

Aktuelles zum Thema Substitution

DEZEMBER 2015

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Inhalt

3 Vorwort

ARZNEIMITTEL

4 _ Information zur Verordnung von Substitol®

6 _ Warnung vor der Verschreibung von Promethazin-
(Atosil®)-Lösung an drogenabhängige Patienten

RECHTSLAGE

7 _ Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung

7 _ BGH-Beschluss zur Abgabe von Betäubungsmitteln

THEMEN

8 _ Patienten mit Unterstützungsbedarf im Wohnumfeld

10 _ Sichtvergabe von Substitutionsmitteln in Apotheken

10 _ „Patienten mussten mit dem Lasso eingefangen werden“

ERFAHRUNGSAUSTAUSCH

12 _ Südbaden

12 _ Nordbaden

13 _ Südwürttemberg

14 _ Nordwürttemberg

TERMINE

16 _ Kongresse und Veranstaltungen

16 _ Erfahrungsaustausche

16 _ Kurs zum Erwerb der Zusatzweiterbildung Suchtmedizin

17 Impressum

Ansprechpartner an den Standorten

Freiburg	Andrea Müller	0761 884-4162
Karlsruhe	Pia Biedermann	0721 5961-1167
Reutlingen	Silvia Schleeh	07121 917-2386
Stuttgart	Stephanie Weisenstein	0711 7875-3336

Vorwort

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Sie erhalten die vierte Ausgabe unseres Mitteilungsblattes. Zwischenzeitlich hat in jeder Bezirksdirektion ein Erfahrungsaustausch für substituierende Ärztinnen und Ärzte und medizinische Fachangestellte mit großem Erfolg stattgefunden. Die kurzen Zusammenfassungen der Vorsitzenden der regionalen Kommissionen hierüber können Sie auf den folgenden Seiten lesen. Wie bereits angekündigt, wird auf Grund des großen Interesses jährlich in jeder Bezirksdirektion ein Erfahrungsaustausch stattfinden. Die meisten Termine für das nächste Jahr stehen fest; Sie finden sie auf den letzten Seiten dieses Mitteilungsblattes.

Der Beschluss des Vorstandes, die Kursgebühr für den Erwerb der Zusatzbezeichnung Suchtmedizin im Rahmen von Einzelfallentscheidungen zu übernehmen, wenn Vertragsärzte sich bereit erklären, mindestens zwei Jahre Substitutionen in der eigenen Praxis durchzuführen, gilt weiterhin. Wir hoffen, hierdurch insbesondere junge Ärzte und im Rahmen des Konsiliarverfahrens substituierende Ärzte zur Behandlung von Suchterkrankungen zu motivieren. Gerne können Sie diese Information an interessierte Kolleginnen und Kollegen weitergeben.

Wir laden Sie ein, sich dieses Forums zu bedienen: Teilen Sie uns bitte mit, wenn Sie zu bestimmten Themen näher informiert werden möchten. Gerne können Sie über Aktivitäten Ihres Qualitätszirkels berichten. Schicken Sie uns die Informationen zu

Wie immer ist dieses Mitteilungsblatt auch auf unserer Homepage hinterlegt unter: www.kvbawue.de » Praxisalltag » Qualitätssicherung » Genehmigungspflicht » Genehmigungspflichtige Leistungen » Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger.

Und nun wünsche ich Ihnen eine bereichernde Lektüre!

Ihr



Dr. Johannes Fechner
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender

Arzneimittel

Information zur Verordnung von Substitol®

(Quelle: Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittelvereinbarung; eine Information nach § 73 Abs. 8 SGB V)

Mit Substitol® steht ein zusätzliches Substitutionsmittel zur Verfügung, das auf Grund seiner anderen Eigenschaften bei Unverträglichkeit der weiteren Substitutionsmittel verwendet werden kann.

Laut aktueller Fachinformation ist das retardierte Morphinsulfat-haltige Präparat Substitol® zugelassen zur oralen Substitutionsbehandlung (Erhaltungstherapie) von Erwachsenen mit Opioidabhängigkeit im Rahmen medizinischer und umfassender psychosozialer Maßnahmen.

Hinweise zur sicheren Verordnung und Einnahme von Substitol®

Die gesamte Tagesdosis soll einmal täglich mit ausreichend Flüssigkeit möglichst zur gleichen Tageszeit im Ganzen unzerkaut eingenommen werden. Ein Zerkauen oder Zerkleinern muss zwingend unterbleiben, da diese missbräuchliche Anwendung zu einer sofortigen Freisetzung der gesamten Menge von Morphin führt und eine letale Überdosierung zur Folge haben kann. Um dies zu vermeiden, können die in der Kapsel enthaltenen Retard-Pellets trocken geschluckt und mit Wasser nachgespült werden. Der Patient muss darüber aufgeklärt werden, dass die orale Einnahme die einzig wirksame und sichere Art der Anwendung darstellt. Aus den Angaben der Fachinformation ist ersichtlich, dass mehrere Möglichkeiten der missbräuchlichen Anwendung bestehen. Darauf ist bei Take-Home-Verordnungen, vor allem bei Patienten, in deren Familie Kinder leben oder zu Gast sind, in besonderem Maße zu achten.

Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin e.V. (DGS) betrachtet die Anwendung aufgrund des Missbrauchspotentials ebenfalls kritisch und empfiehlt bei Verordnung von Substitol® auf Zeichen von Missbrauch zu achten und entsprechend Sorgfalt beim Ausstellen von Take-Home-Verordnungen walten zu lassen. Zudem sei die Fachinformation zu beachten und den Vorschriften der BtMVV Folge zu leisten. Als Begründung wird ausgeführt, dass Substitol® „auf dem Schwarzmarkt eine begehrte Ware sein

[wird], da es injizierbar ist und von der Wirkung her dem Heroin am nächsten kommt.“

Der in Substitol® enthaltene Hilfsstoff Talkum ist bei missbräuchlicher Verwendung (i.v.-Injektion) problematisch, da dieser zu schweren Gesundheitsschäden führen kann. Dies sind unter anderem irreversible physiologische Schäden vor allem der Lunge (Lungentalkose), aber auch anderer Organe, zum Beispiel durch Fremdkörper-Granulome.

