

# Thesen zur Verbesserung der Substitutionsbehandlung für opiatabhängige Menschen <sup>1</sup>

## 1. Grundsätze

Präambel:

Die Substitutionsbehandlung für abhängigkeitskranke Menschen ist in erster Linie ein Angebot, um eine körperliche, psychische und soziale Stabilisierung zu ermöglichen und um Teilhabeverbesserungen einzuleiten. Die Substitutionsbehandlung orientiert sich am Lebensraum der Patienten/-innen und soll weitestmögliche „Normalität“ ermöglichen z.B. durch eine hausärztliche Regelversorgung wie bei allen anderen chronischen Krankheiten. Dazu ist eine qualifizierte und integrative Hilfeplanung mit allen Beteiligten im psychosozialen Versorgungssystem notwendig

- 1.1. Die Substitution ist Krankenbehandlung und damit ein Teil der medizinischen Regelversorgung, der in Verbindung mit psychosozialer Betreuung wirksam wird. Sie ist mit Leistungen aus den Sozialgesetzbüchern II, III, VI und XII zwingend zu verkoppeln.
- 1.2. Die Behandlung von Opiatabhängigen mit Substitutionsmitteln ist die Behandlung chronisch kranker Menschen und muss vergleichbaren Regelungen unterworfen sein.
- 1.3. Substitution ist das meist genutzte Behandlungsangebot für Opioidabhängige und prägend für das Hilfesystem.
- 1.4. Zu den in der Substitutionsbehandlung verwendeten Medikamenten gehört auch Diamorphin
- 1.5. Die Fallzahlen in der Substitutionsbehandlung werden in den kommenden Jahren vermutlich gleich bleiben. Der Anteil der vielfach komorbiden Patienten mit komplexen Problemlagen wird jedoch mit zunehmendem Alter ansteigen. Diese Entwicklung muss in Hinblick auf die Mobilität, Somatik und Teilhabemöglichkeiten der Klienten/-innen berücksichtigt werden. Das umfasst auch die Kooperation der Drogenhilfe mit Pflegediensten
- 1.6. Zur Substitutionsbehandlung gehört die Qualifizierung aller Beteiligten im Behandlungsverbund
- 1.7. Die Verbesserung der Rahmenbedingungen der Substitutionsbehandlung muss die Schnittstelle zur Substitution im Strafvollzug berücksichtigen
- 1.8. Die betäubungsmittelrechtlichen Voraussetzungen müssen an die Richtlinien der Bundesärztekammer und fachlichen Forderungen der Fachgesellschaften wie zum Beispiel des Fachverbandes Drogen- und Suchthilfe e.V. angepasst werden.

---

<sup>1</sup> Ergebnis der »Fachtagung Substitution« des PARITÄTISCHEN Gesamtverbandes und des Fachverbandes Drogen- und Suchthilfe e.V. am 15.11.2012 in Berlin

## 2. Medizinische Ebene

- 2.1. Der Sicherstellungsauftrag für eine notwendige und qualitätsgesicherte medizinische Behandlung muss umgesetzt werden.
- 2.2. Die Verschreibung von Substitutionsmedikamenten muss durch Verordnungsleitlinien geregelt werden.
- 2.3. Substitutionsbehandlungen sollen überall bedarfsgerecht sichergestellt werden. Die wohnortnahe substitutionsärztliche Versorgung kann in der angemessenen und notwendigen fachlichen Qualität nur in Ballungsräumen geleistet werden. Sie muss aber bedarfsgerecht im notwendigen und angemessenen Umfang sichergestellt sein und die gesellschaftliche Teilhabe der Substituierten so wenig wie möglich beeinträchtigen.
- 2.4. Die rechtlichen Voraussetzungen für die Substitutionsbehandlung müssen so flexibel gestaltet werden, dass neben der klassischen Arztpraxis auch Behandlungsverbände tätig werden können
- 2.5. Die rigiden Regelungen des Betäubungsmittel-Gesetzes stehen im Widerspruch zur Richtlinie der Bundesärztekammer

BtmG:	Praxisforderung
Verbot der Mitgabe aus der Praxis; „Beikonsum“ als Gegenargument ohne Anerkennung der Wertung „behandlungsrelevant oder nicht.“	Indikationsgeleitete Mitgabe  Anerkennung psychosozialer Behandlungsziele, Wertung des vorhandenen Konsums;
Behandlungsfehler als Straftat	Wertung von Behandlungsfehlern wie in anderen Feldern der Medizin

