

Weiterentwicklung der Substitutions- behandlung in Deutschland

Geschäftsstelle
Odeonstraße 14 · 30159 Hannover
Tel. 05 11/1 83 33 · Fax 1 83 26
mail@fdr-online.info
www.fdr-online.info

Büro für Suchthilfe
Dubliner Str. 12· 99091 Erfurt
Tel. 03 61/3 46 17 46 · Fax 3 46 20 23
Erfurt@fdr-online.info

Fachstelle Fort- und Weiterbildung
Dubliner Str. 12· 99091 Erfurt
Tel. 03 61/3 46 17 46 · Fax 3 46 20 23
Fortbildung@fdr-online.info

**Thüringer Koordinierungsstelle
Suchtprävention**
Dubliner Str. 12· 99091 Erfurt
Tel.: 0361/ 7 46 45 62 - 64
Fax: 0361/ 7 92 06 40
tks.thueringen@fdr-online.info
www.tks-tkg.de

Büro Potsdam
Carl-von-Ossietzky-Straße 29
14471 Potsdam
Tel./Fax 03 31/9 67 83 44
Potsdam@fdr-online.info

Übersicht

Vorbemerkung	1
1. Sachlage.....	2
1.1 Entwicklung der Substitutionsbehandlung	2
1.2 Hilfesysteme.....	3
1.3 Substitutionsbehandlung	3
2. Psychosoziale Begleitung (PSB).....	5
2.1 Definitionen: PSB, Psychotherapie und Suchttherapie.....	5
2.2. Durchführung der Psychosozialen Begleitung.....	5
3. Problembereiche, Forderungen und Lösungen.....	8
3.1. Gesundheits- und Sozialpolitik.....	8
Exkurs: Medizinische Rehabilitation Substituierter.....	9
3.2 Arztpraxen	11
3.3 Psychosoziale Begleitung	12
3.4 Substituierende/-r Ärztin/Arzt und Psychosoziale Begleitung	13
Exkurs: Schwangerschaft, Elternschaft und Kindeswohl	13
4. Wissensbedarf.....	15
5. Zusammenfassung.....	16

Vorbemerkung

Wenn über die Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung in Deutschland nachgedacht werden soll, dann deshalb, weil offenbar eine Notwendigkeit zur Verbesserung gesehen wird. Dieser Denkprozess wird nicht durch neue Forschungserkenntnisse angestoßen, sondern durch die Erkenntnis, dass vorhandenes Wissen und Erfahrungen nicht immer sach- und fachgerecht angewandt werden.

Kritisch sei an dieser Stelle angemerkt, dass das Thema suggeriert, es gäbe *die* Substitutionsbehandlung in Deutschland. Trotz aller Regelungen können wir feststellen, dass es weder ein noch mehrere *standardisierte* Verfahren zur Substitutionsbehandlung gibt, womit schon der erste Punkt auf der To-do-Liste zu notieren ist.

Der Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (**fdr**) berücksichtigt in seinen folgenden Ausführungen vor allem die Bereiche der Substitution, die die psycho-soziale Begleitung (PSB)¹ bzw. die damit verbundenen Probleme berühren und benennt Lösungsnotwendigkeiten.

¹ Die Begriffe „psychosoziale Begleitung“ und „psychosoziale Betreuung“ werden synonym gebraucht, sie sind nicht abschließend definiert. Siehe auch: Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (2003): Leitlinien der psychosozialen Betreuung Substituierter, fdr-Texte # 2, Hannover

1. Sachlage

Die Opiatabhängigkeit, typischerweise begleitet von polyvalentem Beikonsum, beeinträchtigt die Betroffenen in ihren seelischen, körperlichen und sozialen Fähigkeiten, entsprechend komplex muss das Hilfeangebot sein, das sich darüber hinaus auf sehr unterschiedliche Ziele, die von der Sicherung des Überlebens bis zur Erlangung der Suchtmittelfreiheit und von Teilhabe reichen, einstellen muss.

Von der Notwendigkeit, komplexe Hilfen bereit zu stellen, sind auch die Substitutionsbehandlungen gekennzeichnet. Diesem Bedarf wird die Praxis oft nicht gerecht, wofür es vielerlei Ursachen gibt: Sie reichen von strukturellen Gegebenheiten über mangelndes Wissen, Ideologie induzierte Verkrustungen bis zu komplexen ethisch-moralischen Fragestellungen. Diese komplexen Problemlagen erfordern komplexe Lösungen. Die vielfach geforderten Vereinfachungen des Procedere stellen keine Lösung dar, da hierdurch die ursprüngliche Intention einer Ausstiegshilfe aus der Sucht weiter verwässert würde.

Generell kann festgestellt werden, dass die historisch begründete Zersplitterung der Hilfesysteme und fehlende verbindliche Qualitätsstandards sowie ungeklärte Finanzierungsfragen eine optimale Betreuung und Behandlung der Abhängigkeitskranken erschweren.

1.1 Entwicklung der Substitutionsbehandlung

Erst 1968 wurde die „Sucht“ in Deutschland als Krankheit i.S. der Sozialgesetzgebung anerkannt. Medizin bzw. Psychiatrie haben sich sehr zögerlich auf diese neue Klientel eingestellt: Durch stationäre Abstinenztherapien, die Verschreibung legaler, opiathaltiger Ersatzstoffe und von Ersatzstoffen, die unter das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) fielen. Erstmals 1991 (danach 1999, 2002 und 2004) wurden durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Richtlinien im Rahmen der Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (früher NUB-, jetzt BUB-Richtlinien) für die Behandlung mit Substitutionsmitteln erlassen, die, obwohl sie dem jeweiligen Wissens- und Erfahrungsstand angepasst werden, Interpretationsmöglichkeiten bieten.