Hinweise zur Therapiekontrolle (Einnahme Substitol; Kontrolle Beigebrauch)

Gemäß den Richtlinien zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger sowie der Bundesärztekammer sind Therapiekontrollen im Sinne der Patientensicherheit notwendig. Der Nachweis eines Beikonsums von Heroin und anderen Opiaten ist mit der üblichen Methodik (Urin-Schnelltests etc.) nicht möglich, da das Heroin (Diacetylmorphin) zu 6-Monoacetyl-Morphin (6-MAM) und Morphin abgebaut wird. 6-MAM ist zwar im Urin nachweisbar, hat jedoch nur eine Halbwertszeit von circa 20 Minuten. Das heißt, die Dauer der Nachweisbarkeit nach Einnahme im Urin ist kurz und liegt im Bereich von wenigen Stunden. Dies gilt analog für Speichel und Blut. Die alternative Prüfung auf 6-Acetyl-Codein liefert allenfalls Hinweise auf Heroin, stellt jedoch keine verlässliche Methode dar, da es sich hierbei nicht um einen Metaboliten, sondern um eine Verunreinigung handelt. Zudem ist auch hier die Nachweisbarkeit sehr kurz.

Hinweise zur wirtschaftlichen Verordnung

In den Richtlinien zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger wird darauf hingewiesen, dass in der vertragsärztlichen Versorgung der Arzt zur Wahrung des Wirtschaftlichkeitsgebotes gemäß den Arzneimittel-Richtlinien grundsätzlich das kostengünstigste Substitutionsmittel in der preisgünstigsten Darreichungsform zu verwenden hat (abgesehen von begründeten Ausnahmen). Die Therapiekosten der jeweiligen verfügbaren Substitutionsmittel (Take home-Vergabe) können Sie der folgenden Preisübersicht entnehmen.

Beispielhafte Preise (incl. MwSt.) verschiedener Substitutionsmittel; dosisäquivalent (Stand 04/2015)

Mittlere Dosis				
Substitut	DL-Methadon	L-Polamidon®	Buprenorphin generisch	Substitol®
	Lösungen*	Lösungen*	Tabletten*	Retard-Kapseln**
	90mg = 9ml Methadon 1%	45mg = 9ml L-Polamidon 0,5%	12mg	Morphinsulfat 600mg***
Kosten/Tag	2,74€	4,70€	7,08€	10,79€
Kosten / Quartal	246,60€	423,00€	637,20€	971,10€

Hohe Dosis				
Substitut	DL-Methadon	L-Polamidon®	Buprenorphin generisch	Substitol®
	Lösungen*	Lösungen*	Tabletten*	Retard-Kapseln**
	180mg = 18ml Methadon 1%	90mg = 18ml L-Polamidon 0,5%	24mg	Morphinsulfat 1.200mg***
Kosten/Tag	3,46€	6,59€	13,96€	21,59€
Kosten / Quartal	311,40€	593,10€	1.256,40€	1.943,10€

* gem. Anlage 4-7 Hilfstaxe für Apotheken

** anteilige Berechnung aus dem Verkaufspreis der kleinsten Packung

*** Äquivalenzdosis, Dosisverhältnis beträgt üblicherweise 1:6 bis 1:8 (Methadonhydrochlorid: Morphinsulfat). Dosisverhältnis von 1:8 sollte wegen möglicher Nebenwirkungen nicht überschritten werden. Anfangsdosis liegt bei ca. 200 mg, Erhaltungsdosis meist zwischen 500-800 mg Substitol, wobei erhebliche Abweichungen nach oben oder unten möglich sind. (Quelle: Fachinformation)

Mögliche Begründungen für den Einsatz von retardiertem Morphin in der Substitutionstherapie könnten aus Sicht der DGS sein (Übersicht beansprucht weder Vollständigkeit noch Allgemeingültigkeit):

- QT-Zeit Verlängerung,
- Unverträglichkeit oder Nebenwirkungen der Standardtherapie wie
 - Depressivität,
 - Hyperhidrosis,
 - sexuelle Dysfunktion,
 - unzureichende Wirksamkeit der Standardtherapie mit anhaltendem craving.

Literatur

- [1] www.g-ba.de/downloads/62-492-985/MVV-RL_2014-12-18_iK-2015-03-06.pdfwww.dgsuchtmedizin.de/newsletter/fruehere-ausgaben/dgs-info-extra-zur-einfuehrung-von-oralem-retardierten-morphin-in-der-substitutionsbehandlung/
- [2] www.fachinfo.de/pdf/020580#view=FitH&pagemode=none&toolbar=1&statusbar=0&messages=0&navpanes=0 (Substitol®)
- [3] www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24304412,

Fazit

Aus Sicht der KVBW ist eine Verordnung wegen erschwerter Therapiekontrolle und gleichzeitig bekanntem hohem Missbrauchs- und Gefährdungspotentials (u.a. Kindeswohl) äußerst kritisch zu sehen. Insbesondere die Abschätzung/Beurteilung einer möglicherweise lebensbedrohlichen Gefährdung infolge kritischen Gebrauchs von Heroin und anderen Opiaten ist nach unserer Auffassung nicht mehr möglich. Es wird empfohlen, sich vor Therapiebeginn hinsichtlich der patientenindividuellen Eignung beraten zu lassen. In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass Substitol in Österreich und in der Schweiz nur bei Unverträglichkeit anderer Substitutionsmedikamente eingesetzt wird.

Warnung vor der Verschreibung von Promethazin-(Atosil®)-Lösung an drogenabhängige Patienten

Autor: Dr. med. Rüdiger Gellert, Vorsitzender der regionalen QS-Kommission Freiburg

Benzodiazepine, Pregabalin (Lyrica®), Methylphenidat (Medikinet®, Ritalin®) und Promethazin-Lösungen sind die Medikamente, die von drogenabhängigen Patienten derzeit am häufigsten missbräuchlich und meist intravenös konsumiert werden. Häufig findet eine Verschreibung durch mehrere Ärzte statt oder der Bezug erfolgt über den Schwarzmarkt.

Promethazin ist vorwiegend ein H1-antihistaminisch wirkendes, stark sedierendes Medikament mit nur geringen antipsychotischen Eigenschaften. Es kann bei Unruhe und Erregungszuständen im Rahmen psychiatrischer Grunderkrankungen eingesetzt werden oder als Mittel zweiter Wahl bei Schlafstörungen.

