

Bayerische Akademie für
Sucht- und
Gesundheitsfragen

BAS Unternehmergeellschaft
(haftungsbeschränkt)



Empfehlungen für die psychosoziale Betreuung substituierter opiatabhängiger Frauen und Männer

Michael Resing, Marco Stürmer, Susanne Steininger & Karin Wiggerhauser

5.vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage 2014

Impressum

Herausgeber

Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen
BAS Unternehmergesellschaft (haftungsbeschränkt)

Autoren:

Michael Resing	Diplom-Sozialpädagoge (FH), mudra Drogenhilfe Nürnberg
Susanne Steininger	Diplom-Sozialarbeiterin (FH), bis September 2012 Drogenhilfe Schwaben gGmbH
Marco Stürmer	Diplom-Sozialpädagoge (FH), MSc., BAS München
Karin Wiggenhauser	Psychologische Psychotherapeutin, Bereichs-Geschäftsführerin Condrops e.V.

mit Textbeiträgen von:

Max Hopperdietzel	Diplom-Sozialpädagoge (FH), Berufliche Integration, mudra Drogenhilfe Nürnberg
Margit Schwarz	Diplom-Sozialpädagogin (FH); Caritas Fachambulanz Ebersberg
Karin Wiggenhauser	Psychologische Psychotherapeutin, Bereichs-Geschäftsführerin Condrops e.V.

Ein besonderer Dank für die konstruktiven Kommentierungen und hilfreichen Ergänzungen geht an:

Dr. Mignon Drenckberg	Caritas München und Freising
Günter Engel	Caritas Fürth
Dr. Beate Erbas	BAS München
Birgit Gorgas	Suchthilfekordinatorin, Landeshauptstadt München
Melanie Arnold	BAS München
Miriam Houppert	mudra Drogenhilfe Nürnberg
Thomas Krahe	Condrops e.V. München
Wolfgang Rieger	Caritas Fürstenfeldbruck
Bertram Wehner	mudra Drogenhilfe Nürnberg
Dr. Barbara Wiese	Condrops e.V. München

5. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage 2014

© 2014 by

Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen
BAS Unternehmergesellschaft (haftungsbeschränkt)

Landwehrstr. 60-62

80336 München

Tel.: 089/530 730-0, Fax: 089/530 730-19

E-Mail: bas@bas-muenchen.de

Inhalt

1	Einleitung.....	7
2	Zielsetzungen der PSB.....	8
3	Hintergründe und rechtliche Rahmenbedingungen.....	10
3.1	Entwicklung der Substitution in Deutschland.....	10
3.2	Rechtliche Voraussetzungen der psychosozialen Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen.....	11
3.3	Besondere Regelungen der PSB im Rahmen der diamorphingestützten Behandlung.....	12
3.4	Finanzierung.....	12
4	Handlungsebenen der PSB.....	13
5	Rückfall, Beigebrauch, komorbide Substanzstörungen.....	15
6	Praktische Abläufe und Voraussetzungen.....	16
6.1	Diagnostik.....	17
6.1.1	Sozialpädagogische Anamnese.....	17
6.1.2	Psychologisch-psychotherapeutischer Bereich.....	19
6.1.3	Interviews zur Unterstützung der Diagnostik.....	19
6.2	Behandlungsvertrag und Betreuungsplan.....	20
6.3	Dokumentation und Evaluation.....	21
6.4	Interdisziplinärer Informationsaustausch und Koordination von Hilfsmaßnahmen.....	21
7	Angewandte psychosoziale Maßnahmen.....	22
7.1	Einzelfallarbeit mit dem Ziel der Verbesserung individueller Lebensverhältnisse.....	23
7.1.1	Beratung und Information.....	23
7.1.2	Gesprächsangebote.....	23
7.1.3	Psychotherapie.....	24
7.2	Case Management.....	25
7.3	Soziale Gruppenarbeit mit dem Ziel der Entwicklung sozialer Kompetenzen.....	26
7.3.1	Offene Kontaktangebote.....	26
7.3.2	Offene und geschlossene Gruppenangebote.....	26
7.4	Gemeinwesenarbeit zur Verbesserung sozialräumlicher Strukturen.....	27
8	Ausschluss und disziplinarische Beendigung.....	28
9	Spezifische Fragestellungen in der Psychosozialen Betreuung.....	28
9.1	Die psychosoziale Betreuung Substituierter in ländlichen Regionen: Stärken, Schwächen, Lösungen.....	28
9.1.1	Substituierende Ärzte.....	29
9.1.2	Apotheken.....	30
9.1.3	Psychosoziale Beratungsstellen.....	30
9.1.4	Informelle Treffpunkte/ländliche Szenen.....	31
9.1.5	Ablösung der Komm-Struktur durch Geh-Strukturen.....	31
9.2	Substitution und Arbeit.....	32
9.3	Kinder substituierter Eltern.....	34

9.3.1	Hintergrund	34
9.3.2	Netzwerke und Kooperationen	34
9.3.3	Rechtliche Grundlagen.....	35
9.3.4	Handlungsempfehlungen zum Wohl des Kindes.....	38
10	Organisatorische Grundaussagen.....	39
10.1	Erreichbarkeit der PSB.....	39
10.2	Räumliche und sachliche Ausstattung	39
10.3	Mitarbeiter: Bedarf und Qualifikation	40
10.4	Konzept	40
11	Evidenz.....	41
12	Kooperation.....	43
12.1	Kooperationspartner.....	43
12.2	Prinzipien der Zusammenarbeit / Kooperation	44
13	Literatur	45
14	Gesetzestexte	49
15	Weiterführende Literaturempfehlungen.....	50

Vorwort

Nachdem die vierte, vollständig überarbeitete Auflage der *Empfehlungen für die psychosoziale Betreuung substituierter opiatabhängiger Frauen und Männer* mittlerweile mehr als zehn Jahre zurückliegt, war es an der Zeit, die bisherigen Empfehlungen in einer deutlich erweiterten Neuauflage grundlegend zu überarbeiten. Die Aktualisierung wurde insbesondere deshalb erforderlich, weil sich in diesem Zeitraum für die substitutionsgestützte Behandlung einige, zum Teil gravierende Veränderungen und Erkenntnisse ergeben haben.

In erster Linie verweisen die mittlerweile langjährigen praktischen Erfahrungen mit der substitutionsgestützten Behandlung auf die Notwendigkeit, die Behandlungsperspektive zu erweitern und haben damit einem Paradigmenwechsel den Weg bereitet: Die Behandlungsform ist weit mehr als nur ein Zwischenschritt für die Aufnahme einer abstinenzorientierten Rehabilitation bzw. bis zur Erreichung der Abstinenz. Substitution stellt vielmehr für bestimmte Klientengruppen eine sinnvolle, weil überlebenssichernde und deshalb zu priorisierende Behandlungsoption dar. Dieser Paradigmenwechsel erfordert Modifikationen der bisherigen Empfehlungen für die psychosoziale Begleitung/Betreuung.

Eine weitere bemerkenswerte Veränderung betrifft die Einführung der diamorphingestützten Behandlung in Deutschland. Der Gesetzgeber sieht für diese Behandlungsform u.a. eine verpflichtende Teilnahme an der psychosozialen Betreuung vor.

Mit diesen Empfehlungen möchten wir dazu beitragen, allen an einer substitutionsgestützten Behandlung beteiligten Professionen ein breiteres Verständnis für dieses vielfältige psychosoziale Arbeitsfeld zu vermitteln. Vor allem aber enthalten die Empfehlungen praxisorientierte Hinweise und Hintergründe für (neue) Kollegen¹ in diesem Handlungsfeld.

Es lag deshalb nahe, die Praxis eng in die Überarbeitung dieser Empfehlungen miteinzubeziehen. Ein Workshop im Rahmen der 24. Tagung des Netzwerkes Sucht in Bayern der BAS bildete den Auftakt des Überarbeitungsprozesses. In einem zweiten Schritt wurden die Ergebnisse der Überarbeitung mit den Mitgliedern des Ständigen Ausschusses Praxis (STAP) der BAS diskutiert. Schließlich wurden auf Basis eines ausführlichen Entwurfes Kommentierungen von erfahrenen Kollegen der Caritas, von Condrobs e.V., der Drogenhilfe Schwaben e.V. sowie der mudra Drogenhilfe Nürnberg eingeholt und eingearbeitet. In einer abschließenden Redaktionskonferenz wurden die vorliegenden *Empfehlungen für die psychosoziale Betreuung substituierter opiatabhängiger Frauen und Männer* fertiggestellt.

Aufgrund der Komplexität des Arbeitsfeldes und bestätigt durch den konstruktiven Austausch mit erfahrenen Praktikern aus Bayern verstehen wir das vorliegende Papier als „offenes Dokument“, dessen regelmäßige

¹ Zugunsten einer angenehmeren Lesbarkeit verzichten wir auf die männliche und weibliche Schreibweise und beschränken uns auf die männliche Form. Gemeint und angesprochen sind in jedem Falle gleichrangig beide Geschlechter.

Fortschreibung und Anpassung an aktuelle Entwicklungen erforderlich sein wird. So wird die dringend notwendige Verbesserung der Substitutionsmöglichkeiten für inhaftierte Opiatabhängige (siehe hierzu ausführlich Stöver, 2012) sicherlich auch zu Weiter- und Neuentwicklungen im Rahmen der PSB führen.

Die Autoren

München, im Mai 2014

1 Einleitung

„Die substitutionsgestützte Behandlung stellt eine wissenschaftlich evaluierte Therapieform der manifesten Opiatabhängigkeit dar“ (Bundesärztekammer, 2010). Diese Form der Suchtbehandlung kombiniert medizinische und psychosoziale Maßnahmen in einem differenzierten, multidisziplinären Behandlungssetting. In jedem Behandlungsstadium sollten deshalb die Handlungskonzepte der verschiedenen beteiligten Berufsgruppen in eine abgestimmte gemeinsame Vorgehensweise münden. Abstinenz stellt keine Voraussetzung für eine Behandlungsaufnahme dar, vielmehr kann diese ein Ergebnis einer positiv verlaufenden Substitution sein. Handlungsleitend ist die Erkenntnis, dass Suchtkrankheit aus einem Zusammenwirken von psychischen, somatischen sowie sozialen Problemlagen entsteht. Die substitutionsgestützte Behandlung bietet Betroffenen hierzu ein Spektrum unterschiedlicher Angebote, die sich von der Schadensminimierung und Überlebenshilfe über existenzsichernde Alltagshilfen bis hin zu Maßnahmen der Ausstiegsorientierung und Abstinenz erstrecken. In Abhängigkeit von der individuellen Situation des zu Behandelnden sind deshalb psychosoziale Maßnahmen in unterschiedlichem Umfang und in unterschiedlicher Intensität zu installieren.

Die psychosoziale Betreuung von Substituierten findet in der Praxis unter sehr unterschiedlichen strukturellen Bedingungen, in unterschiedlichen Kontexten und im Rahmen unterschiedlicher Hilfeformen statt: Diese Hilfeform ist im urbanen Raum ebenso wie in ländlich-geprägten Regionen, in niedrigschwelligen Hilfeangeboten ebenso wie in intensiveren Betreuungsformen verortet. Neben dem individuellen Hilfebedarf des Klienten beeinflussen diese unterschiedlichen Gegebenheiten Intensität und inhaltliche Ausgestaltung der psychosozialen Betreuung. Am häufigsten findet psychosoziale Betreuung von Substituierten im Rahmen der Unterstützungsangebote von Sucht- und Drogenberatungsstellen statt. Die vorliegenden Empfehlungen fokussieren deshalb schwerpunktmäßig auf diesen Kontext. Um den unterschiedlichen Angebotsformen im Rahmen der psychosozialen Betreuung gerecht zu werden, wurden spezifische Darstellungen zu den Besonderheiten im ländlichen Rahmen, zur Betreuung/Begleitung substituierter Eltern sowie zum Bereich Arbeit ergänzt. In Forschung und Praxis besteht weitestgehend Konsens, dass psychosoziale Maßnahmen die Ergebnisse der substitutionsgestützten Behandlung verbessern können. Die enge Verquickung von pharmakologisch-medizinischer Behandlung und psychosozialen Maßnahmen stellt eine deutsche Besonderheit dar. Bisher existiert jedoch weder eine einheitliche Definition bezüglich der Inhalte noch hat sich eine einheitliche Begrifflichkeit durchsetzen können (vgl. Gerlach & Stöver, 2009). Im Rahmen der vorliegenden Empfehlungen wird, wie in den vorangegangenen Empfehlungen, der Terminus psychosoziale Betreuung weiterhin beibehalten und die Abkürzung PSB verwendet.

In methodischer Hinsicht umfasst die PSB sowohl sozialpädagogische als auch psychologische Verfahren in Form von Einzel- und Gruppenarbeit und weiteren Maßnahmen.

Bisher wird in der Zusammenarbeit mit Ärzten die PSB in verschiedenen Kooperationsformen angeboten und realisiert. Für die Kernaufgaben der substitionsgestützten Behandlung haben sich folgende strukturelle Kooperationsmodelle in Deutschland etabliert. Diese Modelle sind in der Praxis erprobt und haben sich als geeignet erwiesen:

- 1) Kooperation von Ärzten/Schwerpunktpraxen und Suchtberatungsstellen/Suchthilfeeinrichtungen
- 2) Medizinische Schwerpunktpraxen, in die sozialpädagogische Fachkräfte integriert sind
- 3) Substitutionsambulanzen mit integrierter PSB

Damit Substitution als qualifizierte Behandlung der Suchterkrankung durchgeführt werden kann, sollte für die Durchführung der PSB immer entsprechend ausgebildetes und erfahrenes sozialpädagogisches und/oder psychologisches Fachpersonal herangezogen werden.

2 Zielsetzungen der PSB

Die PSB im Rahmen einer substitionsgestützten Behandlung zielt auf eine Verbesserung des körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens, um ein menschenwürdiges, selbständiges Leben zu ermöglichen. Das (langfristige) Idealziel der Drogenabstinenz ist, je nach Schwere und Komplexität der psychischen, sozialen und körperlichen Erkrankungen, über mehrere kurz- und mittelfristige Zwischenziele oft erst nach Jahren und nur für einen Teil der Substituierten erreichbar. Ergebnisse der Langzeituntersuchung PREMOS zeigen, dass für den weitaus größeren Teil der Opiatabhängigen eine langfristige bis lebenslange Substitution eine sinnvolle Alternative zur Abstinenz darstellt. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund zu bewerten, dass eine hohe Abstinenzorientierung in der substitionsgestützten Behandlung Risiken birgt, die die Stabilität der Behandlung gefährden und das Mortalitätsrisiko erhöhen können (Wittchen et al., 2011b).

Grundsätzlich sollten die Zielsetzungen sowie die inhaltliche Ausgestaltung der Interventionsangebote im Rahmen einer PSB zielgruppenspezifisch (z.B. für Minderjährige, Migranten, Gender, ältere Patienten, Patienten mit physischer und/ oder psychischer Komorbidität etc.) ausgerichtet werden.

Dem ganzheitlichen und multidisziplinären Behandlungsansatz folgend gelten die Ziele der substitionsgestützten Behandlung auch für die PSB (Bundesärztekammer, 2010; DHS, 2010; FDR, 2003).

Die Abbildung 1 zeigt eine Gegenüberstellung von Teilzielen und Unterstützungsleistungen, die im Rahmen einer PSB angeboten und durchgeführt werden können und der Zielhierarchie in der Suchtbehandlung nach Körkel und Kruse (1997). Als zentrale Handlungsfelder der PSB sind Harm reduction, gesundheitliche Stabilisierung, gesellschaftliche Integration und abstinenzorientierte Hilfen zu nennen. Abstinenzorientierte Zielsetzungen und stabile langfristige/lebenslange Substitution stehen gleichrangig nebeneinander. Das Ziel der Überlebenseicherung besitzt höchste Priorität.

