

## 4 Psychosoziale Betreuung Substituierter – Standards der Substitutionsbehandlung und Möglichkeiten zur Finanzierung

Peter Schay, Ilona Lojewski

Die Substitutionsbehandlung mit Psychosozialer Betreuung (PSB) ist dem Konzept der alleinigen Substitutionsbehandlung überlegen (vgl. WHO 2009 [260]).

### 4.1 Vorbemerkungen

#### Praxis

Nachdem in Deutschland in den 1960er Jahren im Rahmen eines Modellversuchs die medikamentengestützte Rehabilitation eingeführt wurde, wird nicht nur in der Medizin diese Behandlungsform teilweise äußerst kontrovers diskutiert, sondern auch die Bedeutung der Psychosozialen Betreuung als begleitende Behandlungsmaßnahme (vgl. BÄK 2010 [173], GBA 2011 [199]) wird in der Fachöffentlichkeit häufig unterschiedlich gewichtet.

Die Argumentation ist dabei sehr gekennzeichnet von dem jeweiligen Blickwinkel der Protagonisten: Aus dem ärztlichen Blickwinkel dominiert häufig der Aspekt der medizinischen (Grund-)Versorgung, demgegenüber die Autoren sich den Grundgedanken eines rehabilitativen Ansatzes verpflichtet sehen. Dadurch bedingt ist „zwangsläufig“ eine andere Herangehensweise an das Thema, d. h. in der inhaltlichen Darstellung der „Standards der Substitutionsbehandlung“ dominiert die Behandlungsvoraussetzung, dass die medikamentengestützte *Rehabilitation* nur in besonders begründeten Einzelfällen auch ohne begleitende psychosoziale Maßnahmen durchgeführt werden kann (vgl. auch Schroeder-Printzen 2010 [242]), um das Ziel der Substitutionstherapie, schwer und (anhaltend psychische) abhängigkeitskranke Menschen möglichst erfolgreich behandeln zu können, in der Praxis auch umsetzen zu können.

Nach SGB IX müssen die Leistungen zur sozialen und medizinischen Rehabilitation die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft fördern sowie Benachteiligungen vermeiden oder ihnen entgegenwirken; mit dem Ziel, Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern.

Die Sekundärwirkungen anhaltender Chronifizierung von Erkrankungen mit zunehmenden körperlichen, psychischen und psychosomatischen Folgeerkrankungen, gilt es durch systematischen Ausbau rehabilitativer Ansätze und Strukturen mit dem Fokus auf Erhalt der körperlichen und psychomentalen Fähigkeiten zur Selbstversorgung soweit wie möglich zu verhindern bzw. zu mindern.

Die Behinderung eines Patienten kann als das Ergebnis der negativen Wechselwirkung zwischen einem Gesundheitsproblem (der Krankheit) dieser Person und ihren Kontextfaktoren auf die funktionale Gesundheit angesehen werden.

Die derzeitige Situation im Hinblick auf Zugangs- und Zuständigkeitsfragen von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ist geprägt von Regelungen im Rahmen des gegliederten Systems. Kritik erwächst aus dem Umstand, dass sektorale und trägerspezifische Besonderheiten in den Bereichen Rehabilitations-Zugang, Rehabilitations-Ziele und Rehabilitations-Leistungen der Umsetzung des übergeordneten, umfassenden Teilhabegedankens, der Ausrichtung auf ein gemeinsames Rehabilitations-Ziel (gem. § 10 SGB IX) im Wege stehen.

Der individuelle Bedarf einer Rehabilitation wird sich nicht so sehr nach der Krankheitsdiagnose richten, sondern nach der konkreten Beeinträchtigung der Aktivität und der Teilhabe des Einzelnen in Verbindung mit seiner persönlichen Konstitution und Anschauung (personenbezogene Kontextfaktoren).

### 4.2 Historie der Substitutionsbehandlung

Mary Nyswander und Vincent Dole entwickelten 1963 das Konzept der Methadon-Erhaltungs-Behandlung. Als Erfolgsparameter galten physische Stabilisierung, soziale und berufliche Integration, Entkriminalisierung und Herauslösung aus dem Drogenmilieu. Die Erfolge dieser Behandlungsform führten 1970 zur Anerkennung der Methadonbehandlung als eine zweckmäßige Behandlungsform durch die New York State Medical Society.

Der Bundesgerichtshof urteilte 1979: „Bei jedem Opiat-abhängigen besteht infolge der krankheitsbezogenen Einschränkung seiner Willensfreiheit eine sehr erhebliche Wahrscheinlichkeit dafür, dass er ein ihm verschriebenes Betäubungsmittel nicht als Heilmittel, sondern als Suchtmittel verwendet.“

Erst mit dem Betäubungsmittelgesetz (1981) wurde rechtlich klargestellt, dass eine Substitutionsbehandlung unter bestimmten Voraussetzungen zulässig ist.

Unabhängig von der Rechtslage lehnte die Kassenärztliche Bundesvereinigung noch 1988 diese Behandlungsmöglichkeit ab, da diese pharmakologisch unwirksam sei.

Durch die Richtlinien für die gesetzlichen Krankenkassen in der Fassung vom 02.07.1991 entstand dann erstmals die Möglichkeit, die Methadonbehandlung als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen durchzuführen.

