

# Substitution und psychosoziale Betreuung Opiatabhängiger

Substitution ist eine standardisierte Behandlung der Opioidabhängigkeit, die regional sehr unterschiedlich umgesetzt wird. In dieser Information werden vor allem die Bereiche der Substitution berücksichtigt, die die psycho-soziale Begleitung (PSB)<sup>1</sup> bzw. die damit verbundenen Probleme berühren und Lösungsnotwendigkeiten benannt.

## Sachstand

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

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

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

## Entwicklung der Substitutionsbehandlung

Erst 1968 wurde die „Sucht“ in Deutschland als Krankheit i.S. der Sozialgesetzgebung anerkannt. Medizin bzw. Psychiatrie haben sich sehr zögerlich auf diese neue Klientel eingestellt: Durch stationäre Abstinenztherapien, die Verschreibung legaler, opiathaltiger Ersatzstoffe und von Ersatzstoffen, die unter das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) fielen. Die Bundesärztekammer hat gemäß § 5 Abs. 11 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) zuletzt am 19.2.2010 Richtlinien zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger vorgelegt. Sie sieht die substitutionsgestützte Behandlung als eine wissenschaftlich

evaluierte Therapieform der manifesten Opiatabhängigkeit an.

Erstmals 1991 (danach 1999, 2002 2004 und 2011) wurden durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Richtlinien im Rahmen der Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (früher NUB-, dann BUB-Richtlinien, jetzt Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung; Anlage 1, Pkt. 2. Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger) für die Behandlung mit Substitutionsmitteln erlassen, die, obwohl sie dem jeweiligen Wissens- und Erfahrungsstand angepasst werden, Interpretationsmöglichkeiten bieten.

Die rechtlichen Bedingungen und Regelungen der Substitution werden seit 1992 durch die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) geregelt (aktuelle Version: Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung vom 20. Januar 1998 (BGBl. I S. 74, 80), die zuletzt durch Artikel 2 der Verordnung vom 11. Mai 2011 (BGBl. I S. 821) geändert worden ist). Dazu gehören Meldepflichten, Kontrolle und Betreuung der Patientinnen und Patienten sowie die suchtttherapeutische Qualifikation des Arztes. (...)

## Hilfesysteme

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

Substitutionsbehandlungen fallen in die Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) als Leistungserbringer und der Krankenkassen als Leistungsträger. Neben einzelnen substituierenden Kassenärzten mit teilweise weit über 50 Patienten (Höchstgrenze nach BUB-Richtlinien), haben sich Schwerpunktpraxen etabliert, die oft eng mit dem Drogenhilfesystem kooperieren oder eigene Sozialarbeiter oder Psychologen angestellt haben. Vor allem in Ballungsgebieten ist auch die Drogenhilfe selbst Trägerin der Substitutionsbehandlung, meist

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

in Form sog. Fachambulanzen, mit entsprechender Institutsermächtigung durch die jeweiligen KÄVen oder im Rahmen der „integrierten Versorgung“ nach § 140 SGB V. Sie sind gekennzeichnet durch die Zusammenarbeit von Sozialarbeitern, Ärzten/Psychiatern und Psychologen in einer Institution, mit dem Vorteil der Bereitstellung einer umfassenden, erst dadurch möglichen ‚ganzheitlichen‘ Therapie.

### Substitutionsbehandlung

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

Sowohl die „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung“ als auch die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) konzedieren, dass die Wiederherstellung von Abstinenz nicht immer „zeitnah“ und deshalb nur „schrittweise“ zu erreichen sei. In diesen Fällen muss ein „umfassendes Therapiekonzept“ von der Ärztin/dem Arzt erstellt werden, das auch, „soweit erforderlich, begleitende psychiatrische und/oder psychotherapeutische Behandlungs- oder psychosoziale Betreuungsmaßnahmen mit einbezieht“. Die nach der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung vorgesehene psychosoziale Betreuung fällt nicht unter die Leistungspflicht der GKV. Im Rahmen der Dokumentationspflicht des Arztes muss die psychosoziale Beratungsstelle die Aufnahme oder die Fortführung einer (bestehenden) psychosozialen Betreuung schriftlich bestätigen.

