

Psychosoziale Begleitung: Ideologische Chimäre oder konkrete substitutionsbegleitende Hilfen

Gert Schöfer und Anton Bartling

Einleitung

Für die psychosoziale Begleitung gibt es auch nach über zehnjähriger Praxis keine klare Definition. Ziel dieses Papiers ist es, der Diskussion um psychosoziale Begleitung Substanz zu geben, eine Begriffsklärung und einen Versuch der Einordnung in die psychosozialen Hilfesysteme vorzunehmen und Perspektiven für den zukünftigen Umgang zu entwickeln.

Alle fordern psychosoziale Begleitung, aber keiner sagt, was es ist!

Psychosoziale Begleitung war zwar von Anfang an als unverzichtbarer Bestandteil einer Substitutionsbehandlung gefordert worden ("keine Substitution ohne psychosoziale Begleitung") und es wurden dabei viele Erwartungen und Anforderungen an sie gestellt, ohne sie jedoch zu operationalisieren, ihre strukturelle Zuordnung sowie ihre Finanzierung zu klären.

Der Begriff der psychosozialen Begleitung (oder synonyme Begriffe) fand aber Eingang in Verordnungen und Richtlinien zur Substitutionsbehandlung und es wurde erwartet, dass danach verfahren würde.

1. Seit Anfang der 90er Jahre enthalten die jeweiligen betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften (**Betäubungsmittelverschreibungsverordnung**) die Begriffe der "**Psycho- und/oder Sozialtherapie**".

"Im Interesse des Behandlungszieles der Betäubungsmittelabstinenz hat der behandelnde Arzt darauf hinzuwirken, dass Betäubungsmittelabhängige, die sich einer Substitutionsbehandlung unterziehen, auch kontinuierlich an einer Psycho- und/oder Sozialtherapie teilnehmen"¹⁾.

Während "Psychotherapie" eine definierte Behandlungsmethode darstellt, bleiben die Inhalte einer "Sozialtherapie" im Dunkeln. Nach der 1998 geänderten Betäubungsmittelverschreibungsverordnung ist die Verschreibung eines Substitutionsmittels zulässig, wenn u. a.

"2. die Substitution im Rahmen eines darüberhinausgehenden Behandlungskonzeptes erfolgt, das **erforderliche begleitende psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosoziale Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen** mit einbezieht"

und

"3. der Arzt auf die Durchführung erforderlicher **begleitender Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen** hinwirkt"²⁾

Hier wird ein über die Verschreibung hinausgehendes "Behandlungskonzept" gefordert und dabei nun deutlich zwischen **psychiatrischen, psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen** und **psychosozialen Betreuungsmaßnahmen** unterschieden. Auch dazu erfolgt

vom Verordnungsgeber keine Klarstellung. Das "oder" spricht dafür, dass die Maßnahmen alternativ und nicht ergänzend zu sehen sind.

In der seit 25. Juni 2001 gültigen Betäubungsmittelverschreibungsverordnung ist der § 5 Absatz 2 wieder verändert: Jetzt darf der Arzt ein Substitutionsmittel verschreiben, wenn und solange

"2. die Behandlung erforderliche psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosoziale Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen einbezieht³⁾.

Das darüber "hinausgehende Behandlungskonzept" wurde zugunsten der "Behandlung" ersetzt und auf das Hinwirken des Arztes verzichtet.

2. Neben der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung regeln **Richtlinien des Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen** die Substitutionsbehandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung. In den im Oktober 1991 gültig gewordenen NUB-Richtlinien zur Methadon-Substitutionsbehandlung bei i. v. - Heroinabhängigen, die allerdings in ihrer Präambel die Behandlung der "Drogensucht selbst" ausschließen, fehlt jeder Hinweis auf "psychosoziale Begleitung" oder ähnliches⁴⁾.

Erst in der Änderung der Richtlinien im Februar 1994 finden "psychosoziale Begleitmaßnahmen" insofern Erwähnung, als bei der Anzeige eine Substitutionsbehandlung der Arzt

"...Angaben über die beabsichtigten oder eingeleiteten psychosozialen Begleitmaßnahmen (zum Beispiel Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst und/oder mit Hilfsorganisationen für Drogensüchtige) beizufügen."⁵⁾

hat. Bei vielen Ärzten bestand damals ein solches Verständnis von "psychosozialen Begleitmaßnahmen", dass häufig von ihnen angegeben wurde, diese "selbst" durchzuführen. Erst wenn der Arzt mehr als zehn Patientinnen und Patienten gleichzeitig substituieren wollte, war dies nur möglich

"Sofern der Arzt die **Mitarbeit** qualifizierter nichtärztlicher Fachkräfte in dem dafür notwendigen Umfang **gewährleistet** (zum Beispiel Sozialarbeiter, Pädagogen oder Psychologen mit Erfahrung in der Drogenarbeit)..."⁶⁾

Es zeichnete sich nun eher ein Bild von multiprofessionellen "psychosozialen Begleitmaßnahmen" als Teil der Substitutionsbehandlung **in der Praxis** ab. Es fehlte aber jeder Hinweis auf deren Inhalte und Methoden. Einzelne substituierende Ärzte gingen dazu über, sozialpädagogische Fachkräfte im Angestelltenverhältnis oder auf Honorarbasis in der Praxis einzubeziehen.

Im Juni 1999 wurden neue Richtlinien erlassen. Dabei wird der absolute Ausschluss der "Drogensucht selbst" als Indikation relativiert und die Bestimmungen im Wortlaut in der Präambel der seit 1998 gültigen Betäubungsmittelverschreibungsverordnung angepasst.

"Oberstes Ziel der Behandlung ist die Suchtmittelfreiheit. Ist dieses Ziel nicht unmittelbar und zeitnah erreichbar, so ist **im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes, das erforderliche begleitende psychiatrische und/oder psychotherapeutische Behandlungs- oder psychosoziale Betreuungsmaßnahmen mit einbezieht**, eine Substitution zulässig. Eine Leistungspflicht der Krankenkassen für die begleitende psychiatrische und/oder psychotherapeutische Betreuung besteht nur insoweit, als diese zur Kran-

kenbehandlung erforderlich ist. Die nach der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtmVV) vorgesehene psychosoziale Betreuung fällt nicht unter die Leistungspflicht der GKV."⁷⁾

Es wird deutlich gemacht, dass im Gegensatz zu "zur Krankenbehandlung erforderlichen begleitende psychiatrische und/oder psychotherapeutische Betreuung" "psychosoziale Betreuung" (obwohl "im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes") nicht unter die Leistungspflicht der GKV fällt.

Erwähnungen finden sich noch bei den Dokumentationspflichten (§ 7), nämlich dass anzugeben ist, "durch welche Stelle die begleitende psychosoziale Betreuung" durchgeführt wird und bei den Abbruchkriterien (§ 8), nämlich dass "bei dauerhafter Nicht-Teilnahme des Substituierten an begleitenden Therapie(!)-Maßnahmen" die Substitution zu beenden ist.

Zum Januar 2003 wurden erneut die "BUB-Richtlinien⁸⁾" geändert. Der Wortlaut in der Präambel - bezogen auf die Psychosoziale Betreuung - ist unverändert von den Richtlinien von 1999 übernommen worden.