Von drogenabhängigen Patienten wird vorwiegend die zur oralen Einnahme bestimmte Lösung dieses Medikaments in sehr hohen Dosen intravenös oder auch intramuskulär missbraucht. Dies führt zu starken, meist jedoch nicht lebensgefährlichen Intoxikationszuständen sowie Venenwandreizungen, Thrombophlebitiden bis hin zu Nekrosen. Teilweise finden Mischinjektionen mit Benzodiazepinen statt.

Eine weitere Gefährdung ergibt sich durch die zusätzliche QTc-Verlängerung insbesondere bei mit Methadon/Polamidon substituierten Patienten oder bei Patienten, die schon andere Psychopharmaka einnehmen, die ebenfalls eine QTc-Verlängerung verursachen können. Aus den genannten Gründen sollte grundsätzlich auf die Verschreibung von Promethazin-Präparaten, insbesondere jedoch von Promethazin-Lösungen an drogenabhängige Patienten verzichtet werden.

Alternativ können bei gegebener Indikation sedierende Neuroleptika wie zum Beispiel Chlorprothixen, Melperon oder Promethazin in Tablettenform eingesetzt werden.

Rechtslage

Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung

Am 13. Dezember 2014 traten folgende, wichtige Änderungen der Betäubungsmittel-Verschreibungsordnung in Kraft

§ 5a „Substitutionsregister“

Die Angaben zum verschreibenden Arzt wurden in § 5a wie folgt ergänzt (fett):

- Absatz 2 Satz 1 Nr. 5. Name, **Vorname, Geburtsdatum, dienstliche** Anschrift und **Telefonnummer** des verschreibenden Arztes,
- Absatz 2 Satz 1 Nr. 6 im Falle des Verschreibens nach § 5 Absatz 3 Satz 1 Name, **Vorname, dienstliche** Anschrift und **Telefonnummer des Konsiliarius**.

§ 5b „Verschreiben für Patienten in Alten- oder Pflegeheimen, Hospizen und in der SAPV“

Damit sind auch solche Heime in den Anwendungsbereich der Vorschrift aufgenommen, die entweder Alten – oder Pflegeheime sind.

§ 9 „Angaben auf dem Betäubungsmittelrezept“

Auf dem Betäubungsmittelrezept ist im Falle, dass dem Patienten eine schriftliche Gebrauchsanweisung übergeben wurde, **ein Hinweis auf diese schriftliche Anweisung**, anzubringen. Es muss nicht mehr die exakte Formulierung „gemäß schriftlicher Anweisung“ verwendet werden.

BGH-Beschluss zur Abgabe von Betäubungsmitteln

In einem Strafverfahren – 2 StR 354/13 – wurde vom BGH am 27. Mai 2014 entschieden, dass auch ein Substitutionsarzt sich der unerlaubten Abgabe von Betäubungsmitteln strafbar macht, wenn er sich nicht an die gesetzlichen Voraussetzungen hält. Gemäß § 13 Abs. 1 BtMG darf der Arzt Betäubungsmittel lediglich verschreiben, verabreichen oder einem anderen zum unmittelbarem Verbrauch überlassen. Die Abgabe von Betäubungsmitteln ist dagegen – von dem Ausnahmefall des zum betreffenden Tatzeitpunkt nicht geltenden und im vorliegenden Fall nicht einschlägigen § 13 Abs. 1a BtMG abgesehen – nur im Rahmen des Betriebs einer öffentlichen Apotheke erlaubt. Dementsprechend lässt auch die auf der Grundlage des § 13 BtMG erlassene Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung, die in § 5 BtMVV die Voraussetzungen für eine ärztliche Substitutionsbehandlung normiert, eine Abgabe von Betäubungsmitteln durch den Arzt nicht zu.

Von einer Abgabe ist dann auszugehen, wenn es dem Empfänger freigestellt wird, über das Betäubungsmittel zu verfügen und er an dem Mittel Besitz erlangt.

Weitere Auskünfte erteilt
Yvonne Motzer,
Leiterin Rechtsbereich,
0711 7875-3216

Themen

Patienten mit Unterstützungsbedarf im Wohnumfeld

Autor: Thorsten Kapitzki-Nagler, AOK Baden-Württemberg

Patienten, die nicht gesellschaftlich integriert und langjährig substituiert sind, benötigen oft professionelle und strukturierende Hilfen im Wohnumfeld. Der Bedarf erstreckt sich gewöhnlich auf Tagesstrukturierung, regelmäßige Ernährung, Freizeitgestaltung, Gestaltung sozialer Kontakte bis hin zu gesetzlichen Betreuungen (Finanzverwaltung, Aufenthaltsbestimmung).

Wenn diese Patienten **nicht-medizinischer Hilfe** bedürfen, kommen je nach Lage des Einzelfalls folgende Einrichtungstypen in Betracht kommen.

Pflegeheime

Patienten, deren ungedeckter Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung dem Mindestumfang einer der Pflegestufen des Pflegeversicherungsgesetzes entspricht, können Pflege in einer stationären Pflegeeinrichtung wählen. Jede Pflegekasse hält ein Verzeichnis der örtlichen Pflegeeinrichtungen vor. Sie erteilt auch Auskunft zu den Kosten.

Im Rahmen seiner Platzkapazität darf das Pflegeheim die pflegerische Versorgung Pflegebedürftiger nicht ablehnen. Eine Beschränkung des Angebotes auf Leistungen bestimmter Pflegestufen oder bestimmter pflegerischer Diagnosen ist unzulässig.

Das Pflegeheim ist verpflichtet, alle für die Versorgung Pflegebedürftiger erforderlichen Leistungen zu erbringen. Hierzu haben sich die Pflegeheime vertraglich verpflichtet. Sollte es deshalb Probleme geben, ist die Pflegekasse (das heißt die zuständige Krankenkasse) einzuschalten. Um die Leistung zu erhalten, muss bei der Pflegekasse ein entsprechender Antrag auf Pflege gestellt werden. Die Pflegekasse ist dabei verpflichtet, auf Patientenwunsch eine Pflegeberatung zur Organisation der Pflege anzubieten.

Der Anspruch umfasst auch die Realisierung, das heißt er schließt auch Antragstellung und Kostenklärung von der Pflegeversicherung nicht abgedeckter Kosten mit ein und

endet erst mit der tatsächlichen Aufnahme in einem Pflegeheim.

