



Ralf Gerlach, Heino Stöver (Hg.)

# Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung

Praxis und Bedeutung

LAMBERTUS

Ralf Gerlach, Heino Stöver (Hg.)

Psychosoziale Unterstützung  
in der Substitutionsbehandlung  
Praxis und Bedeutung

LAMBERTUS



Ralf Gerlach,  
Heino Stöver (Hg.)

Psychosoziale Unterstützung  
in der Substitutionsbehandlung  
Praxis und Bedeutung

Lambertus

**Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek**

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbiografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Alle Rechte vorbehalten

© 2009, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau  
[www.lambertus.de](http://www.lambertus.de)

Umschlaggestaltung: Nathalie Kupfermann, Bollschweil  
Herstellung: Jungbluth Digital+Print, Freiburg

ISBN 978-3-7841-1892-5  
eISBN 978-3-7841-2380-6

# Inhalt

VORWORT	
<i>Ambros Uchtenhagen</i> .....	9
1. GRUNDLAGEN	
1.1 Inhalte, Bedeutung, Stellenwert, Organisation und Finanzierung von psychosozialer Betreuung im Rahmen von Substitutionsbehandlungen – eine Zwischenbilanz <i>Ralf Gerlach &amp; Heino Stöver</i> .....	15
1.2 Substitutionsbehandlung für Opiatabhängige und psychosoziale Betreuung aus historischer Perspektive: wie kam die PSB zur Substitution? <i>Ingo Ilja Michels</i> .....	35
1.3 Der aktuelle Stand der Forschung zur Wirksamkeit psychosozialer Unterstützungsangebote bei Substitutionsbehandlung <i>Peter Degkwitz</i> .....	47
1.4 Rechtliche Rahmenbedingungen <i>Dorothea Rzepka</i> .....	56
1.5 Finanzierungs- und Organisationsmodelle Die Psychosoziale Betreuung in der Substitutionsbehandlung in Berlin <i>Heike Drees</i> .....	68
1.6 Finanzierung und Organisationsformen von PSB in Nordrhein-Westfalen <i>Urs Koethner</i> .....	76
1.7 Psychosoziale Betreuung in der Substitutionsbehandlung: Finanzierungs- und Organisationsmodelle in Niedersachsen <i>Gudrun Mannstein</i> .....	83
1.8 Psychosoziale Begleitung: Ideologische Chimäre oder konkrete substituitionsbegleitende Hilfen <i>Gert Schöfer &amp; Anton Bartling</i> .....	88
1.9 Substitutionstherapie in Hessen: Behandlungsmodelle und ihre Finanzierung <i>Werner Heinz</i> .....	112

1.10	Substitution und Psychosoziale Betreuung – Bayerische Einblicke <i>Bertram Wehner</i> .....	119
1.11	Organisation der PSB in Schleswig-Holstein <i>Kerstin Schwarzloh, Gerd Johst</i> .....	125
1.12	Zufriedenheitsmessung der KlientInnen <i>Vera Kalinna</i> .....	128
2. METHODEN UND PRAXIS DER PSYCHOSOZIALEN BETREUUNG IN DEUTSCHLAND		
2.1	Angewandte Methoden und Programme Case Management, psychosoziale Betreuung und Substitutions- behandlung <i>Martin Schmid, Martina Schu</i> .....	143
2.2	Psychoedukation im Rahmen der Substitutionsbehandlung: Ambulante Gruppen im Substitutionsbereich – eine Option? <i>Georg Farnbacher</i> .....	151
2.3	Angewandte Methoden und Programme: Motivierende Gesprächs- führung/Motivational Interviewing (MI) <i>Hans-Volker Happel</i> .....	157
2.4	Entwicklungsbegleitende, psychosoziale Unterstützung von Substituierten als moderierendes Empowerment: das Modell Münster <i>Wolfgang Schneider</i> .....	163
2.5	Angewandte Methoden und Programme: Verhaltensorientiertes Selbstmanagentprogramm „Kontrolle im selbstbestimmten Sub- stanzkonsum (KISS)“ <i>Hans-Volker Happel, Gabi Becker, Joachim Körkel</i> .....	175
2.6	Methoden und Praxis der Psychosozialen Betreuung am Beispiel Condrobs München <i>Karin Wiggenhauser</i> .....	181
2.7	Psychosoziale Begleitung substituierter Menschen in der Drogen- beratung e. V. Bielefeld <i>Luise Leßmann</i> .....	187
2.8	Wirksame Kooperationsformen zwischen substituierenden Ärzten und Drogenhilfe <i>Jörg Götz</i> .....	195