### 4.3 Standards der Substitutionsbehandlung

„Drogenhilfe umfasst heute eine ... Vielzahl unterschiedlicher und abgestufter Hilfeleistungen. ... Die Substitutionsprogramme (haben) nicht in erster Linie die Abstinenz zum Ziel, sondern (sollen) zur Rehabilitation von Drogenabhängigen beitragen ... (Dabei) steht die Langzeitbegleitung ... im Mittelpunkt, ... (die) im Sinne einer Karrierebegleitung ... zu protektiven und salutogenen Faktoren werden kann“ (Petzold et al. 2000, 326 [231]).

Die Standards der Substitutionsbehandlung basieren u. a. auf:

- ÄK Westfalen-Lippe (2001 [156]): Handbuch Qualitätssicherung in der ambulanten Substitutionstherapie Opiatabhängiger (ASTO-Handbuch)
- Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV)
- Bundesärztekammer (BÄK[172]), Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) (2009): Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung (BT-Drs. 16/11 515) sowie zum Entwurf eines Gesetzes über die diamorphingestützte Substitutionsbehandlung (BT-Drs. 16/7 249)
- Bundesärztekammer (BÄK 2010 [173]): Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger
- Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (2003 [174]): Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (BUB-Richtlinien)
- Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA 2006 [198]): Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 135 SGB V (BUB-Richtlinien)
- Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA 2011 [199]): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie)
- Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF)

- zur postakuten Behandlung Opiatabhängiger (vgl. Stöver 2009a [250], Havemann-Reinecke et al. 2004 [205])
- Konsensus-Texte der Weltgesundheitsorganisation (vgl. Stöver 2009b [251])

Nach der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) ist das Ziel der Substitutionsbehandlung die langfristige Wiederherstellung der Abstinenz (vgl. Ullmann 2009, A 874/A 876 [254] bzw. die berufliche Wiedereingliederung.

„Für die substitutionsgestützte Behandlung mit zusätzlicher psychosozialer Betreuung konzentrieren sich die Ziele international auf die Parameter ‚Verbleib in der Behandlung‘, ‚Haltekraft der Behandlung‘ und ‚Reduktion des illegalen Opiatkonsums‘. Weitere Bereiche ... sind: ... Gesundheitsverbesserungen, Mortalität und Delinquenzentwicklung“ (Michels et al. 2009, 116f [223]); „die sozialen und psychotherapeutischen Maßnahmen ... (stehen dabei) stark im Vordergrund“ (Küfner, Ridinger 2008, 5 [213]; vgl. auch Michalak et al. 2007 [222], Grosse Holtfort, Grawe 2002 [203]; Berner Inventar von Therapiezielen).

### 4.4 Behandlung suchtkranker Menschen im Rahmen einer Substitutionsbehandlung

„Opioidabhängigkeit wird aufgrund des stark ausgeprägten Abhängigkeitssyndroms mit rascher Toleranzentwicklung, dem zumeist lebenslang chronischen Spontanverlauf, Komplikationsreichtum, beträchtlicher somatischer und psychischer Komorbidität sowie hohem Mortalitätsrisiko als schwerwiegende chronische Erkrankung und als schwerwiegendste Form der Suchterkrankung eingeordnet“ (Langer et al. 2011, 202 [218]).

Die Substitutionsbehandlung und die Anzahl der Substitutionspatienten haben im Versorgungssystem zunehmend an Bedeutung gewonnen (► Abb. 4.1, Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 01/2012 [176]).

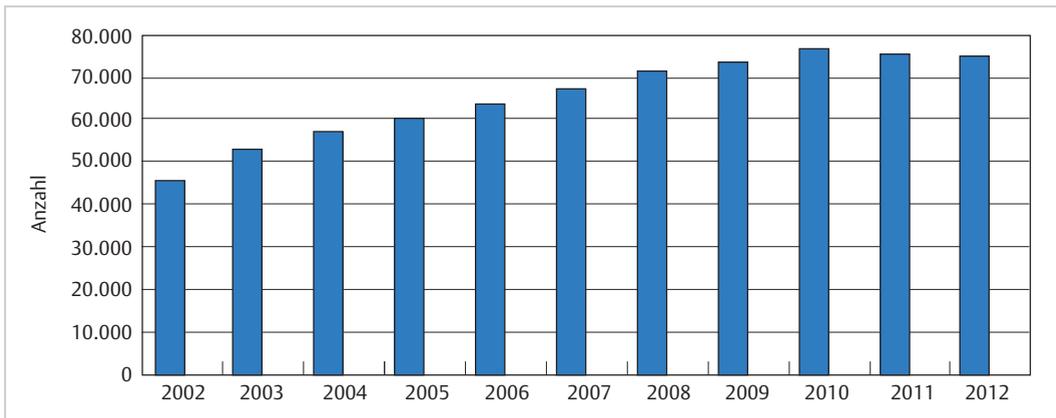


Abb. 4.1 Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten in Deutschland 2002–2011.

Dies ist u. a. auch darin begründet, dass die „Substitutionsbehandlung ... von vielen Ärzten als Therapie der Wahl verstanden“ wird und die „Integration Substituierter in therapeutische und rehabilitative Angebote“ immer weniger wahrgenommen wird (Schönthal et al. 2013, 92ff [242]).

„Dass Drogenabhängigkeit eine schwere Krankheit darstellt und dass die damit einhergehende körperlich-geundheitliche sowie psychische Verwahrlosung einschließlich des suchtbedingten Beschaffungszwangs einem Leben in Würde entgegensteht, ist evident und bedarf keiner näheren Erläuterung. Folglich begründen Art. 2 Abs. 2 S.1 GG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG ... eine besondere Verantwortung ..., deren angemessene medizinische Versorgung sicher zu stellen“ ist (Rottmann 2007, 5 [235]). Dies insbesondere, um „zum Beispiel ... den Zustand von Beigebrauchsfreiheit, Stabilität und verbesserter Teilhabe durch eine Rehamaßnahme zu erreichen“ (Schönthal et al. 2013, 92 [242]).