Die rechtlichen Bedingungen und Regelungen der Substitution werden seit 1992 durch die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) geregelt (zuletzt 2001). Dazu gehören Meldepflichten, Kontrolle und Betreuung der Patientinnen und Patienten sowie die suchtherapeutische Qualifikation des Arztes. Letztere wurde durch die BUB-Richtlinien von 2004 dahingehend ausgehebelt, dass jetzt auch Ärztinnen und Ärzte substituieren dürfen, die keine nachgewiesene (sucht-)fachliche Befähigung haben. Sie dürfen nicht mehr als 3 Patienten behandeln, müssen einen Konsiliararzt hinzuziehen und die Behandlung besonders genau dokumentieren. Hierdurch sollten Versorgungslücken auf dem Land geschlossen und der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen (KÄV) dadurch erfüllt werden.

1.2 Hilfesysteme

In Deutschland sind im Wesentlichen vier Leistungsträger für die Betreuung und Behandlung Suchtkranker zuständig: Die Rentenversicherung (DRV) - sozialmedizinisch zielorientiert ausgerichtet auf Teilhabe am Erwerbsleben - für die psycho- und soziotherapeutisch ausgerichtete Entwöhnungsbehandlung und die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) für Substitutionsbehandlungen, für die Behandlung weiterer somatischer und psychischer Störungen und um Pflegebedürftigkeit abzuwenden. Weiterhin die Sozialhilfe für Maßnahmen der Eingliederungshilfe bei nicht arbeitsfähigen Personen und schließlich die Kommunen bzw. Länder, die die Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe finanzieren. Deren Ziel ist die Linderung und Beseitigung sozialer Nöte durch Stützung und Beratung, mit Hilfe psychosozialer und, wenn die Mitarbeiter/-innen entsprechend qualifiziert sind, auch psychotherapeutischer Methoden.

Substitutionsbehandlungen fallen in die Zuständigkeit der KÄV als Leistungserbringer und der Krankenkassen als Leistungsträger. Neben einzelnen substituierenden Kassenärzten mit teilweise weit über 50 Patienten (Höchstgrenze nach BUB-Richtlinien), haben sich Schwerpunktpraxen etabliert, die oft eng mit dem Drogenhilfesystem kooperieren oder eigene Sozialarbeiter oder Psychologen angestellt haben. Vor allem in Ballungsgebieten ist auch die Drogenhilfe selbst Trägerin der Substitutionsbehandlung, meist in Form sog. Fachambulanzen, mit entsprechender Institutsermächtigung durch die jeweiligen KÄVen oder im Rahmen der „integrierten Versorgung“ nach § 140 SGB V. Sie sind gekennzeichnet durch die Zusammenarbeit von Sozialarbeitern, Ärzten/Psychiatern und Psychologen in *einer* Institution, mit dem Vorteil der Bereitstellung einer umfassenden, erst dadurch möglichen ‚ganzheitlichen‘ Therapie.

1.3 Substitutionsbehandlung

Die Durchführung der Substitution ist als Kassenleistung möglich. Wenn die entsprechenden Indikationen diagnostiziert wurden (neben der Opiatabhängigkeit oder/und schweren anderen Erkrankungen oder/und Schwangerschaft bzw. nach der Geburt), sind die Ärztin/der Arzt verpflichtet zu prüfen, ob die Ziele, die sich aus den genannten Indikationen ergeben, nicht auch auf andere Weise (z.B. Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlung) erreicht werden können. Das alleinige Auswechseln des Opiats durch ein Substitutionsmittel stellt keine geeignete Behandlungsmethode der Opiatabhängigkeit dar und umfasst, nach § 27 SGB V, nicht die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Sowohl die BUB-Richtlinien als auch die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) konzidieren, dass die Wiederherstellung von Abstinenz nicht immer „zeitnah“ und deshalb nur „schrittweise“ zu erreichen sei. In diesen Fällen muss ein „umfassendes Therapiekonzept“ von der Ärztin/dem Arzt erstellt werden, das auch, „soweit erforderlich, begleitende psychiatrische und/oder psychotherapeutische Behandlungs- oder psychosoziale Betreuungs-Maßnahmen mit einbezieht“. Die nach der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung vorgesehene psychosoziale Betreuung fällt nicht unter die Leistungspflicht der

GKV. Im Rahmen der Dokumentationspflicht des Arztes muss die psychosoziale Beratungsstelle die Aufnahme oder die Fortführung einer (bestehenden) psychosozialen Betreuung schriftlich bestätigen.

Die Abbruchkriterien zur Substitution beinhalten u. a. die „nicht bestimmungsgemäße Verwendung des Substitutionsmittels“, die „Ausweitung oder Verfestigung“ des Beikonsums und die „dauerhafte Nicht-Teilnahme des Substituierten an ggf. erforderlichen psychosozialen Betreuungsmaßnahmen“.