Wohneinrichtungen für Menschen mit seelischer Behinderung

Nach sozialrechtlicher Definition handelt es sich bei Suchtkranken um Menschen mit einer seelischen Behinderung (§ 53 ff. SGB XII). Bei Menschen mit Behinderungen kann nach den Besonderheiten des Einzelfalls der Bedarf auch in „Einrichtungen der Behindertenhilfe“ (Wohneinrichtungen für Menschen mit seelischer Behinderung) gedeckt werden.

Zu den Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderung gehört ein breites Spektrum von Angeboten: Heime und Anstalten, Wohnheime, Pflegeeinrichtungen, Kurzzeitunterbringung, Außenwohngruppen, Gemeinschaftswohnanlagen, Betreute Wohnformen.

Heime und Anstalten (sowie Dorf- und Lebensgemeinschaften auf anthroposophischer Grundlage) sind Einrichtungen für Menschen mit Behinderung, bei denen die Betreuung durch Angehörige nicht (mehr) möglich oder nicht ausreichend ist. Die Konzeption dieser Heime sieht eine am Alter und der Art der Behinderung ausgerichtete Differenzierung der Wohnsituation und der Therapie- und Förderangebote vor. Aufgenommen werden Personen, die nicht nur vorübergehend seelisch wesentlich behindert sind, um ihnen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern oder ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.

Wohnheime sind Einrichtungen für erwachsene Menschen, die infolge ihrer Behinderung zu einer eigenständigen Lebensführung nicht in der Lage sind. Die Konzeption geht davon aus, dass die Bewohner sich tagsüber in einem anderen Lebensbereich aufhalten, in der Regel in der Werkstatt für behinderte Menschen. Wohnheime gelten deshalb als teilstationäre Einrichtungen; im Gegensatz zu den Heimen, die eine umfassende Versorgung bieten. Wohnheime sollen auch Plätze für solche schwerstbehinderten Menschen anbieten, die (noch) nicht werkstattfähig sind und tagsüber in einer Förderungs- und Betreuungsgruppe unter dem „verlängerten Dach“ der Werkstatt gefördert werden.

Betreute Wohnformen

Zu den „Betreuten Wohnformen“ gehören insbesondere Wohnformen wie (ambulant) betreutes Wohnen von Einzelpersonen oder Paaren in eingestreuten oder konzentriert angeordneten Wohnungen, betreute Wohngemeinschaften, Servicehäuser und Familienpflege. Charakteristisch ist, dass ein betreuender Träger, ein Dienst oder eine Einrichtung im Hintergrund steht und Betreuungsleistungen erbringt. Zielgruppen für dieses Betreute Wohnen sind unter anderem suchtkranke Menschen.

Informationen über Einrichtungen

Verzeichnis von „Betreutem Wohnen“ und Nachsorge-Wohneinrichtungen speziell für Suchtkranke:

www.suchtfraagen.de » Suchthilfe » Nachsorge



„Wegweiser für Menschen mit Behinderungen“

www.baden-wuerttemberg.de » Service » Publikationen



Ein Hinweis ans Sozialamt genügt

Das zuständige Sozialamt hat die Pflicht, von Amtswegen zu ermitteln, ob und welche Hilfen notwendig sind und wer was zu bezahlen hat. Von Amtswegen heißt: Es reicht aus, dass das Sozialamt von einer Notlage erfährt (z.B. auch durch den Arzt), um tätig werden zu müssen. Ein formeller Antrag des Betroffenen auf Leistungen ist nicht zwingend notwendig – soweit das geltende Recht.

In der Praxis wird es notwendig sein, einen Arztbrief an den Leiter des Sozialamtes zu schicken und die Notlage zu schildern. Stellt sich dann der Patient quer, ist das Sozialamt aus der Pflicht. Nur bei andauernder Selbst- oder Fremdgefährdung kann beim Gericht eine Betreuung angeordnet werden.

Wenn es nicht funktioniert...

Zur Lösung von Versorgungsproblemen, wenn beispielsweise der Patient ambulant nicht zurechtkommt und eine Reorganisation der Versorgung notwendig ist, kommen folgende Beratungsdienste in Frage, die auch die Kommunikation mit dem Sozialamt übernehmen:

■ Psychosoziale Beratungsstellen

www.suchtfraagen.de » Suchthilfe » Suchtberatungsstellen



■ Pflegeberatung der Krankenkassen und Soziale Dienste der Krankenkassen

z. B. www.aok.de/baden-wuerttemberg » Leistungen & Service » Leistungen A-Z » „Sozialer Dienst“; ggf. bei der Krankenkasse direkt



■ Pflegestützpunkte

www.bw-pflegestuuetzpunkt.de



■ Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation und Teilhabe

www.reha-servicestellen.de



■ Sozialer Dienst des örtlichen Sozialamtes

Sichtvergabe von Substitutionsmitteln in Apotheken

Autor: Dr. med. Detlef Lorenzen, Vorsitzender der regionalen Qualitätssicherungs-Kommission Nordbaden

Seit über einem Jahr gibt es den Vertrag zwischen den Krankenkassen und dem Apothekerverband zur Sichtvergabe von Substitutionsmitteln in Apotheken. Dieser Vertrag kam zustande, um bei rückläufigen Arztzahlen – insbesondere in der Fläche – das Angebot von Substitution für Opiatabhängige sicherzustellen. Maßgeblich am Zustandekommen des Vertrages war eine Initiative des Sozialministeriums, dem die Versorgung opiatabhängiger Patienten ein besonderes Anliegen ist.

Auch wenn es für die Apotheker, die schon lange eine Sichtvergabe durchführen, ein Fortschritt ist, dass ihre Arbeit endlich vergütet wird, hat dieser Vertrag nicht oder nur in geringem Ausmaß dazu geführt, dass die Sichtvergabe in Apotheken, insbesondere im ländlichen Bereich, zugenommen hat. Ein weiterer Kritikpunkt ist die fehlende Rückmeldpflicht über den Verlauf der Behandlung durch die Apotheker. Dies war ein wichtiger Punkt für unsere Zustimmung zu dem Vertrag, um die Risiken der Vergabe so gering wie möglich zu halten.

