

Zur Bedeutung und zum Stellenwert der psycho-sozialen Betreuung in der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger

Heino Stöver¹ und Ralf Gerlach²

¹Institut für Suchtforschung der Fachhochschule Frankfurt am Main, BCN-Gebäude, Nibelungenplatz 3, 60318 Frankfurt am Main

²INDRO e.V., Bremer Platz 18-20, 48155 Münster

Korrespondenzautor: Prof. Dr. Heino Stöver; e-Mail: hstoever@fb4.fh-frankfurt.de

1 EINLEITUNG

Die Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger ist in Deutschland, wie sonst nur in Schweden, rechtlich eng verknüpft mit psycho-sozialen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen Betreuungen bzw. Behandlungen. Geschichtlich ist dies auf die europäisch betrachtet späte Einführung der Substitutionsbehandlung zurückzuführen, die vor dem Hintergrund einer relativ ausdifferenzierten – abstinenzorientierten – Drogenhilfeinfrastruktur erfolgte. Während die Professionen "Psychotherapie" und "Psychiatrie" bislang nur in geringem Umfang in die Substitutionsbehandlung involviert waren, hat sich aufgrund rechtlicher Forderungen ein breites Angebot sog. psychosozialer Unterstützungsformen entwickelt (vgl. Gerlach & Stöver 2009), die gemeinhin unter dem Titel "Psychosoziale Betreuung" (PSB) geführt werden. Die Bedeutung der PSB für den Erfolg der Substitutionsbehandlung wird kontrovers diskutiert: Einerseits wird auf die enorme Bedeutung der unterstützenden psycho-sozialen Betreuung für den Erfolg der pharmakologischen Intervention, v.a. für eine soziale Re-Integration, hingewiesen. Doch trotz des in Deutschland hohen Stellenwerts und der rechtlichen Forderung nach PSB finden sich kaum wissenschaftliche Untersuchungen zur Wirksamkeit der PSB. Hinweise ergeben sich lediglich aus den USA (WHO 2009). Andererseits wird die PSB als Bremse des flächendeckenden Einsatzes der Substitutionsbehandlung betrachtet: In Regionen, in denen keine PSB zur Verfügung steht (v.a. in ländlichen Bereichen), wird oftmals auch keine pharmakologische Behandlung angeboten, oder Einrichtungen bieten zwar PSB an, aber aufgrund geringer Personalkapazitäten ergeben sich z.T. groteske Betreuer-Klienten-Schlüssel.

Nach fast 25 Jahren Substitutionsbehandlung in Deutschland ist es an der Zeit, bezüglich "PSB" eine kritische Bestandsaufnahme vorzunehmen, Zwischenbilanz zu ziehen und konsensfähige zielgruppen- und bedarfsgerechte Zukunftsperspektiven zu entwickeln:

Der folgende Beitrag

1. nimmt einerseits eine begriffliche Klärung vor,
2. untersucht die Geschichte und die Folgen der Verquickung rechtlicher Forderungen nach PSB und fachlicher Ausführung,
3. analysiert die Resultate zur Evidenz-Basierung dieser Unterstützungsform und
4. macht Vorschläge zur weiteren Stellung der PSB im Kontext der Substitutionsbehandlung.

2 ZUR BEGRIFFLICHKEIT VON "PSB"

Auch nach über 20 Jahren Substitutionsbehandlung in Deutschland fehlt noch immer eine klare Definition dessen, was "PSB", das allgemein für den nicht-medizinischen Teil der Behandlung verwendete Standardkürzel, eigentlich bedeutet (Schöfer & Bartling 2009). Zwar besteht unter allen Fachleuten Einigkeit darüber, dass die Buchstabenkombination "PS" abkürzend für psychosozial steht (Ausnahme: Behle & Heimchen 2009: praxisnah-sozial), jedoch kursieren bezüglich des "B" sowohl innerhalb der Drogenhilfe als auch in den für die Substitutionsbehandlung geltenden Gesetzestexten (Betäubungsmittelverschreibungsverordnung – BtMVV) (Rzepka 2009) und Richtlinien der Bundesärztekammer (Kunsmann 2009) und des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (Blanc 2009) sowie in Leitlinien verschiedener Drogenhilfverbände und Konzepten einzelner Drogenhilfeträger (je nach methodisch gestützter Arbeits- und Zielorientierung) unterschiedliche Translationsvarianten: Begleitung, Betreuung, Begleitbetreuung, Beratung, Behandlung oder Begleitbehandlung. Darüber hinaus existiert in der Praxis, je nach professions- und disziplinspezifischem, fachlichem, institutionellem (trägerspezifischem), politischem, kosten-träger-spezifischem, leitliniengeprägtem und persönlichem theoretischen, ideologischen, moralischen oder religiösen Hintergrund eine Vielfalt an konzeptionellen Ansätzen, die

sich bezüglich Inhalt/Zielfokus, Bedeutung, Stellenwert, Organisation, aber auch Finanzierung teils sehr deutlich voneinander unterscheiden, die jedoch nie umfassend auf ihre Effizienz und Nachhaltigkeit überprüft worden sind.

3 FOLGEN DER VERQUICKUNG RECHTLICHER FORDERUNGEN NACH PSB UND FACHLICHER AUSFÜHRUNG

Die Begriffs-, Ziel- und Finanzierungsungenauigkeit und der praktisch nicht vorhandene Wirksamkeitsnachweis der PSB-Maßnahmen (Degkwitz 2009) überrascht umso mehr, als die enge Verquickung von medizinischer und psychosozialer Behandlung der Opioidabhängigkeit rechtlich, und z.T. auch professionell, in Deutschland so vehement gefordert wird – stärker als in irgendeinem anderen Land (siehe z.B. für Österreich Haltmayer (2009) oder für die Schweiz Schmid (2009)). Es stellt sich die Frage, ob der deutsche Sonderweg (Michels 2009) ein Hinweis darauf sein könnte, dass die fachliche Ebene in Deutschland weiter entwickelt ist als in allen anderen Ländern. Salopp formuliert: Wissen wir es wirklich besser als die anderen, obwohl in vielen Ländern die Substitutionsbehandlung wesentlich eher eingeführt worden ist als in Deutschland (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2000)? Oder messen wir, wie es Schäffer (2009) ausdrückt, psychosozialen Begleitmaßnahmen einen "völlig überhöhten Stellenwert" bei?

Natürlich sind sich alle Fachleute darin einig, dass die PatientInnen enorm von psychosozialen Unterstützungsmaßnahmen profitieren können, ja dass gerade hier eine aktive Auseinandersetzung mit psychischen Problemen (Abhängigkeit, Depression, psychische Störungen) und sozialen Defizitlagen (Wohnungs-/Arbeitslosigkeit, Verarmung etc.) erst erfolgen kann. Denn der Alltag opioidabhängiger Menschen ist häufig durch hochbelastende Lebenssituationen gekennzeichnet. Aber auch im Prozess der sozialen und gesundheitlichen Stabilisierung auf der Basis der Substitution kann es immer wieder zu Konflikten, Rückfällen und massiven Krisen kommen, z.B. durch Krankheitsausbruch, Trennung vom/von der Lebenspartner/in, Arbeitsplatz- oder Wohnraumverlust oder aufgrund von Nebeneffekten begleitender medizinischer Behandlungen (z.B. HIV/AIDS und Hepatitis-therapie) (Gerlach & Stöver 2007). Da die pharmakologischen Wirkungen von Substitutionsmitteln eine Entzugssymptomatik verhindern, ermöglichen sie eine Distanzierung von der Drogenszene und eine gesundheitliche und soziale Stabilisierung. Insofern können auch Angebote zur gesundheitlichen und psychosozialen Stabilisierung (z.B. HIV-/HCV-Therapie) überhaupt, leichter und intensiver wahr- und angenommen werden als außerhalb des Substitutionskontextes. Daraus

ergibt sich ein Wert der medizinischen Substitutionsbehandlung aus sich selbst heraus. Und dies wird nicht nur im gesamten Ausland so gesehen und anerkannt, sondern drückt sich auch in den von der WHO definierten bescheideneren Zielen der Substitutionsbehandlung aus. "Abstinenz", so fasst Michels (2007) zusammen, "ist ein langfristig anzustrebendes Ziel, aber gleichermaßen ergeben sich folgende Zielsetzungen als zentral:

- die Reduzierung des illegalen Drogenkonsums,
- die Reduzierung von Infektionsrisiken,
- die Verbesserung der physischen und psychischen Gesundheit,
- die Reduzierung kriminellen Verhaltens,
- die Reintegration in Arbeit und Beschäftigung und
- die Verbesserung des sozialen Verhaltens, ohne dass unbedingt der Drogenkonsum völlig aufgegeben wird".