2. Psychosoziale Begleitung (PSB)

2.1 Definitionen: PSB, Psychotherapie und Suchttherapie

Psycho-sozial bedeutet im klassischen Sinn die Berücksichtigung sozialer Aspekte in der psychiatrischen Versorgung. Eine länger dauernde psychiatrische Krankheit (hier: Opiatabhängigkeit und Polytoxikomanie) geht, neben den gesundheitlichen Folgen, meist mit schwerwiegenden Veränderungen und Beeinträchtigungen des gesellschaftlichen Umfeldes einher. Hierzu zählen der Verlust sozial tragfähiger zwischenmenschlicher Beziehungen und der Aufbau neuer (Szene-)Kontakte, die überwiegend dem Erhalt der Abhängigkeit dienen und dem befriedigende zwischenmenschliche Beziehungen und rechtliche Gegebenheiten, Tagesstrukturierung, Ausbildung, Arbeitsfähigkeit und die Wohnungssituation untergeordnet werden (können). Kennzeichnend für psychosoziale Hilfen ist die Verzahnung zwischen ambulanten, stationären, rehabilitativen und nachsorgenden Suchtfachdiensten und Selbsthilfegruppen sowie die Kooperation mit anderen beteiligten Diensten und Ämtern.

Psychosoziale Begleitung soll demnach die Linderung und Beseitigung der Folgen der Suchterkrankung durch Unterstützung und Mobilisierung der Problemlösungs- und Veränderungsfähigkeit in Multiproblemsituationen und unter systematischem Einbezug personaler und gesellschaftlicher Ressourcen, der sozialen Umwelt und Nutzung der Hilfsysteme umfassen.

Psychotherapeutische Hilfen dienen der Bearbeitung und Heilung seelischer Erkrankung, die die freie Entfaltung der Betroffenen verhindert, durch unterschiedliche anerkannte Verfahren, die überwiegend auch die Ursachen der Krankheitsentstehung mit einschließen.

„Suchttherapie“ bedeutet im suchtmmedizinischen Sinn die Kombination medizinischer/psychiatrischer, pharmakotherapeutischer, psychotherapeutischer und psychosozialer Maßnahmen, wie z.B. in der stationären Entwöhnung (im psychiatrischen oder Sucht-Fachkrankenhaus), durch ein multiprofessionelles Team. In der ambulanten Suchthilfe sind Mitarbeiter/-innen *suchttherapeutisch*, d.h. psychosozial und psychotherapeutisch durch entsprechende Weiterbildungen, meist mit verhaltenstherapeutischer oder analytischer Ausrichtung, qualifiziert.

2.2. Durchführung der Psychosozialen Begleitung

Aufgrund bisher vorliegender nationaler wie internationaler Daten zur Substitutionsbehandlung (zuletzt in der deutschen Heroinstudie) muss festgestellt werden, dass die von den Drogenberatungsstellen durchgeführte PSB den entscheidenden Beitrag für die soziale Stabilisierung der Betroffenen und damit die Grundlage für ihren Ausstieg aus der Sucht leisten kann.

Typischerweise handelt es sich bei der PSB um das Angebot eines weit gefächerten Interventionsspektrums und kein streng abgegrenztes Setting, das Beratung, unsystematische Begleitung und fest strukturierte Betreuung integrieren kann.

Der Aufgabenkatalog variiert und umfasst typischerweise:

- Unterstützung bei lebenspraktischen und behördlichen Angelegenheiten und bei der Sicherung der materiellen Grundversorgung,
- Hilfen bei Wohnungssicherung und -findung,
- Sicherung materieller Überlebenshilfen,
- Unterstützung bei Schuldenregulierung und justiziellen Problemen,
- Hilfen bei der Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Schule, Ausbildung und Arbeit) und
- Begleitung bei Krisen, Reflexion von Beikonsum und Rückfällen.

Folgende Aufgaben tauchen nicht regelmäßig in den Leistungsbeschreibungen der psychosozialen Begleitstellen auf oder werden nicht explizit genannt:

- Systematische Erhebung von Anamnese und Diagnostik,
- Unterstützung bei der (frühzeitigen) Entwicklung von Motivation und Fähigkeiten zur Drogenfreiheit, also beim Entwurf und der Umsetzung neuer Lebensperspektiven,
- die Vermittlung in Selbsthilfe,
- Motivation und Unterstützung bei der Aufnahme und kontinuierlichen Weiterführung einer medizinischen Versorgung,
- tagesstrukturierende Angebote,
- Hilfen für Schwangere (materielle Absicherung, Koordinierung der ärztlichen Versorgung und Anbahnung weiterführender Hilfen, Vorbereitung auf die Rolle als Vater/Mutter) und für Substituierte mit Kindern,
- Systematische Einbeziehung von Partnern/innen, Kindern und Angehörigen der Betroffenen,
- Genderaspekte,
- Kooperation mit Ärzten/-innen, anderen Diensten und Ämtern, wie z.B. der Jugendhilfe, Arbeitsagenturen oder dem sozialpsychiatrischen Dienst sowie die Zusammenarbeit mit Psychiatern, z.B. bei Klienten/-innen mit komorbiden Störungen, wenn die/der substituierende Ärztin/Arzt einer anderen Fachrichtung angehört.

Das bedeutet nicht, dass es diese Leistungen bzw. Angebote nicht gibt. Offenbar werden jedoch, abhängig vom Selbstverständnis, unterschiedliche Akzente bei der PSB gesetzt, die sowohl abhängig sind vom Professionalisierungsgrad, der Qualifikation als auch der finanziellen und personellen Ausstattung.

Angewandten Arbeitsmethoden werden fast nie genannt, Ausnahmen stellen psychotherapeutische Angebote dar, wenn entsprechende suchttherapeutische Qualifikationen nach anerkannten Weiterbildungen vorliegen.