Abbildung 1: Ziele und Unterstützungsleistungen im Rahmen der PSB

Therapieziele (Körkel & Kruse)	▶	Teilziele und Unterstützungsleistungen im Rahmen der PSB
Lebensgestaltung und -bewältigung in Zufriedenheit	gesellschaftliche Integration	<p>Teilhabe am Leben in der Gesellschaft</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hilfe bei der Sicherung der finanziellen (Basis-) Versorgung, dadurch indirekt: <ul style="list-style-type: none"> ○ Verhinderung von Beschaffungskriminalität ○ Vermeidung von Beschaffungsprostitution ▪ Unterstützung bei der Verbesserung der sozialen Situation ▪ Unterstützung bei der Sicherstellung von Wohnraum ▪ Unterstützung bei Entwicklung, Erhalt und Stärkung der sozialen Kompetenz <ul style="list-style-type: none"> ○ Förderung von Eigenverantwortlichkeit und Handlungskompetenz (Empowerment) ○ Aufbau von Konfliktlösefähigkeiten und Bewältigungsstrukturen ▪ Förderung der Motivation zur persönlichen Entwicklung <ul style="list-style-type: none"> ○ Motivation zur Entwicklung mittel- und langfristiger Lebensziele ○ Unterstützung einer autonomen Lebensgestaltung in freier, persönlicher Entscheidung ▪ Hilfe beim Aufbau eines sozialen Netzwerks außerhalb drogenbezogener Lebensbezüge ▪ Befähigung zu einer (subjektiv) sinnvollen Alltags- und Freizeitstrukturierung (Tagesstruktur) <p>Für (werdende) Eltern: Schwangerschaftsberatung und Unterstützung der Erziehungskompetenz substituierender Eltern</p> <p>Teilhabe am Arbeitsleben</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Unterstützung und Klärung der schulischen und beruflichen Situation ▪ Unterstützung beim Erhalt des Arbeitsplatzes bzw. Reintegration in Arbeit und Beschäftigung ▪ Hilfe bei der Klärung der strafrechtlichen Situation und Entwicklung von Haftvermeidungsstrategien
Dauerhafte Abstinenz	abstinenzorientierte Hilfen	Befähigung zu einem Leben ohne Drogen Rückfallprophylaxe und -bearbeitung
Verlängerung suchtmittelfreier Perioden		Einübung alternativer Problembewältigungsmechanismen Stärkung der Selbstwirksamkeit
Reduzierung von Einnahmehäufigkeit und -menge; Rückgriff auf weniger gefährliche Suchtmittel oder Konsumformen	Harm reduction	Unterstützung bei der Reduktion des Gebrauchs anderer Suchtmittel, z.B. durch Selbstmanagement-Trainings
Sicherung des möglichst gesunden Überlebens	gesundheitliche Stabilisierung	<p>Unterstützung der gesundheitlichen Stabilisierung durch...</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Förderung der Behandlungsmotivation und Akzeptanz professioneller Hilfeangebote ▪ Hilfe bei der Vermeidung infektiöser Erkrankungen ▪ Motivation zur Wahrnehmung ärztlicher Versorgung über die Substitutionsmittelvergabe hinaus ▪ Motivation zur Behandlungsaufnahme bei Begleiterkrankungen ▪ Unterstützung bei der Etablierung einer gesundheitsfördernden Lebensweise v. a. in Hinblick auf Ernährung und Hygiene ▪ Erarbeitung von Coping-Strategien zur Bewältigung bzw. Verhinderung weiterer schwerer Erkrankungen (HIV, Hepatitis) ▪ Motivation zur Krankheitsklärung und Behandlungsaufnahme bei Vorliegen komorbider psychischer Erkrankungen
Sicherung des Überlebens [Zielsetzung mit der höchsten Priorität]		

3 Hintergründe und rechtliche Rahmenbedingungen

3.1 Entwicklung der Substitution in Deutschland

In Deutschland besaß die Substitutionsbehandlung, trotz positiver internationaler Forschungsergebnisse, lange Zeit keine handlungspraktische Relevanz. Erst durch die zunehmende Verbreitung der Immunschwächekrankheit AIDS unter injizierenden Heroinkonsumenten wurde Methadon in begründeten Einzelfällen seit Mitte der 1980er Jahre an betroffene Abhängige vergeben. Einige Bundesländer begannen 1987 mit ersten Modellversuchen der Methadonsubstitution (Stöver & Gerlach, 2010).

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen erließ erstmalig am 01.10.1991 auf Grundlage des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) die *Neuen Untersuchungs- und Behandlungsrichtlinien (NUB-Richtlinien)*, in denen die Indikationen und die Durchführungsbedingungen einer Substitution festgelegt wurden (FDR, 2011). Nach langer, kontrovers geführter, fachlicher und politischer Debatte war damit der Weg für eine bundesweite Einführung und Finanzierung dieser Behandlungsform (auch) durch die gesetzliche Krankenversicherung geebnet.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen (siehe auch 3.2) einer substitutionsgestützten Behandlung regelt seit 1992 die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) (FDR, 2011). Eine wirkliche Präzisierung dieser Regelungen fand allerdings erst mit der Novellierung 2001 statt: Im Kontext dieser Novellierung wurde die Bundesärztekammer beauftragt, Substitutionsrichtlinien festzulegen, die dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechen. Erstmals wurden diese Richtlinien im März 2002 verabschiedet; die bisher aktuellste Fassung liegt seit Februar 2010 vor (Bundesärztekammer, 2010).

Die *NUB-Richtlinien* – Grundlage für die Finanzierung der substitutionsgestützten Behandlung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung – wurden zunächst unter der Bezeichnung *Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 135 I SGB V (BUB-Richtlinien)* in den Jahren 1999, 2002 und 2004 durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen überarbeitet (FDR, 2011). Auf die *BUB-Richtlinien* folgte im Jahr 2006 erstmalig die *Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung*, deren aktuellste Fassung im November 2013 in Kraft getreten ist (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2013).

Während es in der Vergangenheit schwierig war, die Zahlen substituierter Patienten und Ärzte verlässlich zu bestimmen, hat sich dies in den letzten Jahren durch die Einführung eines zentralen Substitutionsregisters verbessert. Die Zahl der gemeldeten Substitutionspatienten stieg seit Beginn der Meldepflicht im Jahre 2002 von 46.000 Substitutionspatientinnen zunächst kontinuierlich bis zum Jahr 2010 an. Seitdem ist die Anzahl weitestgehend gleichbleibend und liegt für das Jahr 2013 bei 77.300 Substitutionspatienten (BfArM, 2014).

Damit stellt die substitutionsgestützte Behandlung in Deutschland die am häufigsten angewandte Behandlungsform der Heroinabhängigkeit dar (Scherbaum, 2007).

3.2 Rechtliche Voraussetzungen der psychosozialen Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen

Rechtliche Grundlagen der Substitutionsbehandlung in Deutschland finden sich im Arzneimittelgesetz (AMG), dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG), der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV, letzte Änderung am 20.07.2012), sowie in den *Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger* (Bundesärztekammer, 2010).

Soweit die substitutionsgestützte Behandlung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung gewährt wird, sind zudem die Vorschriften des SGB V und die entsprechenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (2013) zu beachten.

Die rechtlichen Voraussetzungen einer PSB im Rahmen einer Substitutionsbehandlung sind in § 5 Abs. 2 Nr. 2 BtMVV festgelegt. Demnach darf der Arzt ein Substitutionsmittel so lange verschreiben, wie „die Behandlung erforderliche psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosoziale Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen einbezieht“.

Zudem verweist § 5 Abs. 11 BtMVV auf die Richtlinien der Bundesärztekammer, die den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft für die Zulässigkeitsvoraussetzungen, die Auswahl des Substitutionsmittels sowie für die Bewertung des Behandlungserfolges festlegen. Die Richtlinien der Bundesärztekammer (2010) konkretisieren den Kontext und Umfang der psychosozialen Maßnahmen: Die Substitutionsbehandlung wird als umfassendes Therapiekonzept bewertet, das die Vermittlung in psychosoziale Maßnahmen vorsieht. Hierfür ist die Einbeziehung von Einrichtungen des Suchthilfesystems vorgesehen.

Der Passus „erforderliche psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosoziale Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen“ wird durch die Richtlinien insofern definiert, dass sich Art und Umfang der PSB nach der individuellen Situation und dem Krankheitsverlauf des Patienten richten. Dem substituierenden Arzt kommt hierbei zunächst die Aufgabe zu, auf den Patienten hinzuwirken, mit einer entsprechenden Einrichtung (Beratungsstelle) Kontakt aufzunehmen. Arzt und Beratungsstelle klären gemeinsam den individuellen Bedarf an PSB. Aussagen zur Terminfrequenz und zur Termindauer werden nicht getroffen. Erkennen weder Arzt noch Beratungsstelle Gründe für die Indikation einer PSB, dann ist dies schriftlich zu dokumentieren. Die Substitution kann dann ohne PSB fortgesetzt werden. In allen anderen Fällen sollen psychosoziale Maßnahmen und ärztliche Behandlung kontinuierlich koordiniert werden. In Ausnahmen kann eine Substitution „zur Abwehr akuter gesundheitlicher Gefahren“ auch dann erfolgen, „wenn und solange eine psychosoziale Betreuung nicht möglich ist.“ (Bundesärztekammer, 2010).

Eine indizierte und durchgeführte psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung ersetzt eine PSB nicht. Das umfassende Therapiekonzept, die Therapieebenen und -ziele sowie die PSB-Maßnahmen sind zu dokumentieren. Grundsätzlich ist die Verfügbarkeit von PSB seitens der Kostenträger sicherzustellen (Bundesärztekammer, 2010).

Konkrete Standards für die PSB benennen die Richtlinien nicht, sondern verweisen hierfür auf eine Erarbeitung seitens der Drogenhilfe. Leitlinien für die PSB wurden bisher vorgelegt durch Bühringer et al. (1995), durch den *Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik* (akzept e.V.; 1995), durch den *Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V.* (FDR, 2003) und zudem im Rahmen einer Positionierung der *Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V.* (DHS, 2010).

3.3 Besondere Regelungen der PSB im Rahmen der diamorphingestützten Behandlung

Seit dem 12. Juni 2010 zählt die diamorphingestützte Behandlung Opiatabhängiger zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung für den ambulanten vertragsärztlichen Bereich. Für die PSB im Rahmen einer diamorphingestützten Behandlung bestimmt die BtMVV besondere Vorgaben: Erstens gilt als Zugangsvoraussetzung eine vorangegangene mindestens sechsmonatige Substitutionsbehandlung einschließlich einer PSB (§ 5 Abs. 9a Nr. 3 BtMVV). Zweitens muss in den ersten sechs Monaten einer diamorphingestützten Behandlung die PSB verpflichtend durchgeführt werden (§ 5 Abs. 9c BtMVV).

3.4 Finanzierung

Für die Kostenübernahme der PSB bestehen bundesweit keine einheitlichen Regelungen und Finanzierungsgrundlagen. Dementsprechend haben sich unterschiedliche Finanzierungsmodelle in den und innerhalb der einzelnen Bundesländer entwickelt. Zur Veranschaulichung werden stellvertretend einige Bundesländer und deren Finanzierungsmodelle skizziert:

In *Berlin* wird PSB über Einzelfallabrechnungen auf Grundlage von Fachleistungsstunden finanziert. Das Modell basiert auf einer zwischen Senat und Wohlfahrtsverbänden ausgehandelten Leistungsbeschreibung im Sinne der §§ 53/54 SGB XII (Drees, 2009).

In *Hessen* wurde PSB als Standardleistung in das Angebotsprofil der Drogenhilfe aufgenommen und wird im Rahmen der Zuwendungen von Land, Kommunen und Gebietskörperschaften für Suchthilfe pauschal finanziert (Heinz, 2009).

In *Niedersachsen* wird PSB als freiwillige Leistung durch das Sozialministerium finanziell gefördert, wobei die Höhe der Fördermittel der Bedarfslage bzw. der gestiegenen Anzahl von Substituierten nicht (mehr) gerecht wird (Mannstein, 2009).

In *Bayern* übernehmen die sieben bayerischen Regierungsbezirke als überörtliche Sozialhilfeträger die Kosten der PSB nach den Vorschriften des SGB XII. Grundlage der pauschal finanzierten Fachkraftstellen bilden die Richtlinien zur Förderung der Psychosozialen Suchtberatungsstellen der bayerischen Bezirke. Zum Leistungsspektrum einer Suchtberatungsstelle zählt gemäß den Rahmenleistungsbeschreibungen der bayerischen Bezirke auch die PSB. Zielvereinbarungen zwischen zuständigem Regierungsbezirk und Träger dienen der Konkretisierung des notwendigen Leistungsspektrums für die jeweilige Versorgungsregion.

Jeder Regierungsbezirk entscheidet eigenständig, wie viele Fachkräfte in der Region gefördert werden (Wehner, 2009).

In *Nordrhein-Westfalen* wird PSB sowohl im Rahmen von Pauschalfinanzierungen durch Land und Kommunen als auch auf Grundlage der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII (Teilhabe) und nach dem SGB II (Hilfestellung zur Eingliederung in das Erwerbsleben) finanziert (Koethner, 2009).

Die uneinheitliche Finanzierungssituation der PSB resultiert häufig auch in einer unzureichenden monetären und personellen Ausstattung der durchführenden Einrichtungen, so dass erforderliche psychosoziale Maßnahmen häufig nur marginal und unzureichend angeboten und durchgeführt werden können oder entsprechende Angebote sogar völlig fehlen.

Ziel muss es deshalb zukünftig sein, die PSB als integralen Bestandteil der Substitutionsbehandlung allen Substituierten zur Verfügung zu stellen und – wie in den Richtlinien der Bundesärztekammer (2010) gefordert – leistungsrechtlich abzusichern.

4 Handlungsebenen der PSB

Aufgrund eines nicht-linearen Krankheitsverlaufs ist eine flexible Interventionsgestaltung im Rahmen der PSB erforderlich. Inhaltlich lassen sich – angelehnt an die Modellvorstellung der Behandlungsphasen in der Substitution – hierbei fünf zentrale Handlungsebenen unterscheiden: *Anfangs- bzw. Akutphase, Stabilisierung, Supportive Betreuung, Erhaltung oder Abdosierung und Nachsorge* (BAS, 2010 modifiziert nach Resing & Stürmer; vgl. Abbildung 2). Dieses Modell kennzeichnet weniger eine lineare Entwicklung, sondern zentrale Interventionsbereiche, die sich am Abhängigkeitsgrad, der Abhängigkeitsdauer, dem aktuellen Gesundheitszustand, der aktuellen Lebenssituation und den vorhandenen Ressourcen des Klienten sowie dem Behandlungsverlauf orientieren. Weiterhin sind, wie schon bei der Zielformulierung, individuelle Unterschiede (wie Alter, Geschlecht, Herkunft, Konsumdauer und -form etc.) zu berücksichtigen, da sie strukturelle und inhaltliche Konsequenzen für die Ausgestaltung der PSB nach sich ziehen.

Abbildung 2: Handlungsebenen in der PSB

Handlungs- ebene		Aufgaben & Zielsetzungen	
Anfangs- bzw. Akutphase			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufnahme und Herstellung bzw. Stabilisierung des Kontaktes zur PSB ▪ Anamnese und Klärung der aktuellen Situation, eventuell erste (Krisen-) Interventionen ▪ Unterstützung bei der Einleitung notwendiger medizinischer/psychiatrischer Behandlungen ▪ Unterstützung bei der Reduktion des illegalen Drogenkonsums ▪ Aufbau einer vertrauensvollen (therapeutischen) Beziehung
Stabilisierung			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zielfindung, Zielformulierung (individueller Betreuungs- bzw. Behandlungsplan) für kurze und mittelfristige Veränderungen ▪ Sicherstellung elementarer materieller Lebensgrundlagen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sicherung der finanziellen (Basis-) Versorgung ▪ Wohnungssuche bzw. Erhalt der Wohnung ▪ Schuldenregulierung ▪ Unterstützung bei rechtlichen Problemen ▪ etc. ▪ Integration in die PSB und bei Bedarf Einbindung in weitere relevante Hilfssysteme, z.B. AIDS-Hilfe, Familien-Hilfe, Erziehungsberatung, Obdachlosenhilfe, betreutes Wohnen, Schuldnerberatung ▪ Unterstützung bei der Stabilisierung der Dosis, bei der Reduktion von Beikonsum und bei Bedarf Rückfallbearbeitung
Supportive Betreuung			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formulierung langfristiger individueller Ziele ▪ Aufbau von sozialen Kontakten außerhalb von drogenbezogenen Alltagsbezügen ▪ Entwicklung neuer Lebensperspektiven (Arbeit, Schule, Partnerschaft) ▪ Einbeziehung des sozialen Umfeldes in die Behandlung (z.B. Eltern, Partner, Arbeitgeber) ▪ Förderung der vorhandenen psychischen und sozialen Ressourcen und Training von Verhaltensalternativen ▪ Entwicklung eines Krankheitsverständnisses ▪ Auf Wunsch Entwicklung von Strategien zur vollständigen Abstinenz und Begleitung beim Prozess der Abdosierung
Erhaltung	Abdosierung & Nachsorge		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unterstützung der erreichten Behandlungsstabilität & Förderung/Verbesserung des Lebensqualitätsniveaus ▪ möglicherweise reduzierte Betreuungs- und Behandlungsintensität oder falls kein Bedarf auch Aussetzen der PSB, Intervention nach Bedarf ▪ Beendigung der PSB bei fortgesetzter Substitution <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intensive medizinische und psychosoziale Betreuung bei der schrittweisen ambulanten Abdosierung des Substituts ▪ Rückfallprophylaxe, evtl. Vermittlung in Konsum-Kontroll- und Reduktionsprogramme und/oder Selbsthilfegruppen ▪ Ggf. Vermittlung und Einleitung von Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung oder ggf. einer Psychotherapie ▪ Bei Bedarf Vorbereitung/Vermittlung in Angebote der Nachsorge/Selbsthilfe für die Zeit nach der Substitution

Krisenintervention und Rückfallprophylaxe
KRISEN

Im Laufe einer Substitutionsbehandlung können immer wieder krisenhafte Situationen auftreten. Häufig stehen diese Krisen in Zusammenhang mit einem Opiatrückfall oder dem Gebrauch anderer psychoaktiver Substanzen bzw. werden durch diese ausgelöst. Grundsätzlich ist es Aufgabe der PSB, diese Situationen gemeinsam mit dem Klienten zu analysieren, ihm das Verstehen dieser Situation zu ermöglichen und ihn bei der Lösung/Klärung zu unterstützen. Deshalb ist es wichtig,

- a) bereits präventiv gemeinsam mit dem Klienten Strategien für den Umgang mit Krisensituationen und einen individuellen Notfallplan zu entwickeln.
- b) gemeinsam mit dem Klienten diese individuelle Strategien der Krisenprävention und -bewältigung zu trainieren.