Daraus folgt, dass in der Behandlung der Drogenabhängigkeit psychologische Effekte von besonderer Bedeutung sind (Präambel der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 135 SGB V).

## Merke



Unbestritten ist, „um eine ... Substitutionsbehandlung durchzuführen ... (ist) es ... notwendig, dass sich die Therapie ... an die Qualitätsstandards der Richtlinien zur Substitution Opiatabhängiger der Bundesärztekammer hält“ (Romberg 2010 [234]).

Dementsprechend weist die Bundesärztekammer (BÄK 2010, 14 [172]) darauf hin, dass „eine angemessene psychosoziale Betreuung ... regelmäßig vorgehalten werden ... und ein dauerhaftes Element der Behandlung ... darstellen (muss)“ und die Behandlung insbesondere „die Erstellung eines individuellen Therapieplanes“ umfassen muss.

Mit der Novellierung der Richtlinien zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger hat der Vorstand der BÄK 2010 die Bedeutung der psychosozialen Betreuung für einen Behandlungserfolg eindeutig bestätigt, d. h.

- der Arzt hat darauf hinzuwirken, dass der Patient mit einer entsprechenden Einrichtung Kontakt aufnimmt,
- in der Einrichtung Art und Umfang der PSB abgeklärt wird,
- die Behandlungsziele im Einzelfall konkretisiert und an der gegenwärtigen Situation des Patienten ausgerichtet werden,
- PSB nach den von der Drogenhilfe erarbeiteten Standards erfolgt (vgl. auch Michels 2009, 39 [223]).

In diesem Kontext ist auch zu berücksichtigen, dass „repräsentative Untersuchungen zeigen, dass mehr als 30% der Patienten mit problematischem Alkoholkonsum und mehr als 50% der Patienten mit Drogenkonsum im Laufe

ihres Lebens mindestens eine weitere psychiatrische Störung entwickeln“ (Kienast et al. 2011, 335f [210]).

Die Ergebnisse der COBRA-Studie (Wittchen et al. 2006 [258]) zeigen, dass Substitutionspatienten in ihrer äußerst komplexen Krankheitsbelastung häufig nicht adäquat behandelt werden, was insbesondere für die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung gilt.

Um die Bewältigung der bestehenden Probleme zu unterstützen und die Möglichkeit der Entstehung neuer Belastungen/Probleme zu reduzieren, ist es unabdingbar, die rehabilitativen Ziele einer Substitutionsbehandlung in den Fokus zu nehmen (vgl. Michels et al. 2009, 112 [224], Küfner, Ridinger 2008, 27ff [213]), um der psychosozialen Situation des Patienten gerecht werden zu können.

Die kontinuierliche Verschärfung der Versorgungssituation (Arzt-Patienten-Relation von 1:21 in 2003 und 1:29 in 2011) ist hierbei als besonders problematisch anzusehen, auch weil „strukturelle Verbesserungsvorschläge ... (insbesondere) auf einen quantitativen Ausbau der psychosozialen Betreuung“ und aufgrund der Prävalenz schwerer psychiatrischer Begleiterkrankungen auf eine Verbesserung der Kooperationsmöglichkeiten mit den PSB-Fachstellen und psychiatrischen Fachpraxen/-krankeenhäusern abzielen müssen (Schulte et al. 2009, 125ff [244]).

Um Symptome, Störungen und elementare Ressourcen einzuordnen und zur Lösung von Problemen notwendige Aufgabenstellungen besser herausarbeiten und daraus Behandlungsziele/Handlungsbedarf ableiten zu können, muss eine Problembewertung vorgenommen werden (► Abb. 4.2; vgl. auch Michalak et al. 2007, 223 [222]).

Nur die enge Verbindung der medizinischen Behandlung in der Arztpraxis und die Psychosoziale Betreuung (= Begleittherapie in der PSB-Fachstelle) gewährleistet, dass der Patient die für ihn notwendige Behandlung erhält.

Specka et al. (2011, 347f [246]) kommen zu dem Ergebnis, dass „angesichts des hohen Ausmaßes an komorbiden psychischen Störungen ... eine begleitende psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung ... notwendig“ ist, da „die Linderung der assoziierten Probleme ... allein aufgrund der Gabe eines Opiatersatzstoffes ... nicht zu erwarten“ ist. Ziel ist es, „die Substitutionsbehandlung in einem therapeutischen Gesamtkonzept nachhaltig zu stärken und zu fördern ..., um neben der somatischen Stabilisierung, den Prozess einer Reintegration zu betreiben, Fähigkeiten zur Teilhabe an der Gemeinschaft ... zu entwickeln (Drees 2009, 70f [188]).

Es ist jedoch festzustellen, dass die substituierenden Ärzte einerseits auf die Einhaltung der verbindlichen Strukturen für die medizinisch-technisch-rechtlichen Belange achten, andererseits das (verpflichtende) Behandlungselement der psychosozialen Betreuung (häufig) vernachlässigen. Damit gewinnt die Frage des aktuellen Stands und der weiteren Zukunftsperspektive der psychosozialen Betreuung substituierter Drogenabhängiger an Bedeutung.