Der (fdr) sieht psychosoziale Begleitung als kontinuierlichen Prozess, aufgrund einer spezifischen Beziehung zwischen Betreuer/in und Klient/in. Dieser Prozess erfordert einen strukturierten Rahmen der Beziehung, mit verbindlichen Ziel- und Erfolgsdefinitionen. Zwischen Klienten und psychosozialen Begleitern ausgehandelte Hilfepläne legen die Zielsetzungen, die erforderlichen Schritte sowie Art und Umfang der Hilfen fest. Im weiteren Verlauf müssen die Hilfepläne den veränderten

Bedingungen der Betroffenen angepasst werden. Dies schließt auch die Entscheidungsfähigkeit darüber ein, dass im Moment oder generell eine PSB nicht nötig ist. Eine PSB ist z.B. für sozial integrierte und zur Abstinenz motivierte Abhängige nicht indiziert. Bei chronisch kranken mehrfach Geschädigten wird die PSB nur in großen Abständen notwendig bzw. kann sie dort wegfallen, wo Substituierte dauerhaft Unterstützung erfahren, etwa im betreuten Wohnen.

3. Problembereiche, Forderungen und Lösungen

Probleme lassen sich in allen Feldern der Substitutionsbehandlung erkennen, deren Lösung nicht nur für die betroffenen Abhängigen, deren Angehörige und die beteiligten Professionen sondern auch für die Gesellschaft insgesamt - nicht nur aus Kostengründen - nötig ist.

3.1. Gesundheits- und Sozialpolitik

Für die die Mehrheit der Substituierten ist die PSB essentiell, weil die sich aus dem Konsum illegaler Drogen ergebenden Probleme wesentlich zur Verfestigung der Sucht beitragen.

Es dürfen fachlich-ethische Überzeugungen nicht zugunsten schneller Lösungen, die u. a. auch ordnungspolitisch der Beruhigung dienen, aufgegeben werden (die Nähe solcher Entscheidungen zum Vermeidungsverhalten Süchtiger und zum Verhalten von Ärztinnen und Ärzten, die Benzodiazepine aus Hilflosigkeit verschreiben, fällt auf!). Verwässerungstendenzen (z.B. Substitution durch nicht qualifizierte Ärzte, geforderte Herabsetzung des Mindestalters der Abhängigen sowie kürzere Abhängigkeitsdauer) müssen verhindert und die in der BtMVV und den BUB-Richtlinien geforderten Substitutionsbedingungen (das Prüfen anderer möglicher Therapieformen, das Erreichen des Ziels der Suchtmittelfreiheit, das Ernstnehmen von Abbruchkriterien) müssen eingehalten werden.

Der Widerspruch zwischen einerseits geforderter PSB und andererseits verweigerter Finanzierung muss aufgehoben werden. Dies ist insbesondere unter dem Eindruck notwendig, dass die Kommunen bei steigender Verschuldung versuchen, sich mehr und mehr dieser Verantwortung zu entledigen. Es besteht die Gefahr, dass die Politik sukzessive den erkennbaren Tendenzen zur Einschränkung, wenn nicht sogar Aufgabe der PSB, folgt. Anstatt zur notwendigen Qualitätssicherung der Substitutionsbehandlung beizutragen, würde dadurch der reinen und ausschließlichen Ersatzstoffvergabe Tür und Tor geöffnet.

Falls die Substitution möglichst vieler Opiatabhängiger gewünscht wird, etwa um deren Überleben zu sichern, müssten die Substitutionsbedingungen in den Praxen vereinfacht und die reine Ersatzstoffvergabe als Leistung ermöglicht werden. Da dies nicht nur aus ethischen Gründen nicht vertretbar wäre sondern auch den geltenden BUB-Richtlinien („Das alleinige Auswechseln des Opiats durch ein Substitutionsmittel stellt keine geeignete Behandlungsmethode dar und ist von der Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht umfasst“) und der BtMVV widerspricht, müssen sämtliche über die Vergabe des Substitutionsmittels hinaus gehenden Leistungen, also die psychische und soziale Behandlung, an die Drogenberatungsstellen übergehen, die dafür die entsprechende Qualifikation nachweisen oder erwerben und eine Vergütung erhalten müssten.

Bislang stehen zur Finanzierung der PSB freiwillige Leistungen der Kommunen und Länder sowie Leistungen der Sozialhilfe und in Einzelfällen auch der Krankenkassen zur Verfügung. Vom Charakter her handelt

es sich jedoch um eine Krankenbehandlung nach § 27 SGB V, ergänzt durch Leistungen nach §§ 40 (medizinische Rehabilitationsmaßnahmen), 43 (ergänzende Leistungen zur Rehabilitation) und 42 SGB V (Belastungserprobung und Arbeitstherapie).

Darüber hinaus lassen sich etliche Punkte der Soziotherapie-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (§ 37a SGB V) auf die Substituierten anwenden. Bisher erlaubt der entsprechende Indikationskatalog jedoch nicht die Verordnung von Soziotherapie für Suchtkranke. Gefordert wird die entsprechende Indikationserweiterung.

Auch Leistungen der Eingliederungshilfe für Behinderte kämen in Betracht. Inwieweit das SGB IX hier greifen kann, muss geprüft werden.

Denkbar wäre ferner eine Mischfinanzierung zwischen öffentlicher Hand und Krankenkassen.