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

### Forschung

Die Substitution Opiatabhängiger war vielfach Gegenstand von Forschungsvorhaben, vor allem in

den Modellprogrammen der Länder. Eine umfassende Studie wurde 2011 unter dem Titel „PREMOS - Studie“ (Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatment) (2011) vorgelegt. Hierin wurde versucht, Verlaufstypen, Prädiktoren sowie regelhafte Prozesse und Komplikationen herauszuarbeiten und zu systematisieren sowie Problembereiche der Versorgung zu identifizieren. Insgesamt konnten 1.624 Patienten vollständig und umfassend persönlich untersucht sowie weitere 470 Patienten hinsichtlich der primären Verlaufs- und Outcome-Indikatoren (z.B. verstorbene Patienten) charakterisiert werden: Nach 6 Jahren waren 8% aller Patienten verstorben, ebenfalls 8% der Patienten waren abstinent oder befanden sich in abstinentorientierter Therapie. 46% zeigten einen temporär stabilen Substitutionsverlauf (ohne Unterbrechungen und ohne Abbrüche). 13% wiesen einen instabilen Verlauf auf und 3% waren zumeist langfristig inhaftiert oder in stationärer medizinischer Behandlung. Es konnten maximal 30% ungünstige Verläufe klassifiziert werden. Im Langzeitverlauf zeigten sich u.a. relativ niedrige Beigebruchsraten von Opioiden (< 12%) und illegalen Drogen (20-30%). Die psychische und physische Morbidität erwies sich unverändert als sehr hoch; nur hinsichtlich der körperlichen Morbidität wurde eine tendenzielle Besserung erreicht. 23% waren berufstätig, hingegen 53% arbeitslos.

In einigen Aspekten wird eine Anpassung der Therapieziele bei der langfristigen Substitution empfohlen: (1) Stabile Abstinenz (Opioidfreiheit) ist ein seltenes Phänomen (< 4%). Das Behandlungsziel „Abstinenz“ im langfristigen Verlauf scheint unrealistisch und mit bedeutsamen Risiken (Tod, Abbruch) für den Patienten verbunden zu sein. (2) Die Kriterien für regelhafte Beendigung“ und „stabile Substitution“ sind problematisch und wenig zielführend. (3) Die Regelungen zur psychosozialen Betreuung (PSB) für den Langzeitverlauf erfordern eine praxis- und patientennähere Anpassung. (4) Die Behandlung schwerer und chronischer psychischer Störungen bei Opioidabhängigen in Substitution ist unzureichend (Unter- und Mangelversorgung). (5) Abgesehen von offensichtlich befriedigender perinataler Versorgung ist die Situation von Frauen mit Kindern nachgeburtlich problematisch und das Ausmaß von abgestimmter Hilfe und Unterstützung defizitär.

(Suchtmedizin 5/11)

## Psychosoziale Begleitung (PSB)

### PSB, Psychotherapie und Suchttherapie

Psycho-sozial bedeutet im klassischen Sinn die Berücksichtigung sozialer Aspekte in der psychiatrischen Versorgung. Eine länger dauernde psychiatrische Krankheit (hier: Opiatabhängigkeit und Polytoxikomanie) geht, neben den gesundheitlichen Folgen, meist mit schwerwiegenden Veränderungen und Beeinträchtigungen des gesellschaftlichen Umfeldes einher. Hierzu zählen der Verlust sozial tragfähiger zwischenmenschlicher Beziehungen und

der Aufbau neuer (Szene)kontakte, die überwiegend dem Erhalt der Abhängigkeit dienen und dem befriedigende zwischenmenschliche Beziehungen und rechtliche Gegebenheiten, Tagesstrukturierung, Ausbildung, Arbeitsfähigkeit und die Wohnungssituation untergeordnet werden (können). Kennzeichnend für psychosoziale Hilfen ist die Verzahnung zwischen ambulanten, (teil-)stationären, rehabilitativen und nachsorgenden Suchthilfe-Einrichtungen und Selbsthilfegruppen sowie die Kooperation mit

anderen beteiligten Diensten (insbesondere Wohnungslosenhilfe und Sozialpsychiatrie) und Ämtern.