Bezogen auf das "umfassende Behandlungskonzept" (§ 3 Indikation) wird jetzt

"die Ermittlung des Hilfebedarfs im Rahmen der psychosozialen Betreuung durch eine psychosoziale Drogenberatungsstelle (ein neuer Begriff!)"

sowie bei der Erstellung des Therapieplanes die Festlegung der

"im Einzelfall erforderlichen psychosozialen Betreuungsmaßnahmen ...",

gefordert. Im Rahmen der "Dokumentation und dem Anzeigeverfahren" (§ 7) ist

"eine aktuelle schriftliche Bestätigung der psychosozialen Beratungsstelle (wieder ein anderer Begriff) über die Aufnahme oder die Fortführung einer psychosozialen Betreuung der Dokumentation beizufügen."

und wenn "ausnahmsweise keine psychosoziale Betreuung erforderlich" ist,

"ist dies durch die psychosoziale Beratungsstelle schriftlich zu bestätigen."

Erstes Fazit ist, dass weder die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung noch die Richtlinien für die Durchführung einer Substitutionsbehandlung "psychosoziale Betreuung bzw. Begleitung" definieren, quantifizieren oder qualifizieren noch ihren indikationsbezogenen Einsatz vorgeben und stattdessen immer nur in formaler Weise darauf verweisen. In der über zehnjährigen Entwicklung beider Regelwerke ist lediglich eine gewisse Abgrenzung zu "psychiatrischer und/oder psychotherapeutischer Betreuung" erfolgt.

Neu ist bei den seit Januar 2003 gültigen BUB-Richtlinien, dass den genannten Institutionen ("psychosoziale Drogenberatungsstelle", "psychosoziale Beratungsstelle") für die Durchführung der Behandlung notwendige Leistungen zugewiesen werden. Es ist weder bekannt, ob dies mit den Trägern der infragekommenden Institutionen abgestimmt ist noch inwieweit über eine dazu notwendige Finanzierung nachgedacht worden ist.

3. Die Hoffnung richtet sich deshalb auf die 1996 veröffentlichten **ärztlichen Leitlinien zur Substitutionsbehandlung der Bundesärztekammer**⁹⁾. Immerhin wird in der Präambel die Dro-

genabhängigkeit als eine behandlungsbedürftige chronische Krankheit definiert und als "mögliche Stufen der Behandlung" auf dem Weg zur Drogenfreiheit

- die gesundheitliche und **soziale Stabilisierung** sowie
- die **berufliche** und **soziale Reintegration**

benannt.

Auch hier gibt es wieder die Vorstellung, dass in auf die Behandlung von Opiatabhängigen spezialisierten Praxen (oder speziellen Einrichtungen) "eine organisatorische und fachliche Einheit mit einem psychosozialen Team besteht", was dies auch immer heißen mag. Zur "psycho-sozialen Betreuung" leider nicht viel Neues:

"Die kontinuierliche psycho-sozialen Betreuung ist entscheidend für den Erfolg der Substitutionstherapie. Ihr Umfang richtet sich dabei nach den individuellen Bedürfnissen und dem Krankheitsverlauf des Patienten. Sie kann je nach Qualifikation und Möglichkeit von verschiedenen Institutionen durchgeführt werden."

Erst die im März 2002 veröffentlichten neuen **Richtlinien**¹⁰⁾ gehen im Kapitel 3. "Umfassendes Therapiekonzept" etwas differenzierter auf das Thema "psycho-soziale Betreuung" ein:

"Die substitutionsgestützte Behandlung ist nur zulässig im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes, das die jeweils erforderlichen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie psychosozialen Betreuungsmaßnahmen begleitend einbezieht.

Es ist abzuklären, ob eine Indikation für eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung besteht. Eine klassische Psychotherapie ersetzt in der Regel aber nicht die psychosoziale Betreuung, wie sie durch das Suchthilfesystem erbracht werden kann. Gegenstand der psychosozialen Betreuung ist die mögliche Veränderung der Lebensumstände der Patienten. Die psychosoziale Betreuung soll dem Patienten durch geeignete Unterstützungsmaßnahmen in psychischen, sozialen und lebenspraktischen Bereichen helfen, die psychischen und sozialen Folgen der Abhängigkeit von illegalen Substanzen zu erkennen und zu überwinden. Ihr Umfang richtet sich dabei nach den individuellen Umständen und dem Krankheitsverlauf des Patienten. Ihre unterstützende Wirkung auf die Behandlung ist fachlich unbestritten und ihr indikationsbezogener Einsatz daher unabdingbar

(...)

Psychosoziale Betreuung und ärztliche Behandlung müssen koordiniert werden.

Die Therapieziele und das umfassende Behandlungskonzept unter Einbeziehung der psychosozialen Betreuungsmaßnahmen sind zu formulieren und zu dokumentieren".

Die Unterscheidung von psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung wird jetzt deutlich von der psychosoziale Betreuung abgegrenzt, sie soll

- durch das Suchthilfesystem erbracht werden,
- die Lebensumstände der Patienten verändern und
- ihm helfen, die psychischen und sozialen Folgen der Abhängigkeit von illegalen Substanzen zu erkennen und zu überwinden.

An das offensichtlich als sehr mächtig angesehene "Suchthilfesystem" wird damit ein sehr wichtiger Teil des "umfassenden Therapiekonzeptes", dessen „unterstützende Wirkung auf die Behandlung“ angeblich – ohne dies zu belegen – „fachlich unbestritten“ sei, delegiert. Gleichzeitig aber wird dieser so wichtigen Teile der Behandlung - ähnlich wie in den Richtlinien des Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen - sozialrechtlich aus der Krankenbehandlung ausgegrenzt. An anderer Stelle wird allerdings wieder gefordert, dass "Praxen oder spezielle Einrichtungen, die mehr als 50 Opiatabhängige substituieren, im Rahmen einer organisatorischen und fachlichen Einheit die psychosozialen Betreuungsmaßnahmen integrieren" müssen.

Im Unterschied zu der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung und den Richtlinien für die Durchführung einer Substitutionsbehandlung des Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen wird erstmals ein Anforderungsprofil an das "Suchthilfesystem" formuliert. Neu ist auch, dass erstmals von einem „indikationsbezogenem Einsatz“ der psychosozialen Betreuung die Rede ist.

