Bezug auf das Thema *Suchtmedizin* sowie den Umgang mit der Verbreitung von Informationen zum Inkrafttreten der 3. BtMVVÄndV auf. Beispielsweise finden sich auf den Websites der KVen Bayern, Hessen, Nordrhein, Sachsen-Anhalt sowie Sachsen umfangreiche Informationen zur Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger. Neben Texten zu grundlegenden Voraussetzungen zur Aufnahme einer OST und rechtlichen Rahmenbedingungen werden Antragsdokumente zum Herunterladen, Abrechnungs- und Dokumentationshinweise sowie weiterführende Links zum BfArM und der BÄK bereitgestellt. Die KVen Hessen und Rheinland-Pfalz sowie die LÄK Nordrhein machten überdies auf die Kampagne „100.000 Substituierte bis 2022“ von Junkies, Ehemalige, Substituierte (JES) Bundesverband e. V., akzept e. V. und Deutsche Aidshilfe (DAH) nebst dem YouTube-Video der DAH aufmerksam. Die LÄK Nordrhein richtete bereits 2004 eine Beratungskommission zur substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger ein, welche Ärzt:innen hinsichtlich jeglicher Aspekte zur OST telefonisch berät. Die KV Sachsen warb im Dokumentationszeitraum wiederholt und intensiv für die Aufnahme einer OST und machte auf den dringenden Handlungsbedarf in Sachsen, insbesondere in Dresden, aufmerksam. Auf den Websites der

LÄK Berlin, Hessen, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt sowie Mecklenburg-Vorpommern sind Informationen zu suchtmmedizinischen/substitutionsbezogenen Themen nicht ersichtlich.

Das Vorhandensein von grundlegenden Informationen zur Anpassung der betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften zur Opioidsubstitution in 2017 konnte auf keiner Internetseite einer KV oder LÄK identifiziert werden. Jedoch wurden im Recherchezeitraum (2017 bis 2021) von LÄK und KV verschiedene, zum Teil vielfältige, begleitende Maßnahmen wie Rundschreiben, (Kurz-)Informationen und/oder (Kurz-)Artikel in KV- oder Ärzteblättern veröffentlicht, um auf die Änderungen der BtMVV, die Opioidsubstitutionsbehandlung per se und/oder auf die seit März 2020 in Kraft getretenen Pandemie-Sonderregeln (SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung) hinzuweisen. Die Bundesländer Bayern, Baden-Württemberg, Sachsen und das Saarland boten (online) Informationsveranstaltungen zu den Neuerungen der BtMVV sowie zur Substitutionsbehandlung an, um die rechtlichen Regelungen unter den Ärzt:innen bekannt zu machen. Hervorzuheben ist, dass die Informationsdichte auf den Websites in Bezug auf die Substitutionsbehandlung mit Beginn der COVID-19-Pandemie zunahm. Zum Teil wurde (z. B. über Unterwebseiten im Newsbereich) über pandemiebedingte Anpassungen und deren Gültigkeitsdauer regelmäßig berichtet. Auch abrechnungsbezogene Neuerungen, wie die Aufnahme von Buprenorphin-Depot in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und die damit verbundene Möglichkeit, das Medikament über eine Gebührenordnungspositionen (GOP) abrechnen zu können, spielten hierbei eine Rolle.

In einigen Landesärzteblättern wurden, zum Teil vermehrt in 2017, Artikel zu dem Inkrafttreten der 3. BtMVVÄndV publiziert. Beispielhaft können die LÄK Hamburg, Baden-Württemberg, Nordrhein, Rheinland-Pfalz und Bayern hinsichtlich der Berücksichtigung des Themas Substitution in ihren Ärzteblättern als recht aktiv bezeichnet werden.

6.7.2 Veröffentlichungen in (wissenschaftlichen) Fachzeitschriften

Eine erhöhte Berichtsaktivität zu den Änderungen der BtMVV ist insbesondere im Jahr 2017, in dem die 3. BtMVVÄndV in Kraft trat, zu verzeichnen (Tabelle A14). In den Folgejahren nahm die Berichterstattung um diese Thematik tendenziell ab. Deutschsprachige und sich mit dem suchtmmedizinischen Fachgebiet befassende Fachzeitschriften wie *SUCHT* und *Suchttherapie* veröffentlichten in den Suchzeiträumen mehrere Artikel. Auch das Deutsche Ärzteblatt publizierte im Rahmen verschiedener Berichte recht aktiv zu den veränderten rechtlichen Rahmenbedingungen. Vereinzelt wurde das Thema in den Zeitschriften *Gesundheitswesen* und *Schmerzmedizin* sowie im *Alternativen Drogen- und Suchtbericht* aufgegriffen. Zusammenfassend wurde sowohl zu einzelnen rechtlichen Änderungspunkten informell berichtet, als auch mit Blick auf die sinkende Anzahl substituierender Ärzt:innen und die dadurch drohende Unterversorgung über die Bedeutsamkeit dieser Gesetzesanpassung für die Aufrechterhaltung der Opioidsubstitution diskutiert. Auch erste Resümees wurden

gezogen, bei denen festgestellt wurde, dass sich die Reform zwar in der Praxis bewährte und in den vergangenen Jahren dazu beitrug, den Handlungsspielraum für die therapeutische ärztliche Tätigkeit zu erweitern und mehr bisher vermisste Rechtssicherheit für substituierende Ärzt:innen herstellte, jedoch abzuwarten sei, ob die Substitutionsbehandlung in den kommenden Jahren durch eine ausreichende Versorgung gesichert wäre. In diesem Kontext wurde im Alternativen Drogen- und Suchtbericht auf die Notwendigkeit alternativer Behandlungsmodelle wie niedrigschwelligere Zugänge zu einer Substitution, Durchführung einer OST in nicht-ärztlichen Settings, stärkerer Einbezug von Apotheken und Pflegediensten, Aufrechterhaltung einer längeren Take-Home-Verordnungsmöglichkeit sowie mehr ärztliche Beratung via Telefon und Videokontakt hingewiesen.

6.7.3 Fachgesellschaft Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin

Die DGS setzt sich aktiv für die Verbesserung der Versorgungssituation Opioidabhängiger ein und begleitete den BtMVV-Reformprozess u. A. mit der Vorlage von Stellungnahmen sowie zahlreicher Änderungsvorschläge für die Gesetzesnovelle. Im Rahmen der jährlich stattfindenden suchtmmedizinischen Kongresse wurde der Reformprozess diskutiert (Tabelle A15). Regelmäßig per E-Mail versandte Newsletter der Gesellschaft (bis August 2019) beinhalteten Informationen zum damalig aktuellen Stand der BtMVV-Novellierung sowie eine inhaltliche Einordnung durch den Vorstand zur Wichtigkeit dieser lange ersehnten Gesetzesänderung. Zudem informierte die DGS ihre Mitglieder mittels postalischer Rundbriefe.

6.7.4 Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen und akzept

Sowohl für die DHS als auch für akzept waren die Änderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen der Opioidsubstitutionstherapie ein über die vergangenen Jahre begleitendes Thema, welches auf Kongressen und in Berichten aufgegriffen und sowohl informell berichtet als auch kritisch hinterfragt und diskutiert wurde. Die DHS veröffentlichte in dem Rahmen eigens durch den Verein formulierte Papiere und integrierte den Fachaustausch um die BtMVV und die Substitutionstherapie in ihre eigenen Fachkonferenzen SUCHT (Tabelle A17). Ferner distribuierte die DHS aber auch zahlreiche Informationsschreiben und Positionspapiere anderer Institutionen oder Personen, wie beispielweise ein Anschreiben der Drogenbeauftragten der Bundesregierung Daniela Ludwig an alle substituierenden Ärzt:innen anlässlich der Sicherung der Versorgung von Substitutionspatient:innen während der Coronapandemie. Für den Verein akzept spielte die 3. BtMVVÄndV eine ebenso bedeutende Rolle. Als Herausgeber des jährlich erscheinenden Alternativen Drogen- und Suchtberichts sowie Organisator der regelhaft stattfindenden Nationalen Substitutionskonferenz (NaSuKo) sowie des Internationalen akzept Kongresses begleitete auch akzept den jahrelangen aufwendigen Prozess um die Substitutionsnovelle (Tabelle A18). Die im August 2020 startende Kampagne „100.000 Substituierte bis 2022“ von akzept, nebst Unterstützung von Junkies, Ehemalige, Substituierte (JES) Bundesverband e. V. und

Deutscher Aidshilfe (DAH) sollte zur Stärkung der Substitution in Deutschland beitragen mit dem Ziel, im Jahr 2022 mindestens 60 % aller Opioidabhängigen zu behandeln. Die rechtlichen und ärztlichen Vereinfachungen der Rahmenbedingungen für die Substitutionsbehandlung (nicht zuletzt aufgrund der nochmaligen Erleichterungen durch die SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung) stellen zur Zielerreichung von „100.000 Substituierte bis 2022“ einen wesentlichen Einflussfaktor dar. Die im Rahmen von Konferenzen beider Institutionen stattgefundenen Vorträge können inhaltlich aufgrund von Abwesenheit nicht in Gänze beurteilt werden. Jedoch kann auf der Grundlage persönlicher Gespräche mit Referent:innen oder eigener Teilnahmen an einzelnen Veranstaltung der Eindruck unterstützt werden, dass DHS und akzept, nebst zahlreicher involvierter Akteure, einen über die Jahre anhaltenden Einsatz zur Umsetzung der Substitutionsrichtlinien und somit zur Verbesserung der Versorgungssituation Opioidsubstituierter zeigten.

6.7.5 ABDA

Die ABDA stellt auf ihrer Website für Apotheker:innen relevante Informationsmaterialien (Leitlinie, Formblatt, Arbeitshilfe, Mustervereinbarung zum Sichtbezug) zur Opioidsubstitution sowie zu der in 2017 in Kraft getretenen 3. BtMVVÄndV zur Verfügung (Tabelle A16). Eine Bewertung des neuen Substitutionsgesetzes wurde durch die ABDA nicht vorgenommen. Inwiefern eine diesbezügliche Korrespondenz zwischen der ABDA und ihren Mitgliedern, den Landesapothekerkammern sowie Landesapothekerverbänden, per Post, via E-Mail oder über den geschützten Mitgliederbereich stattfand, kann aufgrund fehlender Zugänge nicht genauer betrachtet werden.

6.7.6 Populäre Nachrichtenseiten

Auf populären online Nachrichtenseiten wie DER SPIEGEL (online), ZEIT ONLINE, Süddeutsche Zeitung und Frankfurter Allgemeine Zeitung konnten im Recherchezeitraum keinerlei Berichte, Artikel oder Informationen zu den Änderungen der BtMVV gefunden werden.

Resümee

Die Änderungen der BtMVV wurden in der deutschsprachigen (suchtmedizinischen) Fachliteratur und durch die DGS sowie ihrer Kongresse aufgegriffen und die praktische Umsetzung begleitend diskutiert. Praxisbezogene Informationen wurden für Ärzt:innen über die KVen und LÄK und für Apotheker:innen durch die ABDA zum Teil umfassend bereitgestellt, wobei diese fast ausnahmslos informell erfolgten. In den Folgejahren seit Inkrafttreten der 3. BtMVVÄndV wurde die Novellierung als großer Erfolg angesehen, jedoch sei die Versorgungssituation nach wie vor kritisch. Der fachärztliche Bereich der Suchtmedizin bliebe weiterhin nachlässig behandelt und die Neugewinnung von substituierendem Nachwuchs stellt eine große Herausforderung dar. Insbesondere in ländlichen Regionen Deutschlands werde die Versorgungssituation zunehmend bedrohlich. Vorurteile gegenüber dieser

Behandlungsform sowie den Betroffenen sollten sowohl in der Fachöffentlichkeit als auch der Allgemeinbevölkerung reduziert werden. Die weitere Verbesserung der suchtmmedizinischen Rahmenbedingungen sei unerlässlich, dazu zähle, mit Blick auf die Möglichkeit einer längeren Take-Home-Verordnung, auch die Anpassung des Vergütungsvolumens im EBM für die Durchführung einer Substitutionsbehandlung.

7 Diskussion der Ergebnisse und Gesamtbeurteilung

Im Rahmen dieses Evaluationsprojekts sollte untersucht werden, wie die im Oktober 2017 in Kraft getretenen Änderungen der BtMVV von den Betroffenen eingeschätzt wurden und welche Relevanz sie für den Substitutionsalltag sowie für die Rahmenbedingungen der Substitutionsbehandlung in Deutschland haben. Die Ergebnisse basieren auf folgenden Daten und Erhebungen:

- Auswertung der Dokumentationsdaten des Substitutionsregisters der Bundesopiumstelle (BfArM) für die Jahre 2017 bis 2020;
- Schriftliche Befragung aller Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen in 2019/2020 und 2021/2022;
- Zweimalige quantitative Befragung aller substituierenden Ärzt:innen in 2019 und 2021 über die Bundesopiumstelle (Rücklauf: N=855 (34 %) in 2019, N=550 (28 %) in 2021);
- Quantitative Befragung nicht substituierender Ärzt:innen mit Substitutionsgenehmigung in 2019 über die Kassenärztlichen Vereinigungen in den Modellregionen Bayern, Hamburg, Nordrhein-Westfalen (Nordrhein und Westfalen-Lippe) und Sachsen (Rücklauf: N=125 (22 %));
- Zweimalige qualitative Einzelinterviews mit 31 bzw. 28 substituierenden Ärzt:innen in den Modellregionen Hamburg, Nordrhein, Westfalen-Lippe, Sachsen und Bayern in 2019/2020 und 2021/2022;
- Bundesweite Interviews mit Landeskriminalämtern (N=9) und niedrigschwelligen Suchthilfeeinrichtungen mit Streetwork (N=21 in 17 Städten) in 2020/2021;
- Quantitative Befragung von 233 Patient:innen in den Modellregionen in 2021;
- Online-Befragung von Apotheker:innen in den Modellregionen über die Apothekenkammern in 2021 (N=480).

Durch die Berücksichtigung der Perspektive von Ärzt:innen, substituierten Patient:innen, Apotheker:innen und niedrigschwelligen Suchthilfeeinrichtungen sowie Angaben der Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen und aus der Aufarbeitung von Sekundärdaten lassen sich belastbare Aussagen zu der Relevanz und den Auswirkungen der 3. BtMVVÄndV auf die Substitutionssituation von Opioidabhängigen in Deutschland treffen.

Anzahl substituierender Ärzt:innen und Alter der substituierenden Ärzt:innen

Für das Bundesgebiet insgesamt lässt sich ein Anstieg substituierter Patient:innen bei einem gleichzeitigen Rückgang der substituierenden Ärzt:innen feststellen. Bei differenzierter Betrachtung der Bundesländer zeigt sich, dass von einem Rückgang der substituierenden Ärzt:innen vor allem die alten Bundesländer betroffen sind. Auch das durchschnittliche Alter der substituierenden Ärzt:innen variierte nach Bundesland zwischen 55,4 und 67,5 Jahren. Je nach Bundesland stellt sich die Dringlichkeit des Ärzt:innenmangels somit unterschiedlich dar. Insgesamt sind die substituierenden Ärzt:innen älter als die niedergelassenen Hausärzt:innen allgemein, und zudem wird offensichtlich, dass sich jüngere Mediziner:innen (u. a. bei Praxisübernahmen) seltener für eine Substitutionsbehandlung von Opioidabhängigen entscheiden. Entsprechend negativ fällt auch der Blick auf die nächsten fünf Jahre aus. Die Substitution halten 73 % der Ärztekammern, 50 % der Kassenärztlichen Vereinigungen und jeweils 37 % der befragten Ärzt:innen in 2019 und 2021 für nicht gesichert. Dabei wird häufig auf den hohen Altersdurchschnitt der substituierenden Ärzt:innen verwiesen.

Der allgemeine Ärzt:innenmangel ist kein originär deutsches, sondern ein länderübergreifendes Problem. Auch in Österreich gibt es einen Anstieg der Substitutionsbehandlungen bei Abnahme der behandelnden Ärzt:innen und eine drohende Unterversorgung in ländlichen Gebieten (33). Ferner wird in der Schweiz über einen zunehmenden Ärzt:innenmangel berichtet. Das Durchschnittsalter der Ärzt:innen bei den Grundversorgern liegt dort bei über 55 Jahren. Eine drohende Unterversorgung ergibt sich auch aus dem Wunsch nach Teilzeitarbeit der jüngeren Generationen unabhängig vom Geschlecht der Ärzt:innen (34). Ein vergleichbares Bild zeigen auch US-amerikanische Daten. Ein großer Teil des ärztlichen Personals nähert sich dem traditionellen Ruhestandsalter. Mehr als zwei von fünf aktiven Ärzt:innen in den USA werden innerhalb des nächsten Jahrzehnts 65 Jahre oder älter sein. Erschwerend kommt hinzu, dass die COVID-19-Pandemie Ärzt:innen dazu veranlassen könnte, ihren Ruhestand zu beschleunigen oder ihre Arbeitszeit zu reduzieren (35).

Bekanntmachung der 3. BtMVVÄndV

Jeweils die überwiegende Mehrheit der befragten Ärzt:innen fühlt sich über die neuen BtMVV-Regulativen und über die SARS-CoV-2 Arzneimittelversorgungsverordnung ausreichend informiert. Die Perzeption dieser Regularien in den Fachmedien war sehr unterschiedlich. Die Rechercheergebnisse können nur begrenzt interpretiert werden. Zum einen handelt es sich um keine ganzheitliche Darstellung der durchgeführten Aktivitäten von KVen und LÄK zur Verbreitung der Änderungen der BtMVV, da diese Institutionen über einen geschützten Mitgliederbereich verfügen. Es kann davon ausgegangen werden, dass bestimmte Meldungen und Aktivitäten lediglich dem jeweils zugehörigen Ärzt:innenkreis zugänglich waren. Gleiches bezieht sich auf etwaige Informationsrundschriften per E-Mail oder Post. Zum anderen waren Recherchen in digitalen Versionen der Landesärzteblätter in

einigen Bundesländern aufgrund nicht vorhandener Suchfeldfunktionen oder der fehlenden Zugangsmöglichkeit zur digitalen Ärzteblattversion nicht umsetzbar, weshalb entsprechende Anzeigen, Artikel und Kampagnen möglicherweise nicht identifiziert werden konnten.

Während in einigen Bundesländern, insbesondere in 2017, recht umfangreiche und über verschiedene Kanäle distribuierte Maßnahmen umgesetzt wurden, waren in anderen Bundesländern keinerlei Aktivitäten ersichtlich, um Ärzt:innen auf die neuen Verschreibungsrichtlinien hinzuweisen. Grundlegende suchtmmedizinische Informationen zur Substitutionsbehandlung und zu rechtlichen Rahmenbedingungen, Hinweise zu Qualitätszirkeln und Runden Tischen sowie insbesondere zum BfArM und der BÄK hinführende Links sollten als Mindestmaß auf den Websites der Institutionen verfügbar sein.

3. BtMVVÄndV

Grundsätzlich werden die Änderungen der BtMVV positiv bewertet und Regularien, die bis dahin stets als hemmend und sogar bedrohlich genannt wurden, scheinen nun überwunden (36). Die Neuerungen der 3. BtMVVÄndV stellen darüber hinaus eine hilfreiche Grundlage für die nachfolgenden COVID-19-bedingten Änderungen der BtMVV dar, die sowohl Behandler:innen als auch Patient:innen den Umgang mit der Verschreibung und Abgabe von Substitutionsmitteln in den Pandemiezeiten deutlich erleichterten.

Die neu gewonnene Rechtssicherheit, obwohl von zwei Dritteln der befragten Ärzt:innen mehrheitlich begrüßt und häufig als wesentliche Änderung propagiert, wurde sowohl in der Befragung von 2019 als auch zwei Jahre später nicht als die relevanteste Änderung angegeben. Wie aus den Interviews hervorgeht, fällt in einigen Kreisen die tiefe Skepsis hinsichtlich der Kontrollbehörden und der Kassenärztlichen Vereinigungen auf. Hier müssen sich die Änderungen in der Praxis erst bewähren. Jegliche Einmischung der Staatsanwaltschaft bei Belangen, die eigentlich in die Richtlinienkompetenz der Landesärztekammern gehören, kann das Vertrauen in die Glaubwürdigkeit der BtMVV empfindlich stören. Für die praktische Arbeit mit den Substituierten sind die Änderungen relevant, die die direkte Arbeit mit den Substituierten betreffen. Am wesentlichsten ist dabei, dass für das Erreichen einer Opioidabstinenz keine zeitlichen Vorgaben bestehen und die Substitutionsbehandlung nunmehr solange fortgesetzt werden kann, wie es Ärzt:innen und Patient:innen für sinnvoll halten. 84 % der Ärzt:innen halten diese Regelung für relevant. Auch die neue Bewertung des Beigebrauchs weiterer psychotroper Substanzen und die erweiterte Take-Home-Vergabemöglichkeit sind für die überwiegende Mehrheit der Ärzt:innen relevant. Hingegen begrüßen weniger als die Hälfte der Ärzt:innen die explizite Herausnahme der PSB-Erforderlichkeit. Die Herausnahme der Erforderlichkeit der PSB steht im Einklang mit den Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization – WHO), die empfiehlt, den substituierten Patient:innen den Zugang zu einer PSB zu ermöglichen, die Substitutionsbehandlung jedoch nicht von der Teilnahme an einer PSB abhängig zu machen (1). Hier

zeigte sich eine ambivalente Haltung der Ärzt:innen zum Stellenwert der PSB. Sie sind einerseits erleichtert, die Vorgabe einer PSB-Bescheinigung nicht mehr erbringen zu müssen, halten aber im Prinzip die Arbeit der PSB für erforderlich und für viele ihrer Patient:innen für sinnvoll und hilfreich. Die Möglichkeit, abhängige Patient:innen, die primär (halb-)synthetische Opioide (z. B. opioidhaltige Schmerzmittel) missbräuchlich konsumieren, in eine reguläre Opioidsubstitution überführen zu können, ist den Befragten bekannt, jedoch werden die Auswirkungen auf die Routineversorgung als gering eingeschätzt. Ferner ist festzustellen, dass die Ärzt:innen einer Erhöhung der Patient:innenzahl im Rahmen der Konsiliararztregelung sehr skeptisch gegenüber stehen. Es wäre eine Überforderung für alle Seiten und der Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung nicht unbedingt dienlich.