2.9 Zielgruppenspezifische psychosoziale Betreuung Substituierter <i>Andrea Hoffmann</i> .....	203
2.10 Über die Standardisierung zur Differenzierung –Psychosoziale Betreuung im ländlichen Sozialraum <i>Sascha Lutz</i> .....	211
2.11 Teilhabe Substituierter an Arbeit und Qualifizierung <i>Ute Hötzer</i> .....	220
2.12 Substitution in der medizinischen Rehabilitation <i>Volker Theysohn</i> .....	227
<b>3. DER STELLENWERT DER PSB AUS VERSCHIEDENEN PERSPEKTIVEN</b>	
3.1 Stellenwert/Notwendigkeit der psychosozialen Betreuung (PSB) aus Sicht substituierender Ärzte <i>Thomas Poehlke</i> .....	237
3.2 Stellenwert und Notwendigkeit der PSB aus der Sicht des Psychiaters <i>Greif Sander</i> .....	244
3.3 Erfahrungen austauschen – Personenzentrierung und Teilhabe- orientierung in der Sozialpsychiatrie <i>Jörg Holke</i> .....	250
3.4 Stellenwert und Notwendigkeit von „PSB“ aus Sicht der Betroffenen <i>Dirk Schäffer</i> .....	260
3.5 PSB – Psychosoziale Betreuung oder praxisnahe psychosoziale Begleitung ? <i>Heidrun Behle, Jürgen Heimchen</i> .....	267
3.6 PSB im GKV System <i>Andreas von Blanc</i> .....	273
3.7 Stellenwert und Notwendigkeit von „PSB“ aus der Sicht der Bundesärztekammer <i>Wilfried Kunstmann</i> .....	278

4. DIE BEDEUTUNG UND ORGANISATION PSYCHOSOZIALER BETREUUNG IN DEN NACHBARLÄNDERN	
4.1 Psychosoziale Betreuung in einer Substitutionsbehandlung mit pharmazeutischem Heroin, resp. Diacetylmorphin <i>Otto Schmid</i> .....	291
4.2 Der Stellenwert der „Psychosozialen Betreuung“ in der Substitu- tionsbehandlung von Opioidabhängigen in Österreich <i>Hans Haltmayer</i> .....	298
5. DIE AUTOREN UND AUTORINNEN	

# VORWORT

*Ambros Uchtenhagen*

Psychosoziale Betreuung (PSB) hat sich als eine Art *Sammelbegriff psychologischer und sozialer Hilfestellungen für die verschiedensten Problembereiche* etabliert, die sich im Laufe eines Lebens einstellen können. Von eingreifenden Ereignissen im Lebenslauf bis zu schicksalhaften Katastrophen, von gesundheitlichen, materiellen und Beziehungs-Nöten bis zur Lage marginaler Existenzen: alles, was in ein Leben eingreift und bewältigt werden muss, ist auch Anlass für Bewältigungs-Hilfen im Sinne der PSB. Es ist gut, sich daran zu erinnern, wenn von PSB für Substituierte die Rede ist – es gibt auch hier neben dem Spezifischen Manches, was in all diesen Krisenlagen zu berücksichtigen ist. Stets sind es zuerst die vordringlichen und dann erst die „Normalisierungs“-Bedürfnisse des Einzelnen, die Ausgangspunkt für Hilfestellungen sein müssen. Auch deren Ziele hängen von der individuellen Situation und von den eigenen Möglichkeiten der Betroffenen ab. Das macht die Systematisierung und Abgrenzung dieser Hilfen zu einem schwierigen Unterfangen, geht es doch um alles, was zur Stabilisierung und Normalisierung einer existentiellen Schiefelage beiträgt. Anleitungen dazu gibt es in eigenen Lehrgängen.