Im Ergebnis ist es zu begrüßen, dass Apotheker die tägliche Sichtvergabe übernehmen können, jeder Arzt sollte

aber mit dem jeweiligen Apotheker, den er beauftragt, eine auf ihn zugeschnittene Vereinbarung, insbesondere die Meldung von Unregelmäßigkeit, vereinbaren. Ein Vertragsentwurf kann vom Apotheker bei der Landesapothekerkammer angefragt werden. Schließlich muss der Arzt auch wissen und berücksichtigen, dass er die Dokumentation des Apothekers kontrollieren und unterschreiben muss und damit die Verantwortung für die Sichtvergabe übernimmt. Eine rechtlich zufriedenstellende Regelung dieser Situation besteht nicht; die letzte Verantwortung auch für diese Form der Sichtvergabe bleibt bei dem verordnenden Arzt.

„Patienten mussten mit dem Lasso eingefangen werden“

Sie ist die Rettung in der Not für viele schwer suchtkranke Menschen: Die Substitution mit Diamorphin. Doch weder stürzen sich diejenigen darauf, die sie dringend benötigen, noch gibt es genug Ärzte, die substituieren. Dr. Joachim Holzapfel, Leiter der Diamorphinpraxis in Karlsruhe, hat viel Erfahrung in diesem Metier. Der Sprecher der Diamorphinsubstitution in Deutschland und Mitglied der Arbeitsgruppe Substitution beim Sozialministerium Baden-Württemberg kritisiert die gesetzlich verordneten Regeln zur Vergabe von Diamorphin.

Das Interview führte Eva Frien

Zugangsvoraussetzungen zum Diamorphinprogramm

Holzapfel berichtet: „Die Zugangsbedingungen sind unsinnig. Warum muss jemand 23 Jahre alt sein, um Diamorphin bekommen zu können. Es gibt Patienten, die sehr früh mit ihrer Drogenkarriere begonnen haben, ich habe beispielsweise einen Patienten, der mit neun Jahren mit einer THC/Alkohol-Kombination angefangen hat, und viele sind mit elf, zwölf Jahren schon am Heroin. Sie sind dann 22 und seit zehn Jahren heroinabhängig und dürfen wegen der Altersgrenze trotzdem nicht ins Programm.“

Die Regeln, sagt Holzapfel, seien von der Politik erst einmal viel zu hoch angesetzt worden – mit eher abschreckendem Effekt: „Es gab natürlich den Kampf, dass überhaupt mal der politische Wille entwickelt wurde, mit Diamorphin

zu behandeln und dann war die Befürchtung groß, dass wir 40 000 Menschen hätten, die sich auf die Behandlung stürzen würden. Entsprechend wurden die Bedingungen geschaffen, die so hochschwellig sind, dass man zum Schluss für die Studie Patienten mit dem Lasso einfangen musste.“

Heroinstudie

Die Heroinstudie, das bundesweite Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger mit sieben Praxen in Deutschland – darunter auch Karlsruhe, brachte 2009 den Durchbruch für die Behandlung der Patienten. Die Ergebnisse waren durchweg positiv, was den gesundheitlichen, psychosozialen und kriminologischen Aspekt betrifft. Die Behandlung kam in die Regelversorgung und trotzdem werden in Deutschland viel weniger Menschen substituiert als möglich und nötig wäre: „Wir können in Deutschland aktuell lediglich um die 600 Patienten bundesweit mit Diamorphin behandeln bei über 80 Millionen Einwohnern. In der deutschsprachigen Schweiz, wo die Bedingungen deutlich „normaler“ sind, werden 1500 Patienten bei etwa 5,5 Millionen Einwohnern behandelt“, berichtet Holzapfel.

„Wir brauchen niederschwelligere Regeln.“

Auch in der Karlsruher Praxis sind von 40 Plätzen nur 27 besetzt. Es liege an den Regeln, glaubt Holzapfel. Warum beispielsweise müssten Patienten erst schwer krank sein, fragt er sich. Man könnte sie doch auch schon therapieren, bevor Drogen und der Lebenswandel irreparable Schäden hervorrufen würden und die Patienten ganz abgerutscht seien. „Für mich ist Diamorphin genauso ein Substitut wie Methadon oder Buprenorphin auch und deswegen ein Medikament, das unter Kontrolle sinnvoll eingesetzt werden kann, genauso wie beispielsweise Insulin bei Diabetes.“

Holzapfel fordert daher ein normalisiertes, bedarfsgerechteres Angebot von Diamorphin. Dazu gehöre auch, die Patienten therapieren zu können, die von komorbiden psychischen Störungen wie Depressionen, Angststörungen oder Persönlichkeitsstörungen betroffen seien (laut Cobra-Studie sind das über 50 Prozent der Opiatabhängigen). Zwar dürfen Patienten normalerweise nicht weiterbehandelt werden, wenn sie andere Substanzen nehmen: „Aber wenn sie eine Erkrankung aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörung oder

aus dem Formenkreis der Schizophrenie haben, dann ist das eine eigenständige Erkrankung, die behandelt werden muss – Psychopharmaka sind dann kein Beikonsum. In diesem Fall ist es doch besser, dass wir das kontrolliert in der Praxis tun, als wenn sie sich sozusagen in der freien Wildbahn mit Benzodiazepin schwarz und unkontrolliert selbst behandeln.“

Holzapfel würde sich auch eine bessere Honorierung, weniger Bürokratie und bessere Rahmenbedingungen für mit Diamorphin substituierende Ärzte wünschen. Damit mehr Ärzte substituieren und mehr Patienten substituiert werden können. Dafür will er sich auch in seiner politischen Arbeit einsetzen.

Erfahrungsaustausch

Südbaden

Autor: Dr. med. Rüdiger Gellert, Vorsitzender der regionalen QS-Kommission Substitution Freiburg

Mit 70 Teilnehmern (35 Ärzte und 35 MFAs) war auch der zweite Erfahrungsaustausch am 15. April 2014 in Südbaden erneut ein voller Erfolg. Das Themenangebot scheint das Interesse der Kollegen in der gesamten Region, mit teils erheblichen Anfahrwegen, getroffen zu haben. Schwerpunkt der diesjährigen Veranstaltung waren die beiden Themen: Schmerztherapie bei Opiatabhängigen sowie psychiatrische Komorbidität.