Jeder Rückfall oder Beigebrauch ist somit auch als ein Vorfall zu verstehen, der im Rahmen der PSB ein sensibles Fenster öffnen kann, um mögliche Ursachen der Abhängigkeitserkrankung und tiefer liegende Probleme zu thematisieren.

Grundsätzlich ist in Rückfallsituationen immer anzustreben, eine bestehende Substitutionsbehandlung zu erhalten (Wittchen et al., 2011).

5 Rückfall, Beigebrauch, komorbide Substanzstörungen

Opiatabhängigkeit ist eine chronisch-rezidivierende Erkrankung mit komplexem Störungsbild. Der Verlauf einer substitutionsgestützten Behandlung ist dementsprechend bei einer Vielzahl der Patienten durch Rückfälle und/oder Beigebrauch gekennzeichnet. Als Rückfall im Rahmen einer Substitutionsbehandlung wird in der Praxis grundsätzlich ein erneuter Heroin/Opiatkonsum bewertet, als Beigebrauch wird der Konsum anderer psychoaktiver Substanzen oder nicht verordneter Medikamente bezeichnet. Zu beachten ist weiterhin, dass ein Teil der Patienten komorbide behandlungsbedürftige Substanzstörungen entwickelt. Die Thematisierung und Bearbeitung von Rückfällen, Beigebrauch und/oder komorbiden Substanzstörungen stellt somit eine zentrale Aufgabe in der PSB dar.

Beigebrauch und/oder Rückfälle können im Rahmen einer diagnostischen Bewertung Hinweise auf mögliche komorbide Erkrankungen, intrapsychische Konflikte, akute oder länger währende psychosoziale Belastungen, Ängste und Überforderungen geben. Zielführend kann es sein, gemeinsam mit dem Klienten die Funktionen, die der Beigebrauch/Rückfall erfüllt, zu analysieren. Anhand solcher Verhaltensanalysen können ergänzende Interventionen abgeleitet werden: Kompensiert der Klient körperliche Schmerzen und versucht sein körperliches Wohlbefinden zu verbessern, müssen möglicherweise Dosierung und Medikation überprüft werden. Erfüllt der Konsum sozial-integrative Funktionen, können Interventionen zur Verbesserung sozialer Kompetenzen angezeigt sein. Versucht der Klient, psychische Belastungen/komorbide Störungen im Sinne einer Selbstmedikation zu lindern, können psychotherapeutische Hilfen eine sinnvolle Ergänzung darstellen.

Handlungsleitende Fragestellungen bei Beigebruch/Rückfall für die weitere Interventionsplanung sind:

- Welche gesundheitlichen und psychosozialen Risiken bestehen für den Klienten?
- In welchem Ausmaß sind die Alltagsbewältigung und das Erreichen psychosozialer Zielsetzungen eingeschränkt?
- Inwieweit ist die substitions-gestützte Behandlung insgesamt gefährdet?

Berater und Patient sollten gemeinsam eine Entscheidungsgrundlage entwickeln, ob und falls ja welche zusätzlichen Interventionen (z.B. Konsum-Kontrollprogramme) erforderlich sind. In gravierenden Fällen kann die Diskussion weiterer Behandlungsalternativen zur substitions-gestützten Behandlung erforderlich sein. Im Hinblick auf diese Entscheidungen und weitere Beratungsinterventionen sollte jedoch immer berücksichtigt werden, dass ein hoher Abstinenzdruck zu steigenden Risiken im Hinblick auf Behandlungsstabilität und Mortalität führen kann (Wittchen et al., 2011b).

Solche Situationen können in einem rechtlich-therapeutischen Dilemma für den behandelnden Arzt münden, das die Beziehungsebene aller an der Behandlung beteiligter Personen beeinflussen kann: Gemäß § 5 Absatz 2 BtMVV können die ärztlichen Verschreibungsmöglichkeiten durch Rückfall, Beigebruch oder starken Alkoholkonsum tangiert sein, da der Arzt das Substitut nur verordnen darf, wenn der Patient keine „Stoffe gebraucht, deren Konsum nach Art und Menge den Zweck der Substitution gefährdet“. Die bisher unbestimmte Begrifflichkeit „substitions-gefährdender Beigebruch“ erfordert eine weitere Konkretisierung und Definition, um mehr Handlungssicherheit für die Beteiligten zu erzeugen. Die notwendige Definition sollte in jedem Fall auf einer medizinisch-therapeutischen Entscheidungsgrundlage basieren.

6 Praktische Abläufe und Voraussetzungen

„Die PSB bietet somit Unterstützung im Alltag, was soziale Kontakte, Wohnen, (Sozial-) Recht, Arbeit, Kindererziehung usw. angeht. Nach Auffassung des Hamburger Oberverwaltungsgerichts (Beschluss vom 11. April 2008, 4 Bf 83/07.Z. 5 K 5935/03) entspricht sie – sofern sie die genannten Leistungen erbringt – dem Ziel des § 53 Abs. 2 Satz 2 SGB XII. Danach hat die Eingliederungshilfe vor allem die Aufgabe, „den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen“. (Stöver & Michels, 2012).

Um diese umfassenden Unterstützungsleistungen gewährleisten zu können, beginnt die PSB grundsätzlich gleichzeitig mit der medikamentösen Substitutionsbehandlung. Weitere Voraussetzung für eine qualifizierte PSB ist die individuelle Planung der Betreuung. Im Rahmen eines ausführlichen, persönlichen Erstgesprächs sollten die aktuelle Situation des Klienten sowie seine Vorgeschichte erfasst und dokumentiert werden. Diese Anamnese

bildet die Basis für die gemeinsam mit dem Klienten festzulegenden individuellen Betreuungsziele und Strategien zur Zielerreichung (Betreuungsplanung).

6.1 Diagnostik

Zu Beginn einer Substitutionsbehandlung sollten alle beteiligten Fachdisziplinen eine fachspezifische Diagnostik durchführen und die jeweiligen Ergebnisse für alle Kollegen dokumentieren. Die für die PSB erforderlichen anamnestischen Daten werden seitens der PSB durchführenden Person/Einrichtung erhoben (siehe 6.1.1). Gegebenenfalls muss zusätzlich eine psychologisch-psychotherapeutische Diagnostik durchgeführt werden, um die Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung abzuklären (siehe 6.1.2). Sinnvolle Unterstützung der Anamnese und Diagnostik bieten (halb-)standardisierte Interviews zur Feststellung des Schweregrades der Abhängigkeitserkrankung sowie zur Erfassung von Ressourcen und Veränderungszielen (siehe 6.1.3). Die spezifischen Anforderungen an die medizinische Diagnostik sind im Leitfaden für Ärzte zur substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger (BAS, 2010) zusammengefasst.

6.1.1 Sozialpädagogische Anamnese

Im Fokus der sozialpädagogischen Anamnese steht die Erfassung von Ressourcen, Kompetenzen und zu bearbeitenden Defiziten des Klienten im lebenspraktischen Bereich. Die Darstellung möglicher Inhalte einer Anamnese in Abbildung 3 erfolgt in Anlehnung an das Gesamtplanverfahren der Bayerischen Bezirke (Verband der Bayerischen Bezirke, 2009):

Abbildung 3: Inhalte der sozialpädagogischen Anamnese

Themenbereiche	Fragestellungen
Vorgeschichte & Lebensgeschichte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angaben zur Kindheit, (Herkunfts-)Familie und Entwicklungsverlauf ▪ Angaben zu prägenden, belastenden Ereignissen in der Vorgeschichte
Allgemeine aktuelle soziale Situation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angaben zum sozialen Umfeld ▪ Aufnahme und Gestaltung persönlicher sozialer Beziehungen ▪ Soziales Netzwerk [im engeren Wohn- und Lebensbereich, in familiären Beziehungen (Herkunftsfamilie, Partnerschaft etc.), im Arbeitsleben, in sonstigen Beziehungen (z.B. zu Freunden, Bekannten, hier insbesondere Bezüge außerhalb der Drogenszene)]
Selbstversorgung & Wohnen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wohnsituation (Obdachlosigkeit, Pensionsunterbringung, gesichertes Mietverhältnis, selbständiges Wohnen, betreute Wohnformen etc.) ▪ Selbstversorgung (Ernährung, persönliche Hygiene etc.)
Ausbildung & Berufstätigkeit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Klärung der beruflichen und schulischen Situation (Schul- und Ausbildungsabschlüsse, Berufstätigkeit, letzte Tätigkeit) ▪ Klärung beruflicher Ziele
Finanzielle Situation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einkommenssituation (Erwerbseinkommen, Arbeitslosenunterstützung, Rente und sonstige Zuwendungen, kriminelle Quellen, Prostitution, Schulden etc.) ▪ Schuldensituation ▪ Vermögen
Strafrechtliche Situation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Offene Verfahren, Haftstrafen, Verurteilungen, Auflagen ▪ Deliktarten
Teilhabe am gesellschaftlichen Leben	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Neigungen und Interessen (Freizeitgestaltung, politische und kulturelle Aktivitäten) ▪ Tagesstruktur und Tagesgestaltung
Suchtspezifische Situation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Drogenkonsum (Beginn, Dauer, Substanzen, Therapieversuche, Abstinenzzeiten, Rückfälle etc.) ▪ Gesundheitliche Situation (einschließlich psychiatrische Vorerkrankungen) ▪ Körperliche, geistige und psychische (Leistungs-) Fähigkeiten ▪ Übersicht der bisher vorausgegangenen Maßnahmen

Eine einheitliche Systematik für die Dokumentation der sozialpädagogischen Anamnese im Rahmen der PSB besteht für Bayern bisher nicht. Die Dokumentation für die Kostenträger (in Bayern die Bezirke) erfolgt in der Praxis bisher nach unterschiedlichen Vorlagen und auf Basis unterschiedlicher elektronischer Dokumentationssysteme.

Eine weitere Übersicht relevanter Anamnesebereiche wurde durch den Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (FDR, 2003) vorgelegt.

6.1.2 Psychologisch-psychotherapeutischer Bereich

Ergeben sich im Rahmen der medizinischen Diagnostik und/oder der sozialpädagogischen Anamnese Hinweise auf das Vorliegen komorbider psychischer Erkrankungen oder auf einen Bedarf an psychologisch-psychotherapeutischen Hilfen, dann sollte in Absprache zwischen Arzt, Berater und Klient zusätzlich eine psychologische Diagnostik in die Wege geleitet werden. Auf Grundlage dieser Diagnostik können dann ggf. psychologisch-psychotherapeutische Hilfen installiert werden. Aufgabe der PSB kann in diesem Zusammenhang sein, gemeinsam mit dem Klienten an dessen Adhärenz zu arbeiten, ihn bei der Behandlungsaufnahme zu unterstützen und die unterschiedlichen Hilfsangebote zu koordinieren.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat 2011 die Psychotherapie-Richtlinie für Opioidabhängigkeit präzisiert und damit Psychotherapie auch im Rahmen einer substitions-gestützten Behandlung ermöglicht: Voraussetzungen hierfür sind Beigebrauchsfreiheit sowie eine regelmäßige Abstimmung der Behandlungsziele und -maßnahmen zwischen Psychotherapeut, behandelndem Arzt und PSB.

6.1.3 Interviews zur Unterstützung der Diagnostik

Zur Unterstützung von Anamnese und Diagnostik können (halb-)standardisierte Interviews herangezogen werden.

Mit dem *EuropASI-European Addiction Severity Index* liegt ein valides Interview zur Messung des Schweregrades der Abhängigkeit vor, das in der Suchthilfe sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich eingesetzt werden kann. Erfragt werden Items aus den Bereichen körperlicher Zustand, rechtliche Situation, Arbeit/Ausbildung, Alkohol, Drogen, Beziehungen und psychischer Status. Das Interview kann für Wiederholungsbefragungen verwendet und somit auch für die Ermittlung von Behandlungsfortschritten und -ergebnissen eingesetzt werden (Gesellhofer et al., 1999). Praktiker kritisieren an diesem Instrument die fehlende Möglichkeit, Veränderungswünsche und Ressourcen erheben zu können.

Für die Erfassung von Ressourcen und Veränderungszielen der Klienten haben Küfner et al. (2006) das halbstandardisierte Interview *PREDI – Psychosoziale ressourcenorientierte Diagnostik* entwickelt. Inhaltlich werden eine Kurzdiagnose, eine Ressourcenerfassung und eine Erfassung von Veränderungswünschen in folgenden Bereichen durchgeführt: Alltagssituation, Wohnsituation, finanzielle Situation, rechtliche Situation, Arbeits- und Ausbildungssituation, körperliche Situation, psychische Situation, Beziehungssituation und soziokulturelle Situation. Die Durchführung beansprucht etwa 50 Minuten. Insbesondere bei intensiver PSB empfiehlt sich die Verwendung und quartalsmäßige Wiederholung des PREDI.

Ein relativ neues modular aufgebautes „Set von Instrumenten“ für den Einsatz in der Suchthilfe haben Schippers und Broekmann mit *MATE – Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation* entwickelt und validiert. Die Autoren stellen MATE kostenfrei für den nicht-kommerziellen Einsatz zur Verfügung (www.mateinfo.eu). MATE dient der Erfassung von Patientencharakteristika und unterstützt die Indikationsstellung für die Auswahl

von Behandlungsmaßnahmen und deren Evaluation. Hierbei werden sowohl Beeinträchtigungen als auch Ressourcen des Patienten berücksichtigt: U.a. lassen sich das Ausmaß des Verlangens nach psychoaktiven Substanzen, das Ausmaß der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sowie Indikatoren für psychologische/psychiatrische Konsultationen ermitteln. Das deutsche Handbuch steht ebenfalls unter www.mateinfo.eu zum Download zur Verfügung (Schippers et al., 2011).

6.2 Behandlungsvertrag und Betreuungsplan

In einem Behandlungsvertrag – die Federführung liegt hier bei dem behandelnden Arzt – können zu Beginn die zentralen Inhalte und Modalitäten der Substitutionsbehandlung schriftlich fixiert werden:

- Ziele, Inhalt und Dauer (z.B. bei Übergangssubstitution) der Substitution
- Klare Aufgabenverteilung mit Festlegung der Verantwortlichkeiten für die Koordination und Federführung der jeweiligen Behandlungs- bzw. Betreuungsmaßnahme
- Klare Kompetenzabgrenzungen für die Zusammenarbeit, v. a. auch für Bereiche, in denen gemeinsame Kompetenzen bestehen (Zeichen von Beigebruch, Krisensituationen)
- Strategien, durch die die Einhaltung der Absprachen für alle Beteiligten transparent und nachvollziehbar wird

Durch die Unterschriften des behandelnden Arztes, des Klienten sowie des Beraters wird dokumentiert, dass die Vergabemodalitäten allen direkt Beteiligten bekannt sind.

Im Leitfaden für Ärzte zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger (BAS, 2010) sind sowohl eine Muster-Behandlungsvereinbarung sowie Musterformulare für Berichts- bzw. Protokollbogen zum Austausch zwischen Arzt und psychosozialer Betreuung enthalten.

Auf Basis der fachspezifischen Diagnostik sollte zusätzlich zu Beginn der PSB ein Betreuungsplan erstellt werden, der sowohl den aktuellen Hilfebedarf als auch die sozialen und persönlichen Ressourcen des Klienten berücksichtigt. Gemeinsam mit dem Klienten sollte geklärt werden, welche Teilziele mit welchen Mitteln in welchem Zeitraum erreicht werden sollen und wie realistisch diese Zielerreichung ist.

Im weiteren Verlauf sollte in regelmäßigen, zeitlich festgelegten Abständen eine Zielevaluierung durchgeführt werden, um die Entwicklungen des Patienten beschreiben und den Behandlungs- und Betreuungsverlauf insgesamt bewerten zu können. Für die Zieldefinition ist es deshalb wichtig, auf eine gute Operationalisierbarkeit der Ziele zu achten. Orientiert an dem Akronym SMART sollten die formulierten Ziele folgende Kriterien erfüllen:

- | | |
|---|--|
| S | wie „spezifisch“ im Hinblick auf die individuelle Lebenssituation des Substituierten, |
| M | wie „messbar“, so dass die Zielerreichung von allen Beteiligten überprüft werden kann, |
| A | wie „akzeptabel“ (von den unmittelbar Beteiligten), |
| R | wie „realistisch“ meint, dass die Ziele erreichbar sind |
| T | wie „terminierbar“, womit der angestrebte Zeitpunkt des Erreichens beschrieben wird. |

6.3 Dokumentation und Evaluation

Eine regelmäßige Verlaufsdokumentation, Ergebniskontrolle und Zielreflexion sind weitere wichtige Bestandteile einer qualifizierten substitutionsgestützten Behandlung und sollten dem Behandlungsteam als Grundlage zur weiteren Behandlungsplanung zur Verfügung stehen.

Die Dokumentation der PSB sollte sich an der Vorgehensweise anderer Behandlungen bei Drogenabhängigkeit orientieren. So kann eine interne und externe Vergleichbarkeit gewährleistet werden. Die Verwendung eines einheitlichen Dokumentationssystems ist deshalb empfehlenswert. Grundsätzlich sollte die Dokumentation folgende inhaltliche Aspekte berücksichtigen: Informationen aus der Anamnese und dem Betreuungsplan, eine Verlaufsbeschreibung bezüglich der aktuellen Lebenssituation des Klienten (soziale, psychische und gesundheitliche Aspekte) sowie Aufzeichnungen zu den durchgeführten therapeutischen Maßnahmen (vgl. auch FDR, 2003).