<b>Psychosoziale Betreuung (PSB)</b> <b>- Problembewertung -</b> 0 = kein Handlungsbedarf, 5 = sehr großer Handlungsbedarf		
<b>Lebensalltag</b>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrative Angelegenheiten (bspw. Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen gem. der Sozialgesetzgebung)</li> <li>• Hilfen bei der Stabilisierung der allg. Lebenssituation</li> </ul>
Wohnsituation	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wohnraumsicherung</li> <li>• ggf. Vermittlung einer betreuten Wohnform</li> </ul>
Finanzielle Situation	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sicherung der materiellen Existenz</li> <li>• Geldverwaltung</li> <li>• ggf. Schuldenregulierung</li> </ul>
Rechtliche Situation	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klärung von Geldbußen, Bewährungsauflagen, ...</li> <li>• Klärung offener Haftstrafen, Gerichtsverfahren, ...</li> </ul>
Arbeits-/Ausbildungssituation	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterstützung und Begleitung bspw. in Fragen der sozialen und/oder beruflichen (Re-)Integration/tagesstrukturierender Maßnahmen</li> </ul>
<b>Gesundheitszustand</b>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abklärung komorbider Störungen</li> <li>• ggf. Einleitung von Maßnahmen zur medizinischen Grundversorgung</li> <li>• Förderung der Abstinenzfähigkeit, der Krankheitsbewältigungskompetenz und/oder Maßnahmen der Schadensbegrenzung</li> </ul>
Suchtmittelkonsum	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abklärung von Folgeerkrankungen/chronischer Krankheit</li> <li>• ggf. Einleitung von Maßnahmen der sozialen und/oder medizinischen Rehabilitation (bspw. qualifizierte Entzugsbehandlung, (teil-)stationäre Entwöhnung, Ambulant BEWo)</li> </ul>
<b>Psychische Situation</b>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stimmungsschwankungen</li> <li>• Selbstunzufriedenheit, Minderwertigkeitsgefühle</li> <li>• eingeschränkte Steuerungsfähigkeit</li> </ul>
Selbstkontrolle	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suizidalität</li> <li>• Förderung psychosozialer Kompetenz</li> <li>• Förderung der emotionalen Belastbarkeit/Stressregulation</li> </ul>
Wahrnehmungsfähigkeit	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sozio-administrative Unterstützung, emotionale Unterstützung</li> <li>• Förderung des Kontakt- und Beziehungsverhaltens</li> <li>• soziales Kompetenztraining, Selbstwahrnehmungstraining</li> </ul>
<b>Beziehungen</b>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Netzwerkarbeit</li> <li>• Klärung/Bearbeitung bestehender Beziehungen und Konflikte</li> <li>• Bearbeitung biografischer Aspekte</li> </ul>
<b>Soziokulturelle Aspekte</b>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klärung von Fragen des Aufenthaltstatus/der Arbeitserlaubnis</li> <li>• Bearbeitung von Problemen aufgrund politischer, religiöser und/oder kultureller Werte und Normen</li> </ul>

Abb. 4.2 Problembewertung der psychosoziale Betreuung Substituierter.

Unter Experten besteht Übereinstimmung, dass

- Leitlinien zur Gestaltung der psychosozialen Betreuung unverzichtbar sind, um für die Patienten einen Behandlungsstandard gewährleisten zu können, der den Erfordernissen einer medizinischen Rehabilitation gerecht wird,
- die psychosoziale Betreuung parallel zur ärztlichen Behandlung einen wesentlichen Bestandteil der Qualitätssicherung der Substitutionsbehandlung darstellt,
- alle psychosozialen Maßnahmen darauf gerichtet sein müssen, ein Höchstmaß an Gesundheit für den Patienten zu garantieren, wobei grundsätzlich berücksichtigt werden muss, dass die Substitutionsbehandlung zieloffen erfolgt und die Abstinenz nicht das (vorrangige) Ziel sein kann,
- das Ziel ist, die Verbesserung des körperlichen und psychischen Status, die Reduktion illegalen Suchtmittelkonsums und die Reintegration in Arbeit und Beschäftigung zu erreichen.

### Merke

Die Bedeutung der PSB wird auch im Gesetz zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung noch einmal verdeutlicht: Nach § 5 Abs. 9c BtMVV ist in den ersten 6 Monaten die PSB verpflichtend.

Aber: „Weder die BtMVV noch die Richtlinien für die Durchführung einer Substitutionsbehandlung ... definieren, quantifizieren oder qualifizieren (die PSB) ... (sondern verweisen) immer nur in formaler Weise darauf“ (Michels 2009, 40 [223]).

Nach einem Überblick der aktuellen Forschung zur PSB (hier: die wesentlichen Ergebnisse der sog. „Heroinstudie“ der Bundesregierung) können Aussagen zu zwei unterschiedlichen, spezifischen Formen der PSB gemacht werden, die bei der Studie systematisch zum Einsatz kamen (vgl. auch Vogt 2008 [256]):

- Psychoedukation und Drogenberatung
- Casemanagement und motivierende Gesprächsführung

Es zeigte sich deutlich, dass die Nutzer von PSB eindeutig höhere Behandlungserfolge erzielen als die Nichtnutzer. Dies gilt sowohl für die Heroinpatienten als auch für die Methadonpatienten. Dies gilt auch für die Patienten, die besonders schlechte Voraussetzungen mitbrachten (schlechtere psychische Verfasstheit, geringer ausgeprägte soziale Netzwerke etc.). Daraus muss abgeleitet werden, dass das psychosoziale Betreuungsangebot weiter zu optimieren ist und PSB einen wesentlichen Faktor bei der Erreichung des Zieles und des Erfolges dieser Behandlungsform darstellt.