In Deutschland hingegen erleben wir eine vorschnelle und zuweilen dominante Abstinenzorientierung und damit eben eine Überfrachtung der Erwartungen an diese Behandlungsform. Es ist an der Zeit, den Stellenwert des Abstinenzideals als gesellschaftlichen und therapeutischen Leitgedanken zu relativieren und Abstinenzorientierung auf das im Rahmen eines integrativen Behandlungssystems gebührende Maß einzuzugrenzen (Uchtenhagen 2009a).

Psychosoziale Unterstützungsmaßnahmen können zwar einen wichtigen Beitrag zur Überlebenseicherung, psychosozialen Stabilisierung und Steigerung der Lebensqualität Substituierter leisten, jedoch kaum zur, nach wie vor in der Präambel der BUB-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses postulierten, Suchtmittelfreiheit, denn – ob mit oder ohne PSB – "Im Langzeitverlauf über 10-20 Jahre gibt es kaum eine Evidenz, dass sich die Abstinenzquote durch irgendwelche therapeutische Maßnahmen, sei es durch abstinenzorientierte, sei es durch substitutionsgestützte Behandlungen, wesentlich beeinflussen lässt" (Meili et al. 2004).

So ist es nur folgerichtig, dass Behle und Heimchen (2009) aus Sicht der Eltern formulieren: "Für uns hat nach wie vor die Überlebenseicherung unserer Kinder absolute Priorität – entgegen des in allen Richtlinien verankerten Ziels der Abstinenz".

3.1 "NUR WENN...DANN!" – JUNKTIM: MEDIZINISCHE SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG NUR, WENN EINE PSYCHO-SOZIALE BETREUUNG GEWÄHRLEISTET IST?

Eine verbindliche Verkoppelung von medizinischer Substitutionsbehandlung mit psychosozialer Betreuung erfährt eine wirkungsmächtige Praxisrealität. Basierend auf betäubungsmittelrechtlich verfestigten Rahmenbedingungen (Rzepka 2009) und (fach-)ideologischen Vorstellungen

existieren im Rahmen der Substitutionsbehandlung in der Regel nicht nur medizinische, sondern vor allem auch vielfältige psychosoziale Verbindlichkeits-, Kontroll- und Sanktionsbedingungen, die entweder den Einstieg in eine Substitutionsbehandlung verhindern oder zum Therapieabbruch bzw. -ausschluss führen und für die betroffenen Menschen verheerende gesundheitliche Folgen zeitigen können. So geschieht es nicht selten, dass Patienten von der Substitutionsbehandlung ausgeschlossen werden, wenn sie keine psychosoziale Unterstützung in Anspruch nehmen wollen (Gerlach 2009). Dies ist der gravierende Unterschied zu Patienten mit anderen Krankheitsbildern, denn ihnen "wird die Wahl gelassen, sich für eine medikamentöse Behandlung oder andere Arten der Betreuung zu entscheiden (z.B. Asthmatiker oder Ulkusranke; Springer 2007). Schäffer (2009) hebt zu Recht hervor, dass die Substitutionsbehandlung noch immer "einen Sonderstatus einnimmt und von einer normalen Krankenbehandlung weit entfernt ist". Mit dem Junktim ("Nur-wenn-dann...") bzw. der Kopplung oder in vielen Regionen mit der Vorschaltung eines psychosozialen Filters, geht eben nicht nur ein ggf. verbessertes Wissen zu den vorhandenen Hilfeangeboten einher, oder eine umfassende Würdigung der bisher gewährten Hilfen, sondern opioidabhängigen Suchtkranken wird der ohnehin schwierige Zugang zu einer international anerkannten medizinischen Behandlung ihrer Krankheit oftmals verwehrt bzw. er verzögert sich krankheitsunangemessen lang (Ullmann 2004, Gerlach 2004a).

So kommen in bestimmten Regionen Deutschlands (z.B. in den ostdeutschen Ländern und in ländlichen Bereichen) Opioidabhängige gar nicht erst in den Genuss einer Substitutionsbehandlung, weil sie psycho-soziale Unterstützungen nicht in Anspruch nehmen können (weil sie bspw. auf dem Land leben und/oder keine Unterstützungsstellen existieren) (Lutz 2009) oder sie bestimmte Voraussetzungen nicht erfüllen. Darüber hinaus ist es mittlerweile in vielen Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) Routinevorgehen, einer Substitutionsbehandlung zu Lasten des Kostenträgers Krankenkasse nur dann durch die zuständige KV-Kommission zustimmen zu lassen, wenn der Nachweis einer stattfindenden PSB erfolgt (Poehlke 2009). Andersherum existieren offenbar KV-Bezirke, in denen man es mit einer verpflichtenden PSB nicht so genau nimmt, und bestimmte Settings, in denen keine ausdrückliche PSB angeboten wird, sondern auf die "normalen" Hilfeangebote der sozialen Fachdienste verwiesen wird (z.B. Haft). Auf Länderebene scheint zumindest in Bremen das Junktim durchbrochen zu sein (Schöfer & Bartling 2009), auf lokaler Ebene etwa in Münster (Schneider 2009a).

Im Verlauf der vergangenen 25 Jahre hat sich die ambulante Substitutionsbehandlung in Deutschland zwar zur erfolgreichen Standardtherapie Opioidabhängiger und Re-

gelleistung der gesetzlichen Krankenversicherung entwickelt (Gerlach & Stöver 2005), und 74.600 Opioidabhängige werden aktuell über Substitutionstherapien erreicht und medizinisch versorgt (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 2010). In Deutschland erhielt die Substitutionsbehandlung im Gegensatz zu anderen europäischen Staaten jedoch von Beginn an neben der medizinischen eine psycho-soziale Komponente in Form der so genannten "PSB", da Opioidabhängigkeit primär als soziales Problem, das vorwiegend mit sozialen, psychologischen und pädagogischen Mitteln zu behandeln sei, gewertet wurde (Michels 2009). So betonte etwa der Fachverband Drogen und Rauschmittel (FDR): "Das Problem der Substitutionsprogramme ist nicht in den Griff zu bekommen, wenn es von seiner stofflichen Seite, von den Eigenschaften der entsprechenden Droge her betrachtet wird, sondern nur, wenn die Drogenabhängigkeit als Symptom einer sozialen und psychischen Problematik begriffen wird" (FDR 1984, zit. n. Leune 1994). PSB wurde und wird als konstitutioneller Bestandteil der Substitutionsbehandlung mit immer mehr Verpflichtungscharakter begriffen, wobei jedoch die enge Bindung zwischen psychosozialer Intervention und medizinischer Behandlung im internationalen Vergleich auch heute noch eine Ausnahmesituation darstellt. Dabei kann für die Behandlungsbedingungen in Deutschland nicht wissenschaftlich belegt werden, ob unsere PSB-gekoppelte Substitutionsbehandlung effektiver als die in anderen Ländern ohne entsprechende Kopplung ist.