Bei der Situation Drogenabhängiger stehen die gesundheitlichen, psychologischen und sozialen Folgen der meist langjährigen Abhängigkeit vom illegalen Stoff und vom Beschaffungsdruck im Vordergrund. Auch die häufigen psychiatrischen Störungen sind zu berücksichtigen. Es gibt vieles zu „normalisieren“, und es gibt mancherlei aufzuarbeiten was schief gelaufen ist. Es gilt Verpasstes nachzuholen, es gilt Abgebrochenes wieder aufzunehmen. Und es geht darum, Mut zu Neuem zu fassen.

Das *Besondere an der Situation Substituierter* ist nicht die Abhängigkeit von einem Ersatzstoff – das kennt der Diabetiker auch. Das Besondere ist vielmehr die Abhängigkeit davon, den Ersatzstoff Tag für Tag zur Verfügung zu haben, mit Verlässlichkeit, aber ohne Demütigung. Und das ist der Anfang von PSB: eine vertrauensvolle Beziehung zu einer Person oder Stelle, ohne täglich Misstrauen zu spüren, ohne sich als ein Versager vorzukommen, ohne befürchten zu müssen durch Verweigerung der Substitution für irgendetwas bestraft zu werden. Nach dem Zeugnis vieler Substituierter ist dies die wichtigste Erfahrung. Das kann man u.a. im Internet unter Addiction Treatment Forum nachlesen (ATF 1999). Allzu oft sind nicht nur die Vorschriften und Regelungen zu PSB von einem

kontraproduktiven Disziplinierungsgeist geprägt; auch die tägliche Begegnung mit der Abgabestelle kann diesen Geist erkennen lassen.

*Ist PSB relevant für den Erfolg der Substitutionsbehandlung?* Eine grosse amerikanische Studie gibt deutliche Hinweise darauf, 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 (NTIES 2004). Solche Studien sind für die Abschätzung der Effektivität ebenso wichtig wie randomisierte Studien zur Effizienz.

Die neueste internationale Richtlinie der Weltgesundheits-Organisation für Substitutionsbehandlungen stellt 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 sein soll.

Was ergibt sich daraus? Das eine ist eine vertrauensvolle Beziehung, das andere eine ausreichende Abklärung der Unterstützungsbedürfnisse zu Beginn und im Verlauf, um das Nötige zu tun und um Unnötiges zu vermeiden. Als Regel kann gelten: *das PSB Regime ist ein maßgeschneidertes, das auf Veränderungen im Leben Betroffener flexibel zu reagieren hat.*

So weit, so gut – aber wer soll diese Unterstützung bieten? Wer hat die Kompetenz für so unterschiedliche Dinge wie z.B. Partnerberatung und Wohnungssuche, wie Schuldensanierung und Job-Begleitung? Und wenn verschiedene Akteure involviert sind, wer bringt die Fäden zusammen und hat noch die Übersicht? Wo liegt letztlich die Verantwortung? Und wer kommt für das alles auf?

Es ist ein grosses Verdienst des vorliegenden Bandes, aus den verschiedenen Bundesländern konkrete Modelle aufzuzeigen, wie diese komplexe Dienstleistung organisiert und finanziert werden kann, wie Kooperationsformen aussehen können und welche Methoden zum Einsatz kommen. Diese Vielfalt ist nicht einfach Chaos, sondern auch eine Stärke: das Ergebnis unterschiedlicher kreativer Bemühungen, das seinerseits zum Wahrnehmen von Mängeln, zum Weiterdenken und Fortentwickeln der Ansätze einlädt.