Dies gilt insbesondere für eines der wesentlichen Ziele von Substitution – die Reintegration in Arbeit und Beschäftigung (vgl. Degwitz 2008 [181]). „Mit der Dauer und der Intensität der psychosozialen Intervention steigt die Motivation der (Patienten), ihre Ressourcen zu aktivieren und ihre Lebenssituation zu verbessern. Die positiven Wirkungen sind dann am stärksten, wenn (PSB) nicht

nur unterstützend und motivierend (ist), sondern ... zusammen mit (dem Patienten) Ziele (erarbeitet) und Hilfepläne (ausformuliert werden), die in der Folgezeit umgesetzt werden“ (Vogt 2008, 23 [256]).

### Fazit 1

Die medikamentengestützte Rehabilitation kann nur in Verbindung mit einer fundierten PSB sinnvoll und erfolgreich sein.

Die Notwendigkeit dieser (gesetzlichen) Vorgabe wird deutlich vor dem Hintergrund, dass die Patienten nicht nur unter den Folgen ihrer Suchterkrankung leiden, sondern eine Reihe von Komorbiditäten zu diagnostizieren sind, die der Behandlung bedürfen, wenn ein nachhaltiger Behandlungserfolg erzielt werden soll.

### Fazit 2

„PSB ist im umfassenden Sinne eine Leistung, die dazu dient, Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. ... PSB ... orientiert sich an den individuellen Lebenslagen und Ressourcen der Hilfesuchenden“ (DHS 2010 [187]).

Wird PSB als alltagsnahe, verbindliche, bei Bedarf auch längerfristige und wenn nötig hochfrequente Intervention verstanden, können die Ziele der Substitutionsbehandlung erreicht werden. Hierbei sind folgende Aspekte hervorzuheben:

- Zu beachten ist, dass wir es i. d. R. mit mehrfach beeinträchtigten abhängigen Menschen zu tun haben, die
  - häufig gravierende körperliche und psychische Beeinträchtigungen aufweisen,
  - sich in einer schwierigen sozialen Situation befinden, etwa mit stark gestörten Beziehungen im sozialen Umfeld, möglicherweise von Wohnungslosigkeit bedroht oder betroffen sind,
  - einen Mangel an stabiler äußerer Absicherung aufweisen und
  - Personen mit instabiler Abstinenzmotivation sind.
- PSB beinhaltet komplexe Angebote, die eine enge Vernetzung der Einrichtungen der gemeindenahen psychiatrienahen Versorgung mit dem regionalen Drogenhilfesystem als eine unabdingbare Voraussetzung für eine optimale Versorgung der Klientel notwendig machen.

## 4.5 Suchtmedizinische Versorgungsqualität

Auf der Grundlage der wissenschaftlichen Erkenntnisse und der praktischen Erfahrungen seit Mitte der 1980er Jahre (vgl. Stöver 2009a [250]) zeigt sich, dass die Substitution

- eine sichere Behandlungsform darstellt,
- eine Reduktion des Heroinkonsums sowie der Mortalität und Morbidität bewirkt,
- das Risiko einer HIV-Infektion minimiert,
- zu einer Senkung der Zahl drogenkonsumbedingter Todesfälle beiträgt,
- die Patienten in Behandlung zu halten vermag,
- die physische und psychische Gesundheit sowie die Lebensqualität der Patienten steigert,
- zur Reduktion der Kriminalität und Wiederinhaftierung beiträgt,
- kostengünstig ist,
- zu positiven Ergebnissen innerhalb verschiedener kultureller Zusammenhänge führt.

„Nach § 5 Abs. 2 Nr. 6 der 15. BtMÄndV darf ein Arzt ... Substitutionsmittel nur dann verschreiben, wenn er die Mindestanforderungen an eine suchttherapeutische Qualifikation erfüllt“ (Ärztekammer Sachsen-Anhalt 2009 [155]). „Die Einführung der Fachkunde „Suchtmedizinische Grundversorgung“ als Qualifizierungsnachweis für den Bereich der Suchtmedizin bekam im Jahr 2001 mit der Novellierung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) eine besondere Bedeutung. Hier wurde eine suchttherapeutische Qualifikation als Anforderung an Ärzte, die Substitutionsbehandlungen bei opiatabhängigen Patienten durchführen wollen, festgeschrieben“ (DHS 2009 [186]) – nachzuweisen im Rahmen der 50-stündigen Zusatzweiterbildung Suchtmedizin (vgl. Vorstand der Landesärztekammer BW 2006 [257]).

Gesetzliche, rechtliche, administrative Barrieren, bürokratische Durchführungsbestimmungen und die Vergütungs- und Honorierungsregelungen für die Behandlung somatischer und psychiatrischer Erkrankungen haben dazu geführt, dass die Zahl der substituierenden Ärz-

te stagniert (2012 = 2731), bei einer seit 2011 leicht zurückgehenden Zahl der zu behandelnden Patienten (2003 = 52 700 und 2012 = 75 400). Die Versorgungssituation in den Substitutionspraxen (vgl. BfArM 2013 [176]) muss von daher bei einer Konzentrierung der hohen Patientenzahl auf eine in der Perspektive mutmaßlich abnehmende Zahl substituierender Ärzte als zumindest „angespannt“ gesehen werden (► Tab. 4.1).