3.2 ZUR INHALTLICHEN AUSGESTALTUNG UND ZUM ANGEBOTSSCHARAKTER VON PSB

Im Zielfokus psychosozialer Unterstützungsmaßnahmen steht die Förderung/Ermöglichung eines menschenwürdigen, selbständigen Lebens unter psychosozialer und gesundheitlicher Stabilisierung (Normalisierung, Wiedereingliederung und Teilhabe). Zum Angebotskatalog, dessen inhaltliche Ausgestaltung bzw. praktische Umsetzung auch zielgruppenspezifisch ausgerichtet werden muss (z.B. für Minderjährige, Migranten, ältere Patienten, Patienten mit physischer und/oder psychischer Komorbidität) (Hoffmann 2009, Wiggenhauser 2009), zählen (ohne Anspruch auf Vollständigkeit):

- Aktivierung/Förderung von Selbsthilfepotentialen/-ressourcen (Coping-Strategien und Stärkung der Handlungsautonomie) im Sinne von Empowerment,
- Sicherung finanzieller (Basis-) Versorgung (Schuldnerberatung, Abklärung sozialrechtlicher Möglichkeiten: Arbeitslosenhilfe/Sozialhilfe, Wohngeld, Krankenkassenleistungen inkl. Krankengeld, Rentengelder bei Erwerbsunfähigkeit, Lebensunterhalt bei Pflegebedürftigkeit),

- Klärung juristischer Situationen (z.B. offene Strafverfahren, drohende Inhaftierung, Fragen zu Führerschein und Fahreignung) und Entwicklung von Haftvermeidungsstrategien,
- Hilfe bei Arbeitsplatzsuche und Wohnraumbeschaffung (inkl. betreute Wohnformen) und bei Problemen mit Arbeitgebern und Vermietern,
- Klärung von Problemen mit substituierenden Ärzten,
- Unterstützung bei der Aufnahme schulischer und beruflicher Qualifizierungs- und Rehabilitationsmaßnahmen,
- Hilfe bei der Tagesstrukturierung und bei der Entwicklung subjektiv sinnvoller Freizeitgestaltung,
- Beratung bei geplanten Inlands- und Auslandsreisen,
- Ausstiegshilfe: Reduzierung, Eigenkontrolle oder Aufgabe von Parallelgebrauch psychotroper Substanzen wie etwa Kokain, Benzodiazepine, Cannabis, aber auch Alkohol, Vermittlung (Case-Referral) in ambulante/stationäre ("Beigebrauchs"-)Entgiftung, Psychotherapie, oder ambulante/stationäre Abstinenztherapien,
- Safer-Use-, Safer-Sex-, Safer-Work- und Ernährungsberatung,
- Beratung bei Problemen mit Beziehungspartnern, Eltern oder Angehörigen der Drogenszene,
- Schwangerschaftsberatung,
- Beratung hinsichtlich Kindererziehung und -betreuung (Elternschaft und Kindeswohl) (Vista et al. o.J.),
- Auslotung von Koordinierungspartnern und Kostenträgern bei externem Hilfebedarf (Case-Referral-Management),
- (therapeutische) Gruppenarbeit,
- Krisenintervention in physisch und psychisch belastenden Lebenssituationen/-phasen.

Bühringer & Wittchen (2008) stellen völlig richtig fest: "Bis heute ist zum Beispiel weitgehend unklar, welche einzelnen Maßnahmen hilfreich bzw. notwendig sind, in welcher Phase der Substitution sie durchgeführt werden sollen und welche Indikationen im Einzelfall gelten. Vieles spricht dafür, dass die Art und Intensität der psychosozialen Behandlung sehr individuell gestaltet werden muss, ohne dass hierüber genaue Erkenntnisse vorliegen".

Sucht als Beziehungsstörung (zu sich selbst und zum sozialen Nahfeld) zu begreifen, bedeutet individuell abgestimmte, gemeindeorientierte sozial-therapeutische Antworten zu finden. Wann genau der richtige Zeitpunkt ist, zu unterstützen, Angebote zu machen, das hängt vom Einzelfall ab, und kann eben nicht pauschal für die gesamte Dauer einer Behandlung verordnet oder verlangt werden.

Kritisch ist zu hinterfragen, warum Patienten erst zu ihrem Glück gezwungen werden müssen ("mit sanftem Druck" und "sanfter Kontrolle"), und warum man nicht auf die Notwendigkeit, Bedeutung und Attraktivität der Angebote setzt. Tatsächlich sollte PSB "idealerweise nur auf aus-

drücklichen Wunsch der Substituierten als Hilfe zur Bewältigung persönlicher Probleme durchgeführt werden" (Buschkamp 2009) und auf Zwangsverpflichtung verzichtet werden (Behle & Heimchen 2009). Schäffer (2009) macht in diesem Zusammenhang auf einen wichtigen Aspekt aufmerksam, indem er die finanzielle Abhängigkeit von Drogenhilfeeinrichtungen und deren Mitarbeiter im Kontext der PSB thematisiert. Er konstatiert, dass mittlerweile viele Arbeitsplätze "ausschließlich an der hinreichenden Anzahl von Klienten und den daraus resultierenden Einnahmen" im PSB-Sektor "hängen" und wirft die Frage auf, "wie autark Beraterinnen und Berater in ihrer Entscheidung für oder gegen eine PSB tatsächlich sein können". Vor dem Hintergrund, dass Drogenhilfe zunehmend dem Ökonomiediktat unterworfen wird (Schneider 2009b), scheint diese Frage berechtigt.

Nicht die Teilnahme der Patienten an psychosozialer Unterstützung sollte generell verpflichtend sein, sondern es sollte vielmehr eine Pflichtaufgabe der Kommunen und örtlicher Träger der Drogenhilfe werden, entwicklungsangemessene und bedürfnisorientierte psychosoziale Angebote für diejenigen Patienten vorzuhalten, die entsprechenden Bedarf anmelden: Laut Beschluss des Oberverwaltungsgerichts Hamburg vom 11. April 2008 haben Substituierte einen Rechtsanspruch auf psychosoziale Unterstützungsmaßnahmen als Leistungen im Sinne des § 53 Abs. 2 Satz 2 SGB XII zur Integration und Teilhabe an der Gesellschaft (Hamburgisches Oberverwaltungsgericht 2008). Dieser Rechtsanspruch sollte in allen Bundesländern eingefordert werden.

Sander (2009) fragt zurecht, ob ein Teil der Erklärung für die Diffusität der Ausgestaltung der psychosozialen Betreuung nicht darin zu suchen ist, dass weder Träger, Betreuer, Patienten noch Ärzte an einer genauen Definition und Leitorientierung interessiert sind – aus verschiedenen Motiven. Diese sind z.T. wiederum damit zu erklären, dass nicht der Wirksamkeitsnachweis, sondern der bloße Leistungsnachweis (für die medizinische Dokumentation etc.) im Vordergrund des Interesses steht. Vor dem Hintergrund rechtlicher Sanktionen kommt es zunächst darauf an, dass überhaupt eine PSB angeboten wird, wie sie genau aussieht, aussehen soll und muss, und wie erfolgreich sie tatsächlich ist, ist von untergeordneter Bedeutung in einem administrativ-bürokratischen Akt.

Die Versorgungslage mit PSB (leider auch mit dem medizinischen Teil) ist sehr vielfältig: Sie reicht von niedrigschwelligen, akzeptanzorientierten bis zu hochschwelligeren abstinenzorientierten Beratungs- und Betreuungsangeboten (Koehtner 2009). D.h. nicht nur das Vorhandensein, sondern auch die Zugänglichkeit zu PSB ist sehr unterschiedlich.

Auch die Handhabung des Nachweises einer psychosozialen Betreuung zu Beginn und im Verlauf einer Substitu-

tionsbehandlung variiert regional, aber auch innerhalb einer Stadt scheinbar erheblich und hängt maßgeblich von der Einstellung des substituierenden Arztes und der örtlichen Drogenhilfeträger ab. Und dies grenzt eben eher an Beliebigkeit als an gewollte Heterogenität und resultiert in einer großen Variationsbreite der Versorgungsqualität. Natürlich wird es immer auch unterschiedliche regionale Bedarfsstrukturen und verschiedene finanzielle sowie organisatorische Voraussetzungen geben. Bei der zukünftigen Erarbeitung bundeseinheitlicher Leitlinien für die psychosoziale Betreuung Substituierter sollte dieser Aspekt Berücksichtigung finden. PSB darf sich nicht in Richtung eines statischen rational-bürokratischen Unterstützungssystems entwickeln, sondern zu einem dynamischen und Flexibilität wahren System.

3.3 ZUR SITUATION VON PSB IN EINZELNEN BUNDESLÄNDERN

In Nordrhein-Westfalen wird in größeren Städten und Ballungsräumen (z.B. Ruhrgebiet) in der Regel das gesamte Spektrum an Hilfen und Unterstützung angeboten, in strukturschwachen ländlichen Regionen klaffen jedoch erhebliche Versorgungslücken – sowohl für Substitutionsbehandlung an sich als auch für die psychosoziale Betreuung (Koethner 2009).