Laut Antwort der Bundesregierung zur Kleinen Anfrage „Prüfung der Umsetzung der Heroinstudie“ (BT-Drucksache 16/2158 vom 29.06.2006) werden in Deutschland knapp 66.000 Opiatabhängige substituiert. Die verpflichtende psychosoziale Begleitung wird von Fachkräften der Suchthilfe wahrgenommen, der (fdr) formuliert in seinen „Leitlinien der psychosozialen Betreuung Substituierter“ einen Personalschlüssel von 1:25.

Allerdings: Der Betreuungsbedarf ist unterschiedlich und im ersten Jahr der Substitution am höchsten. Richtwerte müssen noch entwickelt werden (s. a. unter Forschungsfragen).

Bisher ungeklärt ist auch, wie der Behandlungserfolg gesichert werden kann, da eine Abhängigkeitserkrankung nicht mit dem Ende der Substitution überwunden ist. Für Gefährdete wäre eine sich anschließende psychosoziale Stabilisierungsphase über einen Zeitraum von etwa einem halben Jahr vorstellbar, die finanziell gesichert werden müsste.

Schließlich sollte die Möglichkeiten der Substitution auch bei Entwöhnungsbehandlungen intensiver genutzt werden:

Exkurs: Medizinische Rehabilitation Substituierter

1. Erste Erprobung

Seit 2006 bietet die Fachklinik Release in Ascheberg-Herbern an, während des Beginns der stationären medizinischen Rehabilitation drogenabhängiger Menschen Substitutionsmittel einzusetzen. Dies geschah seitens der zuständigen Rentenversicherungsträger im Rahmen einer Ausnahme genehmigung.

2. Regelungen seitens der Leistungsträger und der Sozialversicherungen GKV und DRV

Die Anlage 4 der Vereinbarung Abhängigkeitskranker vom Mai 2001 sieht die Verwendung von Substitutionsmitteln in der medizinischen Rehabilitation drogenabhängiger Menschen ausdrücklich vor. Seitdem haben eine ganze Reihe von stationären Einrichtungen, aber auch ambu-

lante Behandlungsstellen diese Möglichkeit in ihren Konzepten vorgesehen. Z. B. werden aus den Einrichtungen Hohehorst gGmbH (Bremen), Condrops Suprima (München), Fachklinik Nettetal (Osnabrück) aber auch von anderen zielführende Erfahrungen berichtet.

Das Substitut wird entweder von einem dazu ermächtigten Arzt in der Einrichtung vergeben oder es bestehen Kooperationen mit niedergelassenen substituierenden Ärzten oder andere Vergabeformen. Wenn das Substitut von einem der ermächtigten Ärzte in der Einrichtung vergeben wird, sind die Kosten hierfür im Pflegesatz berücksichtigt.

Die Anlage 4 der Vereinbarung Abhängigkeitskranker sieht vor, dass die Rehabilitanden schon mehrere Wochen vor Antritt der medizinischen Rehabilitation beigebrauchsfrei sind. Dies wird durch Nachweis von Urinproben geprüft, deren Ergebnisse im Antragsverfahren zu dokumentieren sind. Des Weiteren ist oft eine herabgesetzte Eingangsdosierung vorgesehen, die damit zusammenhängt, dass in der vorgesehenen Rehabilitationszeit eine völlige Abdosierung des Substituts möglich sein muss.

Besondere Aufmerksamkeit haben Ergebnisse von Modellversuchen und der gängigen Praxis gefunden, die zeigen, dass vor allem drogenabhängige Menschen, die arbeitsmarktfremd geblieben sind, davon profitieren, in unmittelbarem Anschluss an die medizinische Leistung eine berufliche Maßnahme zu durchlaufen. Hier gibt es überzeugende Erfolge für eine dadurch erleichterte direkte Vermittlung in den ersten Arbeitsmarkt.

3. Regionalpolitische Probleme

Hervorzuheben ist, dass die Überführung von Substituierten in die Rehabilitation dort schwierig zu gestalten ist, wo die substituierenden, meist niedergelassenen, Ärztinnen und Ärzte nicht bereit sind einzusehen, dass ihren Patienten mit der medizinischen Rehabilitation eine Entwicklung zur Teilhabe eröffnet wird. So ist es z.B. im Raum Hannover trotz guter Angebote fast gar nicht möglich, in nennenswertem Umfang Menschen aus der klassischen Substitution herauszulösen, während in anderen Regionen, z.B. in Göttingen, 10-15 % der dort Substituierten in eine medizinische Rehabilitation wechseln.

4. Statistische Erfassung

Eine statistische Erfassung des übergangsweisen Einsatzes eines Substitutionsmittels in der medizinischen Rehabilitation ist bisher deswegen nicht erfolgt, weil die Dokumentation ausschließlich über die Erfassung der Daten im einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der Gesetzlichen Rentenversicherung möglich ist. Da hierfür als Datenquelle nur der Diagnoseschlüssel ICD 10 genutzt werden kann und für Substitution dort eine 5. Stelle nicht vorgesehen ist, ist eine statistische Erfassung dieser besonderen Klientel bisher nicht möglich. Aussagen darüber, wie viele Versicherte bisher von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht haben, sind daher nicht möglich.

5. Fazit

Die Deutsche Rentenversicherung will auch in Zukunft substituierten Versicherten die Möglichkeit zur Teilhabe (medizinische Rehabilitation) unter den Bedingung des übergangsweisen Einsatzes eines Substitutionsmittels geben. Die statistische Erfassung dieser Klientel muss sicher gestellt werden. Sofern das Rehabilitationsziel „Teilhabe am Erwerbsleben“ nur mit der weiteren Vergabe eines Substitutionsmittels erreicht werden kann, sollte dies (in begründeten Einzelfällen) von den Leistungsträgern akzeptiert werden.