Gesehen muss in diesem Kontext aber auch der wirtschaftliche Einnahmefaktor für die Praxen: Die Einnahmen pro Patient betragen gem. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) pro Jahr bis zu Euro 2 560,00 für „Allgemeine Leistungen“ (bspw. eingehende Beratung, flankierende therapeutische und soziale Maßnahmen, Erörterung einer lebensverändernden oder lebensbedrohenden Erkrankung, körperliche Untersuchungen, Zuschläge für Leistungen außerhalb der Sprechstunde) und „Fall-/Behandlungspauschen“; d. h. bis zu Euro 64 000,00 bei 25 Patienten und Euro 256 000,00 bei 100 Patienten.

Mit diesem „großzügig angelegten Honorarwesen“ wird den Ärzten einerseits ein „finanzieller Anreiz“ geboten, diese Patientengruppe zu behandeln „und damit den Sicherstellungsauftrag, den die Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland für die ambulante Behandlung haben, erfüllen zu können“, aber andererseits ein „Widerspruch zwischen Betriebswirtschaft und Behandlungsziel“ geschaffen, in dem u. a. „die unmittelbare Vergabe des Substituts ... honoriert wird, am Wochenende mit ordentlichem Zuschlag“, d. h. „jeder zur Mitgabe des Substituts befähigte Patient einen Einnahmeverlust“ bedeutet (Meyer-Thompson 2012 [221]).

„Zugespitzt“ hat sich aber nicht nur die medizinische Versorgungsqualität, sondern auch die Angebote „flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen in Form der PSB sind unzureichend. Dies ist insbesondere deshalb problematisch, da Substitutionspatientinnen und -patienten zur Teilnahme an einer solchen Betreuung faktisch verpflichtet sind. (Problematisch ist in diesem Kontext insbesondere die) Unterversorgung von Suchtkranken ... etwa bei der Behandlung von Hepatitis C oder komorbiden psychischen Störungen“ (Deutscher Bundestag 2008 [183]).

Tab. 4.1 Versorgungssituation in Substitutionspraxen.

Anzahl der dem BfArM gemeldeten Patienten pro Arzt	Anzahl der an das BfArM meldenden substituierenden Ärzte N = 2731	Behandlungszeit Vorgabe nach EBM: pro Patient/Tag 4 min
bis zu 3 Patienten	806 (29,5 %)	bis zu 12 min/Tag
4–50 Patienten	1412 (51,7 %)	16–200 min/Tag
51–150 Patienten	464 (17,0 %)	204–600 min/Tag
über 150 Patienten	49 (1,8 %)	über 10 h/Tag

## Praxis

### Qualitätszirkel substituierender Ärzte

Die Substitutionsbehandlung ist in eine enge Kooperation des behandelnden Arztes mit den qualifizierten Fachkräften des Drogenhilfesystems eingebunden (vgl. Land Bremen 2008 [214]) und vollzieht sich im Qualitätszirkel substituierender Ärzte, womit auch der prozessuale Charakter der Substitutionsbehandlung deutlich wird (vgl. Konstanzer Modell 2006 [211], Landtag von BW 2009 [216]).

Mit dem Qualitätszirkel erfüllen die substituierenden Ärzte ihre Fort- und Weiterbildungsverpflichtung und es sollen u. a. die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass

- die Versorgungsqualität der Substitutionsbehandlung kontinuierlich verbessert wird,
- in allen Praxen den Patienten ein qualitatives PSB-Angebot unterbreitet werden kann,
- die Kooperation mit dem Drogenhilfesystem bedarfsgerecht ausgestaltet ist.

Zur Versorgungsqualität gehört, dass der Arzt bei jedem Patienten auf die Umsetzung des umfassenden Behandlungskonzeptes achten muss. Werden in einer Arztpraxis mehr als 50 Patienten substituiert, ist eine zwingende Voraussetzung, dass der substituierende Arzt mit einer PSB-Fachstelle eine organisatorische und strukturelle Einheit bildet (vgl. Anl. 2, 3 + 4: Bundesärztekammer-Richtlinien 2002 [171], Pkt. 3; Fragebogen der KVWL), d. h. eine entsprechende Vereinbarung zwischen der PSB-Fachstelle und dem substituierenden Arzt getroffen werden muss.

Der Arzt hat also gegenüber jedem Patienten die Verpflichtung, ihn umfassend über die PSB-Kernleistungen (vgl. Kap. 4.7) zu informieren und ihm die für ihn geeigneten Maßnahmen aufzuzeigen, so dass – bezogen auf den jeweiligen Patienten – bedarfsgerechte und passgenaue Förderkonzepte gemeinsam von Arzt und PSB-Fachkraft gestaltet und realisiert werden können (vgl. auch rechtliche Rahmenbedingungen der Bundesärztekammer-Richtlinien).

## 4.5.1 Behandlungspraxis bei Beikonsum

„Die Vergabe des Substitutionsmittels hat zu unterbleiben, wenn ein aktueller Beikonsum festgestellt wird, der den Patienten bei zusätzlicher Verabreichung des Substituts gesundheitlich gefährden würde“ (Bundesärztekammer-Richtlinien 2002 [171], 2010 [173]).

### Merke

Grundsätzlich gilt: Bevor die Beendigung der Substitutionsbehandlung als letzte Möglichkeit im Umgang mit Beikonsum erwogen wird, ist zu prüfen, ob eine Erhö-

hung der Substitutdosis, eine Intensivierung der PSB oder andere Maßnahmen zu einer Verringerung des Beigebrauchs beitragen können. Bleiben diese Maßnahmen wirkungslos, ist zu prüfen, ob ein fraktionierter Entzug der beigebrachten Substanzen möglich und sinnvoll ist.