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

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

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

### Durchführung der Psychosozialen Begleitung

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

Typischerweise handelt es sich bei der PSB um das Angebot eines weit gefächerten Interventionsspektrums und kein streng abgegrenztes Setting, das Beratung, unsystematische Begleitung und fest strukturierte Betreuung integrieren kann. Einen hohen Stellenanteil nimmt die Kooperation mit anderen Hilfesystemen bzw. die Vermittlung in andere Angebote (Wohnen, Arbeit/Ausbildung/Beschäftigung etc.) ein.

Der Aufgabenkatalog variiert und umfasst typischerweise:

- Unterstützung bei lebenspraktischen und behördlichen Angelegenheiten und bei der Sicherung der materiellen Grundversorgung,
- Hilfen bei Wohnungssicherung und -findung,
- Sicherung materieller Überlebenshilfen,
- Sicherung der Gesundheit/medizinischen (Grund-)Versorgung
- Unterstützung bei Schuldenregulierung und justiziellen Problemen,
- Hilfen bei der Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Schule, Ausbildung und Arbeit, Beschäftigung)

- Begleitung bei Krisen, Reflexion von Beikonsum und Rückfällen.

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

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

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

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

Die psychosoziale Begleitung ist ein kontinuierlicher Prozess aufgrund einer spezifischen Beziehung zwischen Betreuer/in und Klient/in. Dieser Prozess erfordert einen strukturierten Rahmen der Beziehung, mit verbindlichen Ziel- und Erfolgsdefinitionen. Zwischen Klienten und psychosozialen Begleitern ausgehandelte Hilfepläne legen die Zielsetzungen, die erforderlichen Schritte sowie Art und Umfang der Hilfen fest. Im weiteren Verlauf müssen die Hilfepläne den veränderten Bedingungen der Betroffenen angepasst werden. Dies schließt auch die Entscheidungsfähigkeit darüber ein, dass im Moment oder generell eine PSB nicht nötig ist. Eine PSB ist z.B. für sozial integrierte und zur Abstinenz motivierte Abhängige nicht indiziert. Bei chronisch kranken mehrfach Geschädigten kann die PSB (...) dort wegfallen, wo Substituierte dauerhaft Unterstützung in einem anderen Hilfesystemverfahren, etwa im Betreuten Wohnen.

## Problembereiche, Forderungen und Lösungen

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

### Gesundheits- und Sozialpolitik

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

Es dürfen fachlich-ethische Überzeugungen nicht zugunsten schneller Lösungen, die u. a. auch ordnungspolitisch der Beruhigung dienen, aufgegeben werden. Verwässerungstendenzen (z.B. Substitution durch nicht qualifizierte Ärzte, geforderte Herabsetzung des Mindestalters der Abhängigen sowie kürzere Abhängigkeitsdauer) müssen verhindert und die in der BtMVV und der „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung“ geforderten Substitutionsbedingungen (das Prüfen anderer möglicher Therapieformen, das Erreichen des Ziels der Suchtmittelfreiheit, das Ernstnehmen von Abbruchkriterien) müssen eingehalten werden.

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

Falls die Substitution möglichst vieler Opiatabhängiger gewünscht wird, etwa um deren Überleben zu sichern, müssten die Substitutionsbedingungen in den Praxen vereinfacht und die reine Ersatzstoffvergabe als Leistung ermöglicht werden. Da dies nicht nur aus ethischen Gründen nicht vertretbar wäre sondern auch den geltenden Richtlinien („Das alleinige Auswechseln des Opiats durch ein Substitutionsmittel stellt keine geeignete Behandlungsmethode dar und ist von der Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht umfasst“) und der BtMVV widerspricht, müssen sämtliche über die Vergabe des Substitutionsmittels

hinaus gehenden Leistungen, also die psychische und soziale Behandlung, an die Drogenberatungsstellen übergehen, die dafür die entsprechende Qualifikation nachweisen oder erwerben und eine Vergütung erhalten müssten.