In der zweiten quantitativen Befragung zwei Jahre später zeigte sich, dass die Änderungen der BtMVV von vielen Ärzt:innen grundsätzlich als weniger relevant für ihre Substitutionstätigkeit eingeschätzt wurden. Möglicherweise waren diese Änderungen für den Alltag der Substitution weniger gravierend als anfangs vermutet oder es wurde insgesamt nur wenig an der eigenen Substitutionspraxis verändert. Zudem dürfte sich ein Gewöhnungseffekt eingestellt haben, der viele der bereits eingetretenen Veränderungen als Normalität im Behandlungsalltag hat wahrnehmen lassen und keiner besonderen Würdigung mehr bedarf. Ferner haben die Umstände und neuen Rahmenbedingungen der zwischenzeitlich aufgekommenen COVID-19-Pandemie die Wahrnehmung der Auswirkungen der 3. BtMVVÄndV überlagert.

SARS-CoV-2 Arzneimittelversorgungsverordnung unter der COVID-19-Pandemie

Positiv hervorzuheben ist die schnelle Anpassung der BtMVV unter den Pandemiebedingungen. Die nochmaligen, zeitlich begrenzten Änderungen waren hilfreich und praxisrelevant. Die zu Pandemiebeginn befürchteten Ängste vor einem Zusammenbruch des Behandlungssettings mit vielen schwer an COVID-19 erkrankten Patient:innen trafen nicht ein. Es scheint so, dass die Substitutionspatient:innen, gemessen an der Gesamtbevölkerung, die Pandemie insgesamt gut überstanden haben, wie auch aus anderen Ländern berichtet wird (37-39). Für einige Ärzt:innen war die Pandemie initial, die Möglichkeiten der 3. BtMVVÄndV hinsichtlich einer Ausweitung der Take-Home-Verordnung erstmalig umzusetzen. Dies betraf ST-Rezepte und SZ-Rezepte. Sie folgten dem Aufruf, während der Pandemie die Frequenz der Vergabe in den Praxen zu verringern und fühlten sich rechtlich sicherer. Zudem bestand die Möglichkeit, die Gesprächsziffer auch bei Telefonkontakten und achtmal im Quartal abzurechnen. Dies wurde häufig genutzt. Zum einen konnte der finanzielle Verlust der längeren und häufigeren Verschreibung von Take-Home-Rezepten ausgeglichen werden, zum anderen entsprachen die abgerechneten jetzt den tatsächlich geführten Gesprächen. Vor der COVID-19-Pandemie bestand diese Möglichkeit nicht, und es wurden z. T. mehr Gespräche geführt als abgerechnet werden konnten. Die Gespräche fanden hauptsächlich telefonisch statt; die Möglichkeit der Videosprechstunde wurde nur sehr selten gewählt. Bemerkenswert ist – vor dem Hintergrund einer

zunehmenden Diskussion der Digitalisierung der Gesundheitsversorgung –, dass die Gründe hauptsächlich auf Seiten der Mediziner:innen zu finden waren.

Zwei im Rahmen der SARS-CoV-2 Arzneimittelversorgungsverordnung eingebrachte Änderungen wurden nur selten gebraucht. Zum einen die Möglichkeit, auch in der Substitution Notfallverordnungen ausstellen zu können und zum anderen die Höchstzahl der Patient:innen im Rahmen der Konsiliarregelung auf mehr als 10 Patient:innen zu erhöhen. Eine grundsätzlich starke Nachfrage nach Substitutionsplätzen fand nicht oder nur zeitlich sehr begrenzt statt. Auffallend ist, dass sehr viel mehr Ärzt:innen die Bedingungen der SARS-CoV-2 Arzneimittelversorgungsverordnung langfristig beibehalten möchten, als dass sie diese tatsächlich benötigt haben. Dies dürfte dem Wunsch entsprechen, möglichst wenig rechtliche und administrative Einschränkungen in der Substitutionsbehandlung vorzufinden, um größtmögliche Therapiefreiheit im individuellen Behandlungskontext zu haben. Die erweiterte Abrechnungsfähigkeit der Substitutionsgesprächsziffern auch bei telefonischem Kontakt sowie die Möglichkeit, Rezepte auch ohne persönlichen Kontakt ausgeben zu können, hat sich als sinnvolle und realistische Option herausgestellt. Es ist zu überlegen, inwieweit zukünftig auch anderes Personal bei Untersichteinnahme und Take-Home-Belieferung eingesetzt werden kann. Der Einsatz von Botendiensten der Apotheken und ambulanten Pflegediensten hat sich bewährt und erscheint angesichts der Problemlagen einer älter und kränker werdenden Klientel notwendig.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Aus den Forschungsergebnissen lassen sich folgende Schlussfolgerungen und Empfehlungen ableiten:

- Kampagnen zur Entstigmatisierung der Substitutionsbehandlung sollten fortgesetzt werden, da die Stigmatisierung der Patient:innen auch ärztlicherseits bei Krankenhausaufenthalten, die nicht mit der Opioidabhängigkeit im Zusammenhang stehen, erfolgt. Es muss deutlich werden, dass die Substitutionsbehandlung eine anerkannte und effektive Behandlungsform darstellt und stabile Patient:innen nur selten stationär wegen Teilentgiftungen behandelt werden müssen.
- Politische Entscheidungsträger auf Landesebene, sowie Kassenärztliche Vereinigungen und Ärztekammern sollten deutlich machen, dass die Substitution im Rahmen der vorliegenden Verordnungen gewollt ist und einen integralen Bestandteil der Gesundheitsversorgung darstellt. Dabei muss gewährleistet sein, dass in der Ausübung der suchtmmedizinischen Behandlung umfassender Rechtsschutz besteht.
- Ein stärkerer Einbezug der Suchtmedizin in die reguläre Ausbildung von Mediziner:innen ist notwendig, um frühzeitig das Interesse an dieser Behandlungsform zu wecken und Vorbehalte abzubauen. Auch auf dem Hintergrund von älter werdenden Substitutionspatient:innen mit diversen altersbedingten Erkrankungen und eines zunehmenden Mischkonsums von Substanzen (und ggf. verschriebenen Medikamenten) und deren Folgen muss der Suchtmedizin im Studium ein größe-

rer Stellenwert zugewiesen werden.

- Ein Abbau bürokratischer Hürden wird dringend empfohlen, da diese zum einen abschreckend auf potenziell suchtmedizinisch interessierte Ärzt:innen wirken und zum anderen fehleranfällig sind. Unachtsamkeiten und Fehler, z. B. beim Ausfüllen von Rezepten oder in der Behandlungsdokumentation, führten allzu häufig zu Regressforderungen von Seiten der Krankenkassen und der Unterstellung absichtlicher Fehlhandlung oder Verschleierung.
- Die momentane Form der Qualitätskontrolle ist zu überdenken. Inwieweit die Qualitätsfragebögen der regionalen KV-Kommissionen die wirkliche Qualität der Behandlung abbilden, bleibt zu hinterfragen. Die Aussagekraft einer solchen Erhebung steht in keinem Verhältnis zum Aufwand und dürfte von den Ärzt:innen nicht als sinnvolle und inhaltlich bereichernde Dokumentation erlebt werden. Auffrischungsangebote nach erfolgter suchtmedizinischer Weiterbildung sowie eine Übermittlung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse aus der Suchtmedizin an die substituierenden Ärzt:innen wären hilfreich. Eine Vernetzung und Kooperation, z. B. über Qualitätszirkel, ist nicht flächendeckend gegeben und gerade für Ärzt:innen, die neu mit der Substitutionsbehandlung beginnen, sinnvoll und wichtig.
- Grundsätzlich ist die momentane Finanzierung der Substitutionsbehandlung ebenfalls zu überdenken. Die Behandlungsvergütung wird der Unterschiedlichkeit der substituierten Patient:innen und ihren (nicht nur) medizinischen Bedarfen nicht gerecht.
- Um Patient:innen mehr Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen, ist eine erweiterte Take-Home-Vergabe unerlässlich und, wie die Verschreibungspraxis unter der COVID-19-Pandemie gezeigt hat, auch ohne größere negative Auswirkungen möglich. Ein genaues Abbild der Versorgungssituation unter der COVID-19-Pandemie kann im Rahmen der vorliegenden Studie nicht erfolgen. Hierzu wäre eine gesonderte Feldanalyse erforderlich, die auch die längerfristigen Auswirkungen inklusive möglicher Normalisierungsprozesse beschreibt. Take-Home-Verordnung und eine tägliche Sichteinnahme des Substitutionsmedikamentes in der Praxis/Ambulanz/Apotheke dürften dabei nicht gegeneinander ausgespielt werden. Alle Vergabemöglichkeiten können sinnvoll sein, solange sie therapeutisch begründet werden.
- Es zeigt sich, dass der Vernetzungsgrad und die Informiertheit der Ärzt:innen vornehmlich davon abhängen, ob eine suchtmedizinische Weiterbildung vorliegt oder nicht. In den hausärztlichen Praxen relativiert die Wahrnehmung des Gesamtbilds aller Patient:innen den Blick auf die Untergruppe der Substituierten. Schwerpunktpraxen haben häufig eine andere Klientel, mehr schwer kranke und weniger stabile Patient:innen und entwickeln dadurch die im Einzelfall notwendige Expertise. Diese Versorgungsvielfalt gilt es zu erhalten, wobei insbesondere die Berücksichtigung psychiatrischer Expertise eine zunehmende Rolle spielen sollte.
- Der Einbezug von Apotheken in die Substitutionsbehandlung sollte intensiviert und die Sicht-

vergabe von Substitutionsmedikamenten finanziell vergütet werden. Hier ist das Potenzial noch nicht ausgeschöpft, doch es bedarf Kenntnisse über die in die Substitution einbezogenen Apotheken sowie geeigneter Weiterbildungsangebote.

- MFA müssen stärker ins Blickfeld geraten, da sie eine wesentliche Rolle bei der Vergabe von Substitutionsmedikamenten innehaben und häufig als Gesprächspartner:innen der Substituierten fungieren. Weiterbildungsangebote mit offiziellem Zertifikat und möglicher Höhergruppierung aufgrund der hohen Verantwortung sind zu überdenken.

8 Gender Mainstreaming-Aspekte

Berechnungen zwischen weiblichen und männlichen bzw. diversen substituierenden Ärzt:innen, Patient:innen und Apotheker:innen wurden nicht extra verschriftlicht. Unterschiede im Substitutionsverhalten wurden nicht gefunden und auch nicht erwartet. Von den Ärzt:innen und Patient:innen waren jeweils zwei Drittel männlichen Geschlechts. Dieses Geschlechterverhältnis entspricht dem erwarteten. Die ärztlichen Interviewpartner:innen waren zu 77 % männlich. Die Apotheker:innen in dieser Studie waren zu 57 % weiblich, wogegen der Anteil der weiblichen Apothekerinnen in 2020 laut Statista 71,2 % betrug. Auf eine gendergerechte Sprache wurde geachtet.

9 Verwertung und Verbreitung der Projektergebnisse

Die Ergebnisse des Projekts werden auf der Website des ZIS dargestellt und der Forschungsbericht (nach Absprache mit dem BMG) zugänglich gemacht. Die Studienergebnisse wurden in Teilen bereits auf nationalen und internationalen Konferenzen und Fachgesprächen vorgestellt. Es ist vorgesehen, diese (auch hinsichtlich spezieller Aspekte) weiterhin in fachöffentlichen Konferenzen und Workshops zu präsentieren und zu diskutieren. Das Projekt und die vorläufigen Ergebnisse wurden auf folgenden Veranstaltungen vorgestellt:

Tabelle 38: Bisherige Vorstellungen der Projektergebnisse

31.03.2019	Vorstellung des Evaluationskonzeptes auf der AG Suchthilfe (Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörde), Erfurt
27.09.2019	Vortrag auf der 5. Nationalen Substitutionskonferenz (NaSuKo), Berlin
02.11.2019	Vortrag auf dem 28. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin e. V., Berlin
08.11.2019	Vortrag auf der Konferenz der Vorsitzenden der Qualitätssicherungskommissionen Substitution, Frankfurt am Main
29.06.2020	Vortrag beim Treffen der Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder, Einladung der Bundesdrogenbeauftragten, Runder Tisch: Sicherstellung der Substitutionsversorgung, Berlin
06.10.2020	Vortrag bei der Bundesärztekammer: Treffen der Suchtmedizinerinnen und Suchtmediziner der Landesärztekammern, Berlin
07.10.2020	Vorstellung der Ergebnisse im Team der Bundesdrogenbeauftragten, Berlin
06.11.2020	Vortrag auf dem 29. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin e. V., webbasiert
23.03.2021	Vortrag „Runder Tisch der Drogenbeauftragten“, webbasiert
24.03.2021	Vortrag „Parlamentarischer Roundtable“, webbasiert
06.05.2021	Vortrag auf der internationalen EASAR Conference (online)
28.07.2021	Vortrag auf dem 20. Suchtforum – BAS: Substitutionsbehandlung im Team. Wie geht das?, webbasiert
24.09.2021	AG-Suchthilfe (Vortrag aufgrund von Krankheit nicht gehalten, erweiterte PowerPoint-Präsentation nachgereicht)
24.02.2022	Vortrag „Parlamentarischer Roundtable“, webbasiert

10 Veröffentlichungen

Veröffentlichungen in Fachzeitschriften zu den wahrgenommenen Änderungen der 3. BtMVVÄndV aus Sicht substituierender Ärzt:innen sowie Apotheker:innen in Deutschland:

Lehmann K, Kuhn S, Schulte B, Meyer-Thompson HG, Verthein U (2021) Die Substitutionstherapie Opioidabhängiger in Deutschland: Auswirkungen der 3. BtMVVÄndV aus der Sicht substituierender Ärztinnen und Ärzte. *Gesundheitswesen* 83(08/09): 651-661. DOI: 10.1055/a-1378-9249 (<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/a-1378-9249>)

Lehmann K, Kuhn S, Schulte B, Verthein U (2022) Relevanz und Auswirkungen der 3. BtMVVÄndV für die Opioidsubstitutionstherapie. *Suchttherapie* 23(01): 33-43. DOI 10.1055/a-1330-6349 (<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/a-1330-6349>)

Kuhn S, Lehmann K, Schulte B, Verthein U (2022). Opioidsubstitutionstherapie im Rahmen der neuen Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung aus Sicht von Apothekerinnen und Apothekern. *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ)*. 168: 57-64. DOI: 10.1016/j.zefq.2021.10.003 ([https://www.zefq-journal.com/article/S1865-9217\(21\)00198-7/pdf](https://www.zefq-journal.com/article/S1865-9217(21)00198-7/pdf))

Lehmann K, Kuhn S, Schulte B, Verthein U. The perception and implementation of COVID-19 specific regulations for opioid agonist treatment during the coronavirus pandemic in Germany: the physicians' view [eingereicht].

11 Rechnerischer Nachweis

Der rechnerische Nachweis wurde von unserer Drittmittelabteilung erstellt und zugesandt.

12 Literaturverzeichnis

1. World Health Organization (WHO). Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence. 2009.
2. Soyka M, Träder A, Klotsche J, Backmund M, Bühringer G, Rehm J, et al. Mortalität in der langfristigen Substitution: Häufigkeiten, Ursachen und Prädiktoren. Suchtmedizin in Forschung und Praxis. 2011;13(5):247-52.
3. Wittchen H, Bühringer G, Rehm J, Soyka M, Träder A, Mark K, et al. Der Verlauf und Ausgang von Substitutionspatienten unter den aktuellen Bedingungen der deutschen Substitutionsversorgung nach 6 Jahren. Suchtmedizin in Forschung und Praxis. 2011;13(5):232-46.
4. Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S. Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011(10).
5. Degenhardt L, Bucello C, Mathers B, Briegleb C, Ali H, Hickman M, et al. Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. Addiction. 2010;106:32-51.
6. Mattick R, Breen C, Kimber J, Davoli M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009(3).
7. Busch M, Haas S, Weigl M, Wirl C, Horvath I, Stürzlinger H. Langzeitsubstitutionsbehandlung Opioidabhängiger. Köln; 2007.
8. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Bericht zum Substitutionsregister: Januar 2022. 2022.
9. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. 2014.
10. Robert Koch-Institut (Hrsg). Gesundheitsberichterstattung des Bundes gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Gesundheit in Deutschland. Berlin: RKI; 2015.
11. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Bericht zum Substitutionsregister: Januar 2019. 2019.
12. Bayer T, Queckenberg H. Opioid-Substitution in der Apotheken-Praxis. my cme. o. J.;https://www.my-cme.de/wp-content/uploads/my-cme_APO_opioid-substitution.pdf [28.05.2022].
13. Chaar B, Wang H, Day C, Hanrahan J, Winstock A, Fois R. Factors influencing pharmacy services in opioid substitution treatment. Drug and Alcohol Review. 2013;32(4):426-34.
14. Bundesärztekammer. Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger. 2017.
15. Bundesrat. Verordnung der Bundesregierung: Dritte Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung. 2017:Drucksache 222/17, 15.03.17, G ; https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2017/0201-300/222-17.pdf?__blob=publicationFile&v=9.
16. Bühring P. Substitution opioidabhängiger Patienten: Aufwertung ärztlicher Kompetenz. Deutsches Ärzteblatt. 2017;114(40):A-1794 / B-527 / C-497.
17. Ullmann R. Zur Strafverfolgung substituierender Ärzte. 2014.
18. Joseph H, Stancliff S, Langrod J. Methadone maintenance treatment (MMT): a review of historical and clinical issues. Mt Sinai J Med. 2000;67:347-64.
19. Cornish R, Macleod J, Strang J, Vickerman P, Hickman M. Risk of death during and after opiate substitution treatment in primary care: prospective observational study in UK. BMJ. 2010;341:c5475.
20. Degenhardt L, Larney S, Kimber J, Gisev N, Farrell M, Dobbins T, et al. The impact of opioid substitution therapy on mortality post-release from prison: retrospective data linkage study. Addiction. 2014;109:1306-17.
21. Sordo L, Barrio G, Bravo M, Indave B, Degenhardt L, Wiessing L, et al. Mortality risk during and after opioid substitution treatment: systematic review and meta-analysis of cohort studies.

British Medical Journal. 2017;357:j1550.

22. Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S. Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011(9).
23. Dugosh K, Abraham A, Seymour B, McLoyd K, Chalk M, Festinger D. A Systematic Review on the Use of Psychosocial Interventions in Conjunction With Medications for the Treatment of Opioid Addiction. *Journal of Addiction Medicine*. 2016;10(2):93-103.
24. Bundesapothekerkammer. Kommentar zur Leitlinie der Bundesapothekerkammer zur Qualitätssicherung. Herstellung und Abgabe der Betäubungsmittel zur Opioidsubstitution 2017 [Available from: https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Praktische_Hilfen/Leitlinien/Opiatsubstitution/LL_Herstellung_Abgabe_Substitutionsmittel_Kommentar.pdf].
25. Bundesapothekerkammer. Leitlinie der Bundesapothekerkammer zur Qualitätssicherung. Herstellung und Abgabe der Betäubungsmittel zur Opioidsubstitution 2017 [Available from: https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Praktische_Hilfen/Leitlinien/Opiatsubstitution/LL_Herstellung_Abgabe_Substitutionsmittel.pdf].
26. Bundeskriminalamt. Polizeiliche Kriminalstatistiken o. J. [Available from: https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/pks_node.html].
27. Leicht A. Befragung zum Spritzen von Substitutionsmitteln. Berlin: Fixpunkt e.V. Berlin; 2005.
28. Schmidt C, Schulte B, Wickert C, Thane K, Kuhn S, Verthein U, et al. Non-prescribed use of substitution medication among German drug users--prevalence, motives and availability. *Int J Drug Policy*. 2013;24(6):31.
29. Schulte B, Schmidt C, Strada L, Götzke C, Hiller P, Fischer B, et al. Non-prescribed use of opioid substitution medication: Patterns and trends in sub-populations of opioid users in Germany. *Int J Drug Policy*. 2016;29:57-65.
30. Bleckwenn M, Heister L, Weckbecker M, Weckbecker K, Mücke M. Misuse of Substitution Drugs in the Substitution-Based Therapy. *European addiction research*. 2016;22(6):322-8.
31. Kostenlose Liste deutscher Postleitzahlen und zugehöriger Orte [Internet]. 2018 [cited 21.05.2021]. Available from: <https://www.wiwald.com/ds/kostenlose-liste-deutscher-postleitzahlen-und-zugehoeriger-orte/id/ww-german-postal-codes>.
32. Gesundheitsministerkonferenz (GMK). Beschlüsse der 91. GMK. TOP: 10.18 Evaluation der Neuregelung zur substituionsgestützten Behandlung opioidabhängiger Menschen 2018: <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=727&jahr=2018> [28.05.22].
33. Bischof A, Fabjan-Lerch A, Linser R, Madlung-Kratzer E, Miller C. Substitutionsbericht für Tirol 2021. Bericht zur Versorgungssituation in Tirol. o. J.
34. Junge Hausärztinnen und Hausärzte Schweiz (JHaS), Langenegger S, Koné I, Kronenberg R. Kein Ärztemangel aufgrund, sondern trotz des wachsenden Frauenanteils. *Schweizerische Ärztezeitung*. 2019;100(13):466.
35. IHS Markit Ltd. The Complexities of Physician Supply and Demand: Projections From 2019 to 2034. Washington, DC; 2021.
36. Schulte B, Schmidt C, Kuhnigk O, Schäfer I, Fischer B, Wedemeyer H, et al. Structural barriers in the context of opiate substitution treatment in Germany - a survey among physicians in primary care. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*. 2013;8(26).
37. Bruggmann P, Senn O, Freic A, Puhan M, Fehr J, Falcato L. High SARS-CoV-2 seroprevalence but no severe course of COVID-19 disease among people on opioid agonist treatment in Zurich: a cross-sectional study. *Swiss Med Wkly*. 2022;152(w30122).
38. Fenton F, Stokes S, Eagleton M. A cross-section observational study on the seroprevalence of antibodies to COVID-19 in patients receiving opiate agonist treatment. *Irish Journal of Medical Science*. 2021;9:1-6.
39. Qeadan F, Tingey B, Bern R, Porucznik C, English K, Saeed A, et al. Opioid use disorder and health service utilization among COVID-19 patients in the US: A nationwide cohort from the Cerner

Real-World Data. EClinicalMedicine. 2021;37.