Die Evaluation im Rahmen der PSB soll ein Verständnis für die aktuelle Situation des Klienten (Standortbestimmung) bzw. des Hilfsangebotes schaffen und dient der rückblickenden Wirkungskontrolle und der vorausschauenden Planung des Beratungsprozesses. Ergebnisabhängig können so Zielsetzungen an aktuelle Veränderungen angepasst und Betreuungspläne entsprechend korrigiert werden. Somit stellt die Evaluation einen wichtigen Aspekt im Rahmen des Qualitätsmanagements dar.

Mit den Instrumenten der Evaluation und Dokumentation lassen sich Nutzen und Wert der PSB systematisch untersuchen und überprüfen, da eine bessere Transparenz der Ergebnisse geschaffen wird.

6.4 Interdisziplinärer Informationsaustausch und Koordination von Hilfsmaßnahmen

Die Behandlung ist in einem regelmäßigen interdisziplinären Informationsaustausch aller unmittelbar beteiligten Fachdisziplinen zu koordinieren. Es sollte deshalb geklärt werden, welche Institution die Gesamtkoordination übernimmt.

Zum interdisziplinären Informationsaustausch bieten sich u.a. insbesondere folgende Maßnahmen an:

- Interdisziplinäre Qualitätszirkel
- Organisation und Teilnahme an Helferkonferenzen
- Kontakt zu anderen Hilfeeinrichtungen wie z.B. Bewährungshilfe, Betreuungsverein, AIDS-Hilfe, Jugendamt, Allgemeiner Sozialdienst (ASD), Schuldnerberatung, Ärzten
- Regelmäßiger Austausch über den Substitutionsverlauf zwischen der PSB und dem behandelnden Arzt
- Fallbesprechungen zur Reflexion und Evaluation der Behandlung sowie des Betreuungskonzepts
- Supervision
- Interdisziplinäre Fortbildungen zur Information über Sichtweisen, Vorgehensweisen und zu Problemen der verschiedenen beteiligten Berufsgruppen

Weitere Informationen zur Zusammenarbeit und Kooperation der Berufsgruppen finden sich im Abschnitt 12 dieser Empfehlungen.

Die für einen Austausch notwendige Weitergabe von Klientendaten erfordert grundsätzlich das Einverständnis des Klienten sowie eine wechselseitige Entbindung von der Schweigepflicht. Eine allgemeine bzw. pauschale Schweigepflichtentbindung ist nach unserer Rechtsauffassung unzulässig.

7 Angewandte psychosoziale Maßnahmen

Die PSB in der substitutionsgestützten Behandlung umfasst alle ambulanten Formen der präventiven, begleitenden und nachgehenden Beratung und Betreuung. Person und Kontext werden gleichermaßen einbezogen. Die zentralen Aufgaben der PSB bestehen zuallererst in der Kontaktaufnahme und Kontakthaltung zum Klienten sowie in der Vermittlung der Sinnhaftigkeit und des individuellen Nutzens dieser Hilfeform. Zudem sollte im Rahmen der PSB die Möglichkeit bestehen, die Beratungsintensität maximal flexibel zu gestalten. Dies gilt besonders für die Arbeit mit Langzeitsubstituierten, deren Unterstützungsbedarf im Behandlungsverlauf phasenweise sehr unterschiedlich sein kann.

Weiterhin benötigt der Berater eine fundierte Kenntnis der unterschiedlichen Angebote der psychosozialen Hilfesysteme, deren gesetzlicher Grundlagen sowie ein funktionierendes Netzwerk für die Kooperation mit anderen Einrichtungen und Fachdiensten.

Konkret bietet PSB für den Substituierten lebenspraktische Hilfestellungen bei der Alltagsbewältigung einschließlich der Intervention in Krisensituationen. Darüber hinaus erfolgt eine Begleitung des Klienten bei der Entwicklung von individuellen Zielen und Perspektiven. Dabei orientiert sich die PSB an den Möglichkeiten und Ressourcen des betroffenen Menschen.

Das Angebot der PSB sollte so gestaltet sein, dass möglichst wenige Hemmschwellen den Zugang und die Nutzung der unmittelbaren Hilfsangebote behindern. Neben Öffnungszeiten und Erreichbarkeit sollten sich die Angebote an den individuellen Lebensverhältnissen und den Bedürfnissen der Zielgruppe orientieren. Die Möglichkeit zur aufsuchenden Arbeit kann gerade für die Erreichung lebenspraktischer Zielsetzungen sehr förderlich sein.

In physisch und psychisch belastenden Lebenssituationen/-phasen sollten Kriseninterventionen innerhalb der Einrichtung angeboten oder über entsprechende Kooperationspartner vorgehalten werden. Umfang, Intensität und konkrete Inhalte der PSB sowie der gegebenenfalls indizierten psychotherapeutischen Maßnahmen leiten sich aus dem im Einzelfall vorgefundenen medizinischen Status, den individuellen Ressourcen, der sozialen Problemlage, den Entwicklungsdefiziten, den psychischen Störungsbildern sowie den vereinbarten Behandlungszielen ab. Für die Ausgestaltung der PSB haben sich verschiedene Konzepte, Methoden und Techniken herausgebildet. Diese sind von den Spezifika der jeweiligen Einrichtung, den regionalen Strukturen und Besonderheiten sowie vom Personalschlüssel/den personellen Ressourcen etc. abhängig.

7.1 Einzelfallarbeit mit dem Ziel der Verbesserung individueller Lebensverhältnisse

7.1.1 Beratung und Information

Die PSB unterstützt den Ratsuchenden durch die Übermittlung relevanter Informationen, nennt Alternativen und gibt Entscheidungsanregungen. Beratung ist in diesem Zusammenhang zu verstehen als „eine kurzfristige, oft nur situative, freiwillige Intervention mit dem Ziel, im Beratungsprozess eine Entscheidungshilfe zur Bewältigung eines vom Klienten vorgegebenen aktuellen Problems durch Vermittlung von Informationen und/oder Einüben von Fertigkeiten gemeinsam zu erarbeiten“ (Schwarzer & Posse, 1986). Es ist wichtig, dass der Berater über umfangreiche Kenntnisse der Lebenswelt substituierter Menschen verfügt, um dem Teilnehmer eine optimale Auswahl an Unterstützungsangeboten und Veränderungsstrategien zu ermöglichen.

Häufige Inhalte und Formen der informationsorientierten Beratung sind:

- Safer-Use-, Safer-Sex-Beratung
- Gesundheitsinformation und Ernährungsberatung
- Anleitung und Information im Bereich Hygiene und Körperpflege
- Anleitung zur Geldeinteilung, Haushaltsführung
- Tagesstrukturierung und Freizeitgestaltung
- Unterstützung im Umgang mit Behörden: Vorbereitung von Ämtergesprächen, Kontaktaufnahme mit Behörden, Ämtern und Institutionen mit Terminvereinbarung, Vorbereitung und Aufarbeitung von Gesprächsinhalten und in einzelnen Fällen direkte Begleitung zu den entsprechenden Stellen

7.1.2 Gesprächsangebote

7.1.2.1 Einzelgespräche

Einzelgespräche gehören zu den fachlichen Standards der PSB. In der Einzelberatung können gemeinsam mit dem Klienten mögliche Unterstützungsschritte besprochen und deren praktische Umsetzung geplant und reflektiert werden. Einzelgespräche sollten von einer festen Bezugsperson durchgeführt werden und sich in Umfang und Intensität am individuellen Bedarf des Klienten orientieren. Auf pauschale Verpflichtungen zu Beratungsgesprächen sollte verzichtet werden.

Die fachliche Haltung im Gespräch sollte geprägt sein von der Anerkennung des Selbstbestimmungsrechts des Substituierten (akzeptanzorientierter Ansatz). Vor dem Hintergrund einer akzeptanzorientierten Fachlichkeit ist in methodischer Hinsicht hier die Motivierende Gesprächsführung (Motivational Interviewing; MI) nach Miller und Rollnik (1999) exemplarisch anzuführen: MI beinhaltet sowohl klientenzentrierte als auch direktive Strategien der Gesprächsführung, um die Veränderungsmotivation des Klienten zu erhöhen. Empathie, die Entwicklung von Diskrepanzen, ein geschmeidiger Umgang mit Widerstand und die Förderung von Veränderungszuversicht sind

die vier wichtigen Grundprinzipien. Die Methode ist mittlerweile national und international in der Arbeit mit abhängigen Menschen weit verbreitet und in zahlreichen Studien auf ihre Wirksamkeit überprüft (Körkel & Veltrup, 2003).

Damit möglichst viele Substituierte Einzelgespräche auf freiwilliger Basis in Anspruch nehmen, sind die Angebote und Konzepte bedürfnisorientiert zu gestalten. Wichtige Zielsetzung und Voraussetzung für eine gelingende PSB ist der Aufbau einer von Kontinuität und Vertrauen geprägten tragfähigen beraterischen Beziehung.

Darüber hinaus gilt es, im Rahmen der Gespräche das Selbsthilfepotential und die Ressourcen der Klienten zu stärken und Bewältigungsstrategien (Coping-Strategien) im Sinne von Empowerment bei den Klienten zu entwickeln.

7.1.2.2 Familien- und Partnergespräche

In Absprache und im Einverständnis mit dem Substituierten sollten im Rahmen einer qualifizierten PSB auch Angehörige und Partner berücksichtigt werden. Etwa ein knappes Drittel (30,4%) der an der PREMOS-Studie teilnehmenden Substituierten lebte mit einem Partner zusammen, weitere 17,5% der Substituierten lebten in ihrer Herkunftsfamilie (Wittchen et al., 2011).

Der Einbezug von Angehörigen in den Beratungsprozess der PSB kann aus unterschiedlichen Aspekten wichtig und sinnvoll sein: Einerseits ist anzunehmen, dass auch in der Substitution Therapieerfolge durch die Einbeziehung von Angehörigen verbessert werden können, wie dies auch für andere Bereiche der Abhängigkeitsbehandlung beschrieben ist (Bischof & Freyer, 2006). Andererseits führt das Zusammenleben mit einem suchtkranken Menschen für Partner und Angehörige immer wieder zu einer hohen Stresssymptomatik und psychosozialen Belastungen, woraus sich wiederum eigenständige Krankheitsbilder auf Seiten der Angehörigen entwickeln können (Bischof & Freyer, 2006).

Schließlich müssen insbesondere Kinder suchtkranker Eltern als besondere Risikogruppe für dysfunktionale psychosoziale Entwicklungsverläufe berücksichtigt werden: Als symptomatisch sind hier Verhaltensauffälligkeiten im Kindesalter, frühe Einstiege in den Substanzmissbrauch und/oder Suizidalität anzuführen. Gerade aufgrund der Erfolge in der Substitutionsbehandlung können immer mehr Kinder bei ihren Eltern bleiben und müssen nicht fremduntergebracht aufwachsen. Für Familien und Kinder sollte die PSB deshalb in besonderem Maße Unterstützung anbieten (vgl. Klein, 2001; sowie 9.3).

7.1.3 Psychotherapie

Zusätzlich zur PSB können spezifische psychotherapeutische Interventionen zur Klärung und Bearbeitung intrapsychischer Störungen oder auffälliger Verhaltensmerkmale notwendig sein: Dies trifft vor allem dann zu, wenn diese einem positiven Betreuungsverlauf entgegenstehen würden (vgl. FDR, 2003). Die Aufnahme einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung ist insbesondere in folgenden Fällen indiziert: wenn

- der Aufbau von mehr Einsicht in das Bedingungsgefüge des Suchtverhaltens erforderlich ist,

- die Aufarbeitung tieferliegender Konflikte in der Persönlichkeitsstruktur und den sozialen Beziehungen notwendig werden
- und/oder komorbide Störungen vorliegen.

Für die psychotherapeutische Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen, die Bearbeitung motivationaler Aspekte und die Rückfallprophylaxe haben sich verhaltenstherapeutische Interventionen bewährt.

Familientherapeutische Ansätze können für die Aufarbeitung belastender familiärer Biographien und Beziehungen gewählt werden.

Zu beachten ist, dass die Durchführung einer Psychotherapie eine erforderliche PSB nicht ersetzen kann (Bundesärztekammer, 2010).

Im Kontext Psychotherapie ergeben sich zudem weitere Handlungsfelder für die PSB: der Aufbau eines Netzwerks kooperierender Psychotherapeuten, grundlegende Kenntnisse/Einblicke in deren Arbeitsweise, ggf. das Erarbeiten einer Behandlungsbereitschaft gemeinsam mit dem Klienten (Adhärenz) sowie die Koordination/Abstimmung zwischen allen an der Behandlung beteiligten Personen bzw. Institutionen. Kufner und Ridinger (2008) haben unter der Bezeichnung PSB-D ein manualisiertes psychosoziales Therapiekonzept für Drogenabhängige unter Substitution vorgelegt.

7.2 Case Management

Case Management ist ein spezifisches Verfahren zur koordinierten Bearbeitung komplexer Fragestellungen, wie sie häufig im Rahmen der PSB vorliegen. Der Case Manager fungiert dabei als Bindeglied zwischen dem Klienten und dem auf den individuellen Bedarf des Klienten ausgerichteten professionellen Hilfe- und Versorgungssystem (Wendt, 2003). Ziel des Case Management ist es, die Kommunikation und Koordination zwischen allen involvierten Akteuren zu einer transparent definierten Fragestellung zu verbessern.

Mögliche Kooperationspartner im Rahmen des Case Management können je nach Kontext sein (exemplarische Aufzählung):

- Kontext Gesundheit: Substituierender Arzt, Fachärzte (z.B. Internisten, Zahnärzte), Krankenhäuser, Psychotherapeuten, psychiatrische Einrichtungen, AIDS Hilfen etc.
- Kontext Kinder und Familie: Hebammen, Jugendämter, Familienhilfe, Erziehungsberatungsstellen, Mutter-Kind-Einrichtungen, Kindergärten, Schulen, etc.
- Kontext Wohnen: Vermieter, Wohnungsämter, Wohnungsbaugesellschaften, Einrichtungen für betreutes Wohnen etc.
- Kontext Bildung, Ausbildung und Arbeit: Schulen, Berufsförderungswerke, Arbeitsämter, Arbeitgeber, Arbeitsprojekte etc.

Auch im Case Management wird eine ressourcenorientierte Haltung zu Grunde gelegt. Das Verfahren orientiert sich am Prinzip des Empowerment (Menschen stärken): Klienten werden während des gesamten Prozesses als Kontraktpartner mit einbezogen (Partizipation).

7.3 Soziale Gruppenarbeit mit dem Ziel der Entwicklung sozialer Kompetenzen

7.3.1 Offene Kontaktangebote

Offene Kontaktangebote (z.B. Aufenthalts- und Begegnungsräume) ermöglichen Substituierten ein niedrigschwelliges Kennenlernen der Einrichtung: In diesem Kontext können erste Gespräche mit den Mitarbeitern geführt und der Hilfebedarf kann benannt und konkretisiert werden. Ergänzt werden diese niedrigschwelligen Kontaktmöglichkeiten durch Essensangebote, Kleiderspenden, Freizeitangebote, Ausflüge und Reisen, Unternehmungen und informative Workshops. Wesentliches Merkmal dieser Unterstützungsangebote ist die Vermittlung lebenspraktischer Hilfen. Kennzeichnend für diese Hilfekategorie sind unsystematische Dauerbetreuungen sowie Kontaktintensivierungen in Form von Kriseninterventionen bei akuten Problemen und Rückfällen.

7.3.2 Offene und geschlossene Gruppenangebote

Alltagsorientierte, themenzentrierte Gesprächsgruppen und erlebnisorientierte Gruppenangebote können die Einzelbetreuung sinnvoll ergänzen. Durch die Gruppenarbeit lässt sich soziales Verhalten in drogenfermem Umfeld erproben, zudem können Frustrationstoleranz und Konfliktlösefähigkeiten gefördert werden. Über gezielte Selbstkontrolltrainings lassen sich Kompetenzen zur Konsumreduktion vermitteln.

7.3.2.1 Themenzentrierte Gesprächsgruppen

Themenzentrierte Gruppen bieten den Teilnehmern die Möglichkeit, eigene Themen ohne manualisierte Vorgaben einzubringen. Das Angebot sollte sich an den individuellen Problemen der Patienten orientieren, so dass jeder Teilnehmer die Möglichkeit hat, eigene persönlich bedeutsame Fragestellungen oder Schwierigkeiten anzusprechen und in der Gruppe zu reflektieren. Neben der thematischen Auseinandersetzung sind der Austausch der Teilnehmer untereinander und die Möglichkeit, sich gegenseitig Hilfestellung zu bieten, zentrale Elemente des Gruppenangebots.

7.3.2.2 Erlebnisorientierte Maßnahmen

Erlebnisorientierte Maßnahmen können Anreize und Anregungen zur selbständigen Freizeitgestaltung, zur Unterstützung der eigenständigen Tagesstrukturierung und zu sinnlich konkreten Erfahrungsmöglichkeiten

veränderter Lebensweisen bieten, z.B. in Form von jahreszeitlichen Feiern, Freizeitunternehmungen oder Kreativangeboten.