Bislang stehen zur Finanzierung der PSB freiwillige Leistungen der Kommunen und Länder sowie Leistungen der Sozialhilfe (Eingliederungshilfe) und in Einzelfällen auch der Krankenkassen zur Verfügung. Vom Charakter her handelt es sich jedoch um eine Krankenbehandlung nach § 27 SGB V, ergänzt durch Leistungen nach §§ 40 (medizinische Rehabilitationsmaßnahmen), 43 (ergänzende Leistungen zur Rehabilitation) und 42 SGB V (Belastungserprobung und Arbeitstherapie).

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

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

Denkbar wäre ferner eine Mischfinanzierung zwischen öffentlicher Hand und Krankenkassen. Laut Substitutionsregister (2011) werden in Deutschland knapp 74.600 Opiatabhängige substituiert. Die verpflichtende psychosoziale Begleitung wird von Fachkräften der Suchthilfe wahrgenommen, der **fdr<sup>+</sup>** formuliert in seinen „Leitlinien der psychosozialen Betreuung Substituierter“ einen Personalschlüssel von 1:25.

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

Bisher ungeklärt ist auch, wie der Behandlungserfolg gesichert werden kann, da eine Abhängigkeits-erkrankung nicht mit dem Ende der Substitution überwunden ist. Für Gefährdete wäre eine sich anschließende psychosoziale Stabilisierungsphase über einen Zeitraum von etwa einem halben Jahr vorstellbar, die finanziell gesichert werden müsste. Schließlich sollte die Möglichkeiten der Substitution auch bei Entwöhnungsbehandlungen intensiver genutzt werden:

## Exkurs: Medizinische Rehabilitation Substituierter

Die Entwöhnungsbehandlung ist auch für Substituierte ein Angebot und wird als „medizinische Rehabilitation“ möglichst direkt an eine Entzugsbehandlung anschließen. Je nach Diagnose und Indikation kann sie entweder angetreten werden

- in einer anerkannten Psychosozialen Beratungsstelle (ambulante Reha) oder
- in einer Tagesklinik (ganztägig-ambulante bzw. teilstationäre Reha) oder
- in einer spezialisierten Fachklinik bzw. der Entwöhnungsabteilung eines Psychiatrischen Krankenhauses (stationäre Reha).

Die stationäre Behandlung dauert in Abhängigkeit von der Indikationsstellung, zwischen drei und neun Monaten, bei Bedarf schließt sich eine Adaptionsbehandlung zur Unterstützung der Re-Integration an. Die Kosten der Entwöhnungsbehandlung trägt entweder der zuständige Rentenversicherungsträger oder auch die Krankenkasse bzw. der Sozialhilfe-träger. Maßgeblich für die Beantragung einer Behandlung sind folgende Kriterien.

Formale Kriterien:

- Die Mindest-Versicherungszeiten / Beitragszahlungen müssen gegeben sein (Beratung durch Ihre Versicherung),
- ein medizinisches Gutachten muss die Notwendigkeit der Entwöhnungsbehandlung bestätigen (Arzt, Beratungsstelle),
- ein Sozialbericht muss erstellt werden (Beratungsstelle, Sozialdienst),
- ein förmlicher Antrag muss gestellt werden (Beratungsstelle, Sozialdienst), auf Vollständigkeit aller Unterlagen achten.

Inhaltliche Kriterien:

- Alle Kostenträger fordern von den Betroffenen ein Minimum an Krankheitseinsicht und den Mut zur Therapie und Nachsorge (sog. Motivation). Die Freiwilligkeit der Betroffenen ist also eine zwingende Voraussetzung für die Therapie.
- Es muss die Aussicht bestehen, dass nach der Entwöhnungsbehandlung die Leistungsfähigkeit im Arbeitsleben wieder hergestellt werden kann. Dies kann auch bei Arbeitslosigkeit gegeben sein, denn gerade die stationäre Behandlung (Arbeitstherapie, Praktika) verbessert die Chancen im Hinblick auf eine Erwerbstätigkeit erheblich.