Tabellenanhang

Tabelle A1: Änderung der Zahlen an Substituierten und behandelnden Ärzt:innen in Deutschland zwischen 2017 und 2020 (jeweils 2. Halbjahr) pro Kreis, absolut und in Prozent

Kennzahl	Gebiet	Bezeichnung	Patient:innen		Ärzt:innen	
			Diff.	Diff. %	Diff.	Diff. %
1001	Flensburg	Kreisfr. Stadt	10	4,0	-1	-20,0
1002	Kiel	Kreisfr. Stadt	11	0,8	1	7,1
1003	Lübeck	Kreisfr. Stadt	7	2,1	-1	-7,1
1004	Neumünster	Kreisfr. Stadt	24	32,4	3	100,0
1051	Dithmarschen	Kreis	10	40,0	0	0,0
1053	Herzogtum Lauenburg	Kreis	3	21,4	1	50,0
1054	Nordfriesland	Kreis	65	37,4	1	9,1
1055	Ostholstein	Kreis	-3	-6,8	0	0,0
1056	Pinneberg	Kreis	23	24,0	-3	-30,0
1057	Plön	Kreis	-4	-5,6	0	0,0
1058	Rendsburg-Eckernförde	Kreis	4	1,5	-2	-22,2
1059	Schleswig-Flensburg	Kreis	-24	-26,1	1	16,7
1060	Segeberg	Kreis	-9	-4,6	0	0,0
1061	Steinburg	Kreis	-3	-6,7	-1	-9,1
1062	Stormarn	Kreis	146	105,0	3	30,0
2000	Hamburg	Kreisfr. Stadt	-173	-4,2	-2	-2,4
3101	Braunschweig	Kreisfr. Stadt	68	29,7	0	0,0
3102	Salzgitter	Kreisfr. Stadt	2	4,3	0	0,0
3103	Wolfsburg	Kreisfr. Stadt	-43	-22,5	1	50,0
3151	Gifhorn	Landkreis	7	3,9	1	50,0
3153	Goslar	Landkreis	-5	-1,8	-1	-20,0
3154	Helmstedt	Landkreis	5	14,7	0	0,0
3155	Northeim	Landkreis	-3	-2,3	-1	-11,1
3157	Peine	Landkreis				
3158	Wolfenbüttel	Landkreis	-16	-16,7	0	0,0
3159	Göttingen	Landkreis	1	0,2	-6	-33,3
3241	Region Hannover	Landkreis	-57	-3,1	-11	-19,3
3251	Diepholz	Landkreis	-31	-28,2	-1	-33,3
3252	Hameln-Pyrmont	Landkreis	-7	-5,0	1	25,0
3254	Hildesheim	Landkreis	30	17,8	2	100,0
3255	Holz Minden	Landkreis	43	57,3	1	33,3
3256	Nienburg (Weser)	Landkreis	-18	-12,0	0	0,0
3257	Schaumburg	Landkreis	-39	-26,9	-1	-16,7
3351	Celle	Landkreis	11	16,9	1	20,0
3352	Cuxhaven	Landkreis	4	10,3	3	100,0
3353	Harburg	Landkreis	62	75,6	0	0,0
3354	Lüchow-Dannenberg	Landkreis	0	0,0	1	100,0
3355	Lüneburg	Landkreis	-46	-16,0	-1	-25,0
3356	Osterholz	Landkreis	1	100,0	1	100,0
3357	Rotenburg (Wümme)	Landkreis	-32	-40,5	-4	-44,4

Tabelle A1(Fortsetzung): Änderung der Zahlen an Substituierten und behandelnden Ärzt:innen in Deutschland zwischen 2017 und 2020 (jeweils 2. Halbjahr) pro Kreis, absolut und in Prozent

3358	Heidekreis	Landkreis	-3	-5,1	0	0,0
3359	Stade	Landkreis	-53	-81,5	-3	-30,0
3360	Uelzen	Landkreis	20	17,5	-1	-16,7
3361	Verden	Landkreis	-15	-13,5	-5	-45,5
3401	Delmenhorst	Kreisfr. Stadt	-18	-16,5	2	40,0
3402	Emden	Kreisfr. Stadt	21	23,3	1	100,0
3403	Oldenburg (Oldb)	Kreisfr. Stadt	-6	-1,7	1	20,0
3404	Osnabrück	Kreisfr. Stadt	-18	-3,6	4	30,8
3405	Wilhelmshaven	Kreisfr. Stadt	-9	-5,3	-1	-20,0
3451	Ammerland	Landkreis	-1	-100,0	0	0,0
3452	Aurich	Landkreis	39	31,5	0	0,0
3453	Cloppenburg	Landkreis	12	17,6	-2	-40,0
3454	Emsland	Landkreis	17	4,6	-3	-27,3
3455	Friesland	Landkreis	29	25,2	0	0,0
3456	Grafschaft Bentheim	Landkreis	33	41,8	-1	-33,3
3457	Leer	Landkreis	-175	-40,0	-2	-28,6
3458	Oldenburg	Landkreis	-1	-100,0	-1	-100,0
3459	Osnabrück	Landkreis	11	13,1	2	22,2
3460	Vechta	Landkreis	0	0,0	1	20,0
3461	Wesermarsch	Landkreis	30	3000,0	0	0,0
3462	Wittmund	Landkreis	2	66,7	0	0,0
4011	Bremen	Kreisfr. Stadt	-49	-3,3	-5	-10,2
4012	Bremerhaven	Kreisfr. Stadt	41	14,0	1	12,5
5111	Düsseldorf	Kreisfr. Stadt	129	11,7	2	11,8
5112	Duisburg	Kreisfr. Stadt	-29	-5,2	0	0,0
5113	Essen	Kreisfr. Stadt	163	31,0	2	13,3
5114	Krefeld	Kreisfr. Stadt	-11	-1,8	-3	-16,7
5116	Mönchengladbach	Kreisfr. Stadt	40	10,5	-1	-14,3
5117	Mülheim an der Ruhr	Kreisfr. Stadt	18	8,4	0	0,0
5119	Oberhausen	Kreisfr. Stadt	1	0,2	0	0,0
5120	Remscheid	Kreisfr. Stadt	1	0,4	1	12,5
5122	Solingen	Kreisfr. Stadt	9	4,3	3	100,0
5124	Wuppertal	Kreisfr. Stadt	84	11,0	2	9,1
5154	Kleve	Kreis	-18	-4,6	-2	-13,3
5158	Mettmann	Kreis	-19	-3,6	1	6,3
5162	Rhein-Kreis Neuss	Kreis	-55	-10,8	-1	-12,5
5166	Viersen	Kreis	-11	-4,2	-1	-7,1
5170	Wesel	Kreis	32	11,5	1	10,0
5314	Bonn	Kreisfr. Stadt	38	4,1	-2	-11,1
5315	Köln	Kreisfr. Stadt	88	3,9	0	0,0
5316	Leverkusen	Kreisfr. Stadt	12	7,6	3	42,9
5334	Städteregion Aachen	Kreis	-46	-5,6	-1	-5,3
5358	Düren	Kreis	-28	-7,8	0	0,0

Tabelle A1 (Fortsetzung): Änderung der Zahlen an Substituierten und behandelnden Ärzt:innen in Deutschland zwischen 2017 und 2020 (jeweils 2. Halbjahr) pro Kreis, absolut und in Prozent

5362	Rhein-Erft-Kreis	Kreis	-13	-12,0	0	0,0
5366	Euskirchen	Kreis	8	4,9	-1	-25,0
5370	Heinsberg	Kreis	14	9,3	0	0,0
5374	Oberbergischer Kreis	Kreis	19	6,7	-1	-9,1
5378	Rheinisch-Bergischer Kreis	Kreis	-5	-3,1	0	0,0
5382	Rhein-Sieg-Kreis	Kreis	18	3,6	-1	-6,7
5512	Bottrop	Kreisfr. Stadt	-3	-0,7	-2	-16,7
5513	Gelsenkirchen	Kreisfr. Stadt	-76	-10,3	0	0,0
5515	Münster	Kreisfr. Stadt	49	5,2	-1	-5,0
5554	Borken	Kreis	29	18,8	0	0,0
5558	Coesfeld	Kreis	-41	-28,9	-2	-28,6
5562	Recklinghausen	Kreis	-23	-2,6	-2	-8,7
5566	Steinfurt	Kreis	26	7,1	1	4,2
5570	Warendorf	Kreis	-20	-7,7	3	33,3
5711	Bielefeld	Kreisfr. Stadt	-54	-4,9	-1	-4,0
5754	Gütersloh	Kreis	-4	-1,9	-4	-25,0
5758	Herford	Kreis	-12	-2,3	-4	-20,0
5762	Höxter	Kreis	4	8,0	2	66,7
5766	Lippe	Kreis	-20	-5,7	-1	-5,6
5770	Minden-Lübbecke	Kreis	23	5,3	1	7,7
5774	Paderborn	Kreis	-6	-1,1	0	0,0
5911	Bochum	Kreisfr. Stadt	-39	-5,8	-2	-16,7
5913	Dortmund	Kreisfr. Stadt	-27	-1,7	-1	-2,4
5914	Hagen	Kreisfr. Stadt	18	4,3	0	0,0
5915	Hamm	Kreisfr. Stadt	0	0,0	-1	-11,1
5916	Herne	Kreisfr. Stadt	45	10,8	-1	-20,0
5954	Ennepe-Ruhr-Kreis	Kreis	6	2,7	0	0,0
5958	Hochsauerlandkreis	Kreis	34	21,3	3	30,0
5962	Märkischer Kreis	Kreis	147	55,9	-2	-11,8
5966	Olpe	Kreis	2	1,1	0	0,0
5970	Siegen-Wittgenstein	Kreis	31	24,4	-1	-11,1
5974	Soest	Kreis	-175	-37,6	-3	-27,3
5978	Unna	Kreis	-67	-17,8	1	10,0
6411	Darmstadt	Kreisfr. Stadt	-54	-19,9	0	0,0
6412	Frankfurt am Main	Kreisfr. Stadt	-92	-5,0	1	2,4
6413	Offenbach am Main	Kreisfr. Stadt	88	13,6	0	0,0
6414	Wiesbaden	Kreisfr. Stadt	12	1,5	-2	-11,8
6431	Bergstraße	Landkreis	0	0,0	-4	-36,4
6432	Darmstadt-Dieburg	Landkreis	41	16,5	1	14,3
6433	Groß-Gerau	Landkreis	-59	-20,9	-1	-11,1
6434	Hochtaunuskreis	Landkreis	9	15,0	-1	-20,0
6435	Main-Kinzig-Kreis	Landkreis	16	4,2	-1	-9,1
6436	Main-Taunus-Kreis	Landkreis	-9	-8,8	-2	-33,3

Tabelle A1 (Fortsetzung): Änderung der Zahlen an Substituierten und behandelnden Ärzt:innen in Deutschland zwischen 2017 und 2020 (jeweils 2. Halbjahr) pro Kreis, absolut und in Prozent

6437	Odenwaldkreis	Landkreis	16	7,1	-1	-33,3
6438	Offenbach	Landkreis	112	361,3	-1	-25,0
6439	Rheingau-Taunus-Kreis	Landkreis	-3	-30,0	0	0,0
6440	Wetteraukreis	Landkreis	-7	-3,5	2	33,3
6531	Gießen	Landkreis	15	3,4	-1	-9,1
6532	Lahn-Dill-Kreis	Landkreis	2	0,8	-3	-23,1
6533	Limburg-Weilburg	Landkreis	3	11,5	0	0,0
6534	Marburg-Biedenkopf	Landkreis	-1	-0,4	-2	-22,2
6535	Vogelsbergkreis	Landkreis	1	3,0	0	0,0
6611	Kassel	Kreisfr. Stadt	73	9,6	-1	-5,9
6631	Fulda	Landkreis	58	40,3	1	33,3
6632	Hersfeld-Rotenburg	Landkreis	-31	-47,7	5	125,0
6633	Kassel	Landkreis	3	4,8	0	0,0
6634	Schwalm-Eder-Kreis	Landkreis	-13	-6,5	-1	-10,0
6635	Waldeck-Frankenberg	Landkreis	17	34,0	-1	-11,1
6636	Werra-Meißner-Kreis	Landkreis	11	17,2	3	75,0
7111	Koblenz	Kreisfr. Stadt	-58	-14,9	1	14,3
7131	Ahrweiler	Landkreis				
7132	Altenkirchen (Westerwald)	Landkreis	-12	-92,3	-1	-50,0
7133	Bad Kreuznach	Landkreis	3	4,7	0	0,0
7134	Birkenfeld	Landkreis	8	800,0	0	0,0
7135	Cochem-Zell	Landkreis				
7137	Mayen-Koblenz	Landkreis	8	34,8	0	0,0
7138	Neuwied	Landkreis	59	226,9	1	50,0
7140	Rhein-Hunsrück-Kreis	Landkreis	9	7,1	0	0,0
7141	Rhein-Lahn-Kreis	Landkreis	-1	-3,6	-2	-33,3
7143	Westerwaldkreis	Landkreis	56	233,3	1	50,0
7211	Trier	Kreisfr. Stadt	-12	-20,3	-2	-50,0
7231	Bernkastel-Wittlich	Landkreis	-5	-22,7	2	100,0
7232	Eifelkreis Bitburg-Prüm	Landkreis				
7233	Vulkaneifel	Landkreis	27	61,4	0	0,0
7235	Trier-Saarburg	Landkreis				
7311	Frankenthal (Pfalz)	Kreisfr. Stadt	6	200,0	-1	-50,0
7312	Kaiserslautern	Kreisfr. Stadt	13	6,8	0	0,0
7313	Landau in der Pfalz	Kreisfr. Stadt	1	0,6	0	0,0
7314	Ludwigshafen am Rhein	Kreisfr. Stadt	62	19,3	0	0,0
7315	Mainz	Kreisfr. Stadt	-14	-12,5	-2	-33,3
7316	Neustadt an der Weinstraße	Kreisfr. Stadt	-17	-37,0	0	0,0
7317	Pirmasens	Kreisfr. Stadt	-10	-9,4	0	0,0
7318	Speyer	Kreisfr. Stadt	-8	-100,0	-2	-100,0
7319	Worms	Kreisfr. Stadt	4	2,7	0	0,0
7320	Zweibrücken	Kreisfr. Stadt	17	18,5	-1	-20,0

Tabelle A1 (Fortsetzung): Änderung der Zahlen an Substituierten und behandelnden Ärzt:innen in Deutschland zwischen 2017 und 2020 (jeweils 2. Halbjahr) pro Kreis, absolut und in Prozent

7331	Alzey-Worms	Landkreis	27	62,8	0	0,0
7332	Bad Dürkheim	Landkreis				
7333	Donnersbergkreis	Landkreis	0	0,0	0	0,0
7334	Germersheim	Landkreis	28	37,3	0	0,0
7335	Kaiserslautern	Landkreis	1	100,0	1	100,0
7336	Kusel	Landkreis	1	50,0	1	100,0
7337	Südliche Weinstraße	Landkreis	-1	-100,0	-1	-100,0
7338	Rhein-Pfalz-Kreis	Landkreis	-21	-47,7	-1	-16,7
7339	Mainz-Bingen	Landkreis	1	20,0	0	0,0
7340	Südwestpfalz	Landkreis				
8111	Stuttgart	Stadtkreis	65	5,0	-3	-13,6
8115	Böblingen	Landkreis	-25	-6,8	3	25,0
8116	Esslingen	Landkreis	8	2,5	1	8,3
8117	Göppingen	Landkreis	2	0,9	-1	-7,7
8118	Ludwigsburg	Landkreis	6	2,8	1	8,3
8119	Rems-Murr-Kreis	Landkreis	-14	-4,4	-5	-25,0
8121	Heilbronn	Stadtkreis	-3	-8,3	0	0,0
8125	Heilbronn	Landkreis	-46	-13,1	2	22,2
8126	Hohenlohekreis	Landkreis	9	12,9	-2	-28,6
8127	Schwäbisch Hall	Landkreis	-10	-10,1	-6	-33,3
8128	Main-Tauber-Kreis	Landkreis	-3	-5,7	-1	-20,0
8135	Heidenheim	Landkreis	-77	-61,1	-1	-16,7
8136	Ostalbkreis	Landkreis	71	24,7	0	0,0
8211	Baden-Baden	Stadtkreis	20	23,0	-1	-25,0
8212	Karlsruhe	Stadtkreis	78	16,6	-1	-5,9
8215	Karlsruhe	Landkreis	-79	-57,7	0	0,0
8216	Rastatt	Landkreis	-7	-6,7	0	0,0
8221	Heidelberg	Stadtkreis	73	37,1	0	0,0
8222	Mannheim	Stadtkreis	-69	-9,2	-3	-17,6
8225	Neckar-Odenwald-Kreis	Landkreis	-4	-12,5	-2	-40,0
8226	Rhein-Neckar-Kreis	Landkreis	-66	-28,0	-3	-21,4
8231	Pforzheim	Stadtkreis	-32	-7,5	0	0,0
8235	Calw	Landkreis	-48	-100,0	-2	-100,0
8236	Enzkreis	Landkreis	33	1650,0	1	100,0
8237	Freudenstadt	Landkreis	1	25,0	2	66,7
8311	Freiburg im Breisgau	Stadtkreis	-104	-10,7	-2	-9,1
8315	Breisgau-Hochschwarzwald	Landkreis	-4	-4,7	-2	-22,2
8316	Emmendingen	Landkreis	0	0,0	-4	-36,4
8317	Ortenaukreis	Landkreis	49	9,0	-2	-6,1
8325	Rottweil	Landkreis	-20	-25,6	-3	-75,0
8326	Schwarzwald-Baar-Kreis	Landkreis	10	6,5	-1	-7,7
8327	Tuttlingen	Landkreis	7	10,0	-2	-28,6

Tabelle A1 (Fortsetzung): Änderung der Zahlen an Substituierten und behandelnden Ärzt:innen in Deutschland zwischen 2017 und 2020 (jeweils 2. Halbjahr) pro Kreis, absolut und in Prozent

8335	Konstanz	Landkreis	7	3,1	0	0,0
8336	Lörrach	Landkreis	168	160,0	1	14,3
8337	Waldshut	Landkreis	-14	-15,1	0	0,0
8415	Reutlingen	Landkreis	-6	-3,4	-1	-12,5
8416	Tübingen	Landkreis	10	2,7	7	36,8
8417	Zollernalbkreis	Landkreis	-7	-8,5	0	0,0
8421	Ulm	Stadtkreis	86	17,8	0	0,0
8425	Alb-Donau-Kreis	Landkreis				
8426	Biberach	Landkreis	-12	-10,5	-2	-40,0
8435	Bodenseekreis	Landkreis	69	132,7	-1	-33,3
8436	Ravensburg	Landkreis	27	10,2	0	0,0
8437	Sigmaringen	Landkreis	-3	-5,0	1	33,3
9161	Ingolstadt	Kreisfr. Stadt	5	50,0	1	20,0
9162	München	Kreisfr. Stadt	146	6,6	-1	-2,9
9163	Rosenheim	Kreisfr. Stadt	9	18,8	-1	-33,3
9171	Altötting	Landkreis	-3	-4,0	-1	-25,0
9172	Berchtesgadener Land	Landkreis	17	24,6	1	20,0
9173	Bad Tölz-Wolfratshausen	Landkreis	11	15,3	0	0,0
9174	Dachau	Landkreis	44	440,0	1	50,0
9175	Ebersberg	Landkreis	-22	-64,7	-3	-60,0
9176	Eichstätt	Landkreis	22	13,1	1	100,0
9177	Erding	Landkreis	13	59,1	1	100,0
9178	Freising	Landkreis				
9179	Fürstenfeldbruck	Landkreis	5	5,7	0	0,0
9180	Garmisch-Partenkirchen	Landkreis	-5	-4,3	3	100,0
9181	Landsberg am Lech	Landkreis	18	13,1	0	0,0
9182	Miesbach	Landkreis	7	17,1	-1	-33,3
9183	Mühldorf a. Inn	Landkreis	14	30,4	1	25,0
9184	München	Landkreis	57	203,6	-1	-25,0
9185	Neuburg-Schrobenhausen	Landkreis				
9186	Pfaffenhofen a.d. Ilm	Landkreis	-2	-10,0	1	100,0
9187	Rosenheim	Landkreis	61	113,0	2	66,7
9188	Starnberg	Landkreis	17	33,3	-1	-50,0
9189	Traunstein	Landkreis	-3	-1,8	-1	-20,0
9190	Weilheim-Schongau	Landkreis	11	45,8	2	50,0
9261	Landshut	Kreisfr. Stadt	0	0,0	1	100,0
9262	Passau	Kreisfr. Stadt	1	1,1	0	0,0
9263	Straubing	Kreisfr. Stadt	-5	-20,0	1	50,0
9271	Deggendorf	Landkreis	-9	-18,8	0	0,0
9272	Freyung-Grafenau	Landkreis	-1	-7,1	1	100,0
9273	Kelheim	Landkreis				
9274	Landshut	Landkreis				