- 2.6. Die Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen unter Substituierten ist erheblich::
  - psychischer Störung allgemein: 55% - 87%
  - Persönlichkeitsstörung: 37% - 79%
  - affektive Störung: 31% - 58%
  - Angsterkrankung: 32% - 55%
  - Schizophrener Formenkreis: 5% - 6,8%
  - (F10.- F19.) „schwer traumatisiert“: 70% - 90%
- 2.7. Die praxisnahe suchtmedizinische Ausbildung muss Teil des Medizinstudiums sein. Die suchtmedizinischen Weiterbildungsmöglichkeiten müssen während der Facharztausbildung verbessert werden. Kenntnisse des Hilfesystems für Abhängigkeitskranke sind erforderlich.
- 2.8. Zur Behandlung psychiatrischer Erkrankungen ist eine Kooperation mit Psychiater/-innen und psychologischen Psychotherapeuten herzustellen.
- 2.9. Ein Viertel der befragten Substituierten erhält nach eigener Einschätzung nicht das Medikament seiner Wahl, davon jeweils ein Viertel aus

finanziellen Gründen, wegen abweichender Meinung der Ärztin/des Arztes, mit Hinweis auf geltende Richtlinien der Krankenkassen oder aus sonstigen Gründen.

### 3. Psychosoziale Ebene

- 3.1. Die psychosoziale Betreuung stellt angemessene Hilfsmaßnahmen innerhalb und außerhalb des Drogenhilfesystems zur Verfügung. Dies erfordert eine differenzierte Kenntnis der unterschiedlichen Angebote der psychosozialen Hilfesysteme, deren gesetzlicher Grundlagen und die Kooperation mit verschiedenen Einrichtungen bzw. Anbietern. Vermittlungswege sind verbindlich zu beschreiben und einzuhalten.
- 3.2. Die Unterstützungsleistungen der psychosozialen Betreuung werden angeboten als
  - Soziale Einzelfallhilfe,
  - Unterstützungsmanagement,
  - Einzelberatung,
  - Suchttherapie,
  - Gruppenangebote,
  - Freizeitangebote/Workshopsund als Case-Management gesteuert.
- 3.3. Betreuungsdichte und -intensität müssen sich nach dem individuellen Hilfebedarf richten. Grundsätzlich gilt ein Betreuungsschlüssel von max. 1:25.
- 3.4. Psychosoziale Betreuung umfasst
  - a) eine vertraglich verabredete Form der Übergabe / Übernahme von Verantwortung nach genau beschriebenen Regeln
  - b) das ebenfalls im Detail vereinbarte, transparente Hineinwirken in das institutionelle und (auf Wunsch) auch private Umfeld - im „Ausnahmestandard“ sogar ohne extra gesicherte Kenntnis und Zustimmung
- 3.5. Die Finanzierung Psychosoziale Betreuung ist nicht einheitlich geregelt und kann zuwendungsfinanziert, Eingliederungshilfe gemäß §§ 53 ff. SGB XII und Teilhabeförderung gemäß § 4 SGB IX sein. Das ist durch Leistungsvereinbarungen festzuschreiben
- 3.6. Grundlage der Psychosozialen Betreuung ist ein Vertrag, der zwischen den Partnern beiderseitige Rechte und Pflichten, Konsequenzen bei Vertragsverletzungen und Schweigepflichtentbindungen gegenüber Behandler/-in und/oder Betreuer/-in, Sozialleistungsträgern (Sozialhilfe, Jugendamt), ggf. gesetzlichen Betreuer/-innen und weitere, z. B. private Bezugspersonen) regelt.
- 3.7. Psychosoziale Betreuung gründet sich auf das Prinzip der „Verbindlichkeit“ mit klaren Regeln und Konsequenzen. Sie ist grundlegend z. B. für
  - funktionierende Tagesstrukturangebote
  - Aktivierung lebensfähiger Selbsthilfeformen

- Beschäftigungsmaßnahmen
  - Strukturierte Kompetenztrainings (konsum- oder abstinenzbezogen, Regulation aggressiver Impulse etc.)
  - die Sicherheit innerhalb / im Umfeld der Einrichtungen
- Verbindlichkeit im Verbund muss intensiv und ausdauernd trainiert werden

#### 4. Verfahren

Präambel:

Die Ziele der Behandlung sollen sich an der individuellen Situation des Opiatabhängigen orientieren und können entsprechend sowohl der Überlebenssicherung, der Reduktion des Gebrauchs anderer Suchtmittel, der gesundheitlichen Stabilisierung und Behandlung von Begleiterkrankungen, der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und am Arbeitsleben als auch Opiatfreiheit dienen.