Auch für Substituierte steht die Möglichkeit einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme offen. In der Anlage 4 zur Vereinbarung "Abhängigkeitserkrankungen" der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung werden Zielvorstellungen und Entscheidungshilfen für die medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger in Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitskranke bei übergangweisem Einsatz eines Substitutionsmittels erläutert. Dort heißt es, dass Krankenversicherung und Rentenversicherung mit dem übergangsweisen Einsatz von einem Substitutionsmittel im Rahmen der medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger, die bereits substituiert werden, die Zielvorstellungen verbinden:

1. Es gelten bei medizinischer Rehabilitation mit i.S.d. BUB-Richtlinien anerkannten Substitutionsmitteln im Wesentlichen die gleichen Bedingungen (bezüglich Zugang, Durchführung, Nachsorge) wie bei nicht Substitutionsmittel-gestützter (drogenfreier) Rehabilitation.
2. Auch bei Substitutionsmittel-gestützten medizinischen Leistungen zur Rehabilitation ist Ziel, vollständige Abstinenz jeglicher Art von Drogen zu erreichen und zu erhalten. Das gilt auch in Bezug auf das Substitutionsmittel. Dessen Einsatz ist in diesem Sinne "übergangsweise".
3. Medizinische Leistungen zur Rehabilitation Abhängigkeitskranker können nach ausreichender Vorbereitung und bei nachgewiesener Beikonsumfreiheit auch für Versicherte bewilligt werden, die zum Zeitpunkt des Beginns der Rehabilitation noch substituiert werden.
4. Im Einzelfall kann die Substitution auch nach Beendigung der Rehabilitation als Krankenbehandlung erforderlich sein; dies kann auch für solche Versicherte gelten, die die Rehabilitationsleistung vorzeitig beendet haben (Auffangsubstitution). In diesen Fällen kann die Krankenkasse nur dann die Kosten übernehmen, wenn die weitere Substitution im Rahmen der Richtlinien zulässig ist.

Zusätzlich werden folgende Entscheidungshilfen gegeben:

- Beim Vorliegen eines Abhängigkeitssyndroms durch Opiode nach ICD-10 besteht auch unter Substitution (F11.22) i.d.R. Rehabilitationsbedürftigkeit.
- Die Rehabilitationsfähigkeit darf durch psychische und körperliche Begleit- und Folgeleiden nicht in Frage gestellt werden. Sie ist nach einer entsprechenden Vorbereitung sozialmedizinisch zu beurteilen. Eine medizinische Kontraindikation liegt insbesondere vor bei: floriden Psychosen, akuter Suizidalität oder einem schweren organischen Psychosyndrom.
- Eine medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger bei übergangsweisem Einsatz von einem Substitutionsmittel ist sozialmedizinisch dann begründet, wenn aus der Auswertung der gezielten Sachaufklärung (somatischer und psychischer Befund, soziale Situation, bisherige Entwicklung des Suchtverhaltens, Motivation) ein positiver Verlauf der Rehabilitation insbesondere hinsichtlich des Rehabilitationszieles zu erwarten ist. Eine positive Rehabilitationsprognose ist vor allem dann gegeben, wenn die Versicherten
  - langfristig eine Abstinenz anstreben,
  - über ein funktionsfähiges soziales Netz verfügen und
  - über eine abgeschlossene Schul- oder Berufsausbildung verfügen.

(DHS 2012)

## Arztpraxen

Die vielschichtigen Anforderungen an die Substitution Opiatabhängiger können in Arztpraxen nur mit viel Aufwand erfüllt werden. Mangelnde Erfahrung im Umgang mit Suchtkranken und das komplizierte Regelwerk der „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung“ und der BtMVV können Probleme bereiten.