Damit sind Wahlmöglichkeiten der Betroffenen für eine Behandlung stark eingeschränkt bis gar nicht vorhanden (Wehner 2009). Verbunden mit einem großen Aufwand verhindert die spezifische Ausgestaltung der Substitutionsbehandlung samt PSB oftmals die berufliche Reintegration, anstatt diese zu befördern, und dies, obwohl der Erhalt und die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit bei Menschen mit Suchtproblemen als ein bedeutender Indikator für eine erfolgreiche Rehabilitation anzusehen ist, da Arbeit als präventiver Faktor im Sinne einer sozialen und psychologischen Unterstützung wirkt (Hötzer 2009) und eine Loslösung von der Drogenszene sowie Abstinenzwünsche befördern kann (Schäffer 2009).

Auch im Bereich der medizinischen Rehabilitation sind deutliche Behandlungslücken vorhanden. Mittlerweile gibt es zwar einige Fachkliniken, die eine substitions-gestützte, stationäre medizinische Rehabilitation anbieten, die Zahl der Therapien unter Substitution ist jedoch noch immer sehr gering, obwohl auch substituierte Patienten durchaus von einer stationären Langzeittherapie profitieren können (Theysohn 2009).

Ungenügend Beachtung findet der demographische Aspekt der Substitutionspatienten: Drogenabhängige Menschen (auch durch die Substitutionsbehandlung) werden älter und benötigen ggf. andere, spezifischere Hilfen, die bislang noch

nicht genügend in den Angeboten der PSB widerspiegelt werden (Ebert & Sturm 2009, Schwarzloh & Johst 2009).

Die Zufriedenheit der Patienten wird in vielen Bereichen medizinischer Versorgung ein immer wichtigerer Faktor im Rahmen der Qualitätssicherung, um die Erwartungen und Ressourcen der Patienten kennenzulernen und sie aktiv in den Behandlungsprozess einzubeziehen (Einbindung von Betroffenenkompetenz) mit dem Ziel der Optimierung der Qualität der angebotenen Unterstützungsmaßnahmen. Kalinna (2009) berichtet hierzu über einen ersten vielversprechenden Versuch aus Berlin, ohne allerdings zu Recht nicht auch darauf hinzuweisen, dass "die Aussagekraft einer "Kundenbefragung" – als ein Instrument der Qualitätssicherung – grundsätzlich nicht überbewertet werden sollte". Denn es ist nicht auszuschließen, dass ein sehr hoher Grad an Nutzer- bzw. Kundenzufriedenheit auch ein Indikator für Anpassungsleistung und mögliche Veränderungsblockade sein könnte, vor allem in Settings mit verpflichtenden Teilnahmebedingungen an PSB (Gerlach 2009).

Leßmann (2009) stellt ein Verfahren am Beispiel von Bielefeld vor, indem alle dortigen Drogenabhängigen mit einem Substitutionswunsch vor Beginn einer möglichen Substitutionsbehandlung ein Clearingverfahren in der Drogenberatung durchlaufen. Dieses Verfahren resultiert aus Absprachen im Qualitätszirkel "Substitutionstherapie" zwischen Ärzteschaft und Drogenberatung e.V. Begründung hierfür sind die aus zumeist langjährigen Betreuungskontakten resultierenden Kenntnisse über Problemlagen, Störungsbilder und Vorbehandlungen der Klientel. Diese Aspekte sind bedeutsam für eine indikationsbezogene Vermittlung (Erfordernis einer psychiatrischen oder somatischen Mitbehandlung, soziale Problematik u.a.) in ein geeignetes Behandlungssetting.

Wenn dies zur Aufklärung psycho-somatischer und komorbider Problematik im Einvernehmen zwischen allen Beteiligten dient, ist dies sicher ein gutes und wirksames Instrument. Denn wie Gölz betont (2009), ist die gezielte Koordinierung unterschiedlicher fachlicher Kompetenzen die zentrale Aufgabe von Drogenberater und Arzt in der Substitutionstherapie. Beide müssen die sozialen und die medizinischen Krankheitsfaktoren in ihr Behandlungskonzept integrieren, sie müssen die zersplitterte Zuständigkeit verschiedener Institutionen, Organisationen und Ämter für den Klienten/Patienten überbrücken und jeweils die Aspekte der anderen Profession im Auge behalten. Allerdings: Am Beispiel vorgeschalteter Clearingverfahren wird deutlich, dass der Zeitfaktor oftmals nicht beachtet wird: Die Substitutionsbehandlung ist z.T. (über-)lebenswichtig, sie sollte deshalb begonnen werden, wenn die ärztliche Indikation gestellt und die medizinischen Voraussetzungen erfüllt sind, und nicht verschoben werden auf einen Zeitpunkt der Klä-

rung des psychosozialen Betreuungsbedarfs. Diese Klärung kann später erfolgen, sie ist nicht lebensnotwendig wichtig.

Wie das Beispiel Bielefeld zeigt, existieren zwar gut funktionierende interdisziplinäre Kooperationsformen zwischen Drogenhilfe und substituierenden Ärzten unter Respektierung der jeweiligen Profession und fachlichen Kompetenz, doch sind diese positiven Erfahrungen keineswegs generalisierbar, denn nach wie vor gibt es vielerorts kaum Kontakte zwischen Ärzten und Drogenberatern. Schäffer (2009) benennt als mögliche Gründe u.a. fehlende zeitliche Ressourcen, mangelndes Interesse, Überforderung und fachliche Konflikte. Tatsächlich treten nicht selten schwerwiegende Kompetenz-Konflikte auf, die sich sogar gelegentlich quasi zu einer "Zero-Kooperation" ausprägen, "wobei entweder Drogenberatungsstellen von bestimmten Ärzten prinzipiell keine Klienten mehr übernehmen oder Ärzte zu bestimmten Beratungseinrichtungen strikt keine Patienten mehr vermitteln" (Gerlach 2009).

In diesem Kontext eröffnet sich auch die Frage nach der Verortung von PSB. Bisher wird PSB in erster Linie von der Drogenhilfe geleistet, wobei die Unterstützungsmaßnahmen vorwiegend in Drogenberatungsstellen angeboten werden. Darüber hinaus gibt es auch substituierende Ärzte, die in Absprache mit kooperierenden Beratungsstellen die PSB (stundenweise) in die Praxisräume integriert oder selbst einen psychosozialen Betreuer eingestellt haben. Klinikambulanzen führen die Unterstützung auch oft mit eigenem Personal durch. Schäffer (2009) präferiert die Variante der Arztpraxen mit integriertem PSB-Angebot und betont, der Vorteil von medizinischer Behandlung und psychosozialer Betreuung unter einem Dach liege in einem direkten (Vor-Ort-)Kontakt zwischen Patient, Drogenberater und Arzt. Andererseits mag diese Konstellation aber auch in ein Übermaß an Kontrolle und daraus resultierender übermäßiger Sanktionierung bzw. in der Furcht davor seitens der Patienten münden. Die Patienten sprechen möglicherweise wegen befürchtetem, zu offenem Informationsaustausch zwischen Betreuer und Arzt bestimmte Problemlagen nicht mehr deutlich und vertrauensbezogen aus (Offenheitsblockade), um nicht das entzogen zu bekommen, weshalb sie sich primär in Behandlung begeben haben, nämlich das Substitutionsmittel. Allerdings besteht diese Möglichkeit aufgrund der in der Regel gegenseitigen Aufhebung der Schweigepflicht und (meist) obligatorischer Behandlungsverträge ebenso gut bei praxisausgelagerten Betreuungsverhältnissen.

Fakt ist, dass sich ein nicht geringer Teil der Substitutionspatienten nach wie vor auf den lokalen Drogenszenen aufhält. Daher haben manche Beratungsstellen in ihre Arbeit mit Substituierten auch die Kontaktaufnahme über die Streetwork integriert (Wiggenhauser 2009).