Tabelle A1 (Fortsetzung): Änderung der Zahlen an Substituierten und behandelnden Ärzt:innen in Deutschland zwischen 2017 und 2020 (jeweils 2. Halbjahr) pro Kreis, absolut und in Prozent

9275	Passau	Landkreis	57	22,7	-1	-10,0
9276	Regen	Landkreis	2	50,0	1	100,0
9277	Rottal-Inn	Landkreis	14	21,5	0	0,0
9278	Straubing-Bogen	Landkreis				
9279	Dingolfing-Landau	Landkreis				
9361	Amberg	Kreisfr. Stadt	-1	-100,0	0	0,0
9362	Regensburg	Kreisfr. Stadt	375	46,0	7	100,0
9363	Weiden i.d. OPf.	Kreisfr. Stadt	10	14,3	0	0,0
9371	Amberg-Sulzbach	Landkreis	6	6,7	0	0,0
9372	Cham	Landkreis	-15	-40,5	0	0,0
9373	Neumarkt i.d. OPf.	Landkreis	23	16,8	0	0,0
9374	Neustadt a.d. Waldnaab	Landkreis	-6	-26,1	-1	-50,0
9375	Regensburg	Landkreis	0	0,0	1	100,0
9376	Schwandorf	Landkreis	-5	-33,3	0	0,0
9377	Tirschenreuth	Landkreis				
9461	Bamberg	Kreisfr. Stadt	14	73,7	-1	-33,3
9462	Bayreuth	Kreisfr. Stadt	30	40,5	3	150,0
9463	Coburg	Kreisfr. Stadt	-2	-50,0	0	0,0
9464	Hof	Kreisfr. Stadt	4	400,0	1	100,0
9471	Bamberg	Landkreis	1	50,0	0	0,0
9472	Bayreuth	Landkreis				
9473	Coburg	Landkreis	-8	-7,0	0	0,0
9474	Forchheim	Landkreis	-2	-66,7	-2	-66,7
9475	Hof	Landkreis	17	23,9	0	0,0
9476	Kronach	Landkreis	6	600,0	1	100,0
9477	Kulmbach	Landkreis	1	33,3	0	0,0
9478	Lichtenfels	Landkreis				
9479	Wunsiedel i. Fichtelgebirge	Landkreis				
9561	Ansbach	Kreisfr. Stadt	10	29,4	0	0,0
9562	Erlangen	Kreisfr. Stadt	32	355,6	3	50,0
9563	Fürth	Kreisfr. Stadt	-7	-17,9	0	0,0
9564	Nürnberg	Kreisfr. Stadt	25	4,4	-1	-5,6
9565	Schwabach	Kreisfr. Stadt				
9571	Ansbach	Landkreis	0	0,0	0	0,0
9572	Erlangen-Höchstadt	Landkreis	-2	-40,0	0	0,0
9573	Fürth	Landkreis				
9574	Nürnberger Land	Landkreis	-5	-38,5	1	50,0
9575	Neustadt a.d. Aisch-Bad Windsheim	Landkreis	6	120,0	3	100,0
9576	Roth	Landkreis	0	0,0	0	0,0
9577	Weißenburg-Gunzenhausen	Landkreis	0	0,0	0	0,0
9661	Aschaffenburg	Kreisfr. Stadt	-14	-6,4	-1	-16,7

Tabelle A1 (Fortsetzung): Änderung der Zahlen an Substituierten und behandelnden Ärzt:innen in Deutschland zwischen 2017 und 2020 (jeweils 2. Halbjahr) pro Kreis, absolut und in Prozent

9662	Schweinfurt	Kreisfr. Stadt	-9	-14,8	-4	-40,0
9663	Würzburg	Kreisfr. Stadt	39	15,2	-2	-22,2
9671	Aschaffenburg	Landkreis	1	100,0	0	0,0
9672	Bad Kissingen	Landkreis	1	2,8	-1	-14,3
9673	Rhön-Grabfeld	Landkreis	7	46,7	-1	-16,7
9674	Haßberge	Landkreis	6	17,1	-1	-33,3
9675	Kitzingen	Landkreis	-4	-50,0	1	25,0
9676	Miltenberg	Landkreis	-6	-17,6	0	0,0
9677	Main-Spessart	Landkreis	15	115,4	4	133,3
9678	Schweinfurt	Landkreis	2	200,0	1	100,0
9679	Würzburg	Landkreis	7	140,0	-1	-33,3
9761	Augsburg	Kreisfr. Stadt	-34	-5,3	4	26,7
9762	Kaufbeuren	Kreisfr. Stadt	31	38,8	0	0,0
9763	Kempten (Allgäu)	Kreisfr. Stadt	20	60,6	1	33,3
9764	Memmingen	Kreisfr. Stadt	-1	-100,0	-1	-100,0
9771	Aichach-Friedberg	Landkreis	2	5,4	-2	-50,0
9772	Augsburg	Landkreis	17	242,9	2	100,0
9773	Dillingen a.d. Donau	Landkreis	10	10,9	1	100,0
9774	Günzburg	Landkreis	13	18,6	3	100,0
9775	Neu-Ulm	Landkreis	1	100,0	1	100,0
9776	Lindau (Bodensee)	Landkreis	0	0,0	1	100,0
9777	Ostallgäu	Landkreis	1	8,3	-1	-20,0
9778	Unterallgäu	Landkreis				
9779	Donau-Ries	Landkreis	-10	-14,7	-1	-16,7
9780	Oberallgäu	Landkreis	5	5,6	0	0,0
10041	Regionalverband Saarbrücken	Landkreis	2	0,8	0	0,0
10042	Merzig-Wadern	Landkreis			-1	-100,0
10043	Neunkirchen	Landkreis	21	9,5	0	0,0
10044	Saarlouis	Landkreis	-65	-36,3	1	33,3
10045	Saarpfalz-Kreis	Landkreis	0	0,0	0	0,0
10046	St. Wendel	Landkreis				
11000	Berlin	Kreisfr. Stadt	583	11,1	-9	-6,2
12051	Brandenburg an der Havel	Kreisfr. Stadt	0	0,0	1	100,0
12052	Cottbus	Kreisfr. Stadt	-6	-9,5	3	150,0
12053	Frankfurt (Oder)	Kreisfr. Stadt				
12054	Potsdam	Kreisfr. Stadt	14	93,3	1	50,0
12060	Barnim	Landkreis				
12061	Dahme-Spreewald	Landkreis	0	0,0	0	0,0
12062	Elbe-Elster	Landkreis				
12063	Havelland	Landkreis	1	100,0	1	100,0
12064	Märkisch-Oderland	Landkreis				
12065	Oberhavel	Landkreis	0	0,0	0	0,0

Tabelle A1 (Fortsetzung): Änderung der Zahlen an Substituierten und behandelnden Ärzt:innen in Deutschland zwischen 2017 und 2020 (jeweils 2. Halbjahr) pro Kreis, absolut und in Prozent

12066	Oberspreewald-Lausitz	Landkreis			0	0,0
12067	Oder-Spree	Landkreis				
12068	Ostprignitz-Ruppin	Landkreis	5	100,0	0	0,0
12069	Potsdam-Mittelmark	Landkreis	1	50,0	1	100,0
12070	Prignitz	Landkreis				
12071	Spree-Neiße	Landkreis	-1	-100,0	-1	-100,0
12072	Teltow-Fläming	Landkreis	0	0,0	1	100,0
12073	Uckermark	Landkreis	-1	-10,0	0	0,0
13003	Rostock	Kreisfr. Stadt	12	30,0	1	50,0
13004	Schwerin	Kreisfr. Stadt	12	16,2	0	0,0
13071	Mecklenburgische Seenplatte	Landkreis	-3	-14,3	-2	-50,0
13072	Rostock	Landkreis	32	355,6	1	25,0
13073	Vorpommern-Rügen	Landkreis	5	9,8	1	33,3
13074	Nordwestmecklenburg	Landkreis	0	0,0	0	0,0
13075	Vorpommern-Greifswald	Landkreis	5	13,2	4	80,0
13076	Ludwigslust-Parchim	Landkreis	-1	-12,5	-1	-50,0
14511	Chemnitz	Kreisfr. Stadt	19	17,6	1	50,0
14521	Erzgebirgskreis	Landkreis				
14522	Mittelsachsen	Landkreis	-1	-50,0	1	50,0
14523	Vogtlandkreis	Landkreis	2	200,0	1	100,0
14524	Zwickau	Landkreis	8	100,0	3	150,0
14612	Dresden	Kreisfr. Stadt	2	1,8	3	100,0
14625	Bautzen	Landkreis	-2	-100,0	-2	-100,0
14626	Görlitz	Landkreis	-1	-100,0	-1	-100,0
14627	Meißen	Landkreis	17	154,5	2	100,0
14628	Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	Landkreis	2	40,0	0	0,0
14713	Leipzig	Kreisfr. Stadt	65	17,9	6	37,5
14729	Leipzig	Landkreis	6	60,0	0	0,0
14730	Nordsachsen	Landkreis	22	550,0	0	0,0
15001	Dessau-Roßlau	Kreisfr. Stadt	2	5,1	0	0,0
15002	Halle (Saale)	Kreisfr. Stadt	35	12,2	0	0,0
15003	Magdeburg	Kreisfr. Stadt	-68	-66,0	-1	-33,3
15081	Altmarkkreis Salzwedel	Landkreis				
15082	Anhalt-Bitterfeld	Landkreis	2	40,0	1	50,0
15083	Börde	Landkreis	22	2200,0	1	100,0
15084	Burgenlandkreis	Landkreis	-1	-50,0	-1	-50,0
15085	Harz	Landkreis	-1	-2,3	-2	-40,0
15086	Jerichower Land	Landkreis	1	50,0	0	0,0
15087	Mansfeld-Südharz	Landkreis				
15088	Saalekreis	Landkreis	-2	-4,5	0	0,0
15089	Salzlandkreis	Landkreis	23	14,6	2	50,0

Tabelle A1 (Fortsetzung): Änderung der Zahlen an Substituierten und behandelnden Ärzt:innen in Deutschland zwischen 2017 und 2020 (jeweils 2. Halbjahr) pro Kreis, absolut und in Prozent

15090	Stendal	Landkreis	2	15,4	1	100,0
15091	Wittenberg	Landkreis	-1	-50,0	0	0,0
16051	Erfurt	Kreisfr. Stadt	-4	-3,3	0	0,0
16052	Gera	Kreisfr. Stadt	0	0,0	0	0,0
16053	Jena	Kreisfr. Stadt	6	10,3	0	0,0
16054	Suhl	Kreisfr. Stadt	5	8,3	1	50,0
16055	Weimar	Kreisfr. Stadt	0	0,0	0	0,0
16056	Eisenach	Kreisfr. Stadt				
16061	Eichsfeld	Landkreis				
16062	Nordhausen	Landkreis	-4	-50,0	0	0,0
16063	Wartburgkreis	Landkreis				
16064	Unstrut-Hainich-Kreis	Landkreis	3	15,8	0	0,0
16065	Kyffhäuserkreis	Landkreis	3	21,4	0	0,0
16066	Schmalkalden-Meiningen	Landkreis				
16067	Gotha	Landkreis	2	2,7	0	0,0
16068	Sömmerda	Landkreis				
16069	Hildburghausen	Landkreis	-1	-100,0	-1	-100,0
16070	Ilm-Kreis	Landkreis	-2	-40,0	0	0,0
16071	Weimarer Land	Landkreis	10	90,9	0	0,0
16072	Sonneberg	Landkreis	-1	-100,0	-1	-100,0
16073	Saalfeld-Rudolstadt	Landkreis				
16074	Saale-Holzland-Kreis	Landkreis	3	150,0	2	100,0
16075	Saale-Orla-Kreis	Landkreis				
16076	Greiz	Landkreis	0	0,0	0	0,0
16077	Altenburger Land	Landkreis	2	50,0	0	0,0

Tabelle A2: Änderung der Zahlen an Substituierten und behandelnden Ärzt:innen in Deutschland zwischen 2017 und 2020 (jeweils 2. Halbjahr) pro Bundesland, absolut und in Prozent

Kennzahl	Bundesland	Patient:innen		Ärzt:innen	
		Diff.	Diff. %	Diff.	Diff. %
1	Schleswig-Holstein	260	8,2	2	1,7
2	Hamburg	-173	-4,2	-2	-2,4
3	Niedersachsen	-147	-1,9	-22	-8,3
4	Bremen	-8	-0,5	-4	-7,0
5	Nordrhein-Westfalen	286	1,1	-16	-2,2
6	Hessen	208	2,7	-9	-4,1
7	Rheinland-Pfalz	194	9,0	-6	-7,4
8	Baden-Württemberg	146	1,4	-32	-7,8
9	Bayern	1097	13,8	25	8,1
10	Saarland	-42	-5,9	0	0,0
11	Berlin	583	11,1	-9	-6,2
12	Brandenburg	14	14,0	7	50,0
13	Mecklenburg-Vorpommern	62	25,6	4	17,4
14	Sachsen	150	24,3	14	40,0
15	Sachsen-Anhalt	14	2,0	1	3,1
16	Thüringen	24	6,3	1	4,5

Tabelle A3: Weitere Informationen zum Angebot von Substanzen auf dem Schwarzmarkt

Bundesland	Tilidin, Fentanyl, Pregabalin, Benzodiazepine etc.
Baden-Württemberg	Benzodiazepine gleich geblieben, Anstieg von Tilidin in 2018/2019, Anstieg von Pregabalin in 2018/2019/2020, Tilidin und Fentanyl sind Randerscheinungen
Bayern, München	Benzodiazepine gestiegen und weiterhin sehr hoch, Tilidin ist eine andere Szene, Fentanylwelle vor 6 Jahren wieder abgeebbt, Pregabalin weiterhin sehr hoch, aber nicht gestiegen, Engpässe in 2020 bei Spice und Badesalzen (vorher gestiegen), seit ca. 3 Jahren ist Kokain (auch synthetisch) angestiegen, kein Crack
Bayern, Nürnberg	Pregabalin hat seinen festen Platz in der Szene, aber nicht gestiegen, synthetische Opioide spielen keine Rolle, kein Crack
Berlin	Benzodiazepine sind weniger geworden, Pregabalin ist auf der Szene vorhanden, nicht gestiegen, kaum Crystal oder Crack (wenngleich Crack angestiegen ist), Kokain ist ein großes Problem, auch synthetisches (vor einem Jahr eine große Welle), Medikamente in Wellen (z. B. Methylphenidat)
Bremen	Benzodiazepine weiterhin hoch, Wechsel von Diazepam auf Rivotril® (Clonazepam), Pregabalin leicht rückgängig, Tilidin und Fentanyl spielen keine Rolle, mehr Kokain auf dem Schwarzmarkt Crack angekommen
Hamburg	Benzodiazepine leicht angestiegen, Tilidin und Fentanyl bleiben Einzelfälle, Fentanylgebrauch ist wieder abgeebbt, Pregabalin leicht gesunken, kein Crystal
Hessen	Benzodiazepine sind rückläufig, eher von Substituierten konsumiert, Tilidin und Fentanyl sind Randerscheinungen, es gab eine kleine Fentanylwelle, die abgeebbt ist, Pregabalinwelle ist abgeebbt (kam aus den JVA's, wo viel verschrieben wurde), Crack seit 1996, weiter ins Rhein-Main-Gebiet vorgedrungen
Mecklenburg-Vorpommern	Benzodiazepine weiterhin unverändert hoch, Tilidin Randerscheinung, Fentanyl ist ein Problem, aber nicht gestiegen, Pregabalin hoch aber nicht gestiegen, kein Crack, kein Crystal
Niedersachsen	Benzodiazepine sind rückläufig, Tilidin weit verbreitet, Pregabalin weit verbreitet
NRW, Köln	Benzodiazepine sind wieder angestiegen mit dem Rückgang der Pregabalinwelle (Hoch vor 3 Jahren), Crack zunehmend bei Geflüchteten
NRW, Dortmund	Benzodiazepine und Pregabalin hoch, Tilidin und Fentanyl sind Einzelfälle Crack deutlich gestiegen, in Düsseldorf und Bielefeld ist Crack ebenfalls angekommen
NRW, Bochum	Benzodiazepine sehr hoch (Besonderheit: Tetrazepam (Planum®) wird in die Leiste gespritzt), Pregabalin weit verbreitet, aber keine Änderung, kein Tilidin, Fentanyl eher bei Jüngeren, wenig Kokain (besorgt man sich in Dortmund) kein Crack
Rheinland-Pfalz	Benzodiazepine hoch, kein Tilidin, Fentanyl seit 2-3 Jahren angekommen, Kokain eher bei Substituierten, junge Wohnungslose steigen von Opioide auf Amphetamine (Pep, Speed) und Alkohol um kein Crack, das besorgt man sich in Wiesbaden (zunehmend bleiben Klienten in Wiesbaden „auf der Szene hängen“)

Tabelle A3 (Fortsetzung): Weitere Informationen zum Angebot von Substanzen auf dem Schwarzmarkt

Sachsen	Sehr geringer Heroinwirkstoffgehalt (bei 2,5 %), Benzodiazepine weiter hoch verfügbar (vor 10 Jahren extrem hoch), Tilidin eher selten, Fentanyl beliebt, aber wenig im Angebot, keine Angaben zu Pregabalin möglich, kein Kokain auf der Szene, Crystal ist die führende Substanz, große Verelendung, Dealer haben Crystal Meth zusammen mit Cannabis in ihrem Angebot, kein Crack
Sachsen-Anhalt	Benzodiazepine gleichbleibend, Fentanyl gestiegen (Müll der Altenheime wird durchsucht), Pregabalin nicht gestiegen, Kokain nicht sehr häufig, Crystal Meth ist das Problem, auch ältere Drogenabhängige steigen um Crack: unter den Jüngeren (um 20 Jahre) gibt es Konsumierende
Schleswig-Holstein	Benzodiazepine hoch, vorwiegend Rivotril®, Fentanylpflaster nicht hoch, aber zunehmend (werden auch von KrebspatientInnenen verkauft), Pregabalin in 2018/2019 großes Problem, in 2020 etwas weniger geworden, Crystal vor 2 Jahren kurz verfügbar, sehr viel weniger geworden, Crack seit 1-2 Jahren, hat sich etabliert
Thüringen	Benzodiazepine seltener (eignen sich nicht zum „Runterkommen“ von Crystal Meth, hier eher Cannabis), Tilidin ist selten, Fentanylwelle, da es 1-2 Jahre kein Heroin gab, inzwischen wieder abgeebbt, Pregabalin ist da, aber nicht gestiegen, Chrystal Meth ist das Problem (ca. 50 % nehmen es) kein Crack

Crack = Kristallines Kokain

Crystal Meth = Kristallines Methamphetaim

Spice = Synthetischen Cannabinoiden und Kräutermischungen

Badesalz = Synthetischen Cathinonen

Tabelle A4: Charakteristika der substituierenden Ärzt:innen mit und ohne suchtmedizinische Weiterbildung in 2019

	Substituierende ÄrztInnen		Statistik Wert/Signifikanz
	mit suchtm. Weiterbildung (N=714)	ohne suchtm. Weiterbildung (N=113)	
			T-Test
Alter in Jahren M (SD) (N=809)	58,0 (8,8)	57,2 (8,1)	0,90 / 0.368
Jahre in Substitution tätig M (SD) (N=818)	15,3 (8,9)	8,6 (7,2)	8,82/ <0.001
Patient:innenanzahl M (SD) (1. Quartal 2021) (N=814))	53,2 (54,2)	3,3 (2,5)	24,23 / <0.001
N (%)			Chi²-Verfahren
Geschlecht (N=808)			
männlich	444 (63,6 %)	77 (70,0 %)	1.17 / 0.559
weiblich	254 (36,4 %)	33 (30,0 %)	
Fachgebiet (N=822)			
Allgemeinmedizin / Innere Medizin	519 (73,2)	102(90,33)	16,20 / <0001
Psychiatrie/Neurologie	140 (19,)	6 (5,3)	
Anderes Fachgebiet	50 (7,1)	5 (4,4)	
Arbeitsstruktur (N=723)			
Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft, MVZ	503 (71,2)	99 (89,2)	21,00 / <.0001
Substitutionsambulanz	77 (10,9)	0	
Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)	39 (5,5)	1 (0,9)	
Andere Versorgungseinrichtung (z. B. JVA, Gesundheitsamt)	87 (12,3)	11(9,9)	
Substitutionsmittel (Mehrfachantwort)			
Levomethadon	648 (91,3 %)	67 (59,8 %)	84,50 / <0.001
Buprenorphin	626 (88,0 %)	61 (54,5 %)	79,10 / <0.001
Razemisches Methadon	544 (76,5 %)	39 (34,8 %)	81,41 / <0.001
Retardiertes Morphin	260 (36,6 %)	6 (5,4 %)	43,09 / <0.001
Buprenorphin-Depot	78 (11,0 %)	3 (2,7 %)	7,50 / 0.006
Codein/Dihydrocodein	40 (5,6 %)	2 (1,8 %)	2,95 / 0.086
Aufnahme neuer Patient:innen (N=787)			0,674 / 0,412
Ja, noch Kapazitäten	412 (60,4)	59 (56,2)	
Nein, Aufnahmestopp	270 (39,6)	46 (43,8)	
Entfernung bis zur nächsten substituierenden Einrichtung (N=821)			16,64 / 0,001
bis ca. 5 km	414 (58,4)	42 (37,5)	
ca. über 5-15 km	131 (18,5)	30 (26,8)	
ca. über 15-30 km	99 (14,0)	25 (22,3)	
ca. über 30-60 km	55 (7,8)	11 (9,8)	
über 60 km	10 (1,4)	4 (3,6)	