Die Substitution bedarf einer tragenden therapeutischen „Arzt-Patient-Beziehung“. Es muss außerdem möglich sein

- andere Möglichkeiten der Behandlung (z.B. Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlung) einleiten zu können
- angemessene Therapiepläne zu erstellen,
- eine regelmäßige und aussagekräftige Dokumentation anzufertigen,
- den Beikonsum zu begrenzen,
- auf die zusätzliche Verschreibung von Medikamenten mit Suchtpotenzial zu verzichten,
- komorbide Störungen zu erkennen, die nach allen vorliegenden Erkenntnissen Hauptursache für die Chronifizierung einer Sucht sind
- Teilhabeziele für die Patienten/-innen zu formulieren und zu erreichen.

Die suchtmmedizinische Qualifikation muss so verändert werden, dass sämtliche substitutionsbereite Ärzte diesen schwierigen Patienten gerecht werden können.

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

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

## Psychosoziale Begleitung

Standards in Bezug auf Wissen, Können und professionelle Haltung liegen vor. Sie fordern:

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

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

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

In der Ausbildung von Sozialpädagogen/-innen, Pädagogen/-innen, Psychologen/-innen und Medizinern/-innen muss die Fachkunde Sucht integraler Bestandteil werden.

## Substituierende/-r Ärztin/Arzt und Psychosoziale Begleitung

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

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

stelle mit qualifizierten psychosozialen Begleitern durchgeführt werden.

Folgende Fragen müssen beantwortet werden:

- Wie kann die Kooperation zwischen Arztpraxen und Drogenberatungsstellen standardisiert werden?
- Wie werden Therapiepläne und Einzelfallhilfen koordiniert?

- Bei wem liegt die Pflicht zur Sicherstellung der Kooperation?

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

## Schwangerschaft, Elternschaft und Kindeswohl

Seit langem besteht die Notwendigkeit, sich mit den Themen Schwangerschaft, Elternschaft und Kindeswohl bei Substitution zu befassen, auch und besonders, weil erschreckende Todesfälle und andere schwerwiegende Folgen vor- und nachgeburtlicher Einflüsse auf Kinder Substituierter einige Mängel der Substitutionsbehandlungen offenbart haben. Es zeigt sich, dass die besonderen Bedarfe der Betroffenen bisher nicht systematisch durchgesetzt werden und dass es insbesondere an der Fähigkeit und oft auch an der Bereitschaft der Beteiligten mangelt, miteinander bzw. mit den jeweils anderen Institutionen und Ämtern zu kooperieren.

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

Bei Müttern, obwohl bis in die Spätschwangerschaft substituiert, werden notwendige gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen und geburtsvorbereitende Maßnahmen oft missachtet, sowohl von substituierenden Ärzten wie den begleitenden Fachkräften der Suchthilfe. Besonders gravierend sind die Folgen bei Müttern mit hohem Beikonsum.

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

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

Die Diskussion darüber, ob und wann Drogenabhängigkeit mit Elternschaft vereinbar ist, muss offen geführt werden und ist dringend erforderlich.

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

## Wissensbedarf

Zusätzlich zu den bisher genannten Forderungen besteht Wissensbedarf, der im Wesentlichen die folgenden Bereiche/Fragen umfasst:

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

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

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

## Zusammenfassung

Die Ergebnisse bisheriger Substitutionsbehandlungen sind noch verbesserungsfähig, vor allem, weil sie zu lange dauern und zu wenige Substituierte das Ziel der Teilhabe oder sogar Suchtmittelfreiheit erreichen. Eine qualifizierte und erfolgsorientierte Substitutionsbehandlung lässt sich mit den bestehenden personellen und finanziellen Ressourcen nicht umsetzen. Es kann politisch nicht gewollt sein, Opiatabhängige in chronische Karrieren zu drängen, weil einerseits zu wenige Substitutionsplätze zur Verfügung stehen und andererseits Angebote für schnelle und stringente Hilfen zu spät erfolgen. Die Drogenhilfe bietet mit ihrem Verbundsystem der Hilfen alle Voraussetzungen für eine gelungene psychosoziale Begleitung. Die PSB muss jedoch inhaltlich, rechtlich und finanziell gesichert werden. Eine gute Substitutionsbehandlung verfolgt das prioritäre Ziel der Suchtmittelfreiheit oder, wo dieses nicht (mehr) erreicht werden kann, die größtmögliche gesundheitliche und soziale Stabilisierung Opiatabhängiger. Dies kann nur durch zu entwickelnde Standards für Behandlung und psychosoziale Begleitung unterschiedlicher Gruppen von Substituierten erreicht werden.