Dr. Barbara Kleinmann vom interdisziplinären Schmerzzentrum der Universitätsklinik Freiburg gelang es, allgemeinverständlich theoretische Grundlagen der Schmerzstehung und -verarbeitung zu vermitteln und auf die spezifischen Herausforderungen bei der Schmerztherapie substituierter Patienten einzugehen. Es zeigte sich, dass es breite Überschneidungen zwischen Substitutionsbehandlung und Schmerztherapie in vielerlei Hinsicht gibt.

Dr. Friedemann Hagenbuch, Chefarzt der Suchtabteilung des Zentrums für Psychiatrie in Emmendingen, gelang es, den Teilnehmern auf lebendige und plastische Art und Weise notwendiges psychiatrisches Handwerkszeug im Umgang mit opiatabhängigen Patienten zu vermitteln. Er bezog klar kritisch Stellung zur Diagnostik und Behandlung von Suchtpatienten mit komorbidem ADHS. Mindestens 25 Prozent aller Substituierten leiden unter diesem Syndrom, dennoch ist die Diagnostik anspruchsvoll und gehört in erfahrene Hände.

Bei der Verordnung von Stimulantien fehlen evidenzbasierte Studien bei Suchtpatienten und aufgrund des erheblichen Missbrauchspotentials sollten Stimulantien, wenn überhaupt, nur mit äußerster Zurückhaltung und Vorsicht an Suchtpatienten verordnet werden.

Dr. Rüdiger Gellert, Vorsitzender der Qualitätssicherungskommission Freiburg, stellte kurz die neuen Behandlungsmöglichkeiten der chronischen Hepatitis C und deren eindeutige Vorteile gegenüber den alten Therapiemöglichkeiten vor. Weiterhin beschrieb er Vor- und Nachteile des

neuen Substitutionsmedikamentes Substitol (retardiertes Morphin), das seit April 2015 die Palette der Substitutionsmedikamente ergänzt.

Die Erfahrungen aus Österreich, wo das Medikament schon seit Jahren im Einsatz ist, zeigen, dass die Verordnung sehr vorsichtig und möglichst nur zur kontrollierten Sichteinnahme erfolgen sollte, da ein erhebliches und gefährliches Missbrauchspotential besteht.

Neben den Vorträgen gab es jeweils drei Kleingruppen für Ärzte und MFAs mit der Möglichkeit zum intensiven Austausch mit anderen Praktikern. Alle Teilnehmer, die die Evaluation ausfüllten, waren mit der Veranstaltung zufrieden bis sehr zufrieden und würden die Fortbildung weiterempfehlen. Ansporn genug, diesen Erfahrungsaustausch auch 2016 wieder anzubieten.

Nordbaden

Autor: Dr. med. Detlef Lorenzen, Vorsitzender der regionalen QS-Kommission Karlsruhe

Der Erfahrungsaustausch Substitution im Bezirk Nordbaden fand dieses Mal am 18. März 2014 wieder in Mannheim statt und war von Ärzten und den in den Praxen mitarbeitenden MFA gut besucht.

Das Programm für die MFA wurde von Dr. Manfred Nowack aus Landau gestaltet. Nowack ist ein in der Behandlung Suchtkranker sehr erfahrener Psychiater und hat lange stationär und ambulant gearbeitet. Er hat für Rheinland-Pfalz ein Curriculum für in der Substitution tätige MFA entwickelt und unterrichtet. Die in Mannheim vorgetragenen Inhalte sind Teile des auch auf Bundesebene entwickelten Curriculums und können damit Bestandteil der (hoffentlich bald anerkannten) Qualifikation zur MFA in Substitutionspraxen werden. Eine Fortsetzung der Weiterbildung ist im kommenden Frühjahr vorgesehen.

Das Programm für die Ärzte umfasste vier Schwerpunkte:

- Problematik und Programme zur Heranführung an eine Berufstätigkeit und die Wiedereingliederung von substituierten Patienten
- Aktueller Stand der Hepatitis C -Behandlung bei Substituierten
- Erfahrungswerte von Medikamenten zur Substitution
- Bericht aus der Qualitätssicherungskommission

Im ersten Teil der Fortbildung referierten Dr. Hartmut Geldner, leitender Arzt der ärztlichen Dienste der Arbeitsämter, und Ira Göbel vom Jobcenter in Karlsruhe über die Vorgehensweise in der Arbeitsverwaltung mit der hier behandelten Klientel. Beide Referenten ermutigten die Ärzte den Kontakt zur Arbeitsverwaltung zu suchen, um bezüglich der Behandlung und Reintegration der Suchtkranken ein einem Strang zu ziehen. Als nach wie vor hinderlich für die Rehabilitation Suchtkranker wurde die Bedingung der Arbeitsverwaltung gesehen, dass für jede Maßnahme eine einjährige Abstinenz Voraussetzung ist. Diese ist sicher auch Folge der begrenzten Mittel, die für die Suchtkranken im Rahmen der Arbeitsverwaltung zu Verfügung stehen.

Im zweiten Abschnitt berichteten Gerhard Miroll von der Rehaabteilung des Arbeitsamtes Heidelberg und Dr. Britta Anke Skoeries vom BTZ Wiesloch (berufliches Trainingszentrum der SRH) von der Wiedereingliederung und beruflichen Rehabilitation. In diesem Bereich gibt es viele neue Ansätze, insbesondere die Einrichtung vom Abschnitt „First Step“, der der kritischen Belastbarkeit von Suchtkranken besonders Rechnung tragen soll. Im Anschluss an alle Vorträge ergab sich eine lebhaft Diskussions und ein großer Bedarf an Information.

Mit seinem Vortrag über die aktuelle Situation der Hepatitis C-Behandlung bei Suchtkranken brachte uns PD Dr. Georg Härter aus Ulm auf den neuesten Stand. Die derzeit zur Verfügung stehenden Medikamente haben die Behandlung einfach und nebenwirkungsarm gemacht. Wesentliches Problem sind aber die Kosten, die für eine Behandlung aufgebracht werden müssen. Härter plädierte für eine Bereitschaft die Behandlung anzubieten, aber auch dafür, im

Entscheidungsprozess streng auf die Stabilität und Risikobereitschaft der Patienten zu achten.

Thomas Göckler, Apotheker in der Medikamentenberatung der KVBW, erläuterte die Besonderheiten der Substitutionsmedikamente und die Probleme bei den Rabattverträgen. So ist beispielsweise eine Verordnung von Buprenorphin sine talcum für den Apotheker nicht bindend beim Austausch der Präparate.