3.4 FINANZIERUNGSMODELLE

Die bundesweit uneinheitlichen Finanzierungsmodelle lassen sich an den Beispielen einiger Bundesländer wie folgt skizzieren: In Berlin erfolgt die Finanzierung von PSB auf der Grundlage einer zwischen Senat und Wohlfahrtsverbänden im Sinne der §§ 53/54 SGB XII ausgehandelten Leistungsbeschreibung über Einzelfallabrechnung gemäß Fachleistungsstunden (Drees 2009), wohingegen in Hessen eine Pauschalfinanzierung durch Land, Kommunen und Gebietskörperschaften im Rahmen der Zuwendungen für Suchthilfe geleistet wird (Heinz 2009). In Niedersachsen wird PSB als freiwillige Leistung durch das Sozialministerium finanziell gefördert, wobei die Höhe der Fördermittel der Bedarfslage nicht gerecht wird (Mannstein 2009). In Bayern werden die Kosten für PSB von den Bezirken als überörtliche Sozialhilfeträger nach den Vorschriften des SGB XII getragen. Im Rahmen von Zielvereinbarungen in Verbindung mit Leistungsbeschreibungen werden Fachkraftstellen pauschal gefördert. Allerdings bleibt es jedem Bezirk überlassen, eigene Personalschlüssel zu entwickeln (Wehner 2009). In Nordrhein-Westfalen wiederum gibt es einerseits eine Pauschalfinanzierung durch Land und Kommunen, und andererseits Finanzierungsformen im Rahmen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII (Teilhabe) und nach dem SGB II (Hilfestellung zur Eingliederung in das Erwerbsleben) (Koethner 2009).

3.5 METHODISCHE ANSÄTZE

Im Bereich psychosozialer Unterstützung finden, je nach Organisationsstruktur und Zielorientierung unterschiedliche methodische Ansätze Praxisanwendung:

Schmid & Schu (2009) liefern unter Berücksichtigung historischer Aspekte und aktueller Entwicklungsstränge einen Überblick über die wirksamen Methoden des Case Managements. Dabei beziehen sie die Evaluationsergebnisse des bundesdeutschen Heroinmodellprojektes mit ein, in dessen Verlauf eine Kombination aus Case Management und Motivational Interviewing erfolgreich erprobt wurde, eine Methoden-Kombination, die auch mit den Grundsätzen von an Harm Reduction und Akzeptanz orientierter Drogenhilfe gut vereinbar ist (Hölmann 2004). Ein zentrales und im Rahmen von Substitutionsbehandlungen bedeutendes Element von Case Management ist die Funktion als Schnittstelle zwischen Sozial- und Gesundheitsbereich. Kritisch merken Schmidt & Schu (2009) an, dass auf Grund zunehmender Popularität von Case Management bei Kostenträgern immer mehr Ansätze als Case Management bezeichnet werden, die häufig den aktuellen Qualitätsstandards nicht genügen.

Farnbacher (2009) präsentiert die im Rahmen der bundesdeutschen Heroinstudie gesammelten positiven Erfahrungen beim Einsatz der Psychoedukation und zeigt Optionen auf, unter denen im ambulanten Rahmen Gruppenarbeit nicht nur möglich, sondern auch sinnvoll ist. Er hebt allerdings hervor, dass Psychoedukation keine Alternative zur Standardbehandlung darstellt, sondern eine positive Ergänzung zur Erhöhung der Compliance und Förderung der Selbstheilungskräfte.

Happel (2009) stellt das methodische Vorgehen beim Motivational Interviewing (MI) vor und zeigt auf, dass sich MI besonders bei der Förderung von Behandlungs-Compliance, Widerstandsreduktion, Verringerung von Abbruchquoten und Konsumreduktionen als effektiv erweist. Der "Erfolg von MI als Methode der Stunde und Methode der Wahl" ist vor allem in den vielfältigen Erfolg versprechenden Kombinationsmöglichkeiten mit anderen psychosozialen Methoden zu sehen.

Happel et al. (2009) betonen die Notwendigkeit der Implementation von primär nicht am Abstinenzziel ausgerichteter Programme in der Begleitung der niedrigschwelligen Substitutionsbehandlung und informieren beispielhaft über das verhaltensorientierte Selbstmanagementprogramm "Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum (KISS)", in dessen Zielfokus die Reduktion des Konsums legaler und illegaler Drogen steht. Das Projekt wurde hinsichtlich seiner Wirksamkeit im Rahmen einer randomisierten Kontrollstudie wissenschaftlich evaluiert. Die Ergebnisse der Begleitforschung machen deutlich, dass der Chancenhorizont auch hoffnungslos verelendet scheinender, einen compulsiven Beigebrauch aufweisender Substitutionspatienten durch die Teilnahme an Selbstmanagementprogrammen in Richtung Konsummusteränderung und Substanzreduktion wesentlich erweitert wird und somit vielfach ein drohender Abbruch der ärztlichen Substitutionsbehandlung vermieden werden kann.

Ein niedrigschwelliges, auf der Grundlage des Arbeitsansatzes "Akzeptanz-orientierte Drogenarbeit" (Schneider 1997, Gerlach 2004b) in Münster operierendes Projekt psychosozialer Unterstützung, "**entwicklungsbegleitende, psychosoziale Unterstützung von substituierten Mitbürgerinnen (EPU)**", stellt Schneider (2009) vor. Das EPU-Projekt wird in Kooperation mit der Städtischen Drogenhilfe und unter Befürwortung durch den Qualitätszirkel Suchtmedizin Münster als wesentliches Element des örtlichen Gesamtdrogenhilfeplans durchgeführt. Es setzt seine Angebote auf der Basis freiwilliger Teilnahme der Substituierten und wird von der Erfahrung getragen, dass Drogenhilfe keine "Veränderungs- und/oder Therapiemotivation, "Teilhabe in allen Bereichen", Abstinenz etc." produzieren, sondern (lediglich) prozessmoderierende Unterstützung zur Selbstentwicklung (Selbstbemächtigung) anbieten kann, wobei die

Unterstützung zur Selbstwirksamkeit im Sinne eines "moderierenden Empowerment" auf die selbsttätige Setzung von Zielen und auf das Vertrauen eigener Fähigkeiten zur Umsetzung der Ziele: "Eigenmotiviertes Sich-Aneignen und nicht Angeeignet-Werden!" zielt. EPU bietet abgestufte Unterstützungsaktivitäten mit differenzierten Anforderungsprofilen von Kurzkontakten, Kriseninterventionen, "lockerer" Begleitung bis hin zu längerfristigen und engen Betreuungsverhältnissen, je nach individuell eingefordertem Patientenbedürfnis. Das Projekt fußt auf einem Flexibilität ermöglichenden Komprehensivkonzept, in dessen Zielfokus individuell zugeschnittene, entwicklungsangemessene Unterstützungsangebote entsprechend der vielfältigen Bedürfnisse und Ressourcen aller Substituierten stehen.

Holke (2009) verweist darauf, dass es bei den Zielgruppen "Chronisch psychisch Kranke" und "Opioidabhängige in der Substitutionsbehandlung" vielfältige Schnittmengen und Berührungspunkte zum sozialpsychiatrischen Hilfesystem gibt und erinnert uns an die Notwendigkeit eines personen-zentrierten Ansatzes, und "dass im Mittelpunkt der Bereitstellung der Hilfen die Frage stehen muss: Welche Hilfen benötigt der Klient? und nicht: "Welches verfügbare Angebot ist für ihn das geeignete?" ... Die personen-zentrierte Hilfeplanung ist wesentlicher *Bestandteil* der Hilfeleistung. Sie ist an den Kriterien "Klient ist Subjekt", "individuell", "lebens-weltbezogen" und "integriert" auszurichten. Es gibt keinen "objektiven" Hilfebedarf. Gute Hilfeplanung ist intersubjektiv. Ziel ist es, dass im Prozess der kooperativen Hilfeplanung gemeinsam mit dem Leistungsbeantragenden ein konsensfähiger Plan entsteht."

Schließlich sind weitere Methoden denkbar, hier jedoch nicht aufgeführt. Vielversprechend erscheint ein peer-involvement – Ansatz, als ein Zugang, der mit dem Expertenwissen Betroffener arbeitet, dass in informierter Weise an andere Betroffene weitergegeben werden kann (Nörber 2003).