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

Substitutionsbehandlungen müssen den unterschiedlichen Bedarfen von Abhängigengruppen, z.B. substituierten Eltern, angepasst werden. Qualitätsmanagementprogramme unterstützen die Optimierung der Substitutionsbehandlung. Über strukturelle Alternativen, die größeren Erfolg als bisher versprechen, etwa Substitution in Fach- oder Institutsambulanzen oder in entsprechend qualifizierten Sozialpsychiatrischen Diensten bzw. durch den ÖGD, muss nachgedacht werden. Diese Einrichtungen bieten durch ihre Multiprofessionalität sowie zeitgleiche und abgestimmte Hilfen die größten Erfolgsaussichten für gelungene Substitutionen.

## Literatur:

Ärztzekammer Westfalen-Lippe (Hrsg.) (2001). Handbuch zur Qualitätssicherung in der ambulanten Substitutionstherapie Opiatabhängiger: ASTO-Handbuch, Münster

Bundesärztekammer; (Hrsg.); (2010); Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger; Internet [http://www.baek.de/downloads/RL-Substitution\\_19-Februar-2010.pdf](http://www.baek.de/downloads/RL-Substitution_19-Februar-2010.pdf); Zugriff am 10.02.2012

Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik (Hrsg.) (1995). Materialien Nr. 1: Leitlinien für die psycho-soziale Begleitung im Rahmen einer Substitutionsbehandlung, Berlin

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2008). Qualitätssicherung in der Substitution: 13 Thesen der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen, Hamm, 3. Juni 2008, in: Sucht: Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, Jg. 54, H. 4, S. 258-259

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen; (Hrsg.); (2012); Drogenabhängigkeit, Suchtmedizinische Reihe, Band 4, Hamm

Fachverband Drogen und Rauschmittel (Hrsg.) (2003). Leitlinien der psychosozialen Betreuung Substituierter, Hannover (FDR-Texte; 2)

Gemeinsamer Bundesausschuss; (Hrsg.); (2012); Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung); Internet: [http://www.g-ba.de/downloads/62-492-586/MVV-RL\\_2011-10-20.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/62-492-586/MVV-RL_2011-10-20.pdf); Zugriff am 10.02.2012

Gerlach, R., Stöver, H. (2005). Vom Tabu zur Normalität: 20 Jahre Substitution in Deutschland. Zwischenbilanz und Aufgaben für die Zukunft, Freiburg i.Br.: Lambertus

Gerlach, R., Stöver, H. (Hrsg.) (2009), Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung: Praxis und Bedeutung, Freiburg i.Br.: Lambertus

Küfner, H., Ridinger, M. (2008). Psychosoziale Behandlung von Drogenabhängigen unter Substitution (PSB-D): Manual 2.0, Lengerich (u.a.): Pabst

Wittchen, H.-U.; Bühringer, G.; Rehm, J. (2011a): PREMOS: Substitution im Verlauf. Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatments – Effekte der langfristigen Substitution Opioidabhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcome. Dresden: Technische Universität. Internet: [http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien/dba/DrogenundSucht/Illegale\\_Drogen/Heroin\\_andere/Downloads/Abschlussbericht\\_PREMOS.pdf](http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien/dba/DrogenundSucht/Illegale_Drogen/Heroin_andere/Downloads/Abschlussbericht_PREMOS.pdf), Zugriff: am 6.9.2011.

Wittchen, H.-U.; Bühringer, G.; Rehm, J. (2011b): Ergebnisse und Schlussfolgerungen der PREMOS-Studie (Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatment). In: Suchtmedizin in Forschung und Praxis, 13(5)

Veröffentlicht vom Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V.. 2. Auflage Mai 2012

Kontakt: Jost Leune, Tel.: 0511 18 333, [mail@fdr-online.info](mailto:mail@fdr-online.info)