Das Verständnis für die bestehenden Probleme von PSB wird gefördert durch die Beiträge zur Geschichte und rechtlichen Grundlage. Und der Beitrag zur Evaluation und zum Nachweis der Wirksamkeit von PSB ist

kein Anlass dafür, die verschiedenen Ansätze gegeneinander auszuspielen; vielmehr mündet er in die Erkenntnis, dass alle evaluierten Interventionen zu einer Verbesserung der Behandlungsergebnisse beitragen können. Die Frage danach, was warum überhaupt evaluiert wurde, und die Frage nach einer differentiellen Indikation bleiben dabei allerdings offen.

Eine weitere Erkenntnis scheint durch das Buch hindurch immer wieder auf: dass *PSB in ihrer bedürfnisgerechten Gestalt eine unabdingbare Option ist, von welcher jeder Betroffene Gebrauch machen kann, dass sie aber kein Zwang sein soll, von dem die Gewährung einer Substitution abhängig gemacht werden darf*. Das ist ein Grundtenor aktueller Richtlinien zur Substitutionsbehandlung (z.B. Health Canada 2002, Henry-Edwards et al. 2003, SSAM 2006). Mit erzwungener PSB können Behandlungsabbrüche provoziert werden, zum Schaden aller. Und überhaupt: Menschenrechte und Grundsätze medizinischer Ethik müssen in der Substitutionsbehandlung Geltung haben wie in jeder anderen medizinischen Behandlung auch. Unerfüllbare und kontraproduktive Vorschriften haben da keinen Platz.

## Literatur

ATF 1999. Addiction Treatment Forum vol. VIII (1999)

([www.atforum.com](http://www.atforum.com))

Health Canada (2002). Best Practices. Methadone Maintenance Treatment

([www.cds-sca.com](http://www.cds-sca.com))

Henry-Edwards S, Gowing L, White J, Ali R et al (2003): Clinical Guidelines and Procedures for the Use of Methadone in the Maintenance Treatment of Opioid Dependence. Australian Government Department of Health and Ageing Canberra ([www.dcita.gov.au/cca](http://www.dcita.gov.au/cca))

NTIES 2004. National Treatment Improvement Evaluation Study NTIES.

US Dept. of Health and Human Services, SAMHSA, 2004

SSAM 2006. Medizinische Empfehlungen für substitionsgestützte Behandlungen bei Opioidabhängigkeit ([www.ssam.ch](http://www.ssam.ch))

WHO 2009. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. World Health Organisation, Geneva



# 1 GRUNDLAGEN



# 1.1 INHALTE, BEDEUTUNG, STELLENWERT, ORGANISATION UND FINANZIERUNG VON PSYCHOSOZIALER BETREUUNG IM RAHMEN VON SUBSTITUTIONSBEHANDLUNGEN – EINE ZWISCHENBILANZ