4. Die Hoffnung, dass die Fachliteratur Erhellendes und Differenzierendes zum Thema beiträgt, wird jedoch auch enttäuscht. Ein guter Literaturüberblick zu diesem Thema findet sich in der Studie von Hartfiel¹¹⁾. Das Kapitel **3.2.2. "Psychosoziale Begleitung" in der Literatur** wird an dieser Stelle - nur wenig gekürzt - wiedergegeben:

Daß die befragten MitarbeiterInnen mit ihren Abgrenzungs- und Definitionsschwierigkeiten nicht allein dastehen, zeigt ein Blick in die Literatur. Klare Definitionen im Sinne von "Psychosoziale Begleitung ist ..." sind auch dort kaum zu finden, lediglich einige mehr oder weniger vage Beschreibungen oder - zum Teil sehr unterschiedlich Zusammengesetzte - Leistungskataloge, von denen einige beispielhaft dargestellt werden sollen:

Die akzept-Leitlinien (1995) beschreiben als Inhalte der psychosozialen Begleitung: Unterstützung bei der Sicherung der materiellen Grundversorgung; Unterstützung bei der Aufnahme und kontinuierlichen Weiterführung einer medizinischen Versorgung; Vermittlung im Beziehungsgefüge Arzt/Patient, Begleitung und Unterstützung beim Entwickeln von Zielen, Motivationen und Fähigkeiten für das Entwerfen und Umsetzen neuer Lebensperspektiven: Angebote zum Erlernen des Umgangs mit freier Zeit; aufsuchende Arbeit, Krisenintervention bei Rückfällen; Begleitung im Prozeß der Beendigung der Substitution und in instabilen Lebensphasen nach ihrem Abschluß. Als "Mindestangebote" der "psychosozialen Begleitung" werden Kontaktangebote/ offene Bereiche und Einzelbetreuung angesehen: als "zusätzliche Angebote" gelten: Gesprächsgruppen; strukturierte Gruppenangebote zur Freizeitgestaltung, die Vermittlung von Erlebnisformen außerhalb des Alltags (z.B. Gruppenreisen), Beratung, Vermittlung und Unterstützung bei der Aufnahme einer Ausbildung, Beschäftigung oder Erwerbstätigkeit; betreutes Wohnen und Wohnprojekte; therapeutische Angebote und Ausstiegshilfen.¹

Die BremerInnen Zenker und Lang schreiben (1996):

"Der Begriff "psycho-soziale Angebote" (...) umfaßt das Spektrum nicht-stofflicher Angebote für Drogenabhängige, von existenzsichernden und sozialfürsorgereichen bis zu psychotherapeutischen und psychiatrischen Interventionen. "²

Die Hamburger Forscher Raschke, Verthein und Kalke schreiben (1996):

„Die PSB besteht in der Regel aus einmal in der Woche stattfindenden Einzel und/oder Gruppengesprächen. Zusätzlich werden verschiedene Freizeit- und Sportgruppen sowie offene Zusammenkünfte wie Klienten-Cafe` gemeinsames Frühstück oder ähnliches angeboten.“³ Psychosoziale Betreuung sei eine Mischung aus Beratungsgesprächen, Sozialtherapie und sozialer Begleitung.

Der Hamburger Degkwitz (1997) grenzt "psychosoziale Betreuung von Abstinenztherapie einerseits und suchtbegleitenden Ansätzen andererseits ab und sieht in ihr eine "Kombination von Sozialtherapie und Psychotherapie".

"PSB wird (...) als ein weit gefächertes Interventionsspektrum und nicht als streng abgrenzbares Setting verstanden. Durch den sozialen und psychischen Fokus wird die psychosoziale Betreuung als eine Mischform aus Sozial- und Psychotherapie konzipiert und integriert Beratung, unsystematische Betreuung (oder Begleitung), fest strukturierte Betreuung und ambulante Psychotherapie. Die angewandten Methoden und das Setting orientieren sich eng am Einzelfall, d.h. auch an der Indikation, die zur Aufnahme in die Substitution führte. Die psychosoziale Betreuung wird im Selbstverständnis von anderen Bereichen der Drogenhilfe abgegrenzt. Von der hochschwelligeren Abstinenztherapie dadurch, daß auch mit Rückfällen und suchtbegleitend gearbeitet wird und der Beginn der PSB nicht an Eingangsbedingungen wie z.B. Clean-Status, ein bestimmtes Maß an sozialer Integration o.a. geknüpft ist. Von den niedrigschwelligeren suchtbegleitenden Ansätzen dadurch, daß Ziele benannt werden, Behandlungspläne aufgestellt werden und ein verbindliches Setting besteht." Und weiter "Die PSB ist damit ein an Substituierte gerichtetes spezifisches Angebot das von der Akuthilfe und der kassenfinanzierten Psychotherapie abgegrenzt ist. Sie ist für die Mehr-

¹ Vgl. akzept e.V., 1995, S. 14ff

² Zenker/ Lang, 1996, S-104

³ Raschke, u.a., 1996, S.147

heit der Substituierten eine Kombination von Sozialtherapie und Psychotherapie mit einer unterschiedlichen Akzentuierung.“⁴

Der FDR (1997) unterscheidet zwischen Akuthilfe und Psychosozialer Begleitung
"Psychosoziale Begleitung kann je nach Fall unterschiedliche Intensität haben und muß nach Akuthilfe und psychosozialer Begleitung unterschieden werden, Akuthilfe umfaßt einen diskontinuierlichen Betreuungsprozeß, in dem eine funktionale Beziehung aufgebaut wird. Ein Kontakt mit der/dem Substituierten sollte etwa wöchentlich erfolgen. Psychosoziale Begleitung dagegen erfolgt kontinuierlich aufgrund einer spezifischen Beziehung zwischen Betreuer/in und Klient/in. Sie erfordert einen strukturierten Rahmen der Beziehung mit verbindlichen Ziel- und Erfolgsdefinitionen.“⁵

Die Clearingstelle für Substitution der Ärztekammer Berlin und der Fachverband für Substitutionsbetreuung Berlin (1997) unterscheiden zwischen "Angeboten und Methoden der psychosozialen Betreuung" und "ergänzenden Angeboten zur psychosozialen Betreuung": unter ersteres fallen Kontaktangebote, Einzelbetreuung, Beratung, Unterstützungsmanagement, motivierende und nachgehende Arbeit, Krisenintervention, Umgang mit Beigebrauch,

Psychotherapie, Gruppenbetreuung, Gesprächsgruppen und Freizeitangebote/Workshops/ Gruppenreisen. Unter letzteres fallen komplementäre Hilfen, Treffpunkte für Substituierte, niedrigschwellige Kontaktläden, tagestrukturierende Maßnahmen, Hilfen zur Wohnraumversorgung, Hilfen zur Arbeit, externe ambulante Therapie, Methadon-Ambulanzen sowie die Versorgung von Substituierten mit HIV/Aids Problematik.⁶

In der DHS- Leistungsbeschreibung (1999) wird zwischen "allgemeiner Psychosozialer Betreuung" und "psychosozialer Betreuung in Verbindung mit privat genutztem Wohnraum" unterschieden:
"Allgemeine psychosoziale Betreuung bezeichnet alle komplexen Angebote für eine bestimmte Gruppe von Klientinnen, bei denen eine Kombination von ausgeprägten körperlichen Beeinträchtigungen, psychischen und sozialen Folgeproblemen im Zusammenhang mit dem Konsum von psychotropen Substanzen eingetreten ist und die durch die Bündelung unterschiedlichster Problembereiche eine eigenverantwortliche Lebensführung nicht mehr selbständig regeln können. Dies können abstinenten oder nichtabstinenten (stabile) chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke sein, die eine mittel- bis längerfristige Unterstützung bei der Lösung von Problemen in vielen Lebensbereiche benötigen."
Und: "Psychosoziale Betreuung in Verbindung mit privat genutztem Wohnraum (Betreutes Wohnen) bezieht sich auf unterschiedliche Formen der Wohnbetreuung der Suchtkrankenhilfe. Die Aufgaben der Fachkräfte bestehen darin, die Klientinnen bei der Bewältigung alltäglicher Anforderungen (wie z.B. Erstellung eines Haushaltsplans, Einteilung des Geldes für den alltäglichen Bedarf, Hilfe bei Antragstellung für Leistungen, Krisenintervention) zu unterstützen, um ihre soziale Integration zu fördern."⁷
Angebote in den Bereichen Prävention, Schadensminimierung, aufsuchende Maßnahmen, Beratung, Behandlung/ Rehabilitation und Integrationshilfen sind laut DHS von der „psychosozialen Betreuung“ abzugrenzen.