3.2 Arztpraxen

In bezug auf Arztpraxen werden mangelnde Kompetenz im Umgang mit Suchtkranken und mangelnde Einhaltung der Bestimmungen der BUB-Richtlinien und BtMVV als problematisch angesehen.

Die Ersatzstoffvergabe ohne eine tragende therapeutische „Arzt-Patient-Beziehung“ wird abgelehnt, ebenso

- die mangelnde Prüfung anderer Möglichkeiten der Behandlung (z.B. Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlung),
- die lückenhafte Erstellung von angemessenen Therapieplänen,
- die unregelmäßige und wenig aussagekräftige Dokumentation,
- die langfristige Duldung von Beikonsum,
- die zusätzliche Verschreibung von Medikamenten mit Suchtpotenzial,
- die Nicht-Beachtung komorbider Störungen, die nach allen vorliegenden Erkenntnissen Hauptursache für die Chronifizierung einer Sucht sind
- und die Vernachlässigung des Ziels der Suchtmittelfreiheit.

Die suchtmmedizinische Qualifikation scheint nicht immer ausreichend zu sein und muss demnach so verändert werden, dass sämtliche substituionsbereite Ärzte diesen schwierigen Patienten gerecht werden können.

Aus Sicht des (fdr) sollte die Substitution durch Fachambulanzen der Drogenhilfe oder Institutsambulanzen, in die die Drogenhilfe eingebunden ist, mit entsprechender Ermächtigung, sichergestellt werden. Dies würde enorme Kosten sparen, da Hilfen aus einer Hand, psychiatrische und psychotherapeutische eingeschlossen, zur Verfügung gestellt werden könnten. Ebenso ist von einer Verkürzung der Behandlungsdauer auszugehen, da das prioritäre Ziel der Substitution, nämlich Suchtmittelfreiheit, eher erreichbar wäre, weil notwendige umfassende Hilfen zeitgleich zur Verfügung gestellt würden und chronische Verläufe mit jahrelanger Substitution unter Aufrechterhaltung der Abhängigkeit, vermieden werden könnten. Ein weiterer Vorteil wäre das durch Fachambulanzen am ehesten behebbare Stadt-Land-Gefälle, von dem die in kleinen Gemeinden lebenden substituionswilligen Abhängigen z. Zt. betroffen sind. In den meisten Gemeinden finden sich Drogenberatungsstellen, die eine Bewilligung zur Durchführung ambulanter Entwöhnungstherapien haben und deshalb auch zu einem großen Teil für psychosoziale Begleitungen qualifiziert sind. Wo Fachambulanzen fehlen, müssen diese eingerichtet werden. Entsprechende Richtwerte müssen ermittelt werden.

Eine Verbesserung der jetzigen Situation könnte auch der Einbezug des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) bzw. sozialpsychiatrischer Dienste in die Substitutionsbehandlung bringen. Die Kompetenz, mit Suchterkrankungen umzugehen und psychosoziale Begleitungen durchzuführen, müsste natürlich vorliegen oder erworben werden.

3.3 Psychosoziale Begleitung

Mangelnde Kompetenz in der psychosozialen Begleitung von Substituierten wird vom (fdr) als problematisch angesehen, insbesondere dann, wenn mangelnde Professionalität den Ausstieg aus der Sucht behindert oder der ‚Schutz‘ des Süchtigen - auch auf Kosten Dritter - oberste Priorität hat.

Die Entwicklung von Standards in bezug auf Wissen, Können und professionelle Haltung ist notwendig und wird gefordert. Dazu gehören:

- Kenntnisse über die Rahmenbedingungen der Substitutionsbehandlungen,
- Fähigkeiten zur Anamneseerhebung und Diagnostik,
- Erkennen notwendiger Interventionsbedarfe durch andere Fachdisziplinen, insbesondere psychiatrischer und psychotherapeutischer Handlungsbedarf (Komorbidität),
- Fähigkeit zu psychosozialen Indikations- und Prognosestellung, einschließlich der Erstellung eines Hilfeplans, d.h. Aufgabe des Anspruchs „Allen Alles“ anzubieten,
- Beratung von Familien und Angehörigen,
- Begleitung in der Schwangerschaft und dem ersten Lebensjahr des Kindes bzw. diese Sicherstellung durch andere Dienste, wie etwa Familienhebammen,
- interdisziplinäre und institutionsübergreifende Kommunikation, mit Nutzung der dort vorhandenen Kompetenzen,
- professionelle Haltung mit Wertschätzung der Klienten/-innen, die die Übernahme von Verantwortung der Substituierten für ihren Substitutionserfolg fördert,
- Balance zwischen Nähe und Distanz,
- Selbstreflexion und Selbsterfahrung der psychosozialen Begleiter durch Supervision.

Alternativ zur Entwicklung eines Berufsbildes ‚Fachberater für psychosoziale Begleitung‘ (analog: FA für Suchtmedizin) könnten auch andere geeignete, standardisierte Betreuungs- und Behandlungsverfahren, wie z.B. Motivierende Gesprächsführung, Psychoedukation oder Case Management, eingesetzt werden.