Die aktuelle Literaturlage und Praxissituation veranschaulicht, dass umfassende Hilfeplanung oft schon fester Bestandteil der PSB-Arbeit ist (auch vor dem Hintergrund der von Kostenträgern eingeforderten Qualitätssicherungsmaßnahmen). Doch es muss die Frage gestattet sein, ob die Hilfeleistungen bzw. die psychosozialen Entwicklungslinien der Patienten wirklich planbar sind. Denn gelegentlich kann man sich des Eindruckes nicht erwehren, dass sich Leistungsanbieter als omnipotent darstellen und Wirkungsversprechen sowie eine Planungssicherheit suggerieren, die es so nicht geben kann (Göppner 2006) und die an die "erfolgreiche" Planwirtschaft ehemaliger sozialistischer Ostblockstaaten erinnert. Es sollte nicht verkannt werden, dass auch substitutionsgestützte Entwicklungen keinen physikalischen Naturgesetzmäßigkeiten folgen, sondern prozesshaft und variabel in unterschiedlichen sozio-kulturel-

len Settings verlaufen und somit trotz methodenstringenter und klassifikatorischer psychosozial-diagnostischer Interventionsstrategien (Gahleitner 2008) zur Veränderungs-motivation und Hilfeplanung realiter nicht linear planbar sind. Die "Unberechenbarkeit der Individualität" (Simmel 1908) bzw. der subjektive Faktor Mensch ist letztlich nicht quantifizier-, berechen- oder standardisierbar. Es ist daher prinzipiell nicht möglich, das Erreichen bestimmter Ziele innerhalb einer bestimmten Zeit exakt "voraus zu berechnen", auch wenn dies manch Kostenträger erwartet. Die Leistungserbringer sollten den Kostenträgern dies deutlich und fachlich fundiert zu verstehen geben, anstatt "Machbarkeitsillusion" (Göppner 2006) und überzogene Erwartungshaltungen an sich selbst, die methodische Ausrichtung der Unterstützungsmaßnahmen, die Patienten und eben gegenüber den Kostenträgern zu schüren. Es ist erwartbar, dass auch den Kostenträgern eines Tages die ständige, teils endlose (wenn keine zeitlich begrenzte Dauer für PSB vereinbart worden ist) Aktualisierung, Überarbeitung und Anpassung individueller Hilfepläne mit sozialpädagogischer Verbalakrobatik nicht verborgen bleiben wird. Daher sollte, so lange es keine konkreten wissenschaftlich fundierten Wirkungsnachweise für spezielle Maßnahmen gibt, mit "offenen Karten gespielt werden": Sind die Angebote noch so arbeits- und zeitintensiv, die psychosoziale Entwicklung der Betreuten bleibt letztlich immer offen und kann zu jedem Zeitpunkt innerhalb der Betreuung einen anderen "ungeplanten" Richtungsverlauf einnehmen. Diese kritische Einschätzung bedeutet nun aber keineswegs eine generelle Abkehr von Hilfeplanung, denn Hilfepläne können eine notwendige Visualisierung und Orientierung im Prozess der (Wieder-)Aneignung von Kontrolle und gesellschaftlicher Teilhabe darstellen, vor allem auch für den einzelnen Patienten, sie müssen nur im Dialog zwischen Substituiertem und Hilfeleistendem und mit realistisch zu erreichenden Teilzielen erarbeitet werden nach dem Motto "weniger ist mehr", besonders zu Beginn der PSB. Denn häufig resultieren, neben der Einnahme des Substitutionsmittels, allein schon die Sicherung finanzieller Basisversorgung, die Einleitung von Schuldenregulierungsmaßnahmen und ein sicheres Mietverhältnis in einer spürbaren psycho-sozialen Stabilisierung. Wird nicht zu häufig dem psychologischen Teil von "psychosozial" ein zu hoher Bedeutungswert beigemessen, und sollte in der Regel nicht, wie es Behle & Heimchen (2009) postulieren, die "Bearbeitung praktischer Probleme der Lebensführung und -bewältigung" im Vordergrund der Unterstützung stehen, "und nicht" 'wöchentliche Psychogeschichte'!?

4 RESULTATE ZUR EVIDENZ-BASIERUNG VON PSB IN DER SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG

Degkwitz (2009) stellt in seiner Analyse der Studien zur Evidenz-Basierung von PSB in der Substitutionsbehandlung zunächst fest, dass die zum überwiegenden Teil US-amerikanischen Studien von "mittlerer bis geringer" Qualität sind. Eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse für die Bedingungen der Bundesrepublik unterliegt erheblichen Einschränkungen.

Unter diesem Vorbehalt stehen die folgenden Ergebnisse: "Der Effekt der Substitutionsbehandlung kann durch eine große Bandbreite von psycho-sozialen Interventionen verstärkt werden. Verschiedene zusätzliche Interventionen bei Substitution haben ihre Wirksamkeit hinsichtlich der Verbesserung der Ergebnisse der Substitutionsbehandlung gezeigt. Das gilt für Drogenberatung, Verhaltenstherapie, "Contingency Management" und verschiedene psychotherapeutische Verfahren. Unabhängig von der Heterogenität der angewandten psychosozialen Interventionen fördert deren Nutzung die Ergebnisse der Substitutionsbehandlung. Besonders deutliche Effekte zeigt das "Contingency Management", also die Verstärkung gewünschter Verhaltensweisen wie "saubere" Urinkontrollen. Dieser Ansatz hat die stärkste Unterstützung durch Forschung, aber seine Anwendbarkeit außerhalb der USA ist bislang ebenso unklar, wie das adäquate Maß der Belohnungen sowie deren Nachhaltigkeit".

Insgesamt wird deutlich, dass in Deutschland keine differenzierte Forschungsarbeit vorliegt, die für Ausgestaltung, Zeitpunkt, und Zeitdauer der PSB wichtige Planungsgrößen liefern könnte.

Uchtenhagen (2009) weist auf die "National Treatment Improvement Evaluation Study" (NTIES 2004) hin, die deutliche Hinweise darauf liefert, dass die messbare Reduktion von Heroinkonsum im Laufe einer Substitutionsbehandlung davon abhängig ist, wie gut die individuellen Hilfsbedürfnisse eines Patienten zu Beginn abgeklärt werden und in welchem Ausmaß tatsächlich auf diese Bedürfnisse eingegangen wird.

Wessel (2009) berichtet von der Forschungsevidenz zu psychosozialen Unterstützungen (COCHRANE-Reviews und anderen Quellen), dass:

- eine Kombination mit PSB bessere Ergebnisse aufweist, als eine pharmakologische Behandlung allein,
- wesentliche Verbesserungen durch eine Kombination sich beziehen auf: Haltequote, Compliance, Reduktion des primären Substanzbrauches, Reduktion psychiatrischer Symptomatik, Reduktion der Schwere der Abhängigkeit,

- Die Kernelemente von PSB regelmäßige Beratung, Zugang zur medizinischen und psychiatrischen Behandlung sind (wenn nötig, Familientherapie, Soziale Assistenz wenn nötig, arbeits- und berufsbezogene Beratung),
- Interventionsmodalitäten bei der PSB: psychologisch, mit Beratung, Psychotherapie, Selbsthilfegruppe, Krisenintervention, Elterntaining, Rückfallprävention; sozial mit berufsbezogenem Training, Unterstützung am Arbeitsplatz, im Haushalt, bei der Nutzung von Verkehrsmitteln, bei der Kinderversorgung, Rechts- und Schuldnerberatung.

Die neueste internationale Richtlinie der Weltgesundheitsorganisation für Substitutionsbehandlungen haben diese Ergebnisse aufgegriffen und stellen denn auch PSB schon im Titel in den Vordergrund: Richtlinien für psychosozial unterstützte pharmakologische Behandlungen (WHO 2009). Mit Nachdruck wird hervorgehoben, dass die Unterstützung auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten ausgerichtet und freiwillig sein soll: "Treatment services should aim to offer onsite, integrated, comprehensive psychosocial support to every patient. However, treatment services should not deny effective medication if they are unable to provide psychosocial assistance, or if patients refuse it". "Psychosocially assisted pharmacological treatment should not be compulsory". Gegenüber diesen internationalen Leitlinien sollte sich auch Deutschland nicht länger verschließen.