Tabelle A5: Charakteristika der substituierenden Ärzt:innen mit und ohne suchtmmedizinische Weiterbildung in 2021

	Substituierende ÄrztInnen		Statistik Wert/Signifikanz
	mit suchtm. Weiterbildung (N=459)	ohne suchtm. Weiterbildung (N=78)	
			T-Test
Alter in Jahren M (SD) (N=531)	57.8 (10.0)	55.6 (10.6)	1.71 / 0.088
Jahre in Substitution tätig M (SD) (N=530)	15.4 (9.6)	8.1 (7.0)	7.95/ <0.001
Patient:innenanzahl M (SD) (1. Quartal 2021) (N=527))	72.2 (95.3)	3.9 (3.9)	15.12 / <0.001
N (%)			Chi²-Verfahren
Geschlecht (N=530)			
männlich	278 (61.5)	52 (66.7)	1.17 / 0.559
weiblich	171 (37.8)	26 (33.3)	
divers	3 (0.7)	0	
Fachgebiet (N=529)			
Allgemeinmedizin / Innere Medizin	312 (69.0)	72 (93.5)	19.26 / <0001
Psychiatrie/Neurologie	107 (23.7)	4 (5.2)	
Anderes Fachgebiet	33 (7.3)	1 (1,3)	
Arbeitsstruktur (N=537)			
Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft, MVZ	323 (70.4)	74 (94.9)	21.83 / <.0001
Substitutionsambulanz	54 (11.8)	0	
Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)	21 (4.6)	0	
Andere Versorgungseinrichtung (z. B. JVA, Gesundheitsamt)	61 (13.3)	4 (5.1)	
Substitutionsmittel (Mehrfachantwort)			
Levomethadon	404 (88.4)	53 (69.7)	18.57 / <0.001
Buprenorphin	397 (86.9)	38 (50.0)	59.04 / <0.001
Razemisches Methadon	346 (75.7)	17 (22.4)	85.36 / <0.001
Retardiertes Morphin	203 (44.4)	8 (10.5)	31.30 / <0.001
Buprenorphin-Depot	137 (30.0)	3 (3.9)	22.80 / <0.001
Codein/Dihydrocodein	21 (4.6)	3 (3.9)	0.06 / 0.801
Aufnahme neuer Patient:innen (N=532)			12,23 / 0,002
Ja, noch Kapazitäten	250 (55,1)	32 (41,0)	
Nein, Obergrenze noch nicht erreicht, keine Kapazitäten	131 (28,9)	38 (48,7)	
Nein, Obergrenze erreicht	73 (16,1)	8 (10,3)	
Entfernung bis zur nächsten substituierenden Einrichtung (N=531)			21,36 / <0,001
bis ca. 5 km	255 (55,9)	22 (29,3)	
ca. über 5-15 km	88 (19,3)	23 (30,7)	
ca. über 15-30 km	75 (16,4)	21 (28,0)	
ca. über 30-60 km	30 (6,6)	9 (12,0)	
über 60 km	8 (1,8)	0	

Tabelle A6: Weitere Auswirkungen der 3. BtMVVÄndV nach substituierenden Ärzt:innen mit und ohne suchtmmedizinische Weiterbildung in 2019

	Substituierende Ärzt:innen 2019		Statistik Wert/Signifikanz Chi ² -Verfahren
	mit suchtmed. Weiterbildung (N=714)	ohne suchtm. med. Weiter- bildung (N=113)	
Auswirkungen der Reform der BtMVV (Mehrfachantwort)			
Gewinnung größerer Rechtssicherheit	390 (56,5)	23 (21,3)	46,41 / <0,001
Weniger bürokratischer Auswand	209 (30,2)	28 (25,7)	0,92 / 0,337
Verbesserung der Behandlungsqualität	152 (22,0)	8 (7,3)	12,60 / <0,001
Keine Auswirkungen	191 (27,6)	65 (59,6)	44,58 / <0,001
Änderung der eigenen Arbeit durch BtMVV (N=707, N=111)			27,99 / <0,001
Eher positiv	352 (49,8)	27 (24,3)	
Eher negativ	14 (2,0)	2 (1,8)	
Keine Änderung	238 (33,7)	51 (45,9)	
Noch nicht beurteilbar	103 (14,6)	31 (27,9)	
Verfügbarkeit von PSB-Plätzen (N=686, N=99)			21,40 / <0,001
Sehr gut	312 (45,5)	29 (29,3)	
Mittel (Wartezeiten)	308 (44,9)	46 (46,5)	
Schlecht (zu wenige Plätze)	66 (9,6)	24 (24,2)	
Anzahl von Patient:innen mit PSB (N=670, N=97), M, SD	68,1 (31,2)	57,0 (44,6)	2,37 / 0,020
Anzahl von Patient:innen mit Notwendigkeit von PSB (N=687, N=94), M, SD	69,2 (24,5)	63,8 (40,1)	1,27 / 0,209
Möglichkeit, Substitutionsmittel auch in anderen aner- kannten Einrichtungen abgeben zu können (Reha, Heim, Hospiz, Pflegedienste etc.) (N=695, N=112)			8,45 / 0,015
Positiv	445 (64,0)	56 (50,0)	
Indifferent	183 (26,3)	43 (38,4)	
Negativ	67 (9,6)	13 (11,6)	
Vertragsregelungen mit diesen Einrichtungen praktikabel (N=619, N=85)	369 (59,6)	53 (62,4)	0,23 / 0,629
Einheitlicher Vertragstext (N=651, N=98)	602 (92,5)	93 (94,9)	0,75 / 0,387
Gewünschte Beteiligung (Mehrfachantwort)			
Mehr Psychiater:innen	480 (80,9)	61 (67,0)	9,23 / 0,002
Mehr Substitutionsambulanzen	365 (61,2)	73 (80,2)	12,31 / <0,001
Mehr Krankenhäuser	209 (35,2)	33 (36,3)	0,04 / 0,850
Finanzieller Aspekte (Mehrfachantwort)			
Erhöhung der Gesprächsziffer im ersten Jahr	521 (83,2)	60 (66,7)	14,10 / <0,001
Fallpauschale	250 (39,9)	50 (55,6)	7,89 / 0,005
Erhöhung der Obergrenze der Patient:innen um jene, die Take-Home länger als 14 Tage bekommen	175 (28,0)	7 (30,0)	0,16 / 0,694

Tabelle A7: Charakteristika der substituierenden Ärzt:innen nach Kreistypen in 2019

	Substituierende Ärzt:innen			Statistik Wert/ Signifikanz
	Kreisfreie Großstadt (N=234)	Städtischer Kreis (N=220)	Ländlicher Kreis (N=174)	
				F-Test
Alter in Jahren M (SD) (N=615)	57,1 (9,2)	58,0 (9,1)	57,7 (7,6)	0,70 / 0,497
Jahre in Substitution tätig M (SD) (N=622)	14,9 (9,0)	13,8 (9,2)	13,7 (8,4)	1,30/ 0.274
Patient:innenanzahl M (SD) (1. Quartal 2019) (N=618))	63,8 (66,4)	40,3 (43,1)	36,7 (43,0)	16,46 / <0.001
N (%)				Chi²-Verfahren
Geschlecht (N=616)				
männlich	146 (63,5)	138 (63,9)	113 (66,9)	0,59 / 0,743
weiblich	84 (36,5)	79 (36,4)	56 (33,1)	
Fachgebiet (N=625)				
Allgemeinmedizin / Innere Medizin	181 (77,7)	167 (76,6)	132 (75,9)	1,26 / 0,868
Psychiatrie/Neurologie	36 (15,5)	38 (17,4)	33 (19,0)	
Anderes Fachgebiet	16 (6,9)	13 (6,0)	9 (5,2)	
Arbeitsstruktur (N=621)				12,96 / 0,044
Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis, Praxis- gemeinschaft, MVZ	164 (70,1)	172 (80,0)	124 (72,1)	
Substitutionsambulanz	27 (11,5)	16 (7,4)	15 (8,7)	
Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)	7 (3,0)	9 (4,2)	13 (7,6)	
Andere Versorgungseinrichtung (z. B. JVA, Gesundheitsamt)	36 (15,4)	18 (8,4)	20 (27,0)	
Substitutionsmittel (Mehrfachantwort)				
Levomethadon	214 (91,5)	188 (86,2)	145 (83,8)	5,82 / 0,055
Buprenorphin	202 (86,3)	181 (82,6)	142 (82,1)	1,69 / 0,429
Razemisches Methadon	201 (85,9)	143 (65,3)	108 (62,4)	35,31 / <0,001
Retardiertes Morphin	108 (46,2)	54 (24,7)	43 (24,9)	30,50 / <0,001
Buprenorphin-Depot	28 (12,0)	21 (9,6)	13 (7,5)	2,25 / 0,325
Codein/Dihydrocodein	18 (7,7)	9 (4,1)	8 (4,6)	3,17 / 0,205
Aufnahme neuer Patient:innen (N=602)				2,11 / 0,348
Ja, noch Kapazitäten	129 (57,6)	133 (63,9)	99 (58,2)	
Nein, Aufnahmestopp	95 (42,4)	75 (36,1)	71 (41,8)	
Entfernung bis zur nächsten substituie- renden Einrichtung (N=625)				218,83 / <0,001
bis ca. 5 km	198 (84,6)	108 (49,8)	48 (27,6)	
ca. über 5-15 km	31 (13,2)	59 (27,2)	30 (17,2)	
ca. über 15-30 km	2 (0,9)	44 (20,3)	46 (26,4)	
ca. über 30-60 km	2 (0,9)	5 (2,3)	42 (24,1)	
über 60 km	1 (0,4)	1 (0,5)	8 (4,6)	

Tabelle A8: Charakteristika der substituierenden Ärzt:innen nach Kreistypen in 2021

	Substituierende Ärzt:innen			Statistik Wert/ Signifikanz
	Kreisfreie Großstadt (N=159)	Städtischer Kreis (N=141)	Ländlicher Kreis (N=120)	
				F-Test
Alter in Jahren M (SD) (N=427)	56,7 (10,7)	57,2 (10,2)	56,9 (9,5)	0,09 / 0.919
Jahre in Substitution tätig M (SD) (N=415)	15,0 (10,0)	14,3 (9,9)	12,5 (8,9)	2,34/ 0.100
Patient:innenanzahl M (SD) (1. Quartal 2021) (N=415))	90,2 (101,1)	53,3 (69,3)	48,8 (116,2)	8,01 / <0.001
N (%)				Chi²-Verfahren
Geschlecht (N=426)				
männlich	96 (60,4)	93 (64,1)	79 (64,8)	2,26 / 0,687
weiblich	62 (39,0)	52 (35,9)	43 (35,2)	
divers	1 (0,6)	0	0	
Fachgebiet (N=424)				
Allgemeinmedizin / Innere Medizin	110 (69,2)	113 (77,9)	84 (70,0)	3,48 / 0,480
Psychiatrie/Neurologie	37 (23,3)	25 (17,2)	27 (22,5)	
Anderes Fachgebiet	12 (7,5)	7 (4,8)	9 (7,5)	
Arbeitsstruktur (N=420)				
Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis, Praxis- gemeinschaft, MVZ	116 (73,0)	105 (74,5)	91 (75,8)	10,72 / 0,097
Substitutionsambulanz	25 (15,7)	13 (9,2)	7 (5,8)	
Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)	5 (3,1)	4 (2,8)	7 (5,8)	
Andere Versorgungseinrichtung (z. B. JVA, Gesundheitsamt)	13 (8,2)	19 (13,5)	15 (12,5)	
Substitutionsmittel (Mehrfachantwort)				
Levomethadon	138 (87,3)	112 (80,0)	107 (89,9)	5,75 / 0,056
Buprenorphin	138 (87,3)	117 (83,6)	91 (76,5)	5,73 / 0,057
Razemisches Methadon	123 (77,8)	99 (70,7)	75 (63,0)	7,30/ 0,026
Retardiertes Morphin	94 (59,5)	48 (34,3)	28 (23,5)	40,02/ <0,001
Buprenorphin-Depot	46 (29,1)	34 (24,3)	26 (21,8)	2,03 / 0,362
Codein/Dihydrocodein	9 (5,7)	6 (4,3)	5 (4,2)	0,45 / 0,798
Aufnahme neuer Patient:innen (N=416)				13,0 / 0,011
Ja, noch Kapazitäten	85 (54,5)	80 (57,1)	50 (41,7)	
Nein, Obergrenze noch nicht erreicht, keine Kapazitäten	41 (26,3)	47 (33,6)	49 (40,8)	
Nein, Obergrenze erreicht	30 (19,2)	13 (9,3)	21 (17,5)	
Entfernung bis zur nächsten substituie- renden Einrichtung (N=416)				174,5 / <0,001
bis ca. 5 km	132 (83,5)	66 (47,1)	23 (19,5)	
ca. über 5-15 km	24 (15,2)	41 (29,3)	20 (16,9)	
ca. über 15-30 km	0	28 (20,0)	42 (35,6)	
ca. über 30-60 km	0	5 (3,6)	29 (24,6)	
über 60 km	2 (1,3)	0	4 (3,4)	

Tabelle A9: Weitere Auswirkungen der 3. BtMVVÄndV nach Kreistypen in 2019

	Substituierende Ärzt:innen 2019			Statistik
	Kreisfreie Großstadt (N=234)	Städtischer Kreis (N=220)	Ländlicher Kreis (N=174)	Chi ² -Verfahren/ F-Test
Auswirkungen der Reform der BtMVV (Mehrfachantwort)				
Gewinnung größerer Rechtssicherheit	133 (58,3)	105 (50,2)	76 (44,7)	7,53 / 0,023
Weniger bürokratischer Auswand	68 (29,8)	61 (28,9)	53 (30,0)	0,20 / 0,907
Verbesserung der Behandlungsqualität	50 (21,9)	48 (22,7)	33 (19,3)	0,71 / 0,702
Keine Auswirkungen	62 (27,1)	67 (31,8)	63 (36,8)	4,35 / 0,114
Änderung der eigenen Arbeit durch BtMVV (N=234,N=215, N=174)				8,45 / 0,207
Eher positiv	124 (53,0)	104 (48,4)	69 (39,7)	
Eher negativ	6 (2,6)	5 (2,3)	3 (1,7)	
Keine Änderung	71 (30,3)	70 (32,6)	71 (40,8)	
Noch nicht beurteilbar	33 (14,1)	36 (16,7)	31 (17,8)	
Verfügbarkeit von PSB-Plätzen (N=229, N=210, N=165)				5,99 / 0,200
Sehr gut	103 (45,0)	87 (41,4)	68 (41,2)	
Mittel (Wartezeiten)	109 (47,6)	95 (45,2)	73 (44,2)	
Schlecht (zu wenige Plätze)	17 (7,4)	28 (13,3)	24 (15,5)	
Anzahl von Patient:innen mit PSB N=222, N=206, N=164), M, SD	65,0 (30,5)	71,1 (33,1)	68,9 (34,5)	1,96 / 0,141
Anzahl von Patient:innen mit Notwendig- keit von PSB (N=227, N=212, N=163), M, SD	67,2 (28,9)	70,3 (29,8)	75,2 (29,1)	3,61 / 0,028
Möglichkeit, Substitutionsmittel auch in anderen anerkannten Einrichtungen abge- ben zu können (Reha, Heim, Hospiz, Pfl- gedienste etc.) (N=231, N=213, N=172)				12,04 / 0,017
Positiv	158 (68,4)	127 (59,6)	95 (55,2)	
Indifferent	55 (23,8)	67 (31,5)	50 (29,1)	
Negativ	18 (7,8)	19 (8,9)	27 (15,7)	
Vertragsregelungen mit diesen Einrichtun- gen praktikabel (N=206, N=183, N=151)	130 (63,1)	102 (55,7)	92 (60,9)	2,27 / 0,322
Einheitlicher Vertragstext (N=217, N=198, N=159)	193 (88,9)	185 (93,4)	150 (94,3)	4,49 / 0,106
Gewünschte Beteiligung (Mehrfachant- wort)				
Mehr Psychiater:innen	165 (85,5)	132 (77,2)	115 (75,7)	6,23 / 0,044
Mehr Substitutionsambulanzen	104 (53,9)	122 (71,3)	102 (66,2)	12,70 / 0,002
Mehr Krankenhäuser	54 (28,0)	56 (32,7)	74 (48,7)	16,83 / <0,001
Finanzieller Aspekte				
Erhöhung der Gesprächsziffer im ersten Jahr	170 (82,1)	158 (80,6)	121 (84,6)	0,91 / 0,635
Fallpauschale	80 (38,6)	81 (41,3)	63 (44,1)	1,03 / 0,596
Erhöhung der Obergrenze der Patient:innen um jene, die Take-Home länger als 14 Tage bekommen	61 (29,5)	46 (23,5)	39 (27,5)	1,89 / 0,388

Tabelle A10: Behandlung unter der COVID-19 Pandemie: Bewertung der Änderungen der SARS-CoV-2 Arzneimittelversorgungsverordnung durch befragte substituierende Ärzt:innen mit und ohne suchtmmedizinische Weiterbildung, 2021

	Substituierende ÄrztInnen		Statistik Wert/Signifikanz
	mit suchtm. med. Weiter- bildung (N=459)	ohne suchtm. Weiterbil- dung (N=78)	
	N (%)	N (%)	Chi ² - Verfahren
Ausreichend über die SARS-CoV-2 Arzneimittelversorgungs- verordnung informiert (N=438, N=72)			8,52 / 0.004
Ja	291 (66,4)	35 (48,6)	
Nein	147 (33,6)	37 (51,4)	
Infektionen mit COVID-19 (N=445, N=73)			63,48 / <0,001
Keine	189 (42,2)	69 (90,8)	
Weniger als 5 %	238 (53,1)	4 (5,3)	
Mehr als 5 %	21 (4,7)	3 (3,9)	
Anzahl substituierter Patient:innen in Pandemie geändert (N=445, N=73)			6,89 / 0,032
Verringert	42 (9,4)	5 (6,8)	
In etwa gleich geblieben	271 (60,9)	56 (76,7)	
Erhöht	132 (29,7)	12 (16,4)	
Wenn Erhöhung (N=128)			4,15 / 0,125
Kapazitäten erhöht, Erlaubnisgrenze nicht ausgeschöpft	61 (52,1)	9 (81,8)	
Kapazitäten bis zur Erlaubnisgrenze ausgeschöpft	23 (19,7)	0	
Patient:innenzahl über Erlaubnisgrenze erhöht	33 (28,2)	2 (18,2)	
Relevante Änderungen (Mehrfachantwort)			
Substitutionsgesprächsziffer bis zu 8 x pro Quartal abrechnungsfähig	267 (61,7)	28 (38,4)	13,96 / <0,001
Tel. Kontakte oder Videosprechstunde abrechnungsfähig	205 (47,5)	18 (24,7)	13,16 / <0,001
Anderes Personal einsetzbar bei Untersichteinnahme und Take-Home	171 (39,5)	13 (17,8)	12,69 / <0,001
T-Rezepte ohne persönlichen Kontakt	146 (33,7)	15 (20,5)	5,00 / 0,025
Z-Rezepte (4 x pro Woche, 7 Tage), auch ohne persönlichen Kontakt	114 (26,3)	10 (8,1)	5,39 / 0,020
Abrechnung von Buprenorphin-Depot über EBM	86 (19,9)	5 (6,8)	7,17 (0,007)
Zeitliche Begrenzung in Vertretungsfällen ausgesetzt	68 (15,7)	7 (9,6)	1,85 / 0,174
Notfallverordnung (N) bei Substitution	38 (8,8)	6 (8,2)	0,24 / 0,876
Konsiliarregelung: Höchstzahl von 10 Patient:innen ausgesetzt	17 (3,9)	10 (13,7)	11,81 / 0,001

Tabelle A10 (Fortsetzung): Behandlung unter der COVID-19 Pandemie: Bewertung der Änderungen der SARS-CoV-2 Arzneimittelversorgungsverordnung durch befragte substituierende Ärzt:innen mit und ohne suchtmittelmedizinische Weiterbildung, 2021