Fazit von Hartfiel ist, dass der Blick in die Literatur eher zur weiteren Verwirrung denn zur Klärung beiträgt. Das Ergebnis ihrer Suche nach einer Definition der "Psychosozialen Begleitung" ist, dass sie für die Aufgabe des Begriffes plädiert.

Bisherige Versuche der Konkretisierung "Psychosozialer Begleitung"

Übersehen haben die Verordnungs-, Richtlinien- und Leitlinienggeber aber auch Hartfiel, dass es schon in den früher 90er Jahren auf regionaler Ebene präzisere Festlegungen gab.

So veröffentlichte die Kassenärztliche Vereinigung Hessen eine Broschüre zur Methadonsubstitution in Hessen, der folgendes Kapitel entnommen ist¹²) (Hervorhebungen sind redaktionell):

WARUM PSYCHOSOZIALE BEGLEIT THERAPIE ? Komplexes Krankheitsbild

⁴ Degkwitz 1997. S.6 und 14

⁵ FDR e.V., 1997, S.44

⁶ Vgl. Clearingstelle für Substitution der Ärztekammer Berlin/ Fachverband für Substitutionsbetreuung Berlin, 1997.S. 15ff

⁷ Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 1999, S.27f

Die Drogensucht stellt mit allen ihren Begleiterkrankungen ein **schwerwiegendes und komplexes Krankheitsbild** dar mit **somatischen, psychischen und sozialen Komponenten**. Methadon deckt lediglich diejenigen Probleme ab, die sich aus dem unstillbaren Verlangen nach dem Opiat ergeben. Der Patient wird vom Beschaffungsdruck und allen damit verbundenen Begleiterscheinungen wie Kriminalität und Prostitution befreit. Der Dauerstress des stets auf der Jagd nach Geld und "Stoff" befindlichen Junkies hat ein Ende. Er kann sich, und dazu braucht er Hilfe, wieder anderen wichtigen vitalen Bedürfnissen widmen,

Psychische und psychiatrische Störungen

Neben und im Gefolge der Drogensucht **leiden viele Suchpatienten**, das sind die Erkenntnisse in und ausländischer Experten, **unter teilweise schwerwiegenden psychischen und psychiatrischen Störungen**, deren **Behandlung** ist neben der Methadon-Substitution **ebenso notwendig wie die Versorgung der anderen körperlichen Gebrechen**, von der chronischen Hepatitis bis zur HIV-Erkrankung.

Soziale Probleme

Und **bei den meisten Drogenabhängigen**, die für eine Methadon-Substitution in Frage kommen, sind die **sozialen Probleme vordringlich** wie geld-, arbeits-, wohnungs- und soziale Bindungslosigkeit. Für viele stellt die offene Drogenszene den einzigen Lebensraum dar.

Begleitbehandlung

Hier Abhilfe zu schaffen, ist eine Aufgabe, die der Arzt in der Methadon-Substitution gar nicht alleine leisten kann- Deswegen ist die psychosoziale Begleitbehandlung und die Zusammenarbeit mit entsprechenden Institutionen der Drogenhilfe obligat und eine wichtige Voraussetzung für die langfristig gesetzten Ziele des allmählichen Abbaus der Methadongabe zugunsten einer drogenfreien Behandlung,

Individuelle Behandlung

Im einzelnen ist bei der psychosozialen Begleitbehandlung auf den individuellen Fall einzugehen, Die Vorgehensweise ist bei einem noch sozial integrierten Drogenabhängigen anders als bei einer verwahrlosten Süchtigen, die sich ihren Unterhalt seit dem Weglaufen aus dem Elternhaus mit Prostitution beschafft.

Menschenwürdige Existenz

Zunächst werden **bei Beginn der Substitution die soziale Beratung und Hilfestellung im Vordergrund** stehen müssen, Es geht um die **Mindestvoraussetzungen für eine menschenwürdige Existenz** (Wohnung, Kleidung, Essen, Krankenversicherung, Sozialhilfe).

Psychosoziale Begleittherapie

Dann kommt als **wichtiger Teil der psychosozialen Begleittherapie die Schul- und Berufsabschlussproblematik** an die Reihe. Viele Drogenabhängige sind Schul- und Berufsabbrecher.

Die **Einübung von sozialen Mustern und anerkannten Normen** ist die Voraussetzung für eine Wiedereingliederung in das normale Arbeitsleben. Ohne **Hilfestellung und Ausnutzung der öffentlichen Fördermaßnahmen des Arbeitsmarktes** geht dies nicht.

Inwieweit **Einzel- oder Gruppenpsychotherapie** bei den häufig vorhandenen tiefgreifenden Persönlichkeitsstörungen notwendig werden, muss sich am Krankheitsfall entscheiden.

Schwerwiegend, aber vordringlich ist die **Loslösung des Süchtigen von der Drogenszene**, in der er häufig jahrelang beheimatet war. Da er durch den Wegfall des Beschaffungsdrucks über viel Freizeit verfügt, ergibt sich eine schwer zu füllende innere Leere. Noch immer ist Müßiggang aller Laster Anfang, Es wird nicht leicht sein, alle Bedingungen einer guten und umfassenden psychosozialen Begleitbehandlung zu erfüllen, Die leeren Kassen im Land und in den Kommunen diktieren trotz guten Willens den realen Mangel an Personal und Einrichtungen.

Hier wird bei dem komplexen Krankheitsbild Drogensucht einerseits die Notwendigkeit der Behandlung der teilweise schwerwiegenden psychischen und psychiatrischen Störungen hervorgehoben und andererseits ein Stufenplan der Bewältigung der sozialen Problematik (allerdings wieder "psychosoziale Begleitbehandlung" genannt) aufgestellt. Dabei wird die Individualität des Einzelfalls betont. Die geforderten Maßnahmen beziehen sich auf:

- Schaffung der Mindestvoraussetzungen für eine menschenwürdige Existenz,
- Bewältigung der Schul- und Berufsabschlussproblematik,
- Einübung von sozialen Mustern und anerkannten Normen,
- Einzel- oder Gruppenpsychotherapie
- Hilfestellung und Ausnutzung der öffentlichen Fördermaßnahmen des Arbeitsmarktes und

- Loslösung des Süchtigen von der Drogenszene.

Bedauerlicherweise haben diese Ansätze in dieser Form nirgendwo ihren Niederschlag gefunden.