7.3.2.3 Selbstkontrolltrainingsprogramme in der Gruppe

In den letzten Jahren wurden auch in Deutschland verschiedene Selbstkontrollprogramme auf verhaltenstherapeutischer Grundlage entwickelt bzw. nach amerikanischem Vorbild adaptiert. Diese Programme können auch in der PSB eingesetzt werden. Ziel ist die Vermittlung sogenannter Selbstmanagementkompetenzen, um mehr Kontrolle über das eigene Konsumverhalten zu erlangen. Im Kontext der PSB werden diese Selbstmanagementtrainings insbesondere zur Reduktion des Beigebrauchs eingesetzt. Exemplarisch werden nachfolgend zwei Beispiele kurz vorgestellt:

KISS – Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum

„KISS ist ein neu entwickeltes verhaltenstherapeutisches Selbstmanagementprogramm ("Behavioral Self-Control Training") zur gezielten Reduktion des Konsums legaler und illegaler Drogen. Es besteht aus 12 strukturierten Sitzungen, in denen das Führen eines Konsumtagebuches, Festlegen von wöchentlichen Konsumzielen, Erkennen und Bewältigen von Risikosituationen, Umgang mit "Ausrutschen" u.a.m. vermittelt werden (www.kiss-heidelberg.de, 2012).

SKOLL – Selbstkontrolltraining für den verantwortungsbewussten Umgang mit Suchtstoffen und anderen Suchtphänomenen

SKOLL ist ein evidenzgestütztes Selbstkontrolltraining bei riskantem Konsumverhalten. Das Programm ist suchstoffübergreifend konzipiert und kann im Bereich der Prävention und Frühintervention eingesetzt werden. In zehn Sitzungen werden das Konsumverhalten analysiert, individuelle Trainingspläne erstellt und alternative Verhaltensmöglichkeiten aufgezeigt (www.skoll.de, 2012).

7.4 Gemeinwesenarbeit zur Verbesserung sozialräumlicher Strukturen

Ebenso wichtig wie die bedürfnisorientierte Gestaltung der Hilfeangebote ist die Notwendigkeit, flexibel auf aktuelle Veränderungen reagieren zu können. Mit Blick auf die demografische Entwicklung entstehen derzeit gerade durch das Älterwerden der Klientel veränderte Bedarfe und zukünftige Herausforderungen für die PSB. Über diese notwendigen Angebotsmodifikationen hinaus muss PSB auch im Sinne der Gemeinwesenarbeit immer wieder aktuelle Themen und Problemfelder in der Kommune/Versorgungsregion aufgreifen, publik machen, Gremienarbeit betreiben, notwendige Kooperationen eingehen und Hilfenetzwerke aufbauen. Dies ist gerade dann erforderlich, wenn sich Problemlagen ergeben, die auch das Gemeinwesen beeinträchtigen. In diesen Fällen gilt es, gemeinsam mit Betroffenen, Netzwerkpartnern und Entscheidungsträgern Lösungen zu entwickeln, die die Lebensqualität vor Ort erhalten oder verbessern. So kann in dem oben gewählten Beispiel durch die

Vernetzung mit örtlichen Pflegeeinrichtungen und Pflegeangeboten eine nachhaltige Wirkung für die Substituierten erzielt werden.

8 Ausschluss und disziplinarische Beendigung

Auf unzumutbare und/oder bedrohende Verhaltensweisen gegenüber der Betreuungsstelle (z.B. Gewaltandrohung oder Gewalttätigkeit) muss auch im Rahmen der PSB reagiert werden. In der Konsequenz kann dies nicht nur die Beendigung der PSB, sondern als weitere Folge auch den Verlust des Substitutionsplatzes bedeuten. Für die Mitarbeiter entsteht dadurch ein Spannungsfeld zwischen der Notwendigkeit, disziplinarisch zu handeln und der Beendigung der Substitution mit zum Teil existentiellen Folgen für den Klienten. In diesem Kontext ist es sinnvoll, mit den Klienten über alternative weiterführende Behandlungsformen zu sprechen und sie trotz der bestehenden Konflikte zur Aufnahme dieser zu motivieren. Eine transparente Darstellung der Ausschlusskriterien und des Verfahrens bei disziplinarischer Beendigung der PSB, z.B. in den Hausordnungen oder dem Behandlungsvertrag, ist deshalb zu empfehlen.

9 Spezifische Fragestellungen in der Psychosozialen Betreuung

9.1 Die psychosoziale Betreuung Substituierter in ländlichen Regionen: Stärken, Schwächen, Lösungen

Margit Schwarz

Die strukturellen Besonderheiten ländlicher Regionen sowie eine teilweise prekäre Versorgungslage haben sowohl erschwerende Auswirkungen auf die medizinische Behandlung durch den substituierenden Arzt als auch für die PSB. Als Brennpunkte mit besonders schwieriger Versorgungslage wurden für das Jahr 2013 für Bayern von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern (KVB) 15 Land- bzw. Stadtkreise identifiziert (Krombholz, 2013). Deshalb sind Substituierte, Ärzte und Substitutionsfachkräfte besonders in ländlichen Regionen auf eine funktionierende Kooperation und einen guten persönlichen Kontakt angewiesen.

Ländliche Regionen unterscheiden sich sowohl im Hinblick auf ihre Infrastruktur als auch hinsichtlich der Versorgungslage zum Teil erheblich voneinander:

Einerseits finden sich suburbane Regionen mit starkem Bezug zu einer größeren Stadt. Kennzeichnend ist der ländliche Charakter, jedoch kann in unterschiedlichsten Bereichen auf ein benachbartes (groß-)städtisches Versorgungssystem zurückgegriffen werden.

Im Gegensatz hierzu finden sich Regionen ohne (groß-)städtische Anbindung bzw. mit deutlichem Zersiedelungscharakter. Diese Gebiete weisen häufig eine insgesamt schlechtere Infrastruktur sowie eine unzureichende Versorgung mit Substitutionsplätzen und PSB auf: Entsprechende Behandlungs- und Versorgungsangebote finden sich häufig nur in weiter entfernten Landkreisen oder Städten. Die zu bewältigenden Distanzen zwischen Wohnung, Praxis, Beratungsstelle und Arbeitsplatz sind größer. Dies wiederum ist häufig mit hohen Fahrtkosten und hohem zeitlichen Aufwand verbunden und hat im Bereich der substitutionsgestützten Behandlung einen Einfluss auf die Reintegration der Patienten.

Eine hinreichende und sinnvolle Versorgung mit Substitutionsangeboten ist in ländlichen Regionen (suburbane Umgebung oder zersiedeltes Umland) somit mit spezifischen Problemlagen verbunden.

9.1.1 Substituierende Ärzte

Ähnlich wie im urbanen Raum wird die substitutionsgestützte Behandlung in ländlichen Regionen sowohl durch große Schwerpunktpraxen als auch durch kleinere Hausarztpraxen angeboten.

Seit einigen Jahren lässt sich jedoch beobachten, dass immer weniger Mediziner die Bereitschaft zeigen, sich als Vertragsarzt in ländlichen Gebieten niederzulassen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2013). Diese Entwicklung führt dazu, dass auch für die substitutionsgestützte Behandlung immer weniger Ärzte zur Verfügung stehen. Die verbleibenden Ärzte sehen sich dann häufig nicht in der Lage, in ihrer ohnehin schon überfüllten Praxis Substituierte angemessen zu betreuen. Bereits heute gelten viele Regionen als mangel- bis unversorgt (vergleiche für Bayern Krombholz, 2013).

Insbesondere in ländlichen Gebieten ist der organisatorische Aufwand (Wochenendvergabe, Urlaubsregelungen etc.) durch die Weiträumigkeit der zu versorgenden Region und durch die häufig fehlenden Vertretungs- und Kooperationsmöglichkeiten hoch.

Die Bewohner dieser ländlichen Regionen leben meist weniger anonym als dies eine urbane Umgebung ermöglicht. Dementsprechend sehen einige Ärzte durch das Zusammentreffen von Substituierten und anderen Patienten Konflikte und Nachteile für ihren Praxisbetrieb. Dieses Risiko besteht in einer Apotheke mit eher überschaubarem Einzugsbereich und Kundenstamm in vergleichbarer Weise.

Eine besondere Abhängigkeit zwischen Arzt und Patient kann sich vor allem dort ergeben, wo es in der Region nur einen substituierenden Arzt gibt. Daraus resultierende Nachteile betreffen wiederum beide Seiten: Für den Patienten besteht letztlich nicht die Möglichkeit zur freien Arztwahl, umgekehrt ist für den behandelnden Mediziner eine (disziplinarische) Beendigung der Behandlung weitaus schwieriger, wenn keine Ausweichmöglichkeiten bestehen.

9.1.2 Apotheken

Die Apotheken bilden in ländlichen Regionen einen wichtigen Kooperationspartner für die Versorgung Substituierter. Arztpraxen ist es häufig nicht möglich, die tägliche Vergabe sicherzustellen, v.a. nicht an den Wochenenden. In diesen Fällen können Apotheken auf Grundlage des § 5 Abs. 7 BtMVV kooperieren und die tägliche Vergabe übernehmen. Die Bereitschaft zur Kooperation im Rahmen der Substitution ist bei Apothekern regional unterschiedlich ausgeprägt. Möglicherweise spielen Befürchtungen, die Stammkundschaft mit der Anwesenheit Substituierter zu verschrecken, hierfür eine Rolle. Hinzu kommen spezifische Anforderungen an das Personal, die eine solche Kooperation mit sich bringt. Gelingt eine Kooperation, profitieren Substituierte in hohem Maße von der Vergabe in einer Apotheke, da dadurch in der Regel wohnortnahe Lösungen gefunden werden können.

Es liegen derzeit keine validen Daten vor, in welchem Ausmaß Apotheken im Rahmen der substitutionsgestützten Behandlung kooperieren. Substitutionsfachkräfte sollten die Vernetzung mit Apotheken suchen und können die Apotheken durch die Organisation und Durchführung von Fortbildungen und Qualitätszirkeln unterstützen.

9.1.3 Psychosoziale Beratungsstellen

Die psychosozialen Beratungsstellen reagieren auf Problemlagen im Zusammenhang mit der schwierigen bzw. aufwendigen Erreichbarkeit mit unterschiedlichen, an die regionale Situation und die personellen Ressourcen angepassten Strategien: So werden Außensprechstunden eingerichtet und die Sequenzen der Beratungstermine möglichst individuell und patientenorientiert gestaltet. Die Fahrtstrecken und der zeitliche Aufwand der Substituierten lässt sich so reduzieren.

Zunehmend setzen sich Sprechstunden/Beratungstermine durch die Substitutionsfachkräfte direkt in den Arztpraxen auch in ländlichen Regionen durch. Durch solche Angebote lassen sich auch Substituierte mit einer tendenziell eher verweigernden Haltung, bei denen jedoch aus fachlicher Sicht eine PSB für erforderlich erachtet wird, besser erreichen.

Hausbesuche bei Substituierten können eine weitere sinnvolle und durchaus auch effektive fachliche Alternative darstellen. Diese Form der lebensweltnahen Begleitung ermöglicht für den Patienten sowie für die Substitutionsfachkräfte einige Vorteile: Probleme wie ungeöffnete Post, soziale Isolation oder gar Verlust des Wohnraums können früher erkannt und gemeinsam bearbeitet werden. Gerade dann, wenn Kinder in den Haushalten leben, können durch einen Besuch vor Ort wichtige und sensible Fragen zur Aufbewahrung und Einnahme des Substituts thematisiert und entsprechende Regelungen gefunden werden.

Eine weitere Herausforderung für Substitutionsfachkräfte in ländlichen Regionen besteht dahingehend, dass sie bei Klienten mit einem spezifischen und/oder erhöhtem Hilfebedarf meist nicht auf ergänzende spezialisierte Angebote zurückgreifen können, da in ländlichen Regionen deutlich weniger Maßnahmen zur Verfügung stehen. So fehlen oft Hilfe- und Unterstützungsmöglichkeiten wie z.B. Kontakt- und Begegnungsstätten für Suchtmittelabhängige zur Tagesstrukturierung oder Arbeitsplätze auf dem zweiten oder dritten Arbeitsmarkt. Hier

ist die städtische Umgebung deutlich im Vorteil, die in der Regel ein diversifiziertes System an weiterführenden Hilfen unterschiedlicher Träger bieten kann.

Weitaus stärker als im urbanen Umfeld gehören neben den klientenbezogenen Unterstützungsleistungen auch die Gewinnung potentieller Kooperationspartner und der Aufbau von Hilfe-Netzwerken zu den Aufgabenfeldern der PSB in ländlichen Regionen. Träger der PSB sollten sich aktiv mit der Akquise von Hausärzten, die zur Aufnahme Substituierter bereit wären, beschäftigen. Wichtig ist es, durch eine enge Zusammenarbeit mit den Substitutionspraxen und entsprechende Entlastungsangebote für die Ärzte die Substitutionsbehandlung für Hausärzte wieder attraktiver zu machen. Beispiele hierfür sind Sprechstunden in der Arztpraxis, regelmäßige Fallbesprechungen oder die Unterstützung bei der Organisation der Rezeptvergabe in der Urlaubszeit.

Die Unterstützung der Klienten bei der Suche nach einem geeigneten Substitutionsarzt zählt zu den weiteren Aufgaben der PSB in ländlichen Regionen. Aufgrund der eingeschränkten Versorgungslage gestaltet sich diese Vermittlung häufig schwierig und gelingt z.T. nur über die Landkreisgrenzen hinweg. Da die Arztpraxen meist über große Gebiete verstreut liegen, ist dies dann häufig mit der bereits beschriebenen Wegeproblematik für den Patienten verbunden.

In Einzelfällen ist die Anbindung mit öffentlichen Verkehrsmitteln bzw. die gesamte Lage der Infrastruktur derart schlecht, dass es dem Patienten unmöglich ist, zur täglichen Vergabe zu gelangen. Hier kann dann nur mit einer Take-Home-Verordnung Abhilfe geschaffen werden, die unter Umständen fachlich gar nicht gerechtfertigt ist.

Eine flächendeckende Versorgung durch Landärzte ist somit eigentlich nicht zufriedenstellend zu bewerkstelligen, bisher aber meist die einzige Lösung für Patienten.

9.1.4 Informelle Treffpunkte/ländliche Szenen

Die Wahrscheinlichkeit, dass sich die Substituierten in ländlichen Regionen untereinander kennen, ist im Vergleich zu Großstädten erhöht. In Verbindung mit häufig fehlenden, ergänzenden und den Tagesablauf strukturierenden Angeboten kann es durchaus zur Bildung informeller Treffs in der Nähe der Arztpraxen kommen. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass sich durch eine bekanntermaßen stärkere informelle Kontrolle in ländlichen Regionen, z.B. durch die Nachbarschaft und engere soziale Netzwerke, hier in gewisser Weise „natürliche Barrieren“ finden. Zusätzlich kann eine Szenebildung im ländlichen Raum durch eine flexible Terminvergabe in den Arztpraxen, den Apotheken und den Beratungsstellen sowie durch aufsuchende Arbeit in Form von Hausbesuchen erschwert werden. Das Phänomen des Sich-untereinander-Kennens mit seinen möglichen nachteiligen Folgen für eine stabile Behandlung zeigt sich auch bzw. gerade in ländlichen Regionen.

9.1.5 Ablösung der Komm-Struktur durch Geh-Strukturen

Die Regelungen der BtMVV, die Vergütungsregelungen für substituierende Ärzte und die Vorgaben der Krankenkassen bedingen eine Komm-Struktur für Patienten im Rahmen einer substitutionsgestützten Behandlung: Die Patienten haben sich regelmäßig in der Arztpraxis vorzustellen und die Termine in der PSB

wahrzunehmen. Für viele Patienten/Klienten in ländlichen Regionen bedeutet dies ein aufwendiges Pendler-Dasein, das erhebliche Problembündelungen nach sich zieht.

Durch Angebote der PSB direkt in der Arztpraxis lassen sich gerade in ländlichen Regionen auch ein Teil der strukturellen Probleme kompensieren. Ein vielversprechender und weitreichender Strategiewechsel könnte das Schaffen einer Geh-Struktur in Form von aufsuchenden Angeboten (z.B. Hausbesuche) sein. Die Substituierten sind in der Regel dankbar, nicht immer zu Terminen außer Haus zu müssen.

Geh-Strukturen erfordern die Bereitstellung entsprechender personeller Ressourcen durch die zuständigen Kostenträger, um Personalschlüssel zu erzielen, die eine PSB unter diesen veränderten Bedingungen ermöglichen.