Relevante Änderungen beibehalten (Mehrfachantwort)			
Substitutionsgesprächsziffer bis zu 8 x pro Quartal abrechnungsfähig	320 (72,4)	39 (54,2)	9,77 / 0,002
Tel. Kontakte oder Videosprechstunde abrechnungsfähig	269 (60,9)	29 (40,3)	10,77 / 0,001
Anderes Personal einsetzbar bei Untersichteinnahme und Take-Home	225 (50,9)	12 (16,7)	29,21 / <0,001
T-Rezepte ohne persönlichen Kontakt	127 (28,8)	12 (16,7)	4,61 / 0,032
Z-Rezepte (4 x pro Woche, 7 Tage), auch ohne persönlichen Kontakt	117 (26,5)	10 (13,9)	5,27 / 0,022
Abrechnung von Buprenorphin-Depot über EBM	175 (39,7)	11 (15,3)	15,95 / <0,001
Zeitliche Begrenzung in Vertretungsfällen ausgesetzt	142 (32,1)	14 (19,4)	4,71 / 0,030
Notfallverordnung (N) bei Substitution	119 (26,9)	14 (19,4)	1,81 / 0,179
Konsiliarregelung: Höchstzahl von 10 Patient:innen ausgesetzt	72 (16,3)	17 (23,6)	2,32 / 0,128
Änderung der Vergabe (Mehrfachantwort)			
Keine Änderung der Vergabepaxis	150 (33,6)	42 (56,0)	13,80 / <0,001
Vergabezeiten verändert/ verlängert.	138 (30,9)	13 (17,3)	5,78 / 0,019
Take-Home-Zeiten für stabile Patient:innen verlängert.	227 (50,9)	24 (32,0)	9,18 / 0,002
Deutlich mehr Patient:innen als in den Jahren davor neu auf Take-Home eingestellt.	118 (26,5)	2 (2,7)	20,50 / <0,001
Take-Home-Rezepte (T-Rezepte) auch ohne persönliche Konsultation ausgegeben	70 (15,7)	7 (9,3)	2,06 / 0,151
Z-Rezepte häufiger als einmal pro Woche pro Patient:in ausgestellt	42 (9,4)	0	7,68 / 0,006
Z-Rezepte auch für bis zu 7 Tage ausgestellt	50 (11,2)	0	9,30 / 0,002
Z-Rezepte auch ohne persönliche Konsultation ausgegeben	13 (2,9)	0	2,24 / 0,134
Umgang der Patient:innen mit erweiterter Take-Home-Praxis (N=396, N=60)			6,79 / 0,034
Überwiegend verantwortungsbewusst	256 (69,4)	51 (85,0)	
teils, teils	101 (27,4)	9 (15,0)	
Überwiegend nicht verantwortungsbewusst	12 (3,3)	0	
Handhabung in Zukunft (N=401, N=63)			4,86 / 0,088
Bei einigen Patient:innen ausgeweitet lassen	216 (53,9)	28 (44,4)	
Verordnungspraxis wie vor COVID-19	163 (40,6)	34 (54,0)	
Beides	22 (5,5)	1 (1,6)	
Anzahl telefonischer oder Videokontakte erhöht (N=428, N=77)			
ja	149 (34,8)	11 (14,3)	12,70 / <0,001
Wenn ja: (N=140, N=11)			
bis zu 4 Kontakten pro Quartal	78 (55,7)	8 (72,7)	1,20 / 0,273
häufiger als 4 Kontakte im Quartal	62 (44,3)	3 (27,3)	

Tabelle A10 (Fortsetzung): Behandlung unter der COVID-19 Pandemie: Bewertung der Änderungen der SARS-CoV-2 Arzneimittelversorgungsverordnung durch befragte substituierende Ärzt:innen mit und ohne suchtmittelmedizinische Weiterbildung, 2021

Videokontakte (Mehrfachantwort)			
Grundsätzlich keine Videokontakte mit Patient:innen	315 (71,8)	55 (72,4)	0,01 / 0,912
Keine Videokontakte, da Ärzt:in die technischen Voraussetzungen fehlten	48 (10,9)	6 (7,9)	0,64 / 0,425
Keine Videokontakte, da den Patient:innen die technischen Voraussetzungen fehlten	43 (9,8)	6 (7,9)	0,28 / 0,598
Keine Videokontakte, da ich dieser Technik kritisch gegenüberstehe	14 (3,2)	2 (2,6)	0,07 / 0,796
Videokontakte gehabt, Ergebnis eher unbefriedigend	22 (5,0)	2 (2,6)	0,83 / 0,363
Videokontakte gehabt mit überwiegend positive Erfahrungen	20 (4,6)	0	3,60 / 0,058
Videokontakte gehabt, Technik auch gerne in Zukunft nutzen	17 (3,9)	3 (3,9)	0,00 / 0,975
Netzwerktreffen (z.B. Qualitätszirkel) per Videokonferenz (N=448, N=75)			2,98 / 0,394
Nein, habe ich nicht gebraucht	206 (46,0)	41 (54,6)	
Nein, aber hätte ich gerne genutzt	102 (22,8)	12 (16,0)	
Ja, für Pandemiezeit sinnvoll	88 (19,6)	12 (16,0)	
Ja, auch für die Zukunft	52 (11,6)	10 (13,3)	
Auf Buprenorphin-Depot eingestellt (Mehrfachantwort)			
Nein, habe keine Patient:innen mit Depot	310 (68,1)	68 (89,5)	14,16 / <0,001
Ja, nicht aufgrund von COVID-19	126 (27,7)	6 (7,9)	13,67 / <0,001
Ja, erstmals aufgrund von COVID-19	5 (1,1)	0	0,85 / 0,358
Ja, verstärkt aufgrund von COVID-19	9 (2,0)	0	1,53 / 0,216
Von wöchentlich auf monatliches Depot umgestellt wegen Pandemie	13 (6,2)	0	2,34 / 0,126
PSB (Mehrfachantwort)			
Ja, PSB-Einrichtungen waren geschlossen und Kontakt nur telefonisch möglich.	190 (41,7)	12 (16,0)	18,00 / <0,001
Ja, Patient:innen, für die die PSB wichtig war, wurden nicht mehr ausreichend betreut.	163 (35,7)	7 (9,3)	20,64 / <0,001
Nein, keine Veränderung, angemessene Betreuung.	139 (30,5)	24 (32,0)	0,07 / 0,792
Nein, keine Änderung, PSB-Angebot in der Region war seit jeher unzureichend.	25 (5,5)	5 (6,7)	0,20 / 0,681
Ist mir nicht bekannt.	39 (8,6)	24 (32,0)	33,86 / <0,001
Beikonsum (N=447, N=76)			10,17 / 0,038
Nein, annähernd gleich geblieben.	263 (58,8)	57 (75,0)	
Ja, hat sich bei der Mehrzahl der Patient:innen erhöht.	62 (13,9)	3 (3,9)	
Ja, hat sich bei wenigen der Patient:innen erhöht.	111 (24,8)	16 (21,1)	
Ja, hat sich bei der Mehrzahl der Patient:innen verringert.	5 (1,1)	0	
Ja, hat sich bei wenigen der Patient:innen verringert.	6 (1,3)	0	
Zusammenarbeit mit Apotheken (Mehrfachantwort)			
Keine Veränderungen	295 (64,8)	66 (85,7)	13,16 / <0,001
Zusammenarbeit hat sich intensiviert	138 (30,3)	8 (10,4)	13,15 / <0,001
Neue Apotheken für Sichtvergabe	20 (4,4)	1 (1,3)	1,67 / 0,197

Tabelle A11: Behandlung unter der COVID-19 Pandemie: Bewertung der Änderungen der SARS-CoV-2 Arzneimittelversorgungsverordnung durch befragte substituierende Ärzt:innen nach Kreistypen, 2021

	Substituierende Ärzt:innen			Statistik Wert/ Signifikanz
	Kreisfreie Großstadt (N=159)	Städtischer Kreis (N=141)	Ländlicher Kreis (N=120)	
	N (%)	N (%)	N (%)	Chi ² -Verfahren
Ausreichend über die SARS-CoV-2 Arzneimittelversorgungsverordnung informiert (N=152, N=132, N=116)				6,93 / 0,031
Ja	109 (71,7)	76 (57,6)	70 (60,3)	
Nein	43 (28,3)	56 (42,4)	46 (39,7)	
Infektionen mit COVID-19 (N=154, N=137, N=118))				30,99 / <0,001
Keine	46 (29,9)	70 (51,1)	74 (62,7)	
Weniger als 5 %	96 (62,4)	61 (44,5)	39 (33,1)	
Mehr als 5 %	12 (7,8)	6 (4,4)	5 (4,2)	
Anzahl substituierter Patient:innen in Pandemie geändert (N=156, N=137, N=113)				5,20 / 0,268
Verringert	17 (10,9)	15 (10,9)	8 (7,1)	
In etwa gleich geblieben	88 (56,4)	91 (66,4)	73 (64,6)	
Erhöht	51 (32,7)	31 (22,6)	32 (28,3)	
Wenn Erhöhung (N=47, N=27, N=31)				7,00 / 0,136
Kapazitäten erhöht, Erlaubnisgrenze nicht ausgeschöpft	20 (42,6)	16 (59,3)	20 (64,5)	
Kapazitäten bis zur Erlaubnisgrenze ausgeschöpft	12 (25,5)	2 (7,4)	6 (19,4)	
Patient:innenzahl über Erlaubnisgrenze erhöht	15 (31,9)	9 (33,3)	5 (16,1)	
Relevante Änderungen (Mehrfachantwort)				
Substitutionsgesprächsziffer bis zu 8 x pro Quartal abrechnungsfähig	98 (65,3)	83 (64,8)	56 (47,9)	10,21 / 0,006
Tel. Kontakte oder Videosprechstunde abrechnungsfähig	76 (50,7)	61 (47,7)	42 (35,9)	6,20 / 0,045
Anderes Personal einsetzbar bei Untersichteinnahme und Take-Home	72 (48,0)	46 (35,9)	30 (25,6)	14,21 / 0,001
T-Rezepte ohne persönlichen Kontakt	53 (35,6)	38 (29,7)	39 (33,3)	1,01 / 0,603
Z-Rezepte (4 x pro Woche, 7 Tage), auch ohne persönlichen Kontakt	52 (34,7)	30 (23,4)	17 (14,5)	14,46 / 0,001
Abrechnung von Buprenorphin-Depot über EBM	32 (21,3)	20 (15,6)	18 (15,4)	2,17 / 0,339
Zeitliche Begrenzung in Vertretungsfällen ausgesetzt	25 (16,7)	16 (12,5)	14 (12,0)	1,53 / 0,465
Notfallverordnung (N) bei Substitution	12 (8,0)	12 (9,4)	8 (6,8)	0,53 / 0,766
Konsiliarregelung: Höchstzahl von 10 Patient:innen ausgesetzt	5 (3,3)	7 (5,5)	9 (7,7)	2,49 / 0,288

Tabelle A11 (Fortsetzung): Behandlung unter der COVID-19 Pandemie: Bewertung der Änderungen der SARS-CoV-2 Arzneimittelversorgungsverordnung durch befragte substituierende Ärzt:innen nach Kreistypen, 2021

Relevante Änderungen beibehalten (Mehrfachantwort)				
Substitutionsgesprächsziffer bis zu 8 x pro Quartal abrechnungsfähig	110 (71,9)	95 (72,0)	80 (67,8)	0,69 / 0,709
Tel. Kontakte oder Videosprechstunde abrechnungsfähig	100 (65,4)	85 (64,4)	58 (49,2)	8,69 / 0,013
Anderes Personal einsetzbar bei Untersichteinnahme und Take-Home	82 (53,6)	62 (47,0)	43 (36,4)	7,91 / 0,019
T-Rezepte ohne persönlichen Kontakt	50 (32,7)	29 (22,1)	33 (28,0)	3,90 / 0,142
Z-Rezepte (4 x pro Woche, 7 Tage), auch ohne persönlichen Kontakt	50 (32,7)	27 (20,5)	25 (21,2)	7,10 / 0,029
Abrechnung von Buprenorphin-Depot über EBM	68 (44,4)	47 (35,6)	34 (29,1)	6,91 / 0,032
Zeitliche Begrenzung in Vertretungsfällen ausgesetzt	52 (34,0)	38 (28,8)	32 (27,1)	1,69 / 0,429
Notfallverordnung (N) bei Substitution	40 (26,1)	34 (25,8)	31 (26,3)	0,01 / 0,995
Konsiliarregelung: Höchstzahl von 10 Patient:innen ausgesetzt	22 (14,4)	20 (15,2)	27 (22,9)	3,93 / 0,140

Tabelle A11: Behandlung unter der COVID-19 Pandemie: Bewertung der Änderungen der SARS-CoV-2 Arzneimittelversorgungsverordnung durch befragte substituierende Ärzt:innen nach Kreistypen, 2021

Änderung der Vergabe (Mehrfachantwort)				
Keine Änderung der Vergabepaxis	47 (30,1)	49 (36,8)	52 (43,7)	5,40 / 0,067
Vergabezeiten verändert/ verlängert.	48 (30,8)	42 (31,6)	29 (24,4)	1,89 / 0,388
Take-Home-Zeiten für stabile Patient:innen verlängert.	88 (56,4)	61 (45,9)	51 (42,9)	5,75 / 0,056
Deutlich mehr Patient:innen als in den Jahren davor neu auf Take-Home eingestellt.	52 (33,3)	31 (23,3)	17 (14,3)	13,39 / 0,001
Take-Home-Rezepte (T-Rezepte) auch ohne persönliche Konsultation ausgegeben	22 (14,1)	24 (18,0)	20 (16,8)	0,87 / 0,647
Z-Rezepte häufiger als einmal pro Woche pro Patient:in ausgestellt	18 (11,5)	10 (7,5)	5 (4,2)	4,97 / 0,083
Z-Rezepte auch für bis zu 7 Tage ausgestellt	22 (14,1)	8 (6,0)	13 (10,9)	5,00 / 0,082
Z-Rezepte auch ohne persönliche Konsultation ausgegeben	6 (3,8)	4 (3,0)	1 (0,8)	240 / 0,302
Umgang der Patient:innen mit erweiterter Take-Home-Praxis (N=136, N=113, N=91))				3,85 / 0,426
Überwiegend verantwortungsbewusst	95 (69,9)	77 (68,1)	71 (78,0)	
teils, teils	39 (28,7)	32 (28,3)	18 (19,8)	
Überwiegend nicht verantwortungsbewusst	2 (1,5)	4 (3,5)	2 (2,2)	
Handhabung in Zukunft (N=147, N=116, N=103))				2,82 / 0,588
Bei einigen Patient:innen ausgeweitet lassen	83 (56,65)	62 (53,4)	49 (47,6)	
Verordnungspraxis wie vor COVID-19	56 (38,1)	48 (41,4)	50 (48,5)	
Beides	8 (5,4)	6 (5,2)	4 (3,9)	
Anzahl telefonischer oder Videokontakte erhöht (N=152, N=130, N=117)				
ja	55 (36,2)	41 (31,5)	34 (29,1)	1,62 / 0,444
Wenn ja: (N=54, N=39, N=31)				0,34 / 0,843
bis zu 4 Kontakten pro Quartal	30 (55,6)	20 (51,3)	18 (58,1)	
häufiger als 4 Kontakte im Quartal	24 (44,4)	19 (48,7)	13 (41,9)	
Videokontakte (Mehrfachantwort)				
Grundsätzlich keine Videokontakte mit Patient:innen	109 (70,8)	94 (71,8)	94 (79,7)	3,40 / 0,213
Keine Videokontakte, da Ärzt:in die technischen Voraussetzungen fehlten	18 (11,7)	6 (4,6)	19 (16,1)	8,92 / 0,012
Keine Videokontakte, da den Patient:innen die technischen Voraussetzungen fehlten	24 (15,6)	12 (9,2)	7 (5,9)	7,00 / 0,030
Keine Videokontakte, da ich dieser Technik kritisch gegenüberstehe	6 (3,9)	2 (1,5)	6 (5,1)	2,48 / 0,290
Videokontakte gehabt, Ergebnis eher unbefriedigend	6 (3,9)	8 (6,1)	5 (4,2)	0,90 / 0,652
Videokontakte gehabt mit überwiegend positive Erfahrungen	6 (3,9)	7 (5,3)	2 (1,7)	2,33 / 0,312
Videokontakte gehabt, Technik auch gerne in Zukunft nutzen	4 (2,6)	7 (5,3)	2 (1,7)	2,96 (0,227)

Tabelle A11: Behandlung unter der COVID-19 Pandemie: Bewertung der Änderungen der SARS-CoV-2 Arzneimittelversorgungsverordnung durch befragte substituierende Ärzt:innen nach Kreistypen, 2021

Netzwerktreffen (z.B. Qualitätszirkel) per Videokonferenz (N=154, N=137, N=117)				16,25 / 0,012
Nein, habe ich nicht gebraucht	53 (34,4)	71 (51,8)	63 (53,8)	
Nein, aber hätte ich gerne genutzt	35 (22,7)	29 (21,2)	25 (21,4)	
Ja, für Pandemiezeit sinnvoll	38 (24,7)	21 (15,3)	19 (16,2)	
Ja, auch für die Zukunft	38 (24,7)	16 (11,7)	10 (8,5)	
Auf Buprenorphin-Depot eingestellt (Mehrfachantwort)				
Nein, habe keine Patient:innen mit Depot	109 (69,9)	99 (71,2)	88 (73,9)	0,56 / 0,756
Ja, nicht aufgrund von COVID-19	42 (26,9)	34 (24,5)	30 (25,2)	0,25 / 0,884
Ja, erstmals aufgrund von COVID-19	1 (0,6)	1 (0,7)	0	0,82 / 0,662
Ja, verstärkt aufgrund von COVID-19	3 (1,9)	5 (3,6)	0	4,38 / 0,112
Von wöchentlich auf monatliches Depot umgestellt wegen Pandemie	4 (4,9)	3 (5,6)	3 (5,4)	0,03 / 0,983
PSB (Mehrfachantwort)				
Ja, PSB-Einrichtungen waren geschlossen und Kontakt nur telefonisch möglich.	60 (38,0)	53 (38,1)	52 (43,7)	1,13 / 0,567
Ja, Patient:innen, für die die PSB wichtig war, wurden nicht mehr ausreichend betreut.	65 (41,1)	42 (30,2)	34 (28,6)	6,05 / 0,049
Nein, keine Veränderung, angemessene Betreuung.	51 (32,3)	43 (30,9)	35 (29,4)	0,26 / 0,878
Nein, keine Änderung, PSB-Angebot in der Region war seit jeher unzureichend.	8 (5,1)	4 (2,9)	9 (7,6)	2,94 / 0,230
Ist mir nicht bekannt.	13 (8,2)	19 (13,7)	14 (11,8)	2,31 / 0,315
Beikonsum (N=153, N=138, N=119)				9,11 / 0,333
Nein, annähernd gleich geblieben.	84 (54,9)	86 (62,3)	84 (70,6)	
Ja, hat sich bei der Mehrzahl der Patient:innen erhöht.	20 (13,1)	17 (12,3)	8 (6,7)	
Ja, hat sich bei wenigen der Patient:innen erhöht.	44 (28,8)	33 (23,9)	24 (20,2)	
Ja, hat sich bei der Mehrzahl der Patient:innen verringert.	3 (2,0)	1 (0,7)	1 (0,8)	
Ja, hat sich bei wenigen der Patient:innen verringert.	2 (1,3)	1 (0,7)	2 (1,7)	
Zusammenarbeit mit Apotheken (Mehrfachantwort)				
Keine Veränderungen	92 (58,6)	97 (69,8)	87 (72,5)	7,00 / 0,030
Zusammenarbeit hat sich intensiviert	59 (37,6)	35 (25,2)	28 (23,3)	8,40 / 0,015
Neue Apotheken für Sichtvergabe	6 (3,8)	6 (4,3)	4 (3,3)	0,17 / 0,919

Tabelle A12: Relevante Änderungen der SARS-CoV-2 Arzneimittelversorgungsverordnung unter der COVID-19 Pandemie: Was wurde gebraucht und was soll dauerhaft bleiben? (Mehrfachantwort)

	N	%
Relevante Änderungen (Mehrfachantwort)		
Substitutionsgesprächsziffer bis zu 8 x pro Quartal abrechnungsfähig	295	58,3
Tel. Kontakte oder Videosprechstunde abrechnungsfähig	223	44,2
Anderes Personal einsetzbar bei Untersichteinnahme und Take-Home	184	36,4
T-Rezepte ohne persönlichen Kontakt	161	31,8
Z-Rezepte (4 x pro Woche, 7 Tage), auch ohne persönlichen Kontakt	124	24,5
Abrechnung von Buprenorphin-Depot über EBM	91	18,0
Zeitliche Begrenzung in Vertretungsfällen ausgesetzt	75	14,8
Notfallverordnung (N) bei Substitution	44	8,7
Konsiliarregelung: Höchstzahl von 10 Patient:innen ausgesetzt	27	5,3
Relevante Änderungen beibehalten (Mehrfachantwort)		
Substitutionsgesprächsziffer bis zu 8 x pro Quartal abrechnungsfähig	359	69,8
Tel. Kontakte oder Videosprechstunde abrechnungsfähig	298	58,0
Anderes Personal einsetzbar bei Untersichteinnahme und Take-Home	237	46,1
T-Rezepte ohne persönlichen Kontakt	139	27,1
Z-Rezepte (4 x pro Woche, 7 Tage), auch ohne persönlichen Kontakt	127	24,7
Abrechnung von Buprenorphin-Depot über EBM	186	36,3
Zeitliche Begrenzung in Vertretungsfällen ausgesetzt	156	30,4
Notfallverordnung (N) bei Substitution	133	25,9
Konsiliarregelung: Höchstzahl von 10 Patient:innen ausgesetzt	89	17,3

Tabelle A13: Zugängliche Informationen zur Opioidsubstitutionstherapie sowie der 3. BtMVVÄndV über die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie den Ärztekammern (im Zeitraum von 2017 bis 2021)

2017	2018	2019	2020	2021
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB)				
<p>Anschreiben zur 3. BtMVVÄndV an Ärzt:innen mit Genehmigung zur Substitution, die derzeit aber nicht abrechnen, Ärzt:innen mit Konsiliargenehmigung, substituierende Ärzt:innen, die ihr Patent:innenkontingent nicht ausschöpfen, substituierende Ärzt:innen, die ihr Patient:innenkontingent regelmäßig ausschöpfen (Oktober 2017)</p> <p>BtMVV-Neuregelungen als Titelthema des KVB FORUM (Mitgliedermagazin, November 2017)</p> <p>BtMVV-Neuregelungen als Titelthema der Impuls, das Informationsjournal der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (Dezember 2017)</p> <p>Informationsblatt Verordnung Aktuell zu angepassten Regelungen zur OST in der BtMVV (Oktober 2017)</p>	–	–	Zusammenfassendes Informationsblatt zu den BtMVV-Rechtsänderungen (April 2020) Veranstaltung „Aktuelle Informationen zur Methadonsubstitution“ am 24.06.2020	–
Umfangreiche Informationen zur (Qualitätssicherung der) OST auf Website vorhanden. Verweis auf Bundesopiumstelle für weitere Informationen.				