## Einleitung

*Ralf Gerlach & Heino Stöver*

Stellen sie sich doch einmal folgendes Szenario vor: Sie fühlen sich auf Grund bestimmter Symptome krank und in ihrer psychischen und physischen Leistungskraft stark eingeschränkt. Deshalb suchen sie ihren Hausarzt auf, der ihnen mitteilt, dass sie z.B. an lebensbedrohlicher/m akuter chronischer Diabetes, akutem chronischen Asthma oder Bluthochdruck leiden. Da diese Erkrankungen in der Regel neben klinischen vor allem auch erhebliche sozialmedizinische Probleme aufwerfen würden, müssten sie zunächst verbindlich Kontakt zu einer auf ihre Krankheit spezialisierte psychosozialen Beratungsstelle aufnehmen. Diese würde eine nicht-medizinische Vordiagnose und Bewertung treffen. Trotz akutem Krankheitsbild könne er einen umfassenden Behandlungsplan, der neben medikamentösen auch verbindliche nicht-medikamentöse Therapiemaßnahmen enthalten und regelmäßig aktualisiert werden müsse, erst dann aufstellen, wenn sie ihm eine schriftliche Bescheinigung dieser Beratungsstelle vorlegen würden. Darüber hinaus müssten sie sowohl mit dem Arzt als auch mit der Beratungsstelle einen Behandlungsvertrag abschließen. Vorsorglich weist er sie darauf hin, dass Beratungsstellen nach teils sehr unterschiedlichen Konzepten arbeiten und dass es dort in der Regel längere Wartelisten für Aufnahmegespräche gibt. Ferner warnt er sie eindringlich vor den gesundheitlichen Gefahren des Erwerbs vermeintlich geeigneter Arzneimittel auf dem Medikamentengraumarkt. Über die Dauer der Parallelteilnahme an den psychosozialen Maßnahmen, deren Ziel neben einer gelingenden Integration der chronischen Erkrankung in den Lebensalltag vor allem auch das Erreichen medikamentöser Abstinenz sei, entscheide die psychosoziale Beratungsstelle. Bei mangelnder Compliance

(Diabetiker stellen z.B. nicht den Genuss „verbotener“ Süßigkeiten ein, Asthmatiker oder Hypertoniker verzichten nicht auf das Rauchen, vereinbarte Termine beim Arzt oder der psychosozialen Beratungsstelle werden nicht wahrgenommen) oder wenn sie die psychosoziale Betreuung vorzeitig abbrechen würden, müsse er die medikamentöse Behandlung ausschleichend beenden. Sollten sie mit diesen Bedingungen nicht einverstanden sein, stünde ihnen als Alternative die Teilnahme an einer stationären Therapie zur Verfügung. Allerdings müssten sie zur nicht-medizinischen Vordiagnose und Fallbeurteilung als Voraussetzung zur Therapievermittlung eine auf ihre Krankheit spezialisierte Beratungsstelle aufsuchen. Abgesehen davon, dass die Heilungschancen in stationären Settings eher als gering einzustufen wären, müssten sie mit einem langwierigen Bearbeitungs- und Genehmigungsverfahren der zuständigen Kosten- und Leistungsträger rechnen.

Zu Recht würden Sie sagen: Das klingt ja vollkommen absurd! Solche inhumanen, das Leben der Patienten aufs Spiel setzende Therapieregularien wären doch vor dem Hintergrund der Genfer Deklaration völlig undenkbar: *„Die Gesundheit meines Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein“*.

*„Ich werde jedem Menschenleben von seinem Beginn an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden“* (Weltärztebund 1994).

## Definitionen

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 (siehe Schöfer & Bartling S.88). Zwar besteht unter allen Fachleuten Einigkeit darüber, dass die Buchstabenkombination „PS“ abkürzend für psychosozial steht (Ausnahme: siehe Heimchen und Behle S.267: praxisnah-sozial), jedoch kursieren bezüglich des „B“ sowohl innerhalb der Drogenhilfe als auch in den für die Substitutionsbehandlung geltenden Gesetzestexten (Betäubungsmittelverschreibungs-Verordnung - BtMVV) (siehe Rzepka S.56) und Richtlinien der Bundesärztekammer (siehe Kunstmann S. 278) und des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (siehe von Blanc S. 273) 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, kostenträgerspezifischem, leitliniengepägtem 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.