5 EMPFEHLUNGEN

Die neuen Bundesärztekammer-Richtlinien (Bundesärztekammer 2010) sind auf den Stellenwert der PSB in der Substitutionsbehandlung eingegangen: "Eine Opiatabhängigkeit wird in der Regel von psychischen und somatischen Erkrankungen sowie psychosozialen Problemlagen begleitet. Sie erfordert daher für ihre Behandlung die Vorhaltung sowie Einbeziehung entsprechender Maßnahmen". Und folgerichtig: "Psychosoziale Betreuung und ärztliche Behandlung sollen laufend koordiniert werden. Der substituierende Arzt wirkt darauf hin, dass die aktuell erforderlichen begleitenden Maßnahmen in Anspruch genommen werden". Und schließlich: "Zur Abwehr akuter gesundheitlicher Gefahren kann die Substitution ausnahmsweise auch dann erfolgen, wenn und solange eine psychosoziale Betreuung nicht möglich ist".

Mit dieser Neubewertung wird zumindest der Druck aus der notwendigen Verquickung von PSB und Substitutionsbehandlung genommen.

Gemäß Degkwitz (2009) sind auf der Grundlage bisher vorliegender Studienergebnisse folgende Empfehlungen für

eine Behandlungsleitlinie für Opioidabhängigkeit auszusprechen:

1. Die Abgabe des Substituts ist mit dem Angebot psychosozialer Interventionen zu kombinieren,
2. Die angemessene Form der psychosozialen Intervention/Unterstützung beruht auf umfassender Abklärung und individueller Behandlungsplanung in Absprache mit der/dem Patientin/en,
3. Der Angebot psychosozialer Unterstützung (bei Nicht-Inanspruchnahme) ist periodisch zu überprüfen und gegebenenfalls zu erneuern.

Desweiteren sind aus Sicht der Autoren folgende Maßnahmen zu empfehlen:

- Rechtliche Entkoppelung von medizinischer Behandlung mit psychosozialer Betreuung,
- Rechtsanspruch auf Wiedereingliederung und Teilhabe i.S.d. SGB II und XII,
- Forschung zur Effizienz und Effektivität psychosozialer Betreuung,
- Qualifizierung ("Fachkundenachweis") für Professionelle, die psycho-soziale Betreuung anbieten (dies ist allein im Sinne einer Qualitätssicherung für Leistungen in diesem Bereich überfällig),
- Erarbeitung verbandsübergreifender, bundeseinheitlicher Leitlinien.

6 LITERATUR

- Behle H, Heimchen J (2009): PSB – Psychosoziale Betreuung oder praxisnahe psychosoziale Begleitung? In: Gerlach R, Stöver H (Hrsg): Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Freiburg: Lambertus, S. 267-272
- Blanc A von (2009): PSB im GKV System. In: Gerlach R, Stöver H (Hrsg): Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Freiburg: Lambertus, S. 273-277
- Bühringer G, Wittchen HU (2008): Vorwort. In: Kufner H, Ridinger M: Psychosoziale Behandlung von Drogenabhängigen unter Substitution (PSB-D). Lengerich: Pabst, S. 5-6
- Bundesärztekammer (2010): Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger – vom Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 19. Februar 2010 verabschiedet, Berlin
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2010): Bericht zum Substitutionsregister (Januar 2010) http://www.bfarm.de/cfn_012/nn_424416/SharedDocs/Publikationen/DE/Bundesopiumstelle/BtM/substit-reg/Subst_Bericht_2010,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Subst_Bericht_2010.pdf
- Buschkamp R (2009): Beitrag zur Podiumsdiskussion bei der Fachtagung "25 Jahre neues BtMG" am 6. November 2007 in Bielefeld. Diskussionsbeiträge publiziert unter dem Titel "Podiumsdiskussion – Auszüge". Akzeptanz 17 (1), 29-38, hier 36
- Degkwitz P (2009): Der aktuelle Stand der Forschung zur Wirksamkeit psychosozialer Unterstützungsangebote bei Substitutionsbehand-

- lung. In: Gerlach R, Stöver H (Hrsg.): Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Freiburg: Lambertus, S. 47-55
- Drees H (2009): Finanzierungs- und Organisationsmodelle. Die Psychosoziale Betreuung in der Substitutionsbehandlung in Berlin. In: Gerlach R, Stöver H (Hrsg.): Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Freiburg: Lambertus, S. 68-75
- Ebert K, Sturm S (2009): "Alte Hasen – neue Hilfen" – Was muss die Drogenhilfe für alternde Konsumenten tun? In: Schneider W, Gerlach R (Hrsg.): Drogenhilfe und Drogenpolitik – Kritische Gegenwartsdiagnosen. Berlin: VWB, S. 55-74
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (ed.) (2000): Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union. Office for Official Publications of the European Communities. Luxembourg
- Farnbacher G (2009): Psychoedukation im Rahmen der Substitutionsbehandlung: Ambulante Gruppen im Substitutionsbereich – eine Option? In: Gerlach R, Stöver H (Hrsg.): Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Freiburg: Lambertus, S. 151-156
- Gahleitner SB (2008): Psycho-soziale Diagnostik im Suchtbereich. Suchtmagazin 34 (4), 15-20
- Gerlach R (2004a): Psychosoziale Begleitung/Betreuung – ein Hindernis für die Substitution? In: Klee J, Stöver H (Hrsg.): Drogen, HIV/AIDS, Hepatitis – ein Handbuch. Deutsche AIDS-Hilfe e.V. Berlin, S. 310-317
- Gerlach R (2004b): Grenzen "Niedrigschwelliger" Drogenhilfe. In: Schneider W, Gerlach R (Hrsg.): DrogenLeben. Bilanz und Zukunftsvisionen akzeptanzorientierter Drogenhilfe und Drogenpolitik. Berlin: VWV, S. 125-138
- Gerlach R (2009): Psychosoziale Arbeit mit Substituierten – einige unorthodoxe Gedanken jenseits des "Mainstreams". In: Schneider W, Gerlach R (Hrsg.): Drogenhilfe und Drogenpolitik – Kritische Gegenwartsdiagnosen. Berlin: VWB, S. 39-54
- Gerlach R, Stöver H (Hrsg.) (2005): Vom Tabu zur Normalität. 20 Jahre Substitution in Deutschland. Freiburg: Lambertus
- Gerlach R, Stöver H (2007): Begleitende psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. In: Beubler E, Haltmayer H, Springer A (Hrsg.): Opiatabhängigkeit. 2. Aufl.. Wien/New York: Springer, S. 225-230
- Gerlach R, Stöver H (Hrsg.) (2009): Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Freiburg: Lambertus
- Gölz J (2009): Wirksame Kooperationsformen zwischen substituierenden Ärzten und Drogenhilfe. In: Gerlach R, Stöver H (Hrsg.): Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Freiburg: Lambertus, S. 195-202
- Göppner H-J (2006): Sozialarbeitswissenschaft – was hat die Praxis davon? SozialExtra (2), 34-46
- Haltmayer H (2009): Der Stellenwert der "Psychosoziale Betreuung" in der Substitutionsbehandlung von Opioidabhängigen in Österreich. In: Gerlach R, Stöver H (Hrsg.): Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Freiburg: Lambertus, S. 298-303
- Hamburgisches Obergerverwaltungsgericht (11. April 2008): Beschluss in der Verwaltungsrechtssache Palette e.V. gegen Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz 4 Bf 83/07.Z / 5 K 5935/03
- Happel H-V (2009): Angewandte Methoden und Programme: Motivierende Gesprächsführung/Motivational Interviewing (MI). In: Gerlach R, Stöver H (Hrsg.): Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Freiburg: Lambertus, S. 157-162
- Happel H-V, Becker G, Körkel J (2009): Angewandte Methoden und Programme: Verhaltensorientiertes Selbstmanagementprogramm "Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum (KISS)". In: Gerlach R, Stöver H (Hrsg.): Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Freiburg: Lambertus, S. 175-180
- Heinz W (2009): Substitutionstherapie in Hessen: Behandlungsmodelle und ihre Finanzierung. In: Gerlach R, Stöver H (Hrsg.): Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Freiburg: Lambertus, S. 112-118
- Hoffmann A (2009): Zielgruppenspezifische psychosoziale Betreuung substituiertes. In: Gerlach R, Stöver H (Hrsg.): Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Freiburg: Lambertus, S. 203-210
- Hölmzmann C (2004): Ist Case Management/Motivational Interviewing (CM/MI) mit den Grundsätzen der akzeptanzorientierten Drogenarbeit vereinbar? – Eine Diskussion zur Betreuungsmethode CM/MI im bundesdeutschen Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger. Akzeptierende Drogenarbeit/Acceptance-Oriented Drug Work 1, 12-16, URL: www.indro-online.de/Hoelzmann_1_04.pdf
- Hötzer U (2009): Teilhabe Substituierter an Arbeit und Qualifizierung. In: Gerlach R, Stöver H (Hrsg.): Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Freiburg: Lambertus, S. 220-226
- Kalina V (2009): Zufriedenheitsmessung der KlientInnen. In: Gerlach R, Stöver H (Hrsg.): Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Freiburg: Lambertus, S. 128-140
- Koethner, U. (2009) Finanzierung und Organisationsformen von PSB in Nordrhein-Westfalen. In: Gerlach R, Stöver H (Hrsg.): Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Freiburg: Lambertus, S. 76-82
- Kunstmann W (2009): Stellenwert und Notwendigkeit von "PSB" aus der Sicht der Bundesärztekammer. In: Gerlach R, Stöver H (Hrsg.): Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Freiburg: Lambertus, S. 278-288
- Leßmann L (2009): Psychosoziale Begleitung substituierter Menschen in der Drogenberatung e.V. Bielefeld. In: Gerlach R, Stöver H (Hrsg.): Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Freiburg: Lambertus, S. 187-194
- Leune J (1994): Substitution. FDR-Berichte 35, 1-2
- Lutz S (2009): Über die Standardisierung zur Differenzierung – Psychosoziale Betreuung im ländlichen Sozialraum. In: Gerlach R, Stöver H (Hrsg.): Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Freiburg: Lambertus, S. 211-219
- Mannstein G (2009): Psychosoziale Betreuung in der Substitutionsbehandlung: Finanzierungs- und Organisationsmodelle in Niedersachsen. In: Gerlach R, Stöver H (Hrsg.): Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Freiburg: Lambertus, S. 83-87
- Meili D, Dober S, Eyal E (2004): Realistische Ziele und adäquate Methoden in der Suchtmedizin – Auswege aus der Abstinenzfalle. Suchtmagazin, 30 (3): 3-10
- Michels II (2007): Aktueller, internationaler Stand der Substitutionsbehandlung: Bestandsaufnahme, welche neuen Ansätze in der Substitutionsbehandlung gibt es weltweit – und was können wir lernen? In: akzept (Hrsg.): Expertengespräch "Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung" (14.2.2007 Berlin), S. 12-43
- Michels II (2009): Substitutionsbehandlung für Opiatabhängige und psychosoziale Betreuung aus historischer Perspektive: wie kam die PSB zur Substitution? In: Gerlach R, Stöver H (Hrsg.): Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Freiburg: Lambertus, S. 35-46
- Nörber M (2003): Peer-Education. Bildung und Erziehung von Gleichaltrigen durch Gleichaltrige. Münster: Votum Verlag
- NTIES (2004): National Treatment Improvement Evaluation Study NTIES. US Department of Health and Human Services. SAMHSA