9.2 Substitution und Arbeit

Max Hopperdietzel

Arbeitslosigkeit stellt einen nicht zu unterschätzenden Risikofaktor für die erfolgreiche Reintegration drogenkranker Menschen dar. Fehlende Tagesstruktur, das Gefühl der Minderwertigkeit durch die Abhängigkeit von Sozialleistungen und häufig wenige oder keine sozialen Kontakte außerhalb der Drogenszene begünstigen die Rückkehr zu alten Verhaltensmustern. Besonders nach langjähriger Drogenabhängigkeit schwinden die Chancen auf dem Arbeitsmarkt durch fehlende Qualifikation, Delinquenz, physische und psychische Komorbidität und nicht zuletzt durch verlorene oder nie erworbene Schlüsselkompetenzen wie z.B. Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit und Frustrationstoleranz. Die Teilnahme an Substitutionsprogrammen erhöht nicht nur die Chancen zur Rückkehr ins Arbeitsleben, sondern stärkt bei vielen Betroffenen auch die Selbstmotivation zur Aufnahme eines Arbeitsverhältnisses. Das Durchbrechen des Kreislaufs von Beschaffung, Konsum und Entzug macht Gedanken an geregelte Erwerbstätigkeit erst wieder möglich. Sicher spielen hierbei auch Aspekte wie Langeweile und Beschäftigungslosigkeit eine Rolle, die der vergleichsweise problemlose Zugang zum Substitutionsmittel im Gegensatz zum „Full-Time-Job“ des Überlebens auf der Szene mit sich bringt. Im Vergleich zu der Zeit vor der Teilnahme an Projekten zur Arbeitsintegration finden sich für Substituierte und langjährige Drogenabhängige Hinweise auf Anstiege der Lebenszufriedenheit, sinkende Kriminalitäts- und Rückfallraten und sinkende Kosten im Gesundheitswesen (Ates, 2005).

Die Ergebnisse der PREMOS-Studie (Wittchen et al., 2011) zeigen, dass immerhin 24,1% der Substituierten zu Beginn der Erhebung in einem Beschäftigungsverhältnis standen. Im Untersuchungszeitraum (49-72 Monate) stieg der Anteil der Erwerbstätigen auf 34%. Ein ähnlich deutlicher Anstieg von 7,5% auf 19,4% ergab sich zudem hinsichtlich der Teilnahme an beruflichen Qualifizierungsmaßnahmen. Substitution scheint also nicht nur bestehende Beschäftigungsverhältnisse zu stabilisieren, sondern auch die Wahrscheinlichkeit für Wieder- und Neueinstiege in die Berufstätigkeit zu erhöhen.

Umgekehrt belegen diese Ergebnisse aber auch, dass ein großer Teil der substituierten Menschen keiner geregelten Beschäftigung nachgeht. Um dies zu ändern, bedarf es eines differenzierten Vorgehens, das

individuellen Kompetenzen, Gesundheitsstatus und Substitutionsverlauf Rechnung trägt. Die Annahme, dass sich das Problem der Beschäftigungs- und Arbeitslosigkeit mit der Substitutionsbehandlung gewissermaßen von selbst löst, trifft nur auf einen Teil der Betroffenen zu: vor allem auf jene mit guter Qualifikation und eher kurzer Abhängigkeitsdauer. Der überwiegende Teil der Substituierten benötigt hingegen ein Unterstützungssystem, das auf verschiedenen Ebenen hilft, aus der Abhängigkeitserkrankung resultierende Defizite auszugleichen. Aufgabe der PSB sollte hierbei sein, die unterschiedlichen physischen, psychischen und sozialen Hilfeleistungen zu koordinieren.

Grundvoraussetzung für alle Schritte sind arbeitnehmerfreundlich gestaltete Öffnungszeiten der Substitutionspraxen und -ambulanzen. Nach wie vor orientieren sich die Vergabezeiten vielerorts eher an den organisatorischen Notwendigkeiten der Ambulanzen und Arztpraxen als an den Bedürfnissen von Patienten im Arbeitsleben. Dies kann nicht nur die Aufnahme von Beschäftigung erschweren oder verhindern, sondern im Einzelfall sogar zum Verlust bestehender Arbeitsverhältnisse bei Aufnahme der Substitutionsbehandlung führen. Solche Effekte gilt es zu vermeiden.

Praktische Erfahrungen zeigen, dass klassische Instrumente der Arbeitsförderung, wie z.B. Eingliederungszuschüsse im Sinne der §§ 88, 90, 121 SGB III und Bildungsmaßnahmen gemäß § 45 SGB III, bei langjährig drogenabhängigen Menschen mit multiplen Vermittlungshemmnissen auch nach Aufnahme einer Substitutionsbehandlung nur bedingt greifen. Rückfälle, gesundheitliche Probleme und Defizite im Sozialverhalten führen häufig zu Abbrüchen oder Entlassungen. Hier hat sich in der Praxis ein mehrstufiges System geförderter Beschäftigung bewährt, das dieser Problematik Rechnung trägt – insbesondere weil ein flexibles Reagieren auf Rückschläge und Krisen ermöglicht wird. Geringfügige Beschäftigungen, Arbeitsgelegenheiten (§ 16d SGB II) oder die Förderung von Arbeitsverhältnissen nach § 16e SGB II ermöglichen den Erwerb von Schlüssel- und Querschnittsqualifikationen sowie realistischer beruflicher Perspektiven in einem geschützten Rahmen. In vielen Fällen kann so nach einer individuell angepassten und an den Bedürfnissen der Betroffenen orientierten Projektteilnahme die Neu- oder Wiederintegration in den Arbeitsmarkt stehen.

Besonders für jüngere Menschen in Substitution sind Ausbildungsangebote sinnvoll und erfolgreich. Aber auch diejenigen, die auf Vorstufen dieser Entwicklung stagnieren und wohl auf absehbare Zeit keine Chancen auf dem ersten Arbeitsmarkt besitzen, profitieren von der Teilnahme. Allein die oben erwähnten Erfolge bei der Senkung der Kriminalitätsrate würden ausreichen, die Kosten einer langfristigen geförderten Beschäftigung auch für diese Menschen zu rechtfertigen.

Besondere Beachtung verdient die Situation substituierten Frauen mit Kindern (vgl. hierzu 9.3). Der Bedarf an Arbeitsplätzen in Teilzeit und mit flexiblen Arbeitszeiten ist hoch. Dort, wo diese zur Verfügung stehen, verhindert jedoch regelmäßig ein fehlendes Unterstützungssystem durch Familie und Freunde eine Arbeitsaufnahme. Institutionelle Hilfen hingegen werden nicht oder sehr eingeschränkt in Anspruch genommen, da mehr oder weniger realistische Ängste vor dem Bekanntwerden der Suchtproblematik beim Jugendamt bestehen. Hier wäre es hilfreich, wenn die oft sehr gute Betreuung von Schwangeren nicht mit der Geburt enden würde. Im Zuge der PSB sollten unbegründete Befürchtungen seitens der Frauen bearbeitet und parallel dazu eventuell vorhandene

Vorbehalte bei Behörden und Betreuungseinrichtungen gegenüber substituierten Müttern durch Information und begleitende Hilfe abgebaut werden.

Im Rahmen der PREMOS-Studie berichten auch die substituierenden Ärzte, dass der Bereich Beruf und Arbeit ein zentrales Defizit der Substitution darstellt (Wittchen et al., 2011). Jobcenter und Sozialämter erkennen zunehmend den Bedarf an spezieller Förderung von besonders benachteiligten Gruppen wie suchtkranken und substituierten Menschen. In diesem Zusammenhang sollte dringend über neue Möglichkeiten der geförderten Beschäftigung nachgedacht werden, die sich in ihrer Dauer nicht an mehr oder minder willkürlichen Begrenzungen, sondern an dem individuellen Hilfebedarf und den jeweiligen Ressourcen der betroffenen Menschen orientieren.

9.3 Kinder substituiertes Eltern

Karin Wiggerhauser

9.3.1 Hintergrund

Bei etwa einem Drittel (32%) der Substituierten handelt es sich um weibliche Patienten, jede zweite substituierte Frau hat ein oder mehrere Kinder (Wittchen et al., 2011). Um ein gesundes Aufwachsen von Kindern opiatabhängiger/substituierter Eltern in ihren Familien zu unterstützen, sollten die Familien frühzeitig über Möglichkeiten der psychosozialen Unterstützung und/oder der Hilfen zur Erziehung (§27 ff SGB VIII; Jugendhilfe) informiert und dazu angeregt werden, diese auch in Anspruch zu nehmen. Insbesondere werdende Mütter und Väter sollten schon zu Beginn der Schwangerschaft motiviert werden, sich durch adäquate Hilfeangebote unterstützen zu lassen. Die Kooperationsvereinbarung des *Münchner Hilfenetzwerks für Kinder und ihre drogenabhängigen Eltern* (2007) formuliert deshalb eine Handlungsverpflichtung, die zentrale Problemlagen benennt und mögliche Spannungsfelder thematisiert: *„Es ist eine Realität, die uns verpflichtet zu handeln: Kinder suchtkranker Eltern sind im Alltag und in ihrer Entwicklung Gefährdungen ausgesetzt, die schwerwiegende Auswirkungen auf ihr gesamtes Leben haben können. Zudem erkennen immer noch zu viele drogenabhängige Frauen ihre Schwangerschaft nicht rechtzeitig oder schädigen ihr Kind aus Unwissenheit über die Folgen des Suchtmittelkonsums bereits in dieser vorgeburtlichen Phase. Drogenabhängige Mütter und Väter verbergen ihre Notlage aus Angst, ihr Kind könnte ihnen weggenommen werden und nehmen sich damit die Chance auf Hilfestellung bei der Überwindung ihrer Suchterkrankung.“*

9.3.2 Netzwerke und Kooperationen

Um das Wohl der Kinder zu schützen und den Familien eine weitestgehend gesunde gemeinsame Zukunft zu ermöglichen, gibt es mittlerweile in vielen Kommunen vergleichbare Kooperationen, um verbindliche Strukturen der Zusammenarbeit zwischen den Eltern und den Fachkräften der pädagogischen, psychosozialen und

medizinischen Hilfen im Einzelfall zu schaffen. In Helferkonferenzen werden die Hilfen abgestimmt und auf den Bedarf der Eltern und ihrer Kinder ausgerichtet.

Die PSB hat hierbei eine zentrale Bedeutung in der Betreuung von Eltern und ihren Kindern. Sie unterstützt die Familien in ihrem Umgang mit der Abhängigkeitserkrankung und kann die Koordination der beteiligten Institutionen übernehmen, falls das Jugendamt diese Aufgabe nicht leistet bzw. nicht leisten kann.

Während einer Schwangerschaft ist eine gute medizinische Versorgung im Rahmen der Substitutionstherapie von größter Wichtigkeit, um negative Auswirkungen auf die Entwicklung des Ungeborenen zu verhindern.

Entscheidend ist in dieser Phase aber auch, ob Mütter und Väter in ihren psychosozialen Belastungen hilfreiche Unterstützung erfahren. Ziel aller Unterstützung ist es, eine sichere Bindung zwischen Mutter (Vater) und Kind zu ermöglichen. Um dies zu erreichen, unterstützen Hebammen, Kinderkrankenschwestern und Frauenärzte bei der Suche nach einer geeigneten Geburtsklinik und in den ersten Monaten zu Hause. In der weiteren Entwicklung des Kindes sind u.a. Kinderärzte, Kindertagesstätten und ambulante Erziehungshilfen wichtige Partner. Die Allgemeinen Sozialdienste können bei der Vermittlung und Finanzierung von Kinderbetreuungsmöglichkeiten und ambulanten Erziehungshilfen unterstützen, um präventiv Kindeswohlgefährdungen zu vermeiden.

9.3.3 Rechtliche Grundlagen

9.3.3.1 Kindeswohl und Kindeswohlgefährdung

Grundsätzlich ist das Kindeswohl ein sogenannter unbestimmter Rechtsbegriff im Kindschafts- und Familienrecht (vgl. §1666 BGB), der im jeweiligen Einzelfall inhaltlich detailliert ausgelegt werden muss. Das Kindeswohl gilt als oberste Richtschnur elterlichen Handelns im Rahmen des Rechts auf Erziehung der eigenen Kinder.

Grundsätzlich geht der Gesetzgeber davon aus, dass Eltern das Wohl ihrer Kinder besonders am Herzen liegt und daher eine Sicherung der Elternrechte gleichzeitig das Kindeswohl sichert. Der staatlichen Gemeinschaft kommt hierbei in erster Linie ein Wächteramt zu (vgl. Artikel 6 Abs. 2 GG).

Aber nicht immer können Eltern ausreichend förderliche Entwicklungsbedingungen für ein Kind gewährleisten.

Immer dort, wo Eltern ihre Erziehungsverantwortung nicht oder nicht ausreichend wahrnehmen, ist das Jugendamt in der Verantwortung, Maßnahmen zum Schutz des Kindes zu veranlassen.

In der Rechtsprechung ist die Kindeswohlgefährdung definiert als eine „gegenwärtige oder zumindest unmittelbar bevorstehende Gefahr für die Kindesentwicklung, bei deren Fortdauer eine erhebliche Schädigung des körperlichen, geistigen oder seelischen Wohls des Kindes mit ziemlicher Sicherheit vorhersehbar ist.“ (BGH, FamRZ 1956; 350 = NJW 1956, 1434).

9.3.3.2 Verfahren nach dem neuen Bundeskinderschutzgesetz

Zum (verbesserten) Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Vernachlässigung, Gewalt und Missbrauch ist am 01.01.2012 das neue Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchuG) in Kraft getreten.

Aus Gründen des Datenschutzes gelten die an der Versorgung von substituierten Eltern beteiligten Fachkräfte als Berufsheimnisträger. Bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung bedarf die

Informationsübermittlung an das zuständige Jugendamt deshalb einer besonderen gesetzlichen Erlaubnis:

Gemäß Art. 1 § 4 Abs. 1 BKiSchuG sind bei gewichtigen Verdachtsfällen u.a. insbesondere Ärzte, Psychologen, Berater für Suchtfragen und/oder Sozialarbeiter gehalten,

1. die jeweiligen Problemlagen mit den Kindern/Jugendlichen und deren Erziehungsberechtigten zu erörtern und
2. falls erforderlich, diese zur Inanspruchnahme von Hilfen zu motivieren.

Für die genannten Fachkräfte besteht weiterhin „zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung“ ein Beratungsanspruch gegenüber dem „Träger der öffentlichen Jugendhilfe“. Damit einher geht die Befugnis hierzu erforderliche Daten pseudonymisiert zu übermitteln (Art. 1 § 4 Abs. 2 BKiSchuG).

Lässt sich die Gefährdung durch die beschriebenen Maßnahmen nicht auflösen oder scheidet ein Abwenden der Gefährdung durch diese Maßnahmen aus, sind die genannten Fachkräfte befugt, das Jugendamt zu informieren, wenn sie dessen Tätigwerden als erforderlich erachten. Die betroffenen Eltern müssen davon im Vorfeld in Kenntnis gesetzt werden (Art. 1 § 4 Abs. 3 BKiSchuG).

Bei einem bestehenden Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung finden sich damit auch im Bundeskinderschutzgesetz maßgebliche Regelungen für die PSB und Suchthilfe.

9.3.3.3 Verfahren nach dem achten Sozialgesetzbuch

Weitere Regelungen zum Verfahren bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung finden sich im Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII). Nach den Handlungsvorgaben des § 8a SGB VIII gestalten Jugendhilfeträger ihr Vorgehen, das auch für die Arbeit in der Suchthilfe als Grundlage herangezogen werden kann (vgl. die detaillierten Empfehlungen des Bayerischen Landesjugendamtes zur Umsetzung des Schutzauftrages nach § 8a SGB VIII in Abbildung 4).

Abbildung 4. Schutzauftrag nach § 8a SGB VIII

Empfehlungen zur Umsetzung des Schutzauftrags nach § 8a SGB VIII
Auszüge aus dem Beschluss des Landesjugendhilfeausschusses vom 15.03.2006, geänderte Fassung vom 10.07.2012 (Bayerisches Landesjugendamt)
<p>1. Gewichtige Anhaltspunkte</p> <p>Auslöser der Wahrnehmung des Schutzauftrags nach § 8a SGB VIII sind "gewichtige Anhaltspunkte" für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen.</p> <p>Gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung sind Hinweise oder Informationen über Handlungen gegen Kinder und Jugendliche oder Lebensumstände, die das leibliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes oder Jugendlichen gefährden, unabhängig davon, ob sie durch eine missbräuchliche Ausübung der elterlichen Sorge, durch Vernachlässigung des Kindes oder Jugendlichen, durch unverschuldetes Versagen der Eltern oder durch das Verhalten eines Dritten bestehen (vgl. hierzu auch § 1666 BGB).</p> <p>Als Kindeswohl gefährdende Erscheinungsformen lassen sich grundsätzlich unterscheiden</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ körperliche und seelische Vernachlässigung, ▪ seelische Misshandlung, ▪ körperliche Misshandlung und ▪ sexuelle Gewalt.
2. „Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte“, „Mehraugenprinzip“
<p>3. Handlungsschritte</p> <p>(1) Nimmt eine Fachkraft gewichtige Anhaltspunkte wahr, teilt sie diese dem/der nächsten Vorgesetzten mit. Falls die Vermutung eines gewichtigen Anhaltspunkts für ein Gefährdungsrisiko in der kollegialen Beratung nicht ausgeräumt werden kann, ist die Einschätzung des Gefährdungsrisikos im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte formell vorzunehmen. Dabei sind die Erziehungs- oder Personensorgeberechtigten sowie das Kind oder der Jugendliche einzubeziehen, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird (§ 8a Abs. 1 Satz 2 SGB VIII). Es ist eine fachliche Einschätzung zu treffen, ob es erforderlich ist, sich einen unmittelbaren Eindruck vom Minderjährigen und von dessen persönlicher Umgebung zu verschaffen.</p> <p>(2) Werden Hilfen zur Abwendung des Gefährdungsrisikos für erforderlich gehalten, ist bei den Erziehungs- oder Personensorgeberechtigten auf die Inanspruchnahme solcher Hilfen hinzuwirken.</p> <p>(3) Werden zur Abwendung des Gefährdungsrisikos andere Maßnahmen für erforderlich gehalten (z.B. Gesundheitshilfe, Maßnahmen nach dem Gewaltschutzgesetz), so ist bei den Erziehungs- oder Personensorgeberechtigten auf deren Inanspruchnahme hinzuwirken.</p> <p>(4) Reichen diese Maßnahmen nicht aus oder sind die Erziehungs- oder Personensorgeberechtigten nicht in der Lage oder bereit, sie in Anspruch zu nehmen, sind weitergehende Maßnahmen des Jugendamts (z.B. Einschaltung anderer zuständiger Stellen, Inobhutnahme, Anrufung des Familiengerichts) im Sinne eines umfassenden Schutzkonzepts erforderlich. Das Ergebnis der Überlegungen über die jeweils weiteren Verfahrensschritte ist umgehend schriftlich und nachvollziehbar zu dokumentieren.</p>

9.3.3.4 Verfahrensaspekte für die Praxis

Unabhängig davon, auf welcher rechtlichen Grundlage das Vorgehen basiert, ist es zielführend, im Zusammenspiel der Fachkräfte aus Medizin und PSB schon zu Beginn einer substitutionsgestützten Behandlung ein gemeinsames Vorgehen abzusprechen. Der Schutzauftrag beginnt nicht erst bei der Wahrnehmung von gewichtigen Anhaltspunkten, sondern bereits im Vorfeld sollte den Eltern und Kindern angemessene Hilfe angeboten werden.