Diese Ziel- und Finanzierungsungenauigkeit und der praktisch nicht vorhandene Wirksamkeitsnachweis (siehe Degkwitz S. 47) der PSB-Maßnahmen überrascht umso mehr, als die enge Verquickung von medizinischer und psychosozialer Behandlung der Opioidabhängigkeit rechtlich, und z.T. auch professionell, in Deutschland so vehement und kompromisslos, quasi naturgesetzmäßig, gefordert wird – stärker als in irgendeinem anderen Land (siehe bspw. die Beiträge von Haltmayer (für Österreich, S. 298) und Schmid (für die Schweiz S. 291). Es stellt sich die Frage, ob der deutsche Sonderweg (siehe Michels S.35) 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 (S. 260) 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 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 auf Grund von Nebeneffekten begleitender medizinischer Behandlungen (z.B. HIV/AIDS und Hepatitistherapie) (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 (Michels 2007). „Abstinenz“, so betont Michels (2007, 38) „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 einzugrenzen (Uchtenhagen 2009).

Psychosoziale Unterstützungsmaßnahmen können zwar einen wichtigen Beitrag zur Überlebenssicherung, 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 bis 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, Dober & Eyal 2004, 5).

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

„Nur wenn...dann!“ – Junktim:  
Medizinische Substitutionsbehandlung nur, wenn eine  
psychosoziale Betreuung gewährleistet ist?

Auch wenn man es sich kaum vorstellen mag: Es gibt tatsächlich eine lebensbedrohliche „chronisch-rezidivierende Erkrankung“ (Ullmann 2005), klassifizierbar gemäß ICD-10 oder DSM-IV, bei der das einleitend geschilderte Szenario einer verbindlichen Verkoppelung von medizinischer Behandlung mit psychosozialer Betreuung wirkungsmächtige Praxisrealität erfährt: Opioidabhängigkeit! Zugegeben – meist nicht in der etwas überspitzt formulierten Drastik, aber basierend auf betäubungsmittelrechtlich verfestigten Rahmenbedingungen (siehe Rzepka S.56) 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. Niemand findet im allgemeinen etwas daran, wenn etwa ein Asthmatiker allen guten Ratschlägen zum Trotz, einmal eine psychosomatische Kur zu versuchen, hartnäckig dabei bleibt, sich ausschließlich an Ärzte zu wenden, die seine Krankheit medikamentös behandeln. Auch er wird dann diese Medikation eventuell ein Leben lang zu sich nehmen müssen, wird im gewissen Sinne von Asthmamitteln abhängig sein. Ähnliches gilt für Ulkuskranke.“ (Springer 2007, 240). Schäffer (S. 260) 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 gegebenfalls 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 psychosoziale Unterstützungen nicht in Anspruch nehmen können (weil sie bspw. auf dem Land leben, und/oder keine Unterstützungsstellen existieren) (siehe Lutz S. 211), oder sie bestimmte Voraussetzungen nicht erfüllen. Poehlke (S.237) weist bekräftigend ergänzend darauf hin, dass es mittlerweile in vielen Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) Routinevorgehen ist, einer Substitutionsbehandlung zu Lasten des Kostenträgers Krankenkasse nur dann durch die zuständige KV-Kommission zustimmen zu lassen, wenn der Nachweis einer stattfindenden PSB erfolgt. 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 (siehe Schöfer & Bartling S. 88), auf lokaler Ebene etwa in Münster (siehe Schneider S. 163).

Im Verlauf der vergangenen 20 Jahre hat sich die ambulante Substitutionsbehandlung in Deutschland zwar zur erfolgreichen Standardtherapie Opioidabhängiger und Regelleistung der gesetzlichen Krankenversicherung entwickelt (Gerlach & Stöver 2005), und über 72.000 Opioidabhängige werden über Substitutionstherapien erreicht und medizinisch versorgt (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2009). Doch, wie Michels (S. 35) aus historischer Perspektive erläutert, erhielt die Substitutionsbehandlung in Deutschland, im Gegensatz zu anderen europäischen Staaten, von Beginn an neben der medizinischen eine psychosoziale 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. 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, 1). 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.