Tabelle A13 (Fortsetzung): Zugängliche Informationen zur Opioidsubstitutionstherapie sowie der 3. BtMVVÄndV über die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie den Ärztekammern (im Zeitraum von 2017 bis 2021)

Bayerische Landesärztekammer (BLÄK)				
Kurzinfos zu Tätigkeiten der Substitutionskommission im Tätigkeitsbericht der BLÄK (Januar 2017) Kurzinfo im Bayerischen Ärzteblatt zur finanziellen Unterstützung durch die KVB bei Erwerb der Suchtmedizinischen Grundversorgung (April 2017) Kurzinfo im Bayerischen Ärzteblatt zu den BtmVV-Änderungen auf BÄT-Arbeitstagung (November 2017)	Artikel der BLÄK im Bayerischen Ärzteblatt zu den Änderungen der BtmVV (März 2018)	–	–	Onlineveranstaltung zur OST, 20. Suchtforum Bayern am 28.07.21 Kurzbeitrag der BLÄK im Bayerischen Ärzteblatt zum Suchtforum am 28.07.21
Verweis auf den Leitfaden für Ärzte zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger der BAS (aus 2018)				
2017	2018	2019	2020	2021
Kassenärztliche Vereinigung Berlin (KVB)				
Veröffentlichung des Beschlusses zur EBM*-Änderung in der OST (Juni 2017) Hinweis im KV-Blatt zur EBM*-Änderung in der OST (Take-Home, Konsiliarregelung) (Oktober 2017) Kurzartikel im KV-Blatt zur 3. BtMVVÄndV (Dezember 2017)	Kurzartikel zu der 3. BtMVVÄndV im Qualitätsbericht der KV Berlin (2018, für Berichtsjahr 2017)	–	Anschreiben zu BtMVV-Änderungen aufgrund SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung an alle substituierenden Ärzt:innen (April 2020) Informationsblatt Inkrafttreten der SARS-CoV2-Arzneimittelversorgungsverordnung und entspr. Änderungen der OST (Mai 2020)	–
Auf einer Unterseite der Website stehen Informationen zur OST zur Verfügung: Rechtsgrundlagen (inkl. Hinweise zu pandemiebedingten Änderungen), Melde- und Antragsformulare, Richtlinien, FAQ-Liste der BÄK, Link zur BtmVV				

Tabelle A13 (Fortsetzung): Zugängliche Informationen zur Opioidsubstitutionstherapie sowie der 3. BtMVVÄndV über die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie den Ärztekammern (im Zeitraum von 2017 bis 2021)

Ärztekammer Berlin (ÄKB)				
–	–	–	–	Titelthema (und Artikel in) der Mitgliederzeitschrift der ÄK Berlin zur Perspektive der OST und fehlendem Nachwuchs in der Suchtmedizin (Erwähnung Änderungen der BtMVV) (August 2021)
2017	2018	2019	2020	2021
Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (KVBB)				
Hinweis in der KVIntern sowie auf einer Unterseite der Website zur Änderung der GOP** bei Take-Home und Konsiliarregelung (Juli 2017)	–	–	–	–
Auf einer Unterseite der Website stehen Informationen zur OST zur Verfügung: EBM-Gebührennummern, Antragsformulare, Rechtsgrundlagen, Richtlinien, Link zur BtMVV Auf einer Unterseite der Website stehen überblicksartige Informationen zu der SARS-CoV2-Arzneimittelversorgungsverordnung und entspr. Änderungen der OST (Mai 2020)				
Landesärztekammer Brandenburg (LÄKB)**				
–	–	–	–	–
Auf einer Unterseite der Website stehen Kurzinformationen zur Suchtmedizin, der Suchtmedizinischen Grundversorgung, OST, ärztlichen Koordinierungsgruppe gegen Suchtgefahren				

Tabelle A13 (Fortsetzung): Zugängliche Informationen zur Opioidsubstitutionstherapie sowie der 3. BtMVVÄndV über die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie den Ärztekammern (im Zeitraum von 2017 bis 2021)

2017	2018	2019	2020	2021
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW)				
<p>Digitales Rundschreiben an Ärzt:innen, Psychotherapeut:innen, Praxismitarbeiter:innen mit Mitteilung zur Änderung der GOP** bei Take-Home und Konsiliarregelung (September 2017)</p> <p>Mitteilung auf einer Unterseite der Website zur Änderung der GOP** bei Take-Home und Konsiliarregelung (zum Oktober 2017)</p> <p>Artikel im Mitteilungsblatt <i>ergo</i> der KVBW zur OST und 3. BtMVVÄndV (Oktober 2017)</p> <p>Veranstaltung <i>Erfahrungsaustausch Substitution</i> am 02.12.17 (Reutlingen)</p>	<p>Veranstaltung <i>Erfahrungsaustausch Substitution</i> am 14.03.18 (Karlsruhe) und 18.04.18 (Freiburg)</p>	<p>Auf einer Unterseite der Website stehen Informationen zu finanziellen Fördermitteln für substituierende Ärzt:innen zur Verfügung (Programm <i>Ziel und Zukunft</i>, August 2019)</p> <p>Hinweis im Mitteilungsblatt <i>ergo</i> der KVBW zu finanziellen Fördermitteln (Programm <i>Ziel und Zukunft</i>) für substituierende Ärzt:innen und Hinweis zur Konsiliarregelung (September 2019)</p>	<p>Über die Suchfunktion der Website wurde das Informationsblatt zur OST während der Coronapandemie der Konferenz der Vorsitzenden von Qualitäts-sicherungskommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland gefunden (März 2020)</p> <p>Hinweis im <i>Jahresbericht Strukturfonds 2020</i> zur finanziellen Substitutionsförderung (Programm <i>Ziel und Zukunft</i>)</p>	<p>Auf einer Unterseite der Website stehen Informationen zur OST während der Coronapandemie zur Verfügung</p>
<p>Auf einer Unterseite der Website stehen Informationen zur OST zur Verfügung: Rechtsgrundlagen, Richtlinien, Gebührennummern, Antragsformulare, Dokumentationsbögen, digitale Informationsmappe zur OST, Information zur Verordnung von Substitol®, Ärztliche Vertretungsregelungen in der OST, Merkblätter, Mustervereinbarung Sichtbezug in der Apotheke</p>				

Tabelle A13 (Fortsetzung): Zugängliche Informationen zur Opioidsubstitutionstherapie sowie der 3. BtMVVÄndV über die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie den Ärztekammern (im Zeitraum von 2017 bis 2021)

Landesärztekammer Baden-Württemberg (LÄKBW)				
Fortbildungsveranstaltung zur 3. BtMVVÄndV am 23.09.2017 in Stuttgart Information über 3. BtMVVÄndV ist auf einer Unterseite der Website ersichtlich (Oktober 2017) Information zur Erstellung einer Empfehlung der BÄK zur rechtlichen Absicherung der Delegation der Vergabe von Substitutionsmitteln auf einer Unterseite der Website ersichtlich (November 2017) Kurzartikel im Ärzteblatt BW zur 3. BtMVVÄndV (November 2017)	–	Kurzartikel im Ärzteblatt BW zur OST (und Erwähnung 3. BtMVVÄndV) (Februar 2019) Veranstaltung <i>Substitutionsgipfel</i> zur Sicherstellung der OST am 18.09.2019 in Stuttgart	–	Jährlich stattfindende (Online-) Veranstaltung <i>Suchtmedizin – Update</i> (nächster Termin am 23.11.22)
Auf einer Unterseite der Website stehen Informationen zur OST zur Verfügung: Meldeformulare, FAQ, einheitlicher Substitutionsausweis, OST-Patient:innen im Krankenhaus, Konzept für Baden-Württemberg zur Sicherung der Versorgung und Qualität bei der OST, Link zum BfArM sowie zur BÄK				

Tabelle A13 (Fortsetzung): Zugängliche Informationen zur Opioidsubstitutionstherapie sowie der 3. BtMVVÄndV über die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie den Ärztekammern (im Zeitraum von 2017 bis 2021)

2017	2018	2019	2020	2021
Kassenärztliche Vereinigung Bremen (KVHB)				
Kurzartikel im Magazin der KVHB zur 3. BtMVVÄndV (September 2017)	–	–	Kurzartikel im Magazin der KVHB: Buprenorphin depot jetzt abrechenbar (Juni 2020) Kurzinformation im Magazin der KVHB zur GOP** therapeutischer Gespräche per Telefon bei OST (Juli 2020) Kurzinformation im Magazin der KVHB: Bremen hat die meisten Substitutionspatient:innen (September 2020) Kurzinformation im Magazin der KVHB zur GOP bei Substitution und Videosprechstunde sowie GOP** Buprenorphin depot (Oktober 2020)	Kurzinformation im Magazin der KVHB zur Behandlung mit Buprenorphin depot (Januar 2021) Kurzinformation auf der Website zur Sonderregelung der Behandlung mit Buprenorphin depot (Juli 2021) Kurzinformation im Magazin und auf der Website der KVHB zur dauerhaften Behandlung mit Buprenorphin depot, GOP** (Oktober 2021)
Auf einer Unterseite der Website wird auf das Gremium <i>Substitutions-Kommission</i> hingewiesen Substitutions-Antrag, Substitutionsantrag Konsiliarius-Regelung, Musterbrief Take-Home-Verordnung m. minderjährigem Kind				
Ärztekammer Bremen (ÄKHB)				
–	–	–	–	–
Auf einer Unterseite der Website wird auf den Bereich Suchtmedizin hingewiesen (Richtlinien der BÄK zur substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger,				
2017	2018	2019	2020	2021
Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KVH)				
–	–	–	–	–
Auf einer Unterseite der Website sind vielseitige und umfangreiche Informationen zur OST (zum Herunterladen) verfügbar (Voraussetzungen, Genehmigung zur OST, weiterführende Links, Abrechnung, Take-Home, Konsiliarverfahren, Informationen zu GOP**, OST mit Buprenorphin depot, Informationen zum EBM*, Coronasonderregeln u. W. (z. T. auch im Flyerformat) Es wird auf die Kampagne „100.000 Substituierte bis 2022“ mit Informationen und einem Video aufmerksam gemacht.				

Tabelle A13 (Fortsetzung): Zugängliche Informationen zur Opioidsubstitutionstherapie sowie der 3. BtMVVÄndV über die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie den Ärztekammern (im Zeitraum von 2017 bis 2021)

Landesärztekammer Hessen (LÄKH)				
2017	2018	2019	2020	2021
–	–	–	Artikel im Hessischen Ärzteblatt zur Opioidsubstitution in Haft (September 2020)	–
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVHH)				
–	–	–	Kurzinformation auf der Website zu geänderten Vorgabe zur Verwendung von BTM Rezepten unter Corona (April 2020) Kurzinformation auf der Website zur Verlängerung der Regelungen zur GOP** bei OST (Dezember 2020)	Kurzinformation auf der Website zur Verlängerung der Regelungen zur OST mit Depotpräparat (Juli 2021)
Ärztekammer Hamburg (ÄKHH)				
Kurzbericht im Tätigkeitsbericht der ÄKHH: Änderung der BtMVV	Artikel im Hamburger Ärzteblatt: Mehr Spielraum bei der OST (Änderung der BtMVV) (März 2018)	Kurzbericht im Tätigkeitsbericht der ÄKHH: Zu wenig substituierende Ärzt:innen	Kurzbericht im Tätigkeitsbericht der ÄKHH: Zu wenig substituierende Ärzt:innen und Kurzinfo zu BtMVV und Take-home-Verlängerung unter Corona Kurzbericht im Hamburger Ärzteblatt: Ärztlicher Nachwuchs für OST (März 2020)	Artikel im Hamburger Ärzteblatt zur Substitutionstherapie, Bewerbung der OST und 3. BtMVVÄndV (September 2021)
Auf einer Unterseite der Website ist ein Formular verfügbar (PSB-Formular) Auf einer Unterseite der Website wird der Arbeitskreis Suchtpolitik vorgestellt				

Tabelle A13 (Fortsetzung): Zugängliche Informationen zur Opioidsubstitutionstherapie sowie der 3. BtMVVÄndV über die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie den Ärztekammern (im Zeitraum von 2017 bis 2021)

2017	2018	2019	2020	2021
Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV)				
-	-	-	-	-
-	-	-	-	-
2017	2018	2019	2020	2021
Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN)				
Rundschreiben zur Änderung der BtMVV (August 2017) Kurzinformation zur Änderung der BtMVV im Rahmen eines Infoblatts (Dezember 2017) Kurzinformation im Niedersächsischen Ärzteblatt zur den Änderungen der BtMVV (November 2017)	-	-	-	-
Auf einer Unterseite der Website sind Anträge verfügbar (Substitutionsantrag, Konsiliarbehandlung) sowie Links zum BfARM und BÄK zu finden Informationen zur OST unter Corona (SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung) sind verfügbar				
-	-	-	-	-
Auf einer Unterseite der Website ist die Information über die Beratungskommission für substituierende Ärzt:innen verfügbar				
2017	2018	2019	2020	2021
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (KVNO)				
-	-	-	Kurzartikel zur MFA-Fortbildung „Suchtmedizinische Versorgung“ (Juni 2020)	Kurzinformation auf der Website zur Verlängerung der Substitutionsregelungen mit Buprenorphin Depot (August 2021)
Auf einer Unterseite der Website sind umfassende Informationen zur Opioidsubstitutionsbehandlung, weiterführende Links sowie verschiedene Dokumente zum Download verfügbar.				

Tabelle A13 (Fortsetzung): Zugängliche Informationen zur Opioidsubstitutionstherapie sowie der 3. BtMVVÄndV über die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie den Ärztekammern (im Zeitraum von 2017 bis 2021)

Ärztekammer Nordrhein (ÄKNO)				
-	Artikel im Rheinischen Ärzteblatt zur den Änderungen der BtMVV	-	-	Artikel im Rheinischen Ärzteblatt zur OST (Kampagne <i>Mut zur Substitution</i>) sowie den Änderungen der BtMVV Kurzbericht im ÄK Nordrhein Jahresbericht zur Kampagne <i>Mut zur Substitution</i> Artikel im Rheinischen Ärzteblatt zur Konsiliarregelung
Auf einer Unterseite der Website sind Informationen zur ärztlichen Beratungskommission zur OST ersichtlich. Kurzmeldung zur Kampagne „100.000 Substituierte bis 2022“ im Rheinischen Ärzteblatt				
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL)				
-	-	-	-	Kurzinfo im <i>KVWL-kompakt</i> (Bekanntmachungsorgan) zu der Änderung der GOP für Videosprechstunde im Rahmen der COVID-19-Pandemie sowie für den Einsatz von Buprenorphin Depot (<i>Oktober 2021</i>)
Auf einer Unterseite der Website stehen herunterladbare (Antrags-)Formulare und Informationen zur OST zur Verfügung. Im <i>KVWL-kompakt</i> (Bekanntmachungsorgan) wird auf eine App (Checkpoint-S) zur Unterstützung bei der OST hingewiesen.				
Ärztekammer Westfalen-Lippe (ÄKWL)***				
-	-	-	-	-
Auf einer Unterseite der Website sind Informationen zur Suchtmedizin inkl. Opioidsubstitutionsbehandlung, weiterführende Links sowie verschiedene Dokumente zum Download verfügbar.				
2017	2018	2019	2020	2021
Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (KVRLP)				
-	-	-	-	-
Auf einer Unterseite der Website sind Informationen zur Opioidsubstitutionsbehandlung, weiterführende Links sowie verschiedene Dokumente zum Download verfügbar. Auf einer Unterseite der Website wird im Rahmen eines Kurzberichts zur Kampagne „100.000 Substituierte bis 2022“ inkl. weiterführender Links hingewiesen.				

Tabelle A13 (Fortsetzung): Zugängliche Informationen zur Opioidsubstitutionstherapie sowie der 3. BtMVVÄndV über die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie den Ärztekammern (im Zeitraum von 2017 bis 2021)

Ärztekammer Rheinland-Pfalz (ÄKRLP)				
Bericht im Ärzteblatt RP zur neuen Substitutionsrichtlinie zur Behandlung von Opioidabhängigen (November 2017)	–	–	Bericht im Ärzteblatt RP zum Nachwuchsmangel in der OST (März 2020)	Bericht im Ärzteblatt RP zur steigenden Anzahl der OST-Patient:innen bei gleichzeitiger Abnahme der Substitutionsärzt:innen (Dezember 2021) Bericht im Ärzteblatt RP über eine substituierende Arztpraxis (Dezember 2021) Bericht im Ärzteblatt RP über die Substitutionsambulanz Mainz (Dezember 2021)
2017	2018	2019	2020	2021
Kassenärztliche Vereinigung Saarland (KVS)				
–	–	–	Information im <i>KVS aktuell</i> zur Aufnahme von Telefon- und Videogesprächen und Buprenorphin Depot in den EBM sowie zur SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung (Mai 2020) Information im <i>KVS aktuell</i> zur Verlängerung der Sonderregelungen in der GOP zur Videosprechstunde (Juni 2020) Information im <i>KVS aktuell</i> zur Suchtmedizinischen Grundversorgung sowie finanziellen Förderung des Kurses (August 2020)	Information im <i>KVS aktuell</i> zur Verlängerung der GOP für eine Verordnung von Buprenorphin Depot (Januar 2021) Information im <i>KVS aktuell</i> zur Suchtmedizinischen Grundversorgung sowie finanziellen Förderung des Kurses (September 2021)
Auf einer Unterseite der Website sind Informationen zur Opioidsubstitutionsbehandlung, weiterführende Links sowie verschiedene Dokumente zum Download verfügbar.				

Tabelle A13 (Fortsetzung): Zugängliche Informationen zur Opioidsubstitutionstherapie sowie der 3. BtMVVÄndV über die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie den Ärztekammern (im Zeitraum von 2017 bis 2021)

Ärztekammer des Saarlandes (ÄKS)				
-	Bericht im Saarländischen Ärzteblatt zu den neuen Richtlinie der BÄK zur substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger, die auf einer suchtmmedizinischen Tagung am 27.11.17 in Berlin diskutiert wurden Hinweis auf eine Fortbildungsveranstaltung zur OST und 3. BtMVVÄndV am 31.01.2018 in Saarbrücken	-	-	-
2017	2018	2019	2020	2021
Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA)				
Publikation in der <i>PRO</i> (Mitteilungsblatt) zu den Neuregelung betäubungsmittelrechtlicher Substitutionsvorschriften Ausführliches Informationsblatt zur 3. BtMVVÄndV (<i>Oktober 2017</i>) Artikel im <i>PRO</i> (Mitteilungsblatt) zu der 3. BtMVVÄndV	-	Informationsblatt zur Änderung des EBM mit Wirkung zum 1. Juli 2019	Auf einer Unterseite der Website finden sich BtMVV-bezogene Sonderregelungen im Zusammenhang mit der Coronapandemie	Auf einer Unterseite der Website finden sich BtMVV-bezogene Informationen zur Verlängerung der Sonderregelungen im Zusammenhang mit der Coronapandemie
Auf einer Unterseite der Website sind umfangreiche Informationen zur Opioidsubstitutionsbehandlung, weiterführende Links sowie verschiedene Dokumente zum Download verfügbar. Umfangreiche Broschüre zur OST zum Download verfügbar				

Tabelle A13 (Fortsetzung): Zugängliche Informationen zur Opioidsubstitutionstherapie sowie der 3. BtMVVÄndV über die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie den Ärztekammern (im Zeitraum von 2017 bis 2021)

Ärztekammer Sachsen-Anhalt (ÄKSA)				
Artikel im Ärzteblatt SA zur 3. BtMVVÄndV (November 2017)	–	–	–	–
2017	2018	2019	2020	2021
Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (KVS)				
Kurzbericht in den KVS-Mitteilungen zu neuen Abrechnungsmöglichkeiten der OST	–	Aufruf in den KVS-Mitteilungen zur Aufnahme einer OST Bericht in den KVS-Mitteilungen zur 3. BtMVVÄndV und die Überführung in die Richtlinienkompetenz der BÄK	Bericht in den KVS-Mitteilungen zum <i>Bündnis gegen Sucht</i> (Titelthema) und Aufruf zur Aufnahme einer OST Bericht in den KVS-Mitteilungen zur Situation der OST in Sachsen Kurzinformativ in den KVS-Mitteilungen zur Verlängerung der Regelungen zur OST mit Buprenorphin Depot (EBM) sowie Aufruf zur Aufnahme einer OST	Kurzbericht in den KVS-Mitteilungen zur Verlängerung der Regelungen zur OST mit Buprenorphin Depot (EBM) Aufruf in den KVS-Mitteilungen zur Aufnahme einer OST Interview in den KVS-Mitteilungen mit einer substituierenden Ärztin
Auf einer Unterseite der Website sind umfangreiche Informationen zur Opioidsubstitutionsbehandlung, weiterführende Links sowie verschiedene Dokumente zum Download verfügbar. Auf dringenden Handlungsbedarf in Dresden und Umgebung wird hingewiesen.				
Sächsische Landesärztekammer (SLÄK)***				
Kurzbericht im Ärzteblatt Sachsen zur 3. BtMVVÄndV (Oktober 2017)	Veranstaltung zur Novelle der BtMVV und OST am 12.04., 17.04., 19.04.2018 in Dresden	–	Veranstaltung zur Novelle der BtMVV und OST am geplant am 17.04. in Leipzig und 19.04.20 in Chemnitz	–

Tabelle A13 (Fortsetzung): Zugängliche Informationen zur Opioidsubstitutionstherapie sowie der 3. BtMVVÄndV über die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie den Ärztekammern (im Zeitraum von 2017 bis 2021)