Damit die Fachkräfte zu einer sicheren Einschätzung des Kindeswohls gelangen können, ist es generell wichtig, das Kind regelmäßig persönlich zu sehen. Zum Augenschein gehören u.a. auch die Überprüfung der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen sowie Fragen zum Tagesablauf, zur Betreuung des Kindes und zur Wohnumgebung. Darüber hinaus ist es bei Abhängigkeitserkrankungen, ebenso wie bei Vorliegen anderer psychischer Erkrankungen oder Komorbidität, von besonderer Wichtigkeit Eltern und Kinder/Jugendliche in ihrer Interaktion wahrzunehmen und zu beobachten. Aufsuchende Hilfen, z.B. durch Kinderkrankenschwestern oder ergänzende ambulante Erziehungshilfen, sind hier besonders hilfreich, weil sie zusätzlich auch Unterstützung in der häuslichen Umgebung bieten können.

9.3.4 Handlungsempfehlungen zum Wohl des Kindes

Zum Wohl der Kinder und der Familien wird deshalb bei substituierten Eltern folgende grundsätzliche Vorgehensweise vorgeschlagen:

1. Erstellen einer Kooperationsvereinbarung: Die Arztpraxis oder die Substitutionsambulanz sowie der Träger der PSB schließen zu Beginn einer Kooperation eine Vereinbarung ab, die die Zusammenarbeit bei substituierten Müttern bzw. Vätern mit Kindern regelt und darstellt, auf welche rechtlichen Grundlagen Bezug genommen wird (z.B. §8a SGB VIII).
2. Ein Vorgehen zur sorgfältigen und umfassenden Einschätzung der Familiensituation, der Entwicklung des Kindes/der Kinder und einer möglichen Gefährdung wird festgelegt. Wichtig ist, dass die nachfolgend beschriebenen Handlungsschritte nur nach Information der Eltern und mit deren Einverständnis erfolgen können:
 - Alle Beobachtungen sollten für eine erste Einschätzung zusammengestellt werden.
 - Die dokumentierten Informationen sollten anonymisiert werden, um die Dokumentation auch externen Fachdiensten für Fachgespräche zur Verfügung stellen zu können.
 - Es sollte eine kollegiale Beratung im Fallgespräch mit den beteiligten Fachkräften unter Einbezug des Vorgesetzten erfolgen.
 - Bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung ist die Hinzuziehung einer in Fragen der Kindeswohlgefährdung erfahrenen Fachkraft sinnvoll: Dies kann eine trägerinterne Fachkraft sein oder es kann ein entsprechender Beratungsanspruch beim zuständigen Jugendamt geltend gemacht werden. Wichtig sind eine Klärung im Vorfeld und ggf. die Vereinbarung einer generellen Kooperation mit einer Einrichtung der Kinder- und Jugendhilfe (z.B. Erziehungsberatungsstelle).
 - Die Handlungsschritte sind in Abstimmung mit den Wünschen und Voraussetzungen der Eltern zu planen und die elterliche Einwilligung ist einzuholen. Die Eltern beauftragen somit das Vorgehen und sind bei allen weiteren Schritten mit einzubeziehen. Erforderliche Schweigepflichtentbindungen können nicht allgemein formuliert werden, sondern sind auf konkrete Personen und ausschließlich auf relevante Daten zu beziehen.

Die Haltung aller beteiligten Fachkräfte sollte geprägt sein von der Orientierung an den Ressourcen der Eltern und deren Bereitschaft zur Mitwirkung.

- Der Unterstützungsbedarf, die angebotenen Hilfen sowie die getroffenen Vereinbarungen (z.B. Zeitpunkt der Rückmeldungen, Grad der Inanspruchnahme angebotener Hilfen) sollten dokumentiert werden.
- In einer Zusammenschau aller beteiligten Fachkräfte (einschließlich der „insofern erfahrenen Fachkraft“), sollte geprüft werden, ob die in Anspruch genommenen Hilfen wirksam sind im Sinne des Kindeswohls (Evaluation der Maßnahmen).

Falls die angebotenen Hilfen nicht zu dem vereinbarten Ziel führen und weiterhin Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung bestehen, sind die beteiligten Fachkräfte (Arzt, Mitarbeiter der PSB) verpflichtet, das Jugendamt zu informieren, so dass weitergehende Hilfen sichergestellt werden.

10 Organisatorische Grundaussagen

10.1 Erreichbarkeit der PSB

Die psychosoziale Beratungsstelle sollte sich, bezogen auf ihre Versorgungsregion, in einer zentralen Lage befinden und mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut zu erreichen sein. Bei Flächenversorgungsgebieten sind Außensprechstunden bzw. Außenstellen anzustreben. Es ist erforderlich, die Öffnungszeiten und das Angebotsspektrum den Besonderheiten der jeweiligen Versorgungsregion und den Bedürfnissen der Zielgruppen anzupassen.

10.2 Räumliche und sachliche Ausstattung

Eine funktionale und zweckdienliche Ausstattung der psychosozialen Beratungsstelle sollte entsprechend der jeweiligen Angebotsstruktur vorhanden sein (vgl. hierzu auch FDR, 2003). Sie orientiert sich u.a. an der Zahl der Betreuungsplätze und der Ausgestaltung der PSB in der jeweiligen Versorgungsregion. Idealerweise ermöglichen die räumlichen Gegebenheiten sowohl offene, niedrigschwellige Kontaktangebote, die Durchführung von Gruppen als auch Rückzugsmöglichkeiten für Einzelgespräche.

10.3 Mitarbeiter: Bedarf und Qualifikation

Der Personalbedarf einer PSB für Substituierte sollte entsprechend der regionalen Bedarfssituation abgestimmt werden. Zu beachten ist hierbei, dass sich Betreuungsfrequenz und -intensität am individuellen Hilfebedarf des Klienten orientieren.

Überwiegend werden PSB-Mitarbeiter mit folgenden grundlegenden Qualifikationen eingesetzt: Studium in den Bereichen Soziale Arbeit/Sozialpädagogik, Pädagogik und Psychologie. Zusätzlich zum Hochschulabschluss sollten einschlägige Berufserfahrung im Suchtbereich und entsprechende Zusatzqualifizierungen vorhanden sein. Die Bedürfnisse und Problemlagen Substituierter erfordern unterschiedliche Kernkompetenzen und Kenntnisse von den Mitarbeitern in der PSB:

- a) Kenntnisse des relevanten Hilfesystems inklusive der Bedingungen für eine Weitervermittlung und Kostenklärung,
- b) Kenntnisse in sozial-rechtlichen Fragestellungen, insbesondere im Bereich der Arbeitsförderung und Wohnraumbeschaffung,
- c) Fähigkeit, psychische Beeinträchtigungen und psychiatrische Störungsbilder zu erkennen und indizierte Behandlungsmaßnahmen zu empfehlen und einzuleiten (vgl. auch akzept, 1995).

Aufgrund der hohen psychodynamischen Interaktion zwischen Suchtkranken und Helferteam sowie der Psychodynamik innerhalb der unmittelbar beteiligten Fachkräfte sollten alle an der Betreuung beteiligten Personen kontinuierlich an einer Supervision teilnehmen. Kollegiale Fallbesprechungen sind ebenfalls ein unverzichtbares Instrument des Beratungsprozesses. Im Rahmen der Fallbesprechung werden Lösungsmöglichkeiten für die individuellen Probleme erarbeitet, diskutiert und beschlossen. Aufgrund der differenzierten und sich wandelnden Anforderungen sollten regelmäßige Fortbildungen in Anspruch genommen werden (vgl. auch akzept, 1995).

10.4 Konzept

Ein schriftliches Konzept ist Grundlage für die PSB jeder Einrichtung. Das Konzept sollte folgende Punkte beinhalten:

- Strukturelle Angaben (Anzahl der Betreuungsplätze, Personal, Vergabezeiten etc.)
- Aufnahmemodalitäten und Besonderheiten der Zielgruppe (Behandlungsschwerpunkte)
- Art und Umfang des Betreuungsangebotes
- Ausschlussgründe bzw. Gründe für eine reguläre Beendigung
- Hinweise zur Dokumentation, Qualitätssicherung und Erfolgskontrolle
- Ergänzende Angebote und Kooperationsbeziehungen

Die Konzeption der PSB soll nach Maßgabe der tatsächlichen Veränderungen überprüft, weiterentwickelt und fortgeschrieben werden. Insbesondere neue Forschungsergebnisse und regionale Veränderungen sind zu berücksichtigen (FDR, 2003).

11 Evidenz

Über die Notwendigkeit, die medizinisch-pharmakologische Behandlung durch effektive psychosoziale Maßnahmen zu unterstützen, besteht breiter Konsens (Wittchen et al., 2011a).

Diese kombinierte Behandlung ist typisch für Deutschland, stellt im internationalen Vergleich aber eine Ausnahme in der substitutionsgestützten Therapie Opiatabhängiger dar. Trotz hoher Plausibilität fehlen valide Belege, die der kombinierten Form der substitutionsgestützten Behandlung mehr Effektivität zuweisen als

Behandlungsmodellen in anderen Ländern. Das hochspezialisierte und diversifizierte deutsche Drogenhilfesystem spiegelt sich durch eine starke Ausdifferenzierung auch im Bereich der PSB wieder (Stöver & Gerlach, 2010).

Genau in dieser großen Heterogenität bzw. in der unklaren Definition der Inhalte von PSB liegt ein zentrales Problem notwendiger Wirksamkeitsstudien. Aufgrund ungeklärter Inhalte und der Vielfalt heterogener Angebote im Bereich der PSB bleiben Fragen dahingehend, welche konkreten Maßnahmen in welcher Behandlungsphase indiziert sind, weitestgehend unbeantwortet. Valide Aussagen über die Bedeutung der PSB für eine erfolgreiche Substitutionsbehandlung lassen sich deshalb nicht abschließend treffen (Wittchen et al., 2011a). Aktuelle Erkenntnisse und Hinweise zur Wirksamkeit psychologischer und psychosozialer Interventionen im Rahmen der substitutionsgestützten Behandlung werden nachfolgend deshalb unter Berücksichtigung der genannten Einschränkungen zusammengefasst:

Ungeachtet einer konkreten Definition von PSB fanden Boywitt et al. (2012) in einer aktuellen Untersuchung in Düsseldorf zu Effekten der PSB Hinweise, dass PSB zu einem Absinken der psychosozialen Belastung sowie zu positiven Entwicklungen im Hinblick auf die individuelle Zielerreichung beitragen kann. Eine Minderung des Beigebrauchs konnten die Autoren nicht feststellen. Die Aussagekraft der Studie ist jedoch aufgrund der fehlenden Kontrollgruppe eingeschränkt.

Degkwitz (2009) geht in einem Review zur Wirksamkeit der PSB davon aus, dass Drogenberatung wahrscheinlich die verbreitetste Maßnahme der PSB in Deutschland ist und subsumiert unter der Begrifflichkeit alle am Einzelfall orientierten supportiven und koordinierenden Maßnahmen. Bereits eingangs verweist der Autor auf die zentrale Problematik: „Die Wirksamkeit dieser psychosozialen Interventionen insbesondere in ihrer Heterogenität ist nicht untersucht.“ Die berücksichtigten Studien stammen dementsprechend überwiegend nicht aus Deutschland und analysieren häufig manualisierte und vordefinierte Interventionen. Die Ergebnisse sind deshalb nur eingeschränkt auf Deutschland zu übertragen:

- Im Vergleich zur Standardberatung ergeben sich für stärker systematisierte Beratungsformen bessere Ergebnisse hinsichtlich des Verbleibs in der Behandlung, der Reduktion des Beigegebrauchs sowie der Programmeffektivität.
- Verhaltenstherapeutische Maßnahmen können (bei uneindeutiger Studienlage) dazu beitragen, die gesundheitsbezogenen und sozialen Behandlungsergebnisse zu verbessern.
- Durch die Kombination von Substitution und Kontingenzmanagement ließen sich Beigebrauch und Behandlungsteilnahme wirksam verbessern. Allerdings fehlen hier Analysen zur Nachhaltigkeit dieser Verstärkerprogramme.
- Für zusätzliche psychotherapeutische Interventionen ergab sich eine generelle Wirksamkeit bei schwach ausgeprägten Effekten.

Degkwitz (2009) und Wittchen et al. (2011a) führen die Ergebnisse der Heroinstudie in Deutschland an, um weitere Aussagen zur Wirksamkeit von PSB treffen zu können. Im Rahmen des umfangreichen Forschungsprojektes wurden mit Drogenberatung inkludierend Gruppenpsychoedukation und Case Management mit motivierender Gesprächsführung zwei psychosoziale Interventionsformen gegeneinander geprüft (Kuhn et al., 2007): Hinsichtlich gesundheitsbezogener Effekte und Beigebrauchsreduktion zeigten beide Verfahren die gleiche Wirksamkeit. Grundsätzlich erhöhte die Teilnahme an psychosozialen Maßnahmen die Haltekraft in der Substitutionsbehandlung und eine längere und intensivere PSB zeigt positive Wirkungen auf den Behandlungserfolg. Ungeachtet der Interventionsform waren die Teilnehmer an psychosozialen Maßnahmen im Vergleich zu den Nicht-Teilnehmern durch eine gravierendere Problematik (Konsum, Komorbidität) charakterisiert. Dieses Ergebnis zeigte sich tendenziell auch in den Langzeitergebnissen der PREMOS-Studie. Eine hohe PSB-Intensität trifft vor allem auf jene Klienten zu, deren Behandlung insgesamt eher problematisch und instabil verlief. Die Autoren schlussfolgern daraus, dass „die PSB sinnvollerweise dann intensiviert wird, wenn beim Patienten akut oder chronisch gehäuft Probleme auftreten.“ (Wittchen et al., 2011a). Insgesamt gingen sowohl Inanspruchnahme wie auch Intensität der PSB im Langzeitverlauf zurück (Wittchen et al., 2011a). Für die Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien für die PSB im Rahmen der substitutionsgestützten Behandlung wird es erforderlich sein, die bisherigen Strategien stärker zu standardisieren und zu manualisieren. Demgegenüber stehen eine möglichst individuelle Behandlungsplanung und eine am Einzelfall orientierte Hilfestaltung. Die Hauptaufgabe wird darin liegen, beiden Aspekten adäquat Rechnung zu tragen – insbesondere weil sich in den angeführten Ergebnissen deutliche Hinweise dahingehend finden, dass der Hilfebedarf zwischen Substituierten, aber auch im Verlauf einer Langzeitsubstitution für einen Substituierten erheblich variiert.

12 Kooperation

In Deutschland wird die substitutionsgestützte Behandlung im Kontext eines „umfassenden Therapiekonzeptes“ (BTMVV) unter Beteiligung verschiedener Fachdisziplinen angeboten und durchgeführt. Dies erfordert sowohl eine gute Koordination der Behandlungs- und Betreuungsangebote der jeweiligen Profession als auch eine gute Kooperation zwischen allen beteiligten Berufsgruppen.

12.1 Kooperationspartner

Im Wesentlichen kooperieren im Rahmen der substitutionsgestützten Behandlung folgende Berufsgruppen bzw. Einrichtungen und Institutionen:

- Ärzte und medizinisches Personal: Substitutionsärzte tragen die Hauptverantwortung der substitutionsgestützten Behandlung. Sie organisieren mit Unterstützung der Apotheker die Vergabe und regen, falls erforderlich, die Aufnahme einer PSB an.
- Apotheker und pharmazeutisches Personal: Apotheker sind für die Abgabe des Substitutionsmittels zuständig. Diese erfolgt entweder an den Arzt oder bei Vorlage eines Take-Home-Rezeptes direkt an den Patienten. Darüber hinaus kann der Apotheker oder das pharmazeutische Personal durch den Arzt in die tägliche Vergabe des Substitutionsmittels einbezogen werden (Delegation).
- Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Pädagogen und Psychologen als Mitarbeiter in der PSB: In der Regel übernehmen Mitarbeiter von Suchthilfeeinrichtungen die PSB.