Schon 1991 hat in Bremen der Senator für Gesundheit in Folge der bremischen Empfehlungen¹³⁾ Leitlinien¹⁴⁾ mit den Trägern der Drogenhilfe abgestimmt. Neben gewissen Ähnlichkeiten mit den hessischen Ansätzen enthalten sie aber auch besondere Akzentuierungen und Präzisierungen.

"(...)

3.

Die begleitenden psychosozialen Hilfen sind **an den Erfordernissen des Einzelfalles auszurichten**. (Die Hilfen für einen AIDS-Kranken gestalten sich anders als die für eine Schwangere). Insofern **sind die Hilfen an den die Substitutionsbehandlung begründenden Behandlungszielen orientiert**. Darüber hinaus dienen diese Hilfen der Verbesserung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes. Sie sind integrierter Bestandteil der Drogenhilfe in Bremen. d.h., sowohl das Regelsystem der gesundheitlichen Versorgung als auch das Netz sozialer Hilfen finden Anwendung. In diesem Sinne können diese Hilfen insbesondere umfassen:

Hilfe bei der Einhaltung ärztlicher Auflagen im Rahmen der Substitutionsbehandlung.

Hilfe bei der Erhaltung einer vertrauensvollen Arzt- Patientenbeziehung.

Hilfe bei Krisen und Problemsituationen , die das Erreichen des Behandlungszieles gefährden können (z.B. Drogenbeigebrauch)

Hilfen zur Erlangung notwendiger Krankenbehandlung (§ 27 SGB V).

In diesem Zusammenhang kann über die begleitende psychosoziale Hilfe die notwendige enge Kooperation hin zur Entzugsbehandlung hergestellt werden. Darüber hinaus sind auch Beschäftigungs- und Belastungserprobungsangebote im Rahmen einer ärztlich verordneten Therapie/ medizinische Rehabilitation durch diese Hilfe zu vermitteln; zu denken ist auch an die Vermittlung häuslicher Krankenpflege.

Hilfen zur Erlangung des Anspruchs auf Rehabilitation (§ 40 StGB VI/ §§ 1236 ff. RVO, 184 RVO).

Hilfen zur Erlangung des Anspruchs auf Wiedereingliederung (gem. § 39 ff. BSHG)

Hilfen zur Erlangung möglicher Wiedereingliederung nach Schwerbehindertenrecht.

Hilfen zur Schaffung von Arbeits- Beschäftigungsgelegenheiten. (z.B. § 19 BSHG ff.)

Hilfen zur Organisation von Selbsthilfe.

Hilfen zur Vermittlung von Pflege (§ 69 ff. BSHG)

Im Unterschied zu den szenenah angesiedelten medizinischen und sozialen Beratungs- und Überlebenshilfen **zielen die begleitenden psychosozialen Hilfen für substituierte Drogensüchtige vor allem im Bereich des betreuten und selbständigen Wohnens und der Beschäftigungs- und Belastungserprobung sowie weiterer Wiedereingliederung auf Angebote außerhalb der Örtlichkeit der Drogenszene**. Anzustreben ist, substituierte Drogensüchtige zu einem drogenunabhängigen Leben zu motivieren.

Hier ist neu, dass sich die begleitenden psychosozialen Hilfen nicht nur an den Erfordernissen des Einzelfalles sondern auch an "Behandlungszielen" zu orientieren haben, d. h. es wird nicht unbedingt von dem globalen Ziel "drogenfreies Leben" ausgegangen, sondern gesehen, dass es auch Teilziele gibt, auf die Hilfen auszurichten sind. Die zu gewährenden Hilfen lassen sich in drei Kategorien fassen:

- Direkte Unterstützung der Substitutionsbehandlung,
- Vermittlung bzw. Unterstützung zur Erlangung sozialrechtlicher Ansprüche und
- Unterstützung bei der Alltagsgestaltung und der beruflichen Rehabilitation.

Psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlungen sind nicht Gegenstand der bremischen Leitlinien.

4.

Die begleitenden Hilfen sind in der Regel **in der Zusammenarbeit und unter Hinzuziehung von spezialisierten Einrichtungen und Diensten der Drogen-, AIDS- und Resozialisierungshilfe** zu erbringen. **Sie können ggf. durch den behandelnden Arzt oder durch geeignete Personen, die einen besonderen Bezug zum Betroffenen haben (Verwandte, Arbeitskollegen etc..) selbst erfolgen;**

Zu diesem Zweck kooperieren folgende privat-gemeinnützige und öffentliche Träger und Einrichtungen der Drogenhilfe:

(...)

5.

Im Rahmen ihrer Kooperation bilden die unter 4. genannten Träger eine **Clearing-Stelle**, mit dem Ziel, **in enger Abstimmung mit dem/ der behandelnden Arzt/-in vor dem Hintergrund der Problemlage im Einzelfall die begleitende psychosoziale Hilfe abzustimmen**. Hierzu wird ein ständiger Arbeitskreis eingerichtet, in dem die begleitende psychosoziale Hilfe im Einzelfall verbindlich zu regeln ist.

Die Koordinierung übernimmt die med. Ambulanz (HGA/ DROBS) auch als Ansprechpartner gegenüber Dritten (z.B. behandelnde Ärzte). Anzustreben ist hierbei eine arbeitsteilige Kooperation i.S. einer Schwerpunktbildung für bestimmte Problemlagen substituierter Drogenabhängiger, wie sie sich erfahrungsgemäß schon heute abzeichnen (z.B. AIDS-erkrankte, schwangere Drogenabhängige sowie Drogenabhängige ohne Beschäftigung ...)

Die begleitenden Hilfen sind in einem **Betreuungsplan** festzuhalten. Insbesondere ist hierbei zu berücksichtigen
Aufnahme und Dauer der begleitenden Hilfen
Gesprächsangebote (Einzel- und Gruppengespräche),
Tagesstruktur, Wohnsituation (betreutes/ Selbständiges Wohnen)
(...)"

Nach über zehn Jahren kann man jedoch feststellen, dass in Bremen, abgesehen von einer unbekanntem Zahl von Einzelfällen

- nicht konsequent nach diesen Richtlinien gehandelt worden ist,
- "psychosoziale Begleitung" oft auf eine formale Anbindung an eine Institution reduziert worden ist (Alibifunktion, Voraussetzung für den Arzt, um eine Genehmigung zur Durchführung einer Substitutionsbehandlung zu erhalten),
- inzwischen ein großer Teil der Substituierten von den gleichen Institutionen betreut werden, wie die Heroin Konsumenten (traditionelles „Drogenhilfesystem“),
- die vorgehaltenen Angebote schon lange nicht mehr ausreichen, um die große Zahl der Substituierten entsprechend den Leitlinien zu betreuen (als die Leitlinien verfasst wurden, waren gleichzeitig 26 Personen in Substitution, jetzt sind es gleichzeitig ca. 1000, bei ca. 200 Neuzugängen/Jahr.)

Eine Erklärung liegt sicher darin, dass der Gesetzgeber und die offiziellen Gremien (1. – 3. oben) weder die Inhalte der „psychosozialen Begleitung“ definiert, geschweige weiterentwickelt haben. Nach wie vor bieten jedoch die bremischen Richtlinien einen sinnvollen und differenzierten Ansatz zur Festlegung, was neben der ärztlichen Substitutionsbehandlung inklusive psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung an zusätzlichen begleitenden Maßnahmen notwendig ist. Konsequenz sollte aber sein, auf den unklaren und missverständlichen Teil „psycho“ des Begriffes zu verzichten, und nur von **substitutionsbegleitenden Hilfen** zu sprechen.