## Zur inhaltlichen Ausgestaltung, Organisation und Bedeutung der PSB

Im Zielfokus psychosozialer Unterstützungsmaßnahmen, dies zeigen die Beiträge in dieser Buchpublikation, 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) (siehe z.B. Hoffmann S.203 und Wiggenhauser S.181), 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 („Beigebruchs“-)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, 5) 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.“

Sind wir damit nicht wieder ganz am Anfang? Sucht als Beziehungsstörung zu begreifen, die individuell abgestimmte, gemeindeorientierte sozialtherapeutische Antworten erfordert? Sucht als Beziehungsstörung: zu sich selbst und zum sozialen Nahfeld. Aber wann genau der richtige Zeitpunkt ist, einzugreifen, zu unterstützen, das hängt vom Einzelfall ab, und kann eben nicht pauschal verordnet oder bei Abschluss eines „Kaufvertrages“ (PSB und Substitutionsbehandlung) 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 ausdrücklichen Wunsch der Substituierten als Hilfe zur Bewältigung persönlicher Probleme durchgeführt werden“ (Buschkamp 2009, 36) und auf Zwangsverpflichtung verzichtet werden (siehe Heimchen & Behle S.267). Schäffer (S.260) macht in diesem Zusammenhang auf einen nicht unwesentlichen Aspekt aufmerksam, indem er die finanzielle Abhängigkeit von Drogenhilfeeinrichtungen und deren Mitarbeitern 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 2009), 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 (S.244) 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 Lektorientierung 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.

Bezüglich (Angebots-) Vielfalt lässt sich zunächst konstatieren, dass sie im Allgemeinen als etwas Positives wahrgenommen wird (Leiprecht 2008). Sie erstreckt sich u.a. über ökologische, ökonomische, politische, kulturelle und publizistische Kontexte bis z.B. zur Vielfalt der Lehrmeinungen. Auch in der Werbung genießt Vielfalt einen hohen Stellenwert, wobei das Einsatzspektrum von Aktionen wie „Hamburg ist Vielfalt“, „Bayern ist Vielfalt“ oder „Ostwestfalen-Lippe – Region der kulturellen Vielfalt“ über die „1. Nacht der Deutschen Vielfalt in Berlin“ bis hin zu „Nützliche Vielfalt: Nutzfahrzeuge aus Hannover“ reicht. Vielfalt wird häufig vehement und zielgerichtet eingefordert: „Vielfalt tut gut“ (Antidiskriminierungsprogramm der Bundesregierung), „Vielfalt als Chance – auch im Mathematikunterricht“ (Prediger) oder „Erhaltung der Biotopvielfalt zur Rettung der Schmetterlinge“ (Bund Naturschutz). Vielfalt scheint also auf den ersten

Blick nicht nur etwas Positives, sondern auch Notwendiges und Nützliches zu sein.

Allerdings: Bei genauerer Betrachtung stellt man rasch fest, dass auch der Nutzen von Vielfalt an Grenzen gelangen bzw. die Dimension des Nützlichen überschritten werden kann. Denn ein Zuviel an Vielfalt kann in seiner Konsequenz durchaus in erheblichen Verunsicherungen, Verwirrungen und gar Verzweiflung resultieren. Dies wird nachvollziehbar, wenn wir uns das Beispiel eines großen Baumarktes vor Augen führen, in dem wir etwa eine passende Schraube oder ein passendes Ersatzteil für ein bestimmtes Gerät suchen müssen. Oder denken wir an PC-Arbeit und Kompatibilitätsprobleme zwischen Betriebssystemen und Software mit zig Datei-Formaten oder das Labyrinth der Gesetzesparagrafen.

Vielfalt mag folglich gut sein, einen Wert an sich haben, wenn sie denn gewollt, transparent und sinnvoll ist, d.h. wenn wir sie als überschaubar (strukturiert) erleben bzw. wahrnehmen. Die Versorgungslage mit PSB (leider auch mit dem medizinischen Teil) reicht von niedrigschwelligen, akzeptanzorientierten bis zu hochschwelligen abstinentenorientierten Beratungs- und Betreuungsangeboten (siehe Koethner S.76). 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 Substitutionsbehandlung 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 wählenden System.