Zudem kann eine punktuelle und temporäre Zusammenarbeit oder Kooperation mit weiteren Einrichtungen und Institutionen, die nicht unmittelbar an der substitutionsgestützten Behandlung beteiligt sind, notwendig und sinnvoll sein:

- Selbsthilfegruppen und weitere Projekte der Selbsthilfe
- Wohnprojekte wie betreutes Wohnen von Substituierten, Notschlafstelle
- Beschäftigungs- und Ausbildungsmaßnahmen
- Krankenhäuser, Entzugs- und Entwöhnungseinrichtungen, niedergelassene Fachärzte
- Beratungsstellen mit speziellen Angeboten (Schuldner-, Mieter-, Arbeitnehmerberatung, Aids- und Hepatitishilfe etc.)
- Ämter und Behörden (Amt für Grundsicherung, Wohnungsamt, Allgemeiner Sozialdienst (ASD) und Jugendamt etc.)
- Staatsanwaltschaft, Rechtsanwälte, Polizei, Betreuer, Bewährungshilfe

Die Zielsetzung und inhaltliche Ausgestaltung der Zusammenarbeit sollte auf die individuellen Bedürfnisse der Klienten sowie auf regionale Gegebenheiten ausgerichtet werden.

12.2 Prinzipien der Zusammenarbeit / Kooperation

Im Rahmen dieser Empfehlungen wird im Sinne des §5 Abs. 2 Nr. 2 BtMVV auf die Zusammenarbeit und Kooperation zwischen der Vergabestelle (Arzt) und der Drogenhilfeeinrichtung, die die psychosoziale oder psychotherapeutische Betreuung des Klienten übernimmt, fokussiert. Die nachfolgend angeführten Grundsätze und Prinzipien lassen sich aber auch auf weitere in die Substitution einbezogene Einrichtungen und Institutionen übertragen.

Für eine qualifizierte Unterstützung der Klienten und im Hinblick auf deren positive Entwicklung ist es wichtig, dass die involvierten Berufsgruppen sich gegenseitig respektieren, gleiche oder vereinbare Zielvorstellungen besitzen und sich bei auftauchenden Problemen vertrauensvoll austauschen können. Als zentrale Voraussetzungen für eine zielführende Kooperation gelten:

- Gegenseitiger Respekt für die Kenntnisse und Kompetenzbereiche der jeweiligen Professionen
- Klare Abgrenzungen der Aufgabengebiete, Zuständigkeiten und Verantwortungsbereiche
- Kenntnisse über die Haltung, Arbeitsweise und Kompetenz der Vertreter der anderen Berufsgruppen
- Offenheit für die Vorschläge der Mitbetreuenden, um zusätzliche Optionen für den Patienten zu gewinnen

Als Mindestvoraussetzung sollte es zwischen den Kooperationspartnern einen in gemeinsamer Absprache festgelegten Rahmen geben, in dem fallbezogene Besprechungen stattfinden können. Die Kooperation sollte wechselseitig erfolgen und schriftlich fixiert werden.

Zudem sind die rechtlichen Fragestellungen zur Schweigepflicht zu klären: Um ein vertrauensvolles Verhältnis zum Patienten herstellen zu können, muss allen Beteiligten transparent sein, in welchen Fällen, unter welchen Modalitäten und über welche Fakten sich Ärzte und psychosoziale Betreuer austauschen.

Eine rechtliche Grundlage und verbindliche Form für die Zusammenarbeit zwischen den unmittelbar beteiligten Institutionen stellt der Kooperationsvertrag und die darin enthaltene Entbindung von der Schweigepflicht dar.

13 Literatur

- akzept e.V. (1995). Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik. Leitlinien für die psycho-soziale Begleitung im Rahmen von Substitution. 2. Auflage. http://www.akzept.org/pdf/aktuel_pdf/Materialien_Nr1.pdf. Zugriff am 14.05.2014
- Ates T (2005). Gesundheitsökonomische Evaluation suchttherapeutischer Maßnahmen bei Drogenabhängigen. Untersuchung von Arbeitsprojekten der mudra. Diplomarbeit, Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät der Universität Augsburg
- Bischof G & Freyer J (2006). Angehörigenarbeit bei Personen mit substanzbezogenen Störungen. Der Community Reinforcement and Family Training (CRAFT)-Ansatz. Suchttherapie 7: 52–57
- Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen – BAS (2010). Leitfaden für Ärzte zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger. 2. vollständig überarbeitete Auflage. München
- Boywitt CD, Zwingmann Ch, Behrendt R & Schneitler H (2012). Evaluation der psychosozialen Betreuung Opiatabhängiger in Substitutionsbehandlung. Sucht 58, S. 269-276
- Bundesgerichtshof (BGH). FamRZ 1956; S. 350 = Neue juristische Wochenschrift (NJW), 1956. S. 1434
- Bundesärztekammer (2010). Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger. Stand 19. Februar 2010. http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/RL-Substitution_19-Februar-2010.pdf. Zugriff am 14.05.2014
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2014). Bericht zum Substitutionsregister. Januar 2014. http://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/SubstitReg/Subst_Bericht.pdf?__blob=publicationFile&v=6. Zugriff am 16.05.2014
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG, 2011): „Drogen- und Suchtbericht 2010“
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG, 2012): „Drogen- und Suchtbericht 2011“
- Bühringer G, Gastpar M, Heinz W, Kovar KA, Ladewig D, Naber D, Täschner KL, Uchtenhagen A & Wanke K (1995). Methadon-Standards. Vorschläge zur Qualitätssicherung bei der Methadon-Substitution im Rahmen der Behandlung von Drogenabhängigen. Enke-Verlag. Stuttgart
- Degkwitz P (2009). Der aktuelle Stand der Forschung zur Wirksamkeit psychosozialer Unterstützungsangebote bei Substitutionsbehandlung. In: Gerlach R & Stöver H (Hrsg.) (2009) Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Praxis und Bedeutung. Lambertus. Freiburg im Preisgau. S. 47-55
- DHS (2010). Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. Psychosoziale Betreuung Substituierter. Positionspapier. http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs_stellungnahmen/2011-01-10_Positionspapier_PSB_-_Endfassung.pdf. Zugriff am 14.05.2014
- Drees H (2009). Die Psychosoziale Betreuung in der Substitutionsbehandlung in Berlin. In: Gerlach R & Stöver H (Hrsg.) (2009) Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Praxis und Bedeutung. Lambertus. Freiburg im Preisgau. S. 68-75

- FDR (2003). Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. Leitlinien der psychosozialen Betreuung Substituierter. FDR Texte Nr. 2. Zu beziehen unter: <http://fdr-online.info/pages/infos-fuer-die-suchthilfe/texte/fdr-buchladen.php>
- FDR (2011). Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. Factsheet: Substitution und psychosoziale Betreuung Opiatabhängiger. http://fdr-online.info/media/Texte/fdr_Substitution.pdf. Zugriff am 15.04.14
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2013). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung). in Kraft getreten am 08.11.2013. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-788/MVV-RL_2013-04-18.pdf. Zugriff am 14.05.2014
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2011). Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Präzisierung zur Indikation Abhängigkeit von Alkohol, Drogen und Medikamenten in Kraft getreten am 08.07.2011. http://www.g-ba.de/downloads/39-261-1310/2011-04-14_Pr%C3%A4zisierung%20zur%20Indikation%20Sucht_BAnz.pdf. Zugriff am 14.05.2014
- Gerlach R & Stöver H (2009). Inhalte, Bedeutung, Stellenwert, Organisation und Finanzierung von psychosozialer Betreuung im Rahmen von Substitutionsbehandlungen – eine Zwischenbilanz. In: Gerlach R & Stöver H (Hrsg.) (2009) Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Praxis und Bedeutung. Lambertus. Freiburg im Preisgau. S. 15-35
- Gsellhofer B, Kufner H, Vogt M & Weiler D (1999). European Addiction Severity Index (EuropASI). Nach der 5. Auflage der amerikanischen Version von McLellan und der Europäischen Version des ASI. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren
- Heinz W (2009). Substitutionstherapie in Hessen: Behandlungsmodelle und ihre Finanzierung. S. 112-118. In: Gerlach R & Stöver H (Hrsg.) (2009) Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Praxis und Bedeutung. Lambertus. Freiburg im Preisgau
- Landeshauptstadt München. Referat für Gesundheit und Umwelt (2007). Münchner Hilfenetzwerk für Kinder und ihre drogenabhängigen Eltern www.muenchen.de/.../Hilfenetzwerke/hilfenetzwerk_drogen.pdf. Zugriff am 14.05.2014
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2013). Ärztemangel. Online-Dokument. http://www.kbv.de/html/themen_1076.php. Zugriff am 14.05.2014
- Klein, M. (2001). Lebensqualität der Kinder von Opiatabhängigen: Fiktion, Tabu und Realität. In: Westermann, B., Jellinek, C. & Bellmann, G.U. (Hrsg.). Substitution: Zwischen Leben und Sterben. Weinheim: Deutscher Studien Verlag, S. 61 – 80.
- Körkel J & Veltrup C (2003). Motivational Interviewing – Eine Übersicht. Suchttherapie 4: 115-124
- Körkel J & Kruse G (1997). Mit dem Rückfall leben. 3. Auflage. Psychiatrie-Verlag
- Koethner U (2009). Finanzierung und Organisationsformen von PSB in Nordrhein-Westfalen. S. 76-82. In: Gerlach R & Stöver H (Hrsg.) (2009). Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Praxis und Bedeutung. Lambertus. Freiburg im Preisgau
- Krombholz, W. (2013). Sicherstellung der substituionsgestützten Therapie Opioidabhängiger in Bayern

- Vortrag im Rahmen des 14. Interdisziplinären Kongress für Suchtmedizin am 5.7.2013 in München. http://www.sv-veranstaltungen.de/wp-content/uploads/2013/06/1630_Krombholz.pdf. (Abruf (Passwort geschützt) am 29.10.2013)
- Küfner H & Ridinger M (2008). Psychosoziale Behandlung von Drogenabhängigen unter Substitution (PSB-D). Manual 2.0. Pabst. Lengerich.
- Küfner H, Coenen M & Indlekofer W (2006). PREDI Psychosoziale ressourcenorientierte Diagnostik. Ein problem- und lösungsorientierter Ansatz. Version 3.0. Lengegrich. Pabst Science Publishers
- Kuhn S, Schu M, Vogt I, Schmid M, Simmedinger R, Schlanstedt G, Farnbacher G, Verthein U, Haasen C (2007). Die psychosoziale Behandlung im bundesdeutschen Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger. *Sucht*; 53:278-287
- Mannstein G (2009). Psychosoziale Betreuung in der Substitutionsbehandlung: Finanzierungs- und Organisationsmodelle in Niedersachsen. S. 83- 87. In: Gerlach R & Stöver H (Hrsg.) (2009). Psycho-soziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Praxis und Bedeutung. Lambertus. Freiburg im Preisgau
- Miller WR & Rollnick S. (1999). Motivierende Gesprächsführung: ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Juventa. Freiburg
- Scherbaum N (2007) Die Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger. *Der Nervenarzt*. 78 (1). 103-110
- Schippers GM, Broekmann TG & Buchholz A (2011). MATE 2.1 Handbuch und Leitfaden. Deutsche Bearbeitung: Buchholz A, Küfner H, Kraus L & Rist F. Nijmegen: Beta Boeken. <http://www.beta.nl/mateinfo/german/index.html>. Zugriff am 14.05.2014
- Schwarzer Ch & Posse N (1986). Beratung. In: Weidemann B & Krapp A (Hrsg.). Pädagogische Psychologie. S. 631-666. Psychologie Verlagsunion. München
- Stöver H (2012). Drogenabhängige in Haft – Epidemiologie, Prävention und Behandlung in Totalen Institutionen. *Suchttherapie* 13. 74-80
- Stöver H & Michels I (2012). Die Substitution braucht Impulse zur Weiterentwicklung. In: Schäffer D & Stöver h (Hrsg.) Drogen-HIV/AIDS-Hepatitis. Ein Handbuch. Deutsche Aidshilfe e.v. Berlin. http://www.aidshilfe.de/sites/default/files/_Broschuere_Drogenhandbuch.pdf. Zugriff am 14.05.2014
- Stöver H & Gerlach R (2010). Zur Bedeutung und zum Stellenwert der psycho-sozialen Betreuung in der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger. *Suchtmed* 12 (2)
- Verband der bayerischen Bezirke (2009). Gesamtplan gemäß § 58 SGB XII für Leistungen der Eingliederungshilfe für erwachsene Menschen mit seelischer Behinderung. Leitfaden der bayerischen Bezirke zum Verfahren. http://www.bay-bezirke.de/downloads/539009fba570a2bca5210ea2731c7cff_Leitfaden.pdf. Zugriff am 14.05.2014
- Wendt WR (2003). Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen: Eine Einführung. 3. Auflage. Lambertus. Freiburg im Preisgau
- Wehner B (2009). Substitution und Psychosoziale Betreuung – Bayerische Einblicke. S. 119-124. In: Gerlach R & Stöver H (Hrsg.) (2009). Psychoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Praxis und Bedeutung. Lambertus. Freiburg im Preisgau

- Wittchen HU, Bühringer G, Rehm JT (2011). PREMOS-Schlussbericht. Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatments – Effekte der langfristigen Substitution Opioidabhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcome. http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Illegale_Drogen/Heroin_andere/Downloads/Abschlussbericht_PREMOS.pdf. Zugriff am 14.05.2014
- Wittchen HU, Träder A, Klotsche J, Backmund M, Bühringer G & Rehm JT (2011a). Die Rolle der Psychosozialen Begleitung in der langfristigen Substitutionsbehandlung. *Suchtmed* 13 (5) 258-262
- Wittchen HU, Trautmann S, Träder A, Klotsche J, Backmund M, Bühringer G & Rehm JT (2011b). Abstinenz als ein Behandlungsziel der opiatgestützten Substitutionstherapie: Häufigkeit und Risiken. *Suchtmed* 13 (5) 253-257
- www.kiss-heidelberg.de (2012). <http://www.kiss-heidelberg.de/kiss-heidelberg/de/2/0/programm/kiss.aspx>. Zugriff am 14.05.2014
- www.skoll.de (2012). <http://www.skoll.de/76.html>. Zugriff am 14.05.2014

14 Gesetzestexte

- Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV). zuletzt geändert durch Artikel 2 der Verordnung vom 20. Juli 2012. http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/btmvv_1998/gesamt.pdf. Zugriff am 14.05.2014
- Bundeskinderschutzgesetz (BKISchG). 22.Dezember 2011.
http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/BKiSchG_22.12.2011_final.pdf. Zugriff am 14.05.2014
- Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (AMG). zuletzt geändert durch Art. 1 V v. 10.10.2013.
http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/amg_1976/gesamt.pdf. Zugriff am 14.05.2014
- Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (BtMG). zuletzt geändert durch Art. 2 Abs. 20 u. Art. 4 Abs. 7 G v. 7.8.2013. http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/btmg_1981/gesamt.pdf. Zugriff am 14.05.2014.
- Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (GG). zuletzt geändert durch Art. 1 G v. 11.7.2012 I 1478.
<http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/gg/gesamt.pdf>. Zugriff am 14.05.2014
- Sozialgesetzbuch (SGB) Zweites Buch (II) - Grundsicherung für Arbeitsuchende. iletzt geändert durch Art. 1 G v. 7.5.2013. http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb_2/gesamt.pdf. Zugriff am 14.05.2014
- Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung. Zuletzl geändert durch Art. 1 G v. 27.3.2014. http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb_5/gesamt.pdf. Zugriff am 14.05.2014
- Sozialgesetzbuch (SGB) - Acltes Buch (VIII) -Kinder- und Jugendhilfe. zuletzt geändert durch Art. 1 G v. 29.8.2013. http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb_8/gesamt.pdf. Zugriff am 14.05.2014
- Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) – Sozialhilfe. Zuletzl geändert durch Art. 1 G v. 1.10.2013.
http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb_12/gesamt.pdf. Zugriff am 14.05.2014

15 Weiterführende Literaturempfehlungen

Backmund M (2008). Heroinabhängigkeit – Hepatitis C – HIV. Bedeutung in der Substitution“, Ecomed Verlag
Heinz W; Poehlke Th und Stöver H (2010), Glossar: Substitutionstherapie bei Drogenabhängigkeit. 3. Auflage.
Springer-Verlag

Hönekopp I & Stöver H (Hrsg.)(2011). Beispiele Guter Praxis in der Substitutionsbehandlung. Lambertus. Freiburg
2011

Gerlach R & Stöver H (Hrsg.) (2009). Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Praxis und
Bedeutung. Lambertus. Freiburg im Preisgau

Schäffer D & Stöver H (Hrsg.) Drogen-HIV/AIDS-Hepatitis. Ein Handbuch. Deutsche Aidshilfe e.v. Berlin. http://www.aidshilfe.de/sites/default/files/_Broschuere_Drogenhandbuch.pdf. Zugriff am 14.05.2014