Den substitutionsbegleitenden Hilfen verwandte Systeme/Konzepte

Zur inhaltlichen, organisatorischen und strukturellen Verortung der substitutionsbegleitenden Hilfen sollten diese mit schon vorhandenen Systemen verglichen werden. Dabei werden ab jetzt die psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen als indikationsbezogene, die nur Ärzten (und approbierten psychologischen Psychotherapeuten) vorbehaltene Leistungen nach dem SGB V ausgegrenzt und sie sind nicht Gegenstand der substitutionsbegleitenden Hilfen.

1. sozialpsychiatrische Hilfen

Sozialpsychiatrische Hilfen sind Teil der kommunalen Daseinsfürsorge und Betroffene haben nach dem bremischen PsychKG¹⁵⁾, das Suchtkranke ausdrücklich einbezieht, einen Anspruch auf Hilfen.

§ 1

(1) Dieses Gesetz regelt

1. **Hilfen für psychisch Kranke, die wegen der Besonderheit psychischer Störungen und zur Erlangung der Ansprüche psychisch Kranker notwendig** sind, um Erkrankungen zu heilen, deren Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern und Wiedereingliederung zu fördern, (...)
2. Psychisch Kranke im Sinne dieses Gesetzes sind Personen, die an einer Psychose, einer Suchtkrankheit, einer anderen krankhaften seelischen Störung oder an einer seelischen Behinderung leiden oder gelitten haben oder bei denen Anzeichen einer solchen Krankheit, Störung oder Behinderung vorliegen.

In Bremen werden diese Hilfen für Drogenkranke von den kommunalen Drogenberatungsstellen erbracht. Wichtig ist dabei, dass sie

- wegen der Besonderheit der psychischen Störung (z. B. mangelndes Hilfesuchenverhalten, „nicht wartezimmerfähig“, etc.) und/oder
- zur Erlangung von Krankenbehandlungsansprüchen nach SGB V

gewährt werden.

2. Suchtbegleitung

Suchtbegleitung ist formal die Durchführung der sozialpsychiatrischen Hilfen nach dem PsychKG und inhaltlich ein Konzept von Betreuung von Suchtkranken. Es beinhaltet Hilfen zu:

- Überleben sichern
- Sichern eines gesunden Lebens ohne irreversible Schädigungen
- Verhinderung sozialer Desintegration
- Gesundheitliche und soziale Stabilisierung
- Beendigung des problematischen (d.h. unkontrollierten) Konsums (il) legaler Substanzen
- Unterstützung von längeren Drogenkontrollphasen (mit Substitut oder ohne)
- Unterstützung individuelle Herauslösung aus der Drogenszene

Auf den unterschiedlichen Stufen sind die Hilfen und Interventionsmöglichkeiten für die Zielgruppe der Substituierten oder derjenigen Klienten, die Heroin konsumieren fast identisch. Die sozialen gesundheitlichen und psychischen Probleme werden sich bei den beiden Klientengruppen nicht wesentlich unterscheiden, der wesentliche Unterschied besteht darin, dass bei

der Substitution die ärztliche Behandlung Teil des umfassenden Behandlungskonzeptes ist, dann aber auch einer entsprechenden Koordination bedarf.

3. Eingliederungshilfe etc. (BSHG)

Viele Substituierte sind sozial desintegriert und bedürfen der Wiedereingliederung und der Rehabilitation. Es bestehen Ansprüche auf:

- Hilfen zur Erlangung des Anspruchs auf Rehabilitation (§ 40 StGB V/ §§ 1236 ff. RVO, 184 RVO)
- Hilfen zur Erlangung des Anspruchs auf Wiedereingliederung (gem. § 39 ff. BSHG)
- Hilfen zur Schaffung von Arbeits- Beschäftigungsmöglichkeiten. (z.B. § 19 BSHG ff.)
- Hilfen zur Vermittlung von Pflege (§ 69 ff. BSHG)

Substitutionsbegleitende Hilfen sind deshalb diese Hilfen selbst aber auch die Unterstützung bei der Inanspruchnahme dieser Hilfen.

4. Soziotherapie

Durch die Einführung des § 37a in das SGB V¹⁶⁾ haben psychisch Kranke unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Soziotherapie.

§ 37a

Soziotherapie

(1) Versicherte, die wegen schwerer psychischer Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen, haben Anspruch auf Soziotherapie, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist. Die Soziotherapie umfasst im Rahmen des Absatzes 2 die im Einzelfall erforderliche Koordinierung der verordneten Leistungen sowie Anleitung und Motivation zu deren Inanspruchnahme. Der Anspruch besteht für höchstens 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Krankheitsfall.

(2) Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen bestimmt in den Richtlinien nach § 92 das Nähere über Voraussetzungen, Art und Umfang der Versorgung nach Absatz 1, insbesondere

1. die Krankheitsbilder, bei deren Behandlung im Regelfall Soziotherapie erforderlich ist,
2. die Ziele, den Inhalt, den Umfang, die Dauer und die Häufigkeit der Soziotherapie,
3. die Voraussetzungen, unter denen Ärzte zur Verordnung von Soziotherapie berechtigt sind,
4. die Anforderungen an die Therapiefähigkeit des Patienten,
5. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer.

Die Einschränkung „wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist“ schließt die Gruppe der Substituierten, wenn es nur um die Behandlung der Drogensucht geht, erst mal faktisch aus, weil Drogensucht eher selten stationär behandelt wird, allerdings findet häufiger eine stationäre Behandlung wegen Begleit- und Folgekrankheiten der Drogensucht statt.

Betrachtet man aber die inzwischen gültigen Richtlinien¹⁷⁾ finden sich viele Elemente, die man problemlos auf die Substitutionsbegleitung übertragen könnte:

I Grundlagen und Ziele

1. Schwer psychisch Kranke sind häufig nicht in der Lage, Leistungen, auf die sie Anspruch haben [Gesundheitsleistungen], selbstständig in Anspruch zu nehmen. **Soziotherapie** soll ihnen **als zentraler Baustein des integrierten Betreuungsprogramms die Aufnahme oder die Fortsetzung medizinischer**

Behandlung ermöglichen. Sie soll den Patienten durch **Motivierungsarbeit** und **strukturierte Trainingsmaßnahmen** helfen, **psychosoziale Defizite** abzubauen; der Patient soll in die Lage versetzt werden, die erforderlichen Leistungen zu akzeptieren und selbstständig in Anspruch zu nehmen. Sie ist **begleitende Unterstützung und Handlungsanleitung für schwer psychisch Kranke auf der Grundlage von definierten Therapiezielen**. Dabei kann es sich auch um **Teilziele** handeln die **schrittweise** erreicht werden sollten.

(...)