„Die Ärztekammer Westfalen-Lippe (zeigt) in einer empirischen Studie ... deutliche Unterschiede in der Einhaltung von Qualitätskriterien zwischen niedergelassenen Substitutionsärzten und Substitutionsambulanzen in NRW (auf). ... So nehmen nur 27,4% der Arztpraxen im Falle des Beigebrauchs von Benzodiazepinen Kontakt zu den psychosozialen Betreuern auf. ... 81,3% der Ambulanzen (nehmen) bei Beigebrauch direkt Kontakt zu den psychosozialen Betreuern auf (und) 62,5% ... zusätzlich ... zu einem Neurologen/Psychiater, und 43,8% besprechen sich zudem mit einem erfahrenen Kollegen“ (Romberg 2010 [234]).

Im gesamten Behandlungsverlauf muss sich der substituierende Arzt „anhand klinischer und laborchemischer Parameter ein genaues Bild davon machen, ... ob bzw. in welchem Umfang ein Konsum anderer psychotroper Substanzen besteht. ... Bei vorliegendem Konsum ... sollte zunächst die Ursache eruiert werden und nach Möglichkeiten ihrer Beseitigung gesucht werden. Dabei ist insbesondere an folgende Gründe zu denken:

- eine erfolgte Destabilisierung der individuellen Lebenssituation,
- eine inadäquate Dosierung oder Wahl des Substitutionsmittels,
- eine komorbide psychische oder somatische Erkrankung.

... Hierbei ist die Zusammenarbeit mit der psychosozialen Betreuungsstelle angeraten“ (BÄK 2010, 10 [173]).

Auch muss hier die Vermutung eines traumatischen Erlebnisses des Patienten mit gedacht werden, d. h. der Patient sich emotional überschwemmt fühlt und die Stabilisierung seiner Emotionen zunächst im Fokus der Behandlung stehen muss (vgl. Küfner, Ridinger 2008 [213], Schay et al. 2009 [237]).

Abbruchkriterien der Behandlung sind ein fortgesetzter, problematischer Konsum anderer gefährdender Substanzen und die (dauerhafte) Nichtteilnahme an psychosozialen Begleitmaßnahmen (vgl. BÄK 2010, 11 [173], GBA 2006, § 8, 3. + 4. [198]).

Einschränkend muss hier verdeutlicht werden, dass „vor allem, wenn gleichzeitig eine soziale Reintegration und eine berufliche Rehabilitation gelungen ist, ... ein fortgesetzter ... Nebenkonsum nicht (ohne umfassende diagnostische Abklärung der Situation) mit einem Therapieabbruch gehandelt werden (sollte)“ (Stöver 2007, 17f [249]).

Patienten „mit wenigstens gelegentlichem Beikonsum (sind) ... signifikant stärker psychosozial belastet als weitestgehend beikonsumfreie Patienten und (erfahren) ... im Verlauf der PSB eine signifikante Reduktion dieser Belastung. ... (Es ist also) denkbar, dass erst Verbesserungen

in anderen Lebensbereichen stattfinden müssen, bevor die Patienten tatsächlich in der Lage sind, ihren Beikonsum zu reduzieren“ (Boywitt et al. 2012, 274 [165], vgl. Küfner, Ridinger 2008, 99 [213]).

Allgemeine Übereinstimmung besteht darin, dass „eine substitutionsgestützte Behandlung erst dann abgebrochen werden soll, wenn vorherige Interventionsstrategien des Arztes und der psycho-sozialen Betreuungsstelle (beispielsweise eine stationäre Entzugsbehandlung) zu keinem anderen Ergebnis geführt haben“ (Bundesärztekammer-Richtlinien, 11. Therapiekontrolle/Beikonsum).

### Merke

Die Reduktion bzw. die Einstellung des Beikonsums muss aber letztlich das Ziel der Substitutionsbehandlung sein.



## 4.6 PSB als verpflichtender Bestandteil der Substitutionsbehandlung

Die individuelle Ausgangssituation für die psychosoziale Betreuung ergibt sich aus der körperlichen, psychischen und sozialen Gesamtsituation (gesundheitliche und soziale Probleme, psychische Störungen und Ressourcen) und aus den Erwartungen des Patienten an die Substitutionsbehandlung (vgl. Küfner, Ridinger 2008, 20 [213]).

Für den substituierenden Arzt haben hier die Bundesärztekammer-Richtlinien (2010 [173]) und die Richtlinie zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA 2006 [198], 2011 [199]) einen hohen Verbindlichkeitsgrad.

Danach ist „die substitutionsgestützte Behandlung nur zulässig im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes, das die jeweils erforderlichen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie psycho-soziale Betreuungsmaßnahmen begleitend einbezieht. ... Die psycho-soziale Betreuung (wie sie durch das Suchthilfesystem erbracht wird) 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“ (BÄK, 3. Therapiekonzept und GBA, Präambel).

Auch die Richtlinien „Methoden vertragsärztlicher Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 17.01.2006, zuletzt geändert am 18.01.2007 und am 01.04.2007 in Kraft getreten, sehen in der Präambel vor, dass eine Substitutionsbehandlung nur zulässig ist, soweit erforderliche, begleitende psychiatrische und/oder

psychotherapeutische Behandlungs- oder psychosoziale Betreuungs-Maßnahmen mit einbezogen werden.