## Zur Situation von PSB in einzelnen Bundesländern

Koethner (S. 76) arbeitet für Nordrhein-Westfalen heraus, dass in größeren Städten und Ballungsräumen (z.B. Ruhrgebiet) in der Regel das gesamte Spektrum an Hilfen und Unterstützung angeboten wird, in strukturschwachen ländlichen Regionen klaffen jedoch erhebliche Versorgungslücken - sowohl für Substitutionsbehandlung an sich als auch für die psychosoziale Betreuung.

Wehner (S. 119) betont, dass damit Wahlmöglichkeiten der Betroffenen für eine Behandlung stark eingeschränkt bis gar nicht vorhanden sind. Verbunden mit einem großen Aufwand verhindert die spezifische Ausgestaltung der Substitutionsbehandlung samt PSB (nicht nur in Bayern) 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 (siehe Hötzer S.220) und eine Loslösung von der Drogenszene sowie Abstinenzwünsche befördern kann (siehe Schäffer S.260).

Auch im Bereich der medizinischen Rehabilitation sind deutliche Behandlungslücken vorhanden. Theysohn (S. 227) zeigt auf, dass es mittlerweile zwar einige Fachkliniken gibt, die eine substitutionsgestützte stationäre medizinische Rehabilitation anbieten, die Zahl der Therapien unter Substitution jedoch noch immer sehr gering ist, obwohl auch substituierte Patienten durchaus von einer stationären Langzeittherapie profitieren können.

Schwarzloh (S. 125) hebt hervor, dass der demographische Aspekt der Substitutionspatienten nicht genügend beachtet wird: 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).

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 (S. 128) 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 (S. 187) bspw. stellt ein Verfahren für Bielefeld vor, indem alle Bielefelder 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 Gözl betont (S.195), 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 Klärung 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 (S.260) 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, 42-43).

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 (S. 260) 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 auf Grund 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 (siehe Wiggerhauser S. 181).

## Finanzierungsmodelle

Die bundesweit uneinheitlichen Finanzierungsmodelle lassen sich anhand der Buchbeiträge 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 (siehe Drees S. 68), wohingegen in Hessen eine Pauschalfinanzierung durch Land, Kommunen und Gebietskörperschaften im Rahmen der Zuwendungen für Suchthilfe geleistet wird (siehe Heinz S. 112). In Niedersachsen wird PSB als freiwillige Leistung durch das Sozialministerium finanziell gefördert, wobei die Höhe der Fördermittel der Bedarfslage nicht gerecht wird (siehe Mannstein S. 83). 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 (siehe Wehner S. 119). 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) (siehe Koethner S. 76).

## Methodische Ansätze

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

Schmid & Schu (S. 143) 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 und Schu (S. 143) 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 (S. 151) präsentiert die im Rahmen der bundesdeutschen Heroinstudie gesammelten positiven Erfahrungen beim Einsatz der Psycho-

edukation 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 (S. 157) 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, Becker & Körkel (S. 175) betonen die Notwendigkeit der Implementation von primär nicht am Abstinenzziel ausgerichteter Programme in der Begleitung der niedrigschwelligen Substitutionsbehandlung und informieren beispielhaft über das verhaltenorientierte 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 Konsummusterveränderung und Substanzreduktion wesentlich erweitert wird und somit vielfach ein drohender Abbruch der ärztlichen Substitutionsbehandlung vermieden werden kann.

Ein niedrigschwelliges, auf der Grundlage des Arbeitsansatzes „Akzeptanzorientierte Drogenarbeit“ (Schneider 1997; Gerlach 2004b) in Münster operierendes Projekt psychosozialer Unterstützung, „Entwicklungsbegleitende, psychosoziale Unterstützung von substituierten Mitbürgerinnen (EPU)“, stellt Schneider (S. 163) 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