3. ...setzt einen mit dem verordnenden Arzt und dem Patienten abgestimmten vom soziotherapeutischen Leistungserbringer zu erstellenden Betreuungsplan voraus...
4. Soziotherapie findet überwiegend im sozialen Umfeld des Patienten statt.
5. Soziotherapie umfasst auch die Koordination des im Rahmen des Behandlungsplans festgelegten Maßnahmen.
6. Soziotherapie unterstützt einen Prozess, der dem Patienten einen besseren Zugang zu seiner Krankheit ermöglicht, indem Einsicht, Aufmerksamkeit, Initiative, soziale Kontaktfähigkeit und Kompetenz gefördert werden.

Es finden sich hier wieder ähnliche Zielsetzungen, wie sie an anderer Stelle als Elemente der „psychosozialen Betreuung“ beschrieben worden waren. Soziotherapie als

- zentraler Baustein des integrierten Betreuungsprogramms, die Aufnahme oder die Fortsetzung medizinischer Behandlung ermöglichen,
- Motivierungsarbeit,
- strukturierte Trainingsmaßnahmen,
- Hilfe zur Behebung psychosozialer Defizite und
- begleitende Unterstützung und Handlungsanleitung auf der Grundlage von definierten Therapie(teil)zielen.

Dazu bedarf es

- eines mit dem verordnenden Arzt und dem Patienten abgestimmten vom soziotherapeutischen Leistungserbringer zu erstellenden Betreuungsplan und
- der Koordination des im Rahmen des Behandlungsplans festgelegten Maßnahmen.

Der abschließende Indikationskatalog erlaubt jedoch nicht die Verordnung von Soziotherapie für Suchtkranke und die Soziotherapie-Richtlinien stellen damit leider nur ein Modell aber kein etabliertes System für substitutionsbegleitende Hilfen dar.

Dieser Überblick zeigt, dass substitutionsbegleitende Hilfen Elemente verschiedener Hilfsysteme enthalten und deshalb nicht einfach einem System zugeordnet werden kann. Ähnlichkeiten sind am größten mit der Suchtbegleitung und mit der Soziotherapie. Daneben bestehen Ansprüche auf Hilfen nach dem BSHG zu deren Verwirklichung wiederum die substitutionsbegleitende Maßnahmen entscheidend betragen sollen. Es ist als Defizit und als symptomatisch für die Benachteiligung Suchtkranker anzusehen, dass ihnen sozialrechtliche Hilfen wie die Soziotherapie verschlossen bleiben, obwohl deren Struktur sich sehr gut auf die substitutionsbegleitenden Hilfen übertragen ließen.

Welche Konsequenzen sind zu ziehen?

1. Erste Erkenntnis sollte sein, dass substitutionsbegleitende Hilfen nur ein Teil des "umfassenden Behandlungskonzeptes" des substituierenden Arztes sein können und nur zum "obersten Ziel der Drogenfreiheit" beitragen können und es nicht ihre Aufgabe ist, die Erreichung dieses Zieles selbst zu bewerkstelligen. Hier hatte die Gesellschaft und die Fachwelt in der Vergangenheit dem Hilfesystem eine unerfüllbare Aufgabe zugewiesen aber auch Angehörige des Hilfesystems glaubten in der Lage zu sein, diesen Anspruch erfüllen zu können. Insbesondere die Begrifflichkeit "psychosozial" in Verbindung mit "Begleitung", "Betreuung", "Behandlung", etc. suggerierten Therapieerwartungen, die gar nicht einlösbar waren.
Es wird deshalb zukünftig darauf ankommen, die Erwartungen an die substitutionsbegleitenden Hilfen darauf zu beschränken, was das Hilfesystem tatsächlich auch leisten kann.
2. Die Verortung fand bisher an verschiedenen Stellen bzw. in verschiedenen Systemen statt. Sie reicht von der Praxis substituierender Ärzte über die Betreuung durch Angebote verschiedener Träger („psychosoziales Hilfesystem“) bis zur Betreuung (in zunehmenden Maße) in den Drogenberatungsstellen. Ausnahme in Bremen war immer die Struktur der Methadonprogramme ("Frauenprogramm“, "Altfixerprogramm"). Dort waren die substitutionsbegleitenden Hilfen in die Programme i. S. eines umfassenden Behandlungskonzept integriert und eine ausreichende Betreuerkapazität durch einen festen Patienten/Betreuer-Schlüssel gewährleistet.
Erste Konsequenz sollte sein, die substitutionsbegleitende Hilfen in einem System zu konzentrieren. Von der Kapazität und von der Nähe zur sonstigen Tätigkeit (Suchtbegleitung) her, bietet sich dazu das System der Drogenberatungsstellen an.
3. In den unter 1. aufgeführten einzelnen Subsystemen waren die substitutionsbegleitenden Hilfen oft an dem jeweiligen System bzw. dessen Angeboten orientiert und deshalb unterschiedlich und die Ausrichtung an gemeinsamen Standards wenig ausgeprägt. Eine Zuweisung durch den Arzt an andere Angebote war z. B. davon abhängig, ob in seiner Praxis selbst ein Angebot bestand und welche Nähe er zu den jeweiligen Angeboten hatte. Nur wenig ausgeprägt waren spezielle Angebote die zielbezogen (z. B. Arbeitsvermittlung) eingeschaltet wurden.
Für die Zukunft wünschenswert wäre ein Standardangebot ergänzt um spezialisierte Angebote. Das Standardangebot sollte seine Kompetenz vor Allem darin sehen, i. S. eines Case-Managements den Substituierten zu begleiten und ihm zur Erfüllung seiner sozialrechtlichen Ansprüche durch Vermittlung an die zuständigen Stellen zu verhelfen.
4. Bei der hohen Zahl der Substituierten in den letzten Jahren war es eine Illusion "Alle mit Allem (was substitutionsbegleitenden Hilfen ausmachen können)" zu "beglücken". Dazu sind die vorhandenen Ressourcen bei langem nicht ausreichend. Es ist auch sehr fraglich, ob es über-

haupt notwendig ist, dass "Alle Alles" erhalten. Die Hilfebedarfe der einzelnen Substituierten sind sehr unterschiedlich bezogen auf den Umfang, die Indikation, die Inhalte und den Zeitpunkt der Hilfgewährung.

Es wäre deshalb unbedingt notwendig, dass in einem entsprechenden Hilfeplan Zielsetzung/en, der/die Zeitpunkt/e der Interventionen, Indikationen und die dazu gehörigen Hilfen und Umfang der Hilfen festgelegt werden. An der Erstellung des Hilfeplans müssen der substituierende Arzt, der Case-Manager und der Patient beteiligt sein. Dies könnte im Extremfall bedeuten, dass es Patienten gibt, die neben der Substitution (und einer eventuellen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung) keiner weiteren substitutionsbegleitenden Hilfen bedürften. Aber auch bei Hilfebedürftigen sollten die definierten Hilfen nur zu Zeitpunkten eingesetzt, an denen sie auch sinnvoll sind bzw. von den Substituierten auch angenommen werden können. Insofern müssen auch die in den BUB-Richtlinien geforderten "im Einzelfall erforderlichen psychosozialen Betreuungsmaßnahmen" in einer zeitlichen Dimension betrachtet werden.