Zum Schluss der Veranstaltung berichtete Dr. Detlef Lorenzen aus der Qualitätssicherungskommission. Dabei gab es wenig Neues über die Zahlen substituierender Ärzte, ein „Nachwuchs“ von jüngeren Kollegen ist nicht in Sicht. Die Patientenzahlen sind weiterhin konstant, aber die Patientenzahlen pro Praxis steigen.

Lorenzen erinnerte daran, dass die Berichte an die Kommission sorgfältig und vollständig ausgefüllt werden und bekräftigte seinen Wunsch, die Qualitätsprüfungen auch als Möglichkeit zur Verbesserung der eigenen Arbeit zu nutzen.

Insgesamt wurde die Veranstaltung von den Teilnehmern positiv bewertet. Ein besonderer Dank geht an die Mitarbeiter der KV, insbesondere an Pia Biedermann.

Südwürttemberg

Autor: Dr. med. Franz Josef Bentele, stellvertretender Vorsitzender der regionalen Qualitätssicherungs-Kommission Reutlingen

Der Erfahrungsaustausch für substituierende Ärzte und Ärztinnen ist seit mehr als 20 Jahren eine feste Einrichtung in Südwürttemberg.

Beim letzten Erfahrungsaustausch wurde der Wunsch vieler substituierender Ärztinnen und Ärzte wahr: Herr Dr. Norbert Metke, Vorstandsvorsitzender der KV BW, begrüßte am 14. November 2015 insgesamt 60 Teilnehmer – substi-

tuierende Ärztinnen und Ärzte sowie an der Substitution beteiligte MFA. Dr. Metke zeigte sich gut informiert über die Situation und offen für Änderungsbedarf.

Angesprochen und kontrovers diskutiert wurde beispielsweise die Situation in Notfallpraxen. Hier sollten, wegen den hohen Missbrauchsmechanismen, keine Betäubungsmittelrezepte zur Substitution ausgestellt werden. Ein weiteres Thema war der häufig schwierige Praxisalltag der Teilnehmer. Gerade die therapeutischen Gespräche dürfen höchstens viermal im Behandlungsfall abgerechnet werden; dies ist nach Meinung aller Teilnehmer viel zu wenig. Sorgen macht der Rückgang der Substitutionspraxen. Umso erfreuter registrierte Dr. Metke unter den Teilnehmern auch junge Gesichter.

Das derzeit beherrschende Thema Flüchtlinge macht auch vor der Substitution nicht Halt. Aus den Erstaufnahmestellen wird berichtet, dass viele Flüchtlinge drogenabhängig sind. Der eingeschränkte Leistungskatalogs schließt sie allerdings von Substitution aus und macht sie anfällig für kriminelle Drogenbeschaffung. „Ist das nicht Diskriminierung?“ warf eine Teilnehmerin ein.

Im Anschluss an die Diskussions- und Fragenrunde gliederte sich das Programm in zwei Hauptteile. Am Vormittag gab es zunächst zwei ausgezeichnete Impulsreferate.

Betäubungsmittel zur Substitution unterliegen strengen Auflagen, die an der Schnittstelle zur Apotheke immer wieder zu Rückfragen führen. Frau Dr. Sigrun Rich, Apothekerin bei der Landesapothekenkammer Baden-Württemberg, arbeitete die kritischen Punkte heraus, auf die Ärzte bei der Verordnung achten müssen, damit das Rezept freigegeben werden kann. Dabei entsprechen die Rechtsvorschriften nicht immer der Praxis. Gerade über die kommenden Feiertage müssen Ärzte und Apotheker für die Substitutionspatienten wieder praktikable Wege finden.

Über erste Erfahrungen mit Substitol berichtete Dr. Stephan Walcher von der Schwerpunktpraxis Concept München.

Am Nachmittag wurden in drei moderierten Kleingruppen Fragen wie zu Behandlungssettings, Gewalt in der Praxis und Beigebrauch besprochen und diskutiert. Die Ergeb-

nisse dieser Arbeiten wurden im Anschluss präsentiert und somit praxisorientiert nutzbar gemacht. Zum Abschluss der Veranstaltung beschäftigte sich Dr. Frank Matschinski, Schwerpunktpraxis Ravensburg, mit der Frage „Was ist Erfolg/Qualität in der Substitutionsbehandlung“. Die Teilnehmer erarbeiteten das Thema anhand von Leitfragen wie: Was wollen wir bei der Substitutionsbehandlung erreichen? Woran können wir die Qualität in der Substitutionsbehandlung überhaupt festmachen? Was ist das eigentliche Ziel einer Substitutionsbehandlung?

Die Rückmeldungen der Teilnehmer waren sehr positiv und erfreulich. Der regelmäßig stattfindende Erfahrungsaustausch ist für die Suchtmediziner ein wichtiges Qualitätsinstrument, daher ist eine Fortführung im kommenden Jahr am 12. November 2016 geplant.

Nordwürttemberg

Autor: Dr. med. Dr. rer. nat. Ulrich Friedrichson, Vorsitzender der regionalen Qualitätssicherungs-Kommission Stuttgart

Am 18. März 2015 fand in Stuttgart zum ersten Mal der Erfahrungsaustausch für substituierende Ärzte und medizinisches Fachpersonal mit einem großen Zuspruch der Praxen (29 Ärzte und 45 MFAs) statt.

Der Vorstandsvorsitzende der KVBW, Dr. Norbert Metke, betonte in seiner begrüßenden Einleitung die Wichtigkeit der qualifizierten Suchtbehandlung von illegal drogenabhängigen Suchtpatienten. Dr. Ulrich Friedrichson, Vorsitzender der regionalen Qualitätssicherungs-Kommission Substitution, wies im anschließenden Statement auf die Notwendigkeit hin, die häufig multimorbiden Patientengruppen hochqualifiziert zu behandeln, nicht nur aus ärztlicher und ärztlich ethischer Sicht sondern aus sozialmedizinischer Notwendigkeit heraus.