Suchttherapeutisch qualifizierte Begleiter verfügen sowohl über das methodische Können wie die geeignete professionelle Haltung für psychosoziale Begleitungen. Trotzdem muss jeweils geprüft werden, ob ein Nachqualifizierungsbedarf bezüglich des spezifischen Wissens über Substitutionsbehandlungen und die spezifischen Bedarfe unterschiedlicher Gruppen von Substituierten sowie kooperative Fähigkeiten mit anderen Einrichtungen und Ämtern besteht. Die Finanzierung geeigneter Qualifizierungsmaßnahmen muss geklärt werden.

In der Ausbildung von Sozialpädagogen, Pädagogen, Psychologen und Medizinern muss die Suchtkunde integraler Bestandteil werden.

3.4 Substituierende/-r Ärztin/Arzt und Psychosoziale Begleitung

Eine gute Kooperation zwischen Arzt und PSB ist wesentlich, damit beide sich in ihren Zielen abstimmen und es nicht zum Ausspielen gegeneinander durch den Substituierten kommt.

Direkt nach der Entscheidung des Arztes zur Substitution sollte die/der Abhängige zu einem Gespräch in einer psychosozialen Begleitstelle verpflichtet werden, um abzuklären, ob die PSB notwendig ist. Falls ja, sollte diese, auch wenn das einen Wechsel des Klienten bedeutet, in einer Drogenberatungsstelle mit qualifizierten psychosozialen Begleitern durchgeführt werden.

Folgende Fragen müssen beantwortet werden:

- Wie kann die Kooperation zwischen Arztpraxen und Drogenberatungsstellen standardisiert werden?
- Wie werden Therapiepläne und Einzelfallhilfen koordiniert?
- Bei wem liegt die Pflicht zur Sicherstellung der Kooperation?

Darüber hinaus sind aus Sicht des (fdr) regelmäßige Besprechungen oder Fallkonferenzen notwendig, um die angestrebte Suchtmittelfreiheit schneller erreichen zu können. Hierfür müssen Honorarfragen für den Arzt geklärt werden.

An einem Beispiel soll die notwendige Kooperation verdeutlicht werden:

Exkurs: Schwangerschaft, Elternschaft und Kindeswohl

Seit langem besteht die Notwendigkeit, sich mit den Themen Schwangerschaft, Elternschaft und Kindeswohl bei Substitution zu befassen, auch und besonders, weil erschreckende Todesfälle und andere schwerwiegende Folgen vor- und nachgeburtlicher Einflüsse auf Kinder Substituierter einige Mängel der Substitutionsbehandlungen offenbart haben.

Es zeigt sich, dass die besonderen Bedarfe der Betroffenen bisher nicht systematisch durchgesetzt werden und dass es insbesondere an der Fähigkeit und oft auch an der Bereitschaft der Beteiligten mangelt, miteinander bzw. mit den jeweils anderen Institutionen und Ämtern zu kooperieren.

Die Aufklärung der substituierten Frau über Schwangerschaftsverhütung und gegebenenfalls -abbruch muss systematischer Bestandteil der ärztlichen Behandlung und psychosozialen Begleitung sein. Letztere muss generell den Kinderwunsch sowie die Schwierigkeit von Drogenabhängigkeit und gleichzeitiger Elternschaft thematisieren und den Frauen entsprechende Hilfeangebote unterbreiten.

Bei Müttern, obwohl bis in die Spätschwangerschaft substituiert, werden notwendige gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen und geburtsvorbereitende Maßnahmen oft missachtet, sowohl von substituierenden Ärzten

wie den begleitenden Fachkräften der Suchthilfe. Besonders gravierend sind die Folgen bei Müttern mit hohem Beikonsum.

Trotz Motivation der schwangeren Substituierten zur Entzugsbehandlung ist diese oft nicht möglich, weil die Frau nicht entsprechend unterstützt bzw. die notwendigen Fristen nicht berücksichtigt wurden. Die zu erwartenden Schädigungen der Kinder können von Gynäkologen bzw. pränataler Medizin und Pädiatrie nicht ausgeglichen werden. Die entstehenden Folgekosten sind ein zusätzliches Argument, hier Abhilfe zu schaffen.

Darüber hinaus, dies hat die jüngste Vergangenheit gezeigt, ist es unabdingbar, substituierte Mütter und Väter intensiver als bisher über die Schwangerschaft hinaus zu begleiten, um einerseits die bestmögliche Unterstützung zu gewähren und andererseits sehr früh die eventuelle Notwendigkeit des Schutzes des Kindes vor den Eltern zu erkennen (§ 8a SGB VIII). Die Parteinahme für das Kind gehört überwiegend nicht zu den Standardüberzeugungen in der Drogenhilfe, weil die Bedürfnisse der süchtigen Eltern die Sicht darauf versperren!

Die Diskussion darüber, ob und wann Drogenabhängigkeit mit Elternschaft vereinbar ist, muss offen geführt werden und ist dringend erforderlich. Der (fdr) hat gemeinsam mit der Drogenbeauftragten der Bundesregierung am 29. Januar 2007 mit dem Expertengespräch hierzu einen Anfang gemacht.

Unabdingbar ist auch die Zusammenarbeit zwischen substituierenden Ärzten, Gynäkologen, Hebammen, PSB, Institutionen wie pro familia und, wenn notwendig, der Jugendhilfe.

4. Wissensbedarf

Die Absicht des Bundesministeriums für Gesundheit, eine Studie über die Ergebnisse langjähriger Substitutionen zu finanzieren, wird begrüßt. Der (fdr) hofft, dass die Ergebnisse besonders unter dem Blickwinkel von Optimierungsmöglichkeiten der jetzigen Praxis betrachtet werden.