5. Realität ist seit langem, dass offiziell fast alle Substituierten "psychosozial begleitet" wurden, tatsächlich aber nur bei einem kleinen Teil substitutionsbegleitenden Hilfen i. e. S. durchgeführt wurden. Dies ist u. a. Folge des ideologischen Anspruches ("keine Substitution ohne psychosoziale Begleitung"), womit eine Ersatzstoffvergabe, wie in den Niederlanden schon lange neben Substitutionsbehandlungen praktiziert, vermieden werden soll. Es ist ein offenes Geheimnis, dass viele Substituierte außer ihrem Substitutionsmittel und dem eventuellen persönlichen Engagements ihres Arztes keine weiteren Hilfen erhalten. Dem zufolge würde hier eine "Ersatzstoffvergabe" aber noch keine "Substitutionsbehandlung" i. e. S. stattfinden.

Es wird deshalb sehr darauf ankommen, ob es gelingt, die Substitution zu entideologisieren und festzustellen, dass eine alleinige Ersatzstoffvergabe als gesundheitliche Hilfe ("Linderung, Besserung, Verhütung von Verschlimmerung") ihren Wert hat und solange warten zu können, bis der Betroffene bereit und in der Lage ist, weitere Hilfen in Anspruch zu nehmen. Das in der Vergangenheit oft geforderte und praktizierte "ständige Zerren an einem Suchtkranken" (was mit eine Begründung für die Notwendigkeit von "psychosozialer Begleitung" war) ist, wenn es überhaupt nötig oder sinnvoll ist, nicht Aufgabe des substitutionsbegleitenden Hilfesystems sondern des substituierenden Arztes. Könnten die substitutionsbegleitenden Hilfen von diesem "ideologischen Ballast" (dessen Wirksamkeit nie belegt werden konnte, da Gruppenvergleiche Substitution mit vs. ohne psychosoziale Begleitung nicht möglich waren) könnte das Hilfesystem enorm in seiner Effektivität gesteigert werden.

Zusammenfassend können als anzustrebende Veränderungen festgehalten werden:

- Reduzierung der Erwartungen an die substitutionsbegleitenden Hilfen darauf, was die Hilfesysteme fachlich tatsächlich auch in der Lage sind zu leisten,

- Einführung des Case-Management-Prinzips bei der Vermittlung substitutionsbegleitender Hilfen,
- Festlegung der (Teil)Zielsetzung/en, der/des Zeitpunkte/s der Interventionen, der Indikationen inklusive der dazu gehörigen Hilfen und des Umfangs der Hilfen in einem Hilfeplan,
- Konzentration der substitutionsbegleitenden Hilfen in dem System der Drogenberatungsstellen (mit Ausnahme spezieller Programme),
- Entideologisierung der Substitution unter dem Gesichtspunkt inwieweit "psychosoziale Begleitung" eine *conditio sine qua non* ist und ggfs. Trennung in Basisversorgung (Ersatzstoffvergabe) als gesundheitliche Hilfe ("Linderung, Besserung, Verhütung von Verschlimmerung") und Substitutionsbehandlung i. S. eines umfassenden Behandlungskonzeptes und
- Definition eines Standardangebots der substitutionsbegleitenden Hilfen ergänzt um spezialisierte Angebote.

Von diesen Maßnahmen wäre zu erwarten, dass das System substitutionsbegleitender Hilfen effektiviert und rationalisiert würde und im Rahmen der gegebenen Ressourcen auch darstellbar wäre.

Zusätzlich bedarf es der Klärung der sozialrechtlichen Probleme, nämlich dass die Soziotherapie als in vielen Fällen angemessene Hilfe den Substituierten vorenthalten wird und dass die Finanzierung der von den Leistungsträgern dem Hilfesystem zugewiesenen Leistungen geregelt werden müsste.

Die neuen BUB-Richtlinien sind - obwohl sie der "psychosozialen Begleitung" eine zentrale Bedeutung und den "psychosozialen Beratungsstellen" zuweisen - bei ihrer Erstellung nicht mit den Trägern möglicher substitutionsbegleitender Hilfen abgestimmt worden. Es wird deshalb notwendig sein, dass sich auf lokaler Ebene die Kassenärztliche Vereinigung, die Krankenkassen und die Träger von Hilfsangeboten über die Inhalte und den Umfang von substitutionsbegleitenden Hilfen verständigen.

Literatur

- 1) §2a (2) der Fünften Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften (Fünfte Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung - (5.BtMÄndV) vom 23.09.93
- 2) §5 (2), Ziffer 2 u. 3 der Zehnten Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften (Zehnte Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung - (10.BtMÄndV) vom 20.01.98
- 3) §5 (2), Ziffer 2 der 15. Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften (15. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung - (10.BtMÄndV) vom 25.06.01
- 4) NUB-Richtlinien zur Methadon-Substitutionsbehandlung bei i. v. - Heroinabhängigen beschlossen vom Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen am 2. Juli 1991, gültig zum 1.10.1991
- 5) Änderung der NUB-Richtlinien Ziffer 2.6 Deutsches Ärzteblatt 91, Heft 14, 8. April 1994, S. 985
- 6) Änderung der NUB-Richtlinien Ziffer 2.10 Deutsches Ärzteblatt 91, Heft 14, 8. April 1994, S. 985
- 7) AUB-Richtlinien zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen am 26. April 1999 beschlossen, verkündet am 18.06.99
- 8) Beschluss des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über eine Änderung der Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ("BUB-Richtlinien") vom 28.10.2002 (Bundesanzeiger Nr. 242 vom 31. Dezember 2002; S. 26682)
- 9) Leitlinien der Bundesärztekammer zur Substitutionstherapie Opiatabhängiger vom 15. November 1996 Deutsches Ärzteblatt 94, Heft 7, 14. Februar 1997, S. 312- 314
- 10) Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger Stand 22. März 2002
- 11) "Dass es hier besonders gut ist, kann ich nicht sagen, aber auch nicht, dass es hier besonders schlecht ist." Eine Studie über die Substitutionspraxis und das Hilfesystem für Substituierte in Bremen, BISTRO Bremer Institut für Drogenforschung, Universität Bremen, 2000
- 12) Methadon-Substitution in Hessen, Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Januar 1992
- 13) Gemeinsamen Empfehlung zum Einsatz von Methadon zur Substitution von Drogensüchtigen in Bremen des Senators für Gesundheit, der Ärztekammer Bremen, der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen vom 26. Januar 1990.
- 14) Leitlinien zur Umsetzung begleitender psychosozialer Hilfen für Drogensüchtige im Rahmen einer Substitutionsbehandlung (gem. Gemeinsame Empfehlung zum Einsatz von Methadon zur Substitution von Drogensüchtigen in Bremen des Senators für Gesundheit, der Ärztekammer Bremen, der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen vom 26. Januar 1990).
- 15) Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten und zur Änderung anderer Gesetze vom
- 16) Art. 1 des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626); Inkrafttreten: 1. 1. 2000.
- 17) Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung von Soziotherapie (Soziotherapie – Richtlinien) Bundesanzeiger Nr. 217 (S. 23735) vom 21. November 2001

Dr. Gert Schöfer
 Anton Bartling
 c/o Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales
 Bahnhofplatz 29
 28195 Bremen