Die seit Jahren bestehende qualifizierte ambulante Suchtbehandlung hat nachweislich zu einem überwältigenden Erfolg geführt, der an Reduktion der Komorbiditäten (Hepatitis C, und Neuerkrankungen der Hepatitis C, Hepatitis B und HIV) zu messen ist und zu einer deutlichen Stabilisierung und Resozialisierung der zu behandelnden Patienten geführt hat, unabhängig von der massiven Verminderung von Beschaffungskriminalität. Friedrichson wies auf die Problematik hin, dass es zu einer massiven Überalterung der Suchtmediziner bereits gekommen ist und die politischen wie ärztlichen Gremien sich dringlichst um Konzepte bemühen müssen, damit der Sicherstellungsauftrag der Behandlung von Suchterkrankten in Baden-Württemberg weiterhin gewährleistet werden kann.

Dr. Andreas Zsolnai, Leiter der Suchtschwerpunktpraxis Stuttgart, vermittelte als junger begeisterter Kollege Einblick in seine Praxistätigkeit und in die Bedeutung der von ihm seit Juli 2014 eröffneten Diamorphinambulanz. Es gelang ihm, die Komplexität der Behandlungssituationen plastisch darzustellen und die Befriedigung spüren zu lassen, die man als engagierter Arzt bei der Begleitung dieser vielfältig belasteten Patienten erleben kann.

Eiko Schnaitmann, der eine große Substitutionspraxis in Stuttgart und eine Zweigpraxis in Heilbronn mitleitet, berichtete fachlich hochinteressant über Komorbidität (HIV, Hepatitis C etc.) und deren mögliche Behandlungsmethoden. Von beiden Rednern wurde die Wichtigkeit und Nachhaltigkeit einer hochqualifizierten suchtmmedizinischen Therapie betont und die bisherigen Erfolge herausgestrichen.

In dem anschließenden Workshop wurden sowohl von nicht ärztlichem Fachpersonal als auch von ärztlicher Seite Einzelthemen und Problemfälle intensiv besprochen und diskutiert. Die Resonanz der Teilnehmer war überwältigend und alle waren sehr zufrieden, einen so intensiven Kontakt gehabt zu haben. Es wurde vereinbart, den Erfahrungsaustausch in jährlichem Turnus durchzuführen. Dies soll der ärztlichen Seite und den medizinischen Fachangestellten zu einem Podium dienen, um Wissen zu vermehren, Wissen zu erneuern und Problemfragen zu diskutieren und beantwortet zu bekommen.

Termine

Kongresse und Veranstaltungen

Tübinger Suchttherapietage

Termin: 6. bis 8. April 2016

Ort: Tübingen

Anmeldung:

Sektion Suchtmedizin und Suchtforschung
Matthias Pforr,
07071 29 83666

17. Interdisziplinärer Kongress für Suchtmedizin

Termin: 30. Juni bis 2. Juli 2016

Ort: München

Organisation und Anmeldung:

Mike Aschenbrenner
08191 125 136
mike.aschenbrenner@sv-veranstaltungen.de

Erfahrungsaustausche

Erfahrungsaustausch Karlsruhe

Fortbildung für substituierende Ärzte und Medizinisches Fachpersonal

Veranstaltung der KVBW, Bezirksdirektion Karlsruhe, in Zusammenarbeit mit der regionalen Qualitätssicherungs-Kommission Substitution Karlsruhe

Termin: 16. März 2016, 14.00 bis 18.00 Uhr

Ort: Regionalbüro Mannheim, Joseph-Meyer-Straße 17, 68167 Mannheim

Anmeldung: Pia Biedermann, 0721 5961-1167

Erfahrungsaustausch Stuttgart

Fortbildung für substituierende Ärzte und Medizinisches Fachpersonal

Veranstaltung der KVBW, Bezirksdirektion Stuttgart, in Zusammenarbeit mit der regionalen Qualitätssicherungs-Kommission Substitution Stuttgart

Termin: 16. März 2016, 14.30 bis 18.30 Uhr

Ort: Albstadtweg 11, 70563 Stuttgart

Anmeldung: Stephanie Weisenstein, 0711 7875-3336

Erfahrungsaustausch Freiburg

Fortbildung für substituierende Ärzte und Medizinisches Fachpersonal

Veranstaltung der KVBW, Bezirksdirektion Freiburg, in Zusammenarbeit mit der regionalen Qualitätssicherungs-Kommission Substitution Freiburg

Termin: 6. April 2016, 14.15 bis 18.30 Uhr

Ort: Sundgaullee 27, 79114 Freiburg

Anmeldung: Andrea Müller, 0761 884-4162

Erfahrungsaustausch Reutlingen

Fortbildung für substituierende Ärzte und Medizinisches Fachpersonal

Veranstaltung der KVBW, Bezirksdirektion Reutlingen, in Zusammenarbeit mit der regionalen Qualitätssicherungs-Kommission Substitution Reutlingen

Termin: 12. November 2016, 10.00 bis 16.30 Uhr

Ort: Ärztehaus, Haldenhastr. 11, 72770 Reutlingen

Anmeldung: Silvia Schlee, 07121 917-2386

Kurs zum Erwerb der Zusatzweiterbildung Suchtmedizin

Ort: Freiburg, Haus der Ärzte, Sundgaullee 27

Termin: 14. bis 18. März 2016

Anmeldung: Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung Südbaden, Tel. 0761 600-4737, Fax. 0761 600-4744
www.baek-sb.de/akademie

Ort: Tübingen

Termin: 4. bis 8. April 2016

Veranstalter: STP Suchtmedizin in Theorie und Praxis
Programm und Anmeldung: Eva Weiser, 0711 5180796
www.stp-suchtmedizin.de

Impressum

Aktuelles zum Thema Substitution
Dezember 2015

Herausgeber	KVBW Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg Albstadtweg 11 70567 Stuttgart
Redaktion	Dr. Johannes Fechner (verantwortlich) Swantje Middeldorff Stephanie Weisenstein
Autoren KVBW	Eva Frien Yvonne Motzer Stephanie Weisenstein
Autoren extern	Susanne Braun, AOK Baden-Württemberg Dr. med. Franz Josef Bentele Dr. med. Dr. rer. nat. Ulrich Friedrichson Dr. med. Rüdiger Gellert Thorsten Kapitzki-Nagler, AOK Baden-Württemberg Dr. med. Detlef Lorenzen
Gestaltung	Uwe Schönthaler
Erscheinungstermin	Dezember 2015
Auflage	550
Anmerkung	Die im Text erwähnten Personenbezeichnungen stehen immer sowohl für das männliche als auch das weibliche Geschlecht.

KVBW

Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart
Telefon 0711 7875-0
Telefax 0711 7875-3274