- Poehlke T (2009): Stellenwert/Notwendigkeit der psychosozialen Betreuung (PSB) aus Sicht substituierender Ärzte. In: Gerlach R, Stöver H (Hrsg.): Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Freiburg: Lambertus, S. 237-243
- Rzepka D (2009): Rechtliche Rahmenbedingungen. In: Gerlach R, Stöver H (Hrsg.): Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Freiburg: Lambertus, S. 56-67
- Sander G (2009): Stellenwert und Notwendigkeit der PSB aus Sicht des Psychiaters. In: Gerlach R, Stöver H (Hrsg.): Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Freiburg: Lambertus, S. 244-249
- Schäffer D (2009): Stellenwert und Notwendigkeit von "PSB" aus Sicht der Betroffenen. In: Gerlach R, Stöver H (Hrsg.): Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Freiburg: Lambertus, S. 260-266
- Schmid M, Schu M (2009): Angewandte Methoden und Programme. Case Management, psychosoziale Betreuung und Substitutionsbehandlung. In: Gerlach R, Stöver H (Hrsg.): Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Freiburg: Lambertus, S. 143-150
- Schmid O (2009): Psychosoziale Betreuung in einer Substitutionsbehandlung mit pharmazeutischem Heroin, resp. Diacetylmorphin. In: Gerlach R, Stöver H (Hrsg.): Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Freiburg: Lambertus, S. 291-297
- Schneider W (1997): Einleitung: Was ist akzeptanzorientierte Drogenarbeit? In: Schneider W (Hrsg.): Brennpunkte akzeptanzorientierter Drogenarbeit. Berlin: VVB, S. 7-14
- Schneider W (2009a): Entwicklungsbegleitende, psychosoziale Unterstützung von Substituierten als moderierendes Empowerment: das Modell Münster. In: Gerlach R, Stöver H (Hrsg.): Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Freiburg: Lambertus, S. 163-174
- Schneider W (2009b): Der Kunde ist König!? – Drogenhilfe unter dem Diktat von Ökonomisierung, Qualitätssicherung, Evaluation und sozialer Kontrolle. In: Schneider W, Gerlach R (Hrsg.): Drogenhilfe und Drogenpolitik – Kritische Gegenwartsdiagnosen. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, S. 9-27
- Schöfer G, Bartling A (2009): Psychosoziale Begleitung: Ideologische Chimäre oder konkrete substituitionsbegleitende Hilfen. In: Gerlach R, Stöver H (Hrsg.): Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Freiburg: Lambertus, S. 88-111
- Schwarzloh K, Johst G (2009): Organisation der PSB in Schleswig-Holstein. In: Gerlach R, Stöver H (Hrsg.): Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Freiburg: Lambertus, S. 125-127
- Simmel, G. (1908) Soziologie. Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung. Von Duncker und Humblot. Leipzig
- Springer A (2007): Psychotherapeutische Aspekte. In: Beubler E, Haltmayer H, Springer A (Hrsg.): Opiatabhängigkeit. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis. 2. Aufl. Wien/New York: Springer, S. 231-242
- Theysohn V (2009): Substitution in der medizinischen Rehabilitation. In: Gerlach R, Stöver H (Hrsg.): Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Freiburg: Lambertus, S. 227-233
- Uchtenhagen A (2009a): Abstinenz als gesellschaftlicher und therapeutischer Leitgedanke. Suchttherapie, 10, 75-80
- Uchtenhagen A (2009b): Vorwort. In: Gerlach R, Stöver H (Hrsg.): Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Freiburg: Lambertus, S. 9-11
- Ullmann R (2004): Forderung nach PSB verhindert Substitutionsbehandlungen. In: subletter, 9, 2-3
- Vista, Caritas, Notdienst für Suchtmittelgefährdete und abhängige Berlin e.V. (o.J.): Handlungsempfehlungen für die psychosoziale Betreuung substituierter Eltern. Berlin: Selbstverlag. Internetquelle: <http://vistaberlin.de/fileadmin/pdf/HandlungsempfehlungenPSB.pdf> (Stand: 7. Juni 2009)
- Wehner B (2009): Substitution und Psychosoziale Betreuung – Bayerische Einblicke. In: Gerlach R, Stöver H (Hrsg.): Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Freiburg: Lambertus, S. 119-124
- Wessel T (2009): Welche Bedeutung haben die neuen Guidelines der WHO für die PSB-unterstützte Substitutionsbehandlung? Vortrag auf Akzept e.V. Substitutionsbehandlung 2009, Berlin 2.12.2009
- WHO (2009): Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. World Health Organisation. Geneva
- Wiggenhauser K (2009): Methoden und Praxis der Psychosozialen Betreuung am Beispiel Condrops München. In: Gerlach R, Stöver H (Hrsg.): Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Freiburg: Lambertus, S. 181-186