Zusätzlich zu den bisher genannten Forderungen besteht Wissensbedarf, der im Wesentlichen die folgenden Bereiche/Fragen umfasst. Berücksichtigt werden insbesondere Fragen, die (auch) die psychosoziale Begleitung betreffen:

- Welches Wissen, Können und welche professionelle Haltung sind gefordert?
- Welche Methoden sind am besten für die Durchführung der PSB und zur Zielerreichung geeignet?
- Lassen sich für alle Substituierten Kernbedarfe formulieren?
- Welche unterschiedlichen Gruppen können bei den Substituierten in Bezug auf die Intensität der Behandlung und Begleitung identifiziert werden?
- Welche Bedarfe bestehen darüber hinaus für unterschiedliche Gruppen von Substituierten, für Frauen und Männer oder Substituierte mit Kindern und wie kann diesen Bedarfen entsprochen werden?
- Falls Fachambulanzen die Substitution ausführen: Können Substituierte und Nicht-Substituierte gemeinsam betreut werden?
- Welche Strukturen der Substitutionsbehandlung versprechen den größten Erfolg für die jeweiligen Gruppen der Substituierten, ärztliche Praxis, ärztliche Praxis und PSB, Fach-, Institutsambulanzen, Schwerpunktpraxen?

In Bezug auf ethische Probleme scheint der Bedarf an handlungsleitenden

Überzeugungen und Wissen besonders groß zu sein. Auch deshalb, weil die Akteure dadurch persönlich sehr stark belastet werden und möglicherweise dann auf Substitutionsbehandlungen eher verzichten oder psychosoziale Begleiter den ungeklärten Fragen ausweichen. Was bedeutet z.B. die Indikation „Substitution nach der Geburt“? Wie lang ist dieser Zeitraum? Muss weiter substituiert werden, um das Kindeswohl nicht zu gefährden oder sollte das Kind schnellst möglich fremdplatziert werden? Wer trägt im juristischen Sinne die Schuld, wenn das Kind durch unsachgemäße Begleitung der substituierten Eltern zu Tod kommt? Oder: Kann die Ärztin / der Arzt, z.B. bei fortwährendem Beikonsum, die Substitutionsbehandlung beenden? Schickt er den Abhängigen dann nicht automatisch in die von Krankheit und Tod bedrohte Szene zurück?

Das notwendige Wissen und die erforderlichen Erkenntnisse und anwendbaren Überzeugungen können durch Forschung oder im Rahmen von Expertengremien gewonnen werden, mit dem Ziel die vorhandenen Leitlinien zu präzisieren und zu erweitern. Diesen Gremien müssen fachlich ausgewiesene Praktiker der Suchthilfe, der Ärzteschaft, andere involvierte Berufsgruppen, Wissenschaftler und Politiker angehören.

5. Zusammenfassung

Die Ergebnisse bisheriger Substitutionsbehandlungen sind unbefriedigend, vor allem, weil sie zu lange dauern und zu wenige Substituierte das Ziel der Suchtmittelfreiheit erreichen. Eine qualifizierte und erfolgsorientierte Substitutionsbehandlung lässt sich mit den bestehenden personellen und finanziellen Ressourcen nicht umsetzen. Es kann politisch nicht gewollt sein, Opiatabhängige in chronische Karrieren zu drängen, weil einerseits zu wenige Substitutionsplätze zur Verfügung stehen und andererseits Angebote für schnelle und stringente Hilfen zu spät erfolgen.

Die Drogenhilfe bietet mit ihrem Verbundsystem der Hilfen alle Voraussetzungen für eine gelungene psychosoziale Begleitung. Die PSB muss jedoch inhaltlich, rechtlich und finanziell gesichert werden.

Eine gute Substitutionsbehandlung verfolgt das prioritäre Ziel der Suchtmittelfreiheit oder, wo dieses nicht (mehr) erreicht werden kann, die größtmögliche gesundheitliche und soziale Stabilisierung Opiatabhängiger. Dies kann nur durch zu entwickelnde Standards für Behandlung und psychosoziale Begleitung unterschiedlicher Gruppen von Substituierten erreicht werden.

Standards müssen sich auf bestehende Erkenntnisse oder noch zu erwerbendes Wissen stützen und durch Expertengremien erarbeitet werden. Erst dann wird es möglich sein, dass Suchtkrankenbehandlungen und -begleitungen rationalen Argumenten folgen und sich Ideologien und kurzsichtigen Lösungen verweigern.

Substitutionsbehandlungen müssen den unterschiedlichen Bedarfen von Abhängigengruppen, z.B. substituierten Eltern, angepasst werden.

Qualitätsmanagementprogramme unterstützen die Optimierung der Substitutionsbehandlung.

Über strukturelle Alternativen, die größeren Erfolg als bisher versprechen, etwa Substitution in Fach- oder Institutsambulanzen oder in entsprechend qualifizierten Sozialpsychiatrischen Diensten bzw. durch den ÖGD, muss nachgedacht werden. Diese Einrichtungen bieten durch ihre Multiprofessionalität sowie zeitgleiche und abgestimmte Hilfen die größten Erfolgsaussichten für gelungene Substitutionen. Deshalb sollten auch die Möglichkeiten der medizinischen Rehabilitation für Substituierte häufiger genutzt werden.

Hannover, den 7. Februar 2007

Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V.