- 4.1. Ambulanzen, Versorgungszentren oder Gemeinschaftspraxen stellen sicher, dass Behandlungen grundsätzlich von einem multiprofessionellen, interdisziplinären Team geleistet werden. Die psychosoziale Betreuung muss durch verbindliche Kooperationsverträge eingebunden werden.
- 4.2. Die Gesamtbehandlung (= Substitutionsbehandlung) muss sich an gemeinsamen Qualitätsstandards orientieren, die auch Regelungen zum Jugendschutz und zum Kindeswohl umfassen. Ein Kooperationsvertrag mit dem jeweils örtlich zuständigen Jugendhilfeträger muss verbindlich abgeschlossen sein.
- 4.3. Alle in einer Versorgungsregion an der Substitutionsbehandlung beteiligten Personen müssen sich regelmäßig in Qualitätszirkeln treffen.
- 4.4. Die Substitutionsbehandlung muss in die Reha- und Teilhabe - Gesamtplanung einbezogen werden und Durchlässigkeit gewährleisten. Die Planung besteht u.a. aus folgenden Modulen
  - Medizinische, psychosoziale und Arbeitswelt bezogene Diagnostik
  - Abgestimmte Behandlungsplanung (Fallsteuerung, Case-Management)
  - Hilfeplan und Teilhabeplan (Plan Instrumente)
  - Eingliederungsplan (SGB XII, Eingliederungsverbünde)
  - Medizinische Rehabilitation
  - Berufliche Qualifizierung
- 4.5. Die Medizinische Rehabilitation ist auch für Substituierte ein funktionierendes Angebot und wird 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).
- 4.6. Teilhabe vor allem an Arbeit ist abhängig von einer Fahrerlaubnis der Klienten/-innen. Daher gehört zur Psychosozialen Betreuung die Unterstützung bei der Wiedererlangung der Fahrerlaubnis.
- 4.7. Die Substitutionsbehandlung erfordert eine professionelle Sozialraum- und Klientenpfad - orientierte Koordination. Dazu gehören
- eine Fachstelle mit allen notwendigen Kompetenzen
  - ein regionaler Finanzierungspool
  - die Orientierung am Lebensraum anstatt an Grenzen kommunaler Gebietskörperschaft im Sinne von Sozialraum
  - eine verbindliche und überprüfbare Angebotssteuerung
  - die Beachtung der Regelungen des Datenschutzes
  - Leistungen für Klienten/-innen, die an Suchthilfepläne gekoppelt sind
  - die Kooperation mit Sozialforschung / Evaluationsforschung im Hinblick auf
    - Statistik
    - Patientenströme
    - Bedarfsplanung
    - und weiterer Forschung, z.B.
      - Biografieforschung
      - Sozialökonomie
      - Nachhaltigkeit
      - Netzwerkforschung
- 4.8. Der Erfolg der Substitutionsbehandlung hängt von der Leistungs- und Einrichtungsträger übergreifenden Regie - Leistung der Beteiligten ab. Dazu muss bzw. müssen
- die „Versäulung“ der Sozialleistungsträger überwunden werden
  - trägerübergreifender Komplexleistungen entwickelt werden
  - eine gezielte Auswertung bisheriger Good-Practice-Modelle erfolgen
  - „schlanke“ Handlungsprozesse entwickelt werden
  - die Teilhabe-Philosophie des SGB IX umgesetzt werden
  - Fachkräfte ein Casemanagement beherrschen, das die differenzierte Kenntnis der unterschiedlichen Angebote der psychosozialen Hilfesysteme, deren gesetzlicher Grundlagen und die Kooperation mit verschiedenen Einrichtungen bzw. Anbietern voraussetzt.

Redaktion:  
Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V.