2017	2018	2019	2020	2021
Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH)				
Kurzbericht im Newsletter der KVSH zu neuen Regelungen im EBM* betreffend OST (September 2017)	Kurzbericht im Qualitätsbericht der KVSH zur 3. BtMVVÄndV Kurzinfo im Mitteilungsblatt der KVSH zur Übernahme der Kosten für Weiterbildungskurs Suchtmedizinische Grundversorgung durch die KVSH	Kurzinfo im Qualitätsbericht der KVSH zur 3. BtMVVÄndV	Kurzinfo im Newsletter der KVSH zur neuen GOP** bei Gesprächen via Telefon und Videokonferenz sowie Behandlung mit Buprenorphin Depot Kurzinfo im Qualitätsbericht der KVSH zur Lage der OST in Schleswig-Holstein Kurzinfo im Mitteilungsblatt der KVSH zu Erleichterungen bei der OST aufgrund der COVID-19-Pandemie	Kurzinfo im Newsletter der KVSH zur Verlängerung der GOP** bei Gesprächen via Telefon und Videokonferenz
Auf einer Unterseite der Website sind Informationen zur Opioidsubstitutionsbehandlung, weiterführende Links sowie verschiedene Dokumente zum Download verfügbar.				
Ärztekammer Schleswig-Holstein (ÄKSH)***				
-	-	-	-	-

Tabelle A13 (Fortsetzung): Zugängliche Informationen zur Opioidsubstitutionstherapie sowie der 3. BtMVVÄndV über die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie den Ärztekammern (im Zeitraum von 2017 bis 2021)

2017	2018	2019	2020	2021
Kassenärztliche Vereinigung Thüringen (KVT)				
Rundschreiben über neue GOP** im EBM* bei OST	–	–	–	–
Auf einer Unterseite der Website sind Informationen zur Opioidsubstitutionsbehandlung, weiterführende Links sowie verschiedene Dokumente zum Download verfügbar.				
Landesärztekammer Thüringen (LÄKT)				
Veranstaltung 14. Suchtmedizinischer Fortbildungstag am 23.09.2017			Veranstaltung 17. Suchtmedizinischer Fortbildungstag am 07.10.2020	Artikel im Ärzteblatt Thüringen zur Installation eines Suchtausschusses der LÄK (September 2021) Artikel im Ärzteblatt Thüringen zur Versorgungssituation von Opioidsubstituierten in Thüringen (September 2021) Artikel im Ärzteblatt Thüringen zum ersten runden Tisch zum Thema Substitution durch die Thüringer Landesstelle für Suchtfragen e. V. (September 2021)
Praxisleitfaden Suchtmedizin zum Herunterladen verfügbar				

*Einheitlicher Bewertungsmaßstab

**Gebührenordnungsposition

***Recherche im jeweiligen Landesärzteblatt aufgrund fehlender Suchfunktion in einzelnen Heften erschwert

– Keine Informationen ersichtlich

Tabelle A14: In (wissenschaftlichen) Fachzeitschriften publizierte Berichte zur 3. BtMVVÄndV (im Zeitraum von 2016 bis 2022)

PubMed, Google Scholar, Deutsches Ärzteblatt			
Publikationsjahr	Autor:innen	Titel des Artikels	Zeitschrift/Link
2017	Batra, A Meyer-Thompson, H-G	Kommentare zur Änderung der Betäubungsmittel-Versicherungsverordnung. Die Dritte Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung – Was hat sich geändert?	SUCHT 63 (4), 227-235
2017	Kunstmann, W	Die neue Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung aus Sicht der Bundesärztekammer	SUCHT 63 (4), 227-235
2017	Havemann-Reinecke, U Wodarz, N Batra, A	Kommentar zur aktuellen BtMVV und den BÄK-Richtlinien zur Opioid-Substitutionsbehandlung: Gibt es noch offene Fragen und Wünsche?	SUCHT 63 (4), 227-235
2017	Backmund, M Meyer-Thompson; H-G für die Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin	Substitutionsrecht 2017: Nicht mehr „mit einem Bein im Gefängnis“	SUCHT 63 (4), 227-235
2017	Matschinski, F	Ein erster Schritt doch weitere müssen folgen	SUCHT 63 (4), 227-235
2017	Brack, J	Aktuelles zur BtmVV Änderung	Suchttherapie 18:106
2017	Meyer-Thompson, H-G Behrendt, K Backmund, M	„Nicht mehr mit einem Bein im Gefängnis“ Das neue Substitutionsrecht 2017	Suchttherapie, 18
2017	Oberhofer, E	Betäubungsmittel-Verordnung. Mehr Rechtssicherheit bei der Substitution	CME, 9
2017	Bundesärztekammer	Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger vom Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 27./28. April 2017 verabschiedet	Dtsch Arztebl 2017; 114(40): A-1829 / B-1553 / C-1519
2017	Kahl, K	Opiatabhängigkeit: Substitutionsbehandlung wird besser vergütet	Dtsch Arztebl 2017; 114(29-30): A-1440 / B-1212 / C-1186

Tabelle A14 (Fortsetzung): In (wissenschaftlichen) Fachzeitschriften publizierte Berichte zur 3. BtMVVÄndV (im Zeitraum von 2016 bis 2022)

2017	Kassenärztliche Bundesvereinigung	Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 397. Sitzung am 21. Juni 2017 zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)	Dtsch Arztebl 2017; 114(29-30): A-1441 / B-1213 / C-1187
2017	Bühning, P	Substitution opioidabhängiger Patienten. Politik stärkt Ärzten den Rücken	Dtsch Arztebl 2017; 114(12): A-568 / B-490 / C-480
2017	Bühning, P	Substitution opioidabhängiger Patienten: Aufwertung ärztlicher Kompetenz	Dtsch Arztebl 2017; 114(40): A-1794 / B-1527 / C-1497
2017		Substitutionstherapie: Änderungen in Kraft getreten	Dtsch Arztebl 2017; 114(43): A-1954
2017		Substitutionstherapie: Änderungen in Kraft getreten	https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/83004/Substitutionstherapie-Aenderungen-in-Kraft-getreten
2017		Politik stärkt die ärztliche Substitutionstherapie	https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/73622/Politik-staerkt-die-aerztliche-Substitutionstherapie
2018	Emrich, O	Neue Substitutionsrichtlinie Meilenstein in der Versorgung Suchtkranker	Schmerzmedizin; 34 (1)
2018	Hecken,	Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL): Anlage I Nummer 2 Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger. Vom 6. September 2018	Dtsch Arztebl; 115 (50): 2379- 82
2018	Bühning, P	Substitutionsrichtlinie: Änderungen der Therapie Opiatabhängiger umgesetzt	Dtsch Arztebl 2018; 115(38): A-1624 / B-1372 / C-1360
2018		Regeln für Substitutionstherapie von Opiatabhängigen angepasst	https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/97695/Regeln-fuer-Substitutionstherapie-von-Opiatabhaengigen-angepasst
2019	Meyer-Thompson, H-G	Nach der Reform des Substitutionsrechts: Kann die Versorgung vor Ort gesichert werden?	Suchttherapie; 20
2019	Kunstmann, W Specka, M Wodarz, N Scherbaum, N	Substitutions-Richtlinie der Bundesärztekammer. Basis für eine bessere Versorgung	Dtsch Arztebl 2019; 116(18): A-880 / B-727 / C-715

Tabelle A14 (Fortsetzung): In (wissenschaftlichen) Fachzeitschriften publizierte Berichte zur 3. BtMVVÄndV (im Zeitraum von 2016 bis 2022)

2019		Ärzte sollen sich vermehrt in Substitutionstherapie einbringen	https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/101542/Aerzte-sollen-sich-vermehrt-in-Substitutionstherapie-einbringen
2020	Bühning, P	Opioidabhängigkeit: BÄK informiert über Substitutionstherapie	Dtsch Arztebl 2020; 117(19): A-978 / B-826
2020		BÄK informiert über Substitutionstherapie opioidabhängiger Menschen	https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/112400/BAeK-informiert-ueber-Substitutionstherapie-opioidabhaengiger-Menschen
2020	Kunstmann, W Specka, M Wodarz, N Scherbaum, N	Zusammenfassende Darstellung der wissenschaftlichen Grundlagen der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger	Gesundheitswesen; 82: 915-919
2020	Pogarell, O von Essen, H Wodarz, N	SARS-CoV-2 Pandemie und Suchterkrankungen: Schwerpunkt Opioidabhängigkeit und Substitution	SUCHT, 66 (5), 271-277
2020		Immer noch sterben viele Menschen an den Folgen opioidhaltiger Drogen	https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/119211/Immer-noch-sterben-viele-Menschen-an-den-Folgen-opioidhaltiger-Drogen
2021	Schäffer, D Köthner, U	Substitutionsbehandlung – der drohenden Versorgungskrise mit strukturellen Änderungen begegnen	8. Alternativer Drogen- und Suchtbericht
2021	Kunstmann, W Bohr, U Scherbaum, N Wodarz, N	Opioidabhängige Menschen. Wege zurück ins Leben	Dtsch Arztebl 2021; 118(24): A-1211 / B-997
2021	Bühning, P	Interview mit Daniela Ludwig, Bundesdrogenbeauftragte, und Dr. med. (I) Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer: „Die ärztliche Tätigkeit fällt auf fruchtbaren Boden“	Dtsch Arztebl 2021; 118(24): A-1213 / B-1000

Tabelle A15: Begleitende Kongressaktivitäten der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS) zur 3. BtMVVÄndV

Veranstaltung	Referent:innen	Vortragsthema	Link zum Programm
25. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin 05.11.2016	Brack, J Kunstmann, W Meyer-Thompson, H-G Wodarz, N	Aktuelles zum Thema BtMVV	https://uploads-ssl.webflow.com/5cb4802629b25d04a5fd5f0/5cd85ba2cbc64f5a69e8c5bb_DGS_Programm-2016.pdf
26. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin 05.11.2017	Brack, J	BtMVV und Richtlinien der BÄK	https://uploads-ssl.webflow.com/5cb4802629b25d04a5fd5f0/5cd85b652580856f41b47c0d_DGS_Programm-2017.pdf
28. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin 02.11.2019	Kuhn, S Lehmann, K Verthein, U Meyer-Thompson, H-G Stöver, H	<i>Symposiumstitel: BtMVV Änderungsverordnung – wo stehen wir?</i> Evaluation der 3. BtMVVÄndV – Projektvorstellung und erste Erfahrungen Die Krise der Opioidsubstitution in Deutschland Die Bedeutung der Psycho-Sozialen Betreuung nach den Änderungen in der BtMVV – Neuorientierung nötig?	https://uploads-ssl.webflow.com/5cb4802629b25d04a5fd5f0/5db343518d458acfaafd26f86_DGS_Programm%202019%2025.10.2019%20(1)%20copy.pdf
29. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin 06.11.2020	Kuhn, S Lehmann, K Verthein, U Kunstmann, W Hezler-Rusch, P	<i>Symposiumstitel: Opioidsubstitution 2020: Wege aus der Versorgungskrise</i> Evaluation der 3. BtMVVÄndV – Auswirkungen und weitere Bedarfe aus Sicht der Ärzteschaft Sicherstellung der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger – Ein Beitrag der Bundesärztekammer Pakt für Substitution in Baden-Württemberg – Eine Absichtserklärung oder mehr?	https://uploads-ssl.webflow.com/5cb4802629b25d04a5fd5f0/6001a6788cb1d940dce142ca_2020.pdf
30. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin 05.11.2021	Isernhagen, K Backmund, M	<i>Symposiumstitel: Änderungen der BTMVV unter Corona</i> Wie kann Substitution in die hausärztliche Versorgung integriert werden? Erfahrungen aus der Praxis Betäubungsmittelgesetz, Betäubungsmittelveränderungsverordnung: Soll diese Farce weitergehen?	https://uploads-ssl.webflow.com/5cb4802629b25d04a5fd5f0/6183dca7d1de7c0ccb27045a_Programm%202021%20-%20Stand%2003.11.21.pdf

Tabelle A16: Veröffentlichungen und Berichte über die Website der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) zur 3. BtMVVÄndV sowie Vorhandensein von allgemeinen Informationen zur Opioidsubstitutionstherapie in den Jahren 2017 bis 2021

Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA)	
Vorhandensein von allgemeinen Informationen zur 3. BtMVVÄndV	Vorhandensein von allgemeinen Informationen zur OST
<p>Herunterladbares PDF der Bundesapothekerkammer: Was ändert sich für die Apotheken bei der Opioidsubstitution? – Konsequenzen der Dritten Verordnung zur Änderung der BtMVV vom 22. Mai 2017 (April 2018)</p> <p>Kurzartikel auf der Website: Änderungen der BtMVV zur "Opioidsubstitution" (ohne Jahresangabe)</p>	<p>Herunterladbare Dokumente: Mustervereinbarung zur Überlassung von Substitutionsmitteln zum unmittelbaren Verbrauch (Sichtbezug) im Rahmen der Opioidsubstitution in der Apotheke (März 2018), Herstellung und Abgabe der Betäubungsmittel zur Opioidsubstitution (Mai 2022), Patientenbezogene Dokumentation im Rahmen der Opioidsubstitution (Mai 2022), Kommentar zur Leitlinie der Bundesapothekerkammer zur Qualitätssicherung: Herstellung und Abgabe der Betäubungsmittel zur Opioidsubstitution (Mai 2022). Kurzartikel im online Newsroom der ABDA: Überarbeitung der Leitlinie zur Opioidsubstitution (Mai 2022)</p>

Tabelle A17: Stellungnahmen, Veröffentlichungen, Veranstaltungen und Meldungen zur 3. BtMVVÄndV sowie zur Opioidsubstitutionsbehandlung distribuiert oder selbst veröffentlicht durch die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)

(Veröffentlichungs-)Datum	Autor:innen/Referent:innen	Titel	
26.10.2021	Wittmann, N Walcher, S	60. DHS Fachkonferenz SUCHT der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS). Vortrag im Forum 202: Substitution: Chancen entdecken – Potenziale nutzen	https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Veranstaltungen/2021-11-03_FK-Programm_Stand_27.10.2021.pdf
09.10.2018	Maric-Horstmeyer, K	Gemeinsamen Fachkongress DHS und fdr+. Vortrag zur den neuen betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften zur Substitution Opioidabhängiger in der BtMVV	https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Veranstaltungen/Programm_Fachkongress_2018.pdf
09.10.2018	Meyer-Thompson, H-G	Gemeinsamen Fachkongress DHS und fdr+. Vortrag zum neuen Substitutionsrecht – was hat es in der Praxis bewirkt und wie kann die medikamentengestützte Behandlung Opioidabhängiger in den kommenden Jahren gesichert werden?	https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Veranstaltungen/Programm_Fachkongress_2018.pdf
23.03.2020	Ludwig, D	Schreiben der Drogenbeauftragten der Bundesregierung an alle substituierenden Ärzt:innen	https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/news/Ludwig_-_Brief_an_substituierende_rzteschaft_-_23032020.pdf
16.03.2020	Jeschke, P Meyer-Thompson, H-G	Informationsblatt aus der Konferenz der Vorsitzenden von Qualitätssicherungskommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland zu Informationen zur Opioid-Substitution und Sars-CoV-2/Covid-19. Hinweise für substituierende Ärzte	https://www.kvno.de/fileadmin/shared/pdf/online/genehmigungen/substitution/substitution_corona.pdf
Mai 2017	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen	Kurzbericht im Newsletter der DHS: Befragung von Einrichtungen der Psychosozialen Betreuung Substituierter durch den Dachverband Substituierender Ärzte Deutschlands e. V.	https://www.dhs.de/service/newsletter/newsletter-5-2017

Tabelle A17 (Fortsetzung): Stellungnahmen, Veröffentlichungen, Veranstaltungen und Meldungen zur 3. BtMVVÄndV sowie zur Opioidsubstitutionsbehandlung distribuiert oder selbst veröffentlicht durch die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)

26.03.2020	Neugebauer, F	Positionspapier des Fachverband Drogen- und Suchthilfe e. V.: Rückmeldungen aus dem Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. (fdr+) zur aktuellen Situation der Substitutionsbehandlung und den Bedarfen hinsichtlich der Flexibilisierung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BTMVV), aufgrund der Auswirkungen der Corona-Pandemie	https://www.fdr-online.info/wp-content/uploads/2020/03/200326-SN-Substitution.pdf
23.03.2020	Isernhagen, K	Schreiben der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin an die Kassenärztliche Bundesvereinigung zur Opioidsubstitutionstherapie in der Corona Krise	https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/news/DG_Suchtmedizin_-_Kassen%C3%A4rztliche_Bundesvereinigung_Kd%C3%B6R_1-1.pdf
21.03.2020	Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin	Informationsschreiben: Sars-CoV-2/Covid-19 Pandemie und Substitutionstherapie. Hinweise für substituierende Ärzte und Ärztinnen	https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/news/Sars_DGS-1.pdf
Laufend	Meyer-Thompson, H-G	Regelmäßig erscheinender E-Mailnewsletter „Forum Substitutionspraxis“ (auch im Internet abrufbar) mit Veröffentlichungen von Informationen zur OST, 3. BtMVVÄndV sowie OST während der Coronapandemie	https://www.forum-substitutionspraxis.de/
17.07.2020	Neugebauer, F	Positionspapier des Fachverband Drogen- und Suchthilfe e. V.: Neue Impulse jetzt nutzen! – Welche notwendigen Konsequenzen wir aus den Erfahrungen mit der Corona-Pandemie für eine wirkungsvolle Suchtprävention, Suchthilfe und Suchtselbsthilfe ziehen müssen	https://www.fdr-online.info/wp-content/uploads/2020/07/200715-fdrPositionierung_Corona.pdf
25.03.2020	Ludwig, D	Schreiben der Drogenbeauftragten an die KV zur Sicherung der Substitution während der Coronapandemie	https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/news/Schreiben_Ludwig_-_KVen_Sicherung_Substitution_Coronakrise-1.pdf

Tabelle A17 (Fortsetzung): Stellungnahmen, Veröffentlichungen, Veranstaltungen und Meldungen zur 3. BtMVVÄndV sowie zur Opioidsubstitutionsbehandlung distribuiert oder selbst veröffentlicht durch die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)

24.03.2020	Der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen	Onlineartikel: 1.398 Menschen an illegalen Drogen gestorben. Drogenbeauftragte Daniela Ludwig: „Diese Zahlen können wir nicht hinnehmen! Wir brauchen flächendeckende Substitutions- und Hilfsangebote – auch in der Coronakrise“	https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/presse/detail/1398-menschen-an-illegalen-drogen-gestorben/
10.06.2021	Attinger, H Neugebauer, F Schäffer, D Schulte-Derne, F Stöver, H Wittmann, N	Positionspapier zu den Potentialen und den Herausforderungen Psychosozialer Beratung und Betreuung (PSB) begleitend zur Substitutionsbehandlung	https://www.fdr-online.info/wp-content/uploads/2021/07/210706-PSB-Potentiale-und-Herausforderungen_Grafik.pdf

Tabelle A18: Veröffentlichungen und Veranstaltungen zur 3. BtMVVÄndV sowie zur Opioidsubstitutionsbehandlung von akzept – Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik

(Veröffentlichungs-)Datum	Autor:innen/Referent:innen	Titel	
06.12.2020	Köthner, U Tügel, C Vorberg F Nagel, C Schäffer, D Schieren, C Schulte-Derne, F Groth, A Ostermann, O Fahrmbacher-Lutz,C	6. Nationale Substitutionskonferenz (NaSuKo) Diverse Beiträge zur aktuellen und zukünftigen Lage der OST in Deutschland	https://docplayer.org/208135314-6-nationale-substitutionskonferenz-nasuko-am-berlin-substituierte-bis-dokumentation-der-online-fachtagung-am.html
27.09.2019	Nowak, M Von Blanc, A Meyer-Thompson, H-G Mohnert, A Groth, A Stöver, H Kuhlmann, T Peschel, T Ostermann, O Schäffer, D Kuhn, S Woike, F Scherbaum, N Wiese, M Becker, G	6. Nationale Substitutionskonferenz (NaSuKo) Diverse Beiträge zur aktuellen und zukünftigen Lage der OST in Deutschland	https://www.akzept.eu/wp-content/uploads/2019/09/programm_1109_19.pdf
11.-12.10.2018	Ullmann, R	12. Internationale akzept Kongress: Substitution: BtMVV, BÄK-RL, RL-MVV Regelungen einst und jetzt	https://www.akzept.eu/akzept-konferenzen-und-fachtage/ https://www.akzept.org/up1118/Ullmann-Substitution.pdf
2017	Ullmann, R	Beitrag im 4. Alternativen Drogen- und Suchtbericht: Nach der BtMVV-Novellierung ist vor der BtMVV-Novellierung. Entwicklung der Substitutionsbehandlung	

Tabelle A18 (Fortsetzung): Veröffentlichungen und Veranstaltungen zur 3. BtMVVÄndV sowie zur Opioidsubstitutionsbehandlung von akzept – Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik

2019	Schäffer, D Stöver H	Beitrag im 6. Alternativen Drogen- und Suchtbericht: Der Stellenwert der Psychosozialen Begleitung in der Substitutionsbehandlung	
2020	Schäffer, D Schieren, C Stöver, H	Beitrag im 7. Alternativen Drogen- und Suchtbericht: #100000Substituierte bis 2022 - Corona als Chance sehen	
2020	Schieren, C	Beitrag im 7. Alternativen Drogen- und Suchtbericht: Die Novellierung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung - ein Muster ohne Wert?	
2021	Schäffer, D Köthner, U	Beitrag im 8. Alternativen Drogen- und Suchtbericht: Substitutionsbehandlung - der drohenden Versorgungskrise mit strukturellen Änderungen begegnen	
2020	Deutsche Aidshilfe Akzept JES	Start der Kampagne „100.000 Substituierte bis 2022“	https://www.aidshilfe.de/meldung/100000-substituierte-bis-2022