Zu berücksichtigen ist hier, dass „nach 5 Jahren Substitution ... der Arzt eine Prüfung der Behandlung veranlassen und gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkasse Qualitätsstandards nachweisen (muss)“ (Suchtbericht 2005 der Stadt Hamm[247]).

Im Gesetz zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung ist dies präziser gefasst: „Die Behandlung ... ist nach jeweils spätestens zwei Jahren Behandlungsdauer (durch Einholung einer Zweitmeinung) daraufhin zu überprüfen, ob die Voraussetzungen für die Behandlung noch gegeben sind und ob die Behandlung fortzusetzen (und ggf. zu beenden) ist“ (Deutscher Bundestag, Drucksache 16/11 515 vom 19.12.2008, Artikel 3, 5d (9d) und A. Allgemeines, II. d.).

### Merke

Diese Vorgaben für den behandelnden Arzt und die PSB-Fachstelle müssen als Mindeststandard einer Substitutionsbehandlung gesehen werden, da die zu behandelnde Opiatabhängigkeit i. d. R. mit somatischen und psychiatrischen Folgeerkrankungen einhergeht.



### 4.6.1 Substitutionsbehandlung im Vollzug

Die „Substitutionstherapie ... erfolgt trotz vieler Belege ihrer Effizienz und Effektivität ... innerhalb der Justizvollzugsanstalten nur äußerst zögerlich oder bleibt gänzlich aus, auch verbunden mit einer Verharmlosung oder Negierung des Drogenkonsums im Rahmen der Haft“ (Schulte-Scherlebeck 2010, 40 [245]).

Dies ist umso bemerkenswerter vor dem Hintergrund, dass die Erklärung der WHO vom 24.10.2003 die „Gesundheit im Strafvollzug als Teil der öffentlichen Gesundheit“ definiert und der Europarat 2006 feststellt, dass „das Gesundheitswesen im Vollzug ... in das staatliche Gesundheitswesen einzubinden (ist) und ... diesem entsprechen (muss)“ (vgl. Keppler et al. 2010, 234 [209]).

Im Erlass „Ärztliche Behandlungsempfehlungen zur medikamentösen Therapie der Opiatabhängigkeit im Justizvollzug (Substitutionstherapie in Haft)“ vom Januar 2010 wird zusammengefasst:

- „Die Opiatabhängigkeit ist eine behandlungsbedürftige Erkrankung
- Sucht und Konsum bestehen auch im Vollzug fort
- Substitution reduziert subkulturelle Aktivitäten
- Substitution fördert das Vollzugsziel
- Substitution vermeidet Todesfälle nach der Entlassung“.

## Praxis



Mindestens ein Drittel der männlichen und 50 % der weiblichen Inhaftierten sind i.V.-Drogenkonsumenten, wobei die Konsumenten von Alkohol, Cannabis und anderer Drogen nicht eingerechnet sind (vgl. DAH 2008, 79f [182]). Nach (sehr vorsichtigen) Schätzungen sind mindestens  $\frac{1}{3}$  der Gefangenen manifest suchtkrank, davon (auch vorsichtige Schätzung) wieder  $\frac{1}{3}$  mit behandlungsbedürftigen Entzugserscheinungen bei Inhaftierung, was ca. 7 300 Behandlungsfällen pro Jahr entspricht. Der Anteil substituierter Gefangener liegt bei max. 3 % und unterstützende Angebote der PSB fehlen weitgehend.

Bei den Gefangenen handelt es sich zum großen Teil um sozial Benachteiligte: Dies führt zu einer im Vergleich zur übrigen Gesellschaft stark überrepräsentierten Häufung von Erkrankungen: Infektionskrankheiten wie HIV/AIDS, Hepatitis, Tuberkulose und psychischen Störungen, v. a. Psychosen, depressive Störungen, Persönlichkeits-, Affekt-, Angststörungen. Der Anteil kranker und behandlungsbedürftiger Gefangener steigt stetig, woraus sich an Grundproblemen ergeben:

1. Wer inhaftiert wird, ist gem. § 5 Abs. 3 STVollzG umgehend ärztlich zu untersuchen und ggf. zu behandeln.
2. Die medizinischen Abteilungen in den Haftanstalten müssten Schwerpunktpraxen mit infektiologischen Kernkompetenzen sein, um die notwendige (fach-)ärztliche und psychotherapeutische Versorgung gewährleisten zu können. Das Gegenteil ist jedoch der Fall, d. h. eine als mangelhaft zu bezeichnende Versorgungssituation entspricht dem

aktuellen Behandlungsstandard (vgl. NN 2010: Zur Situation der ärztlichen Versorgung in den Justizvollzugsanstalten des Landes NRW, anonym und unveröffentlicht).

Auch trägt der Arzt die Verantwortung dafür, dass die Kooperation mit dem (Drogen-)Hilfesystem funktioniert und die Patienten mit Beginn der Substitutionstherapie *umfassend* über die Möglichkeiten der PSB informiert und psychosozial betreut werden, wobei zu beachten ist, dass „der Leistungsumfang der medizinischen Versorgung in Haft sich ... an den Vorgaben der GKV“ zu orientieren hat und der Anstaltsarzt „alle erforderlichen Maßnahmen zur Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit“ zu treffen oder veranlassen hat (Keppler et al. 2010, 235 [209]).

Dies ist bedeutsam, da hier insbesondere der erhebliche Anteil der Inhaftierten zu berücksichtigen ist, bei denen auch eine Komorbidität zu diagnostizieren ist (► Abb. 4.3).

In einem gemeinsamen Positionspapier zur Substitutionstherapie im Vollzug stellen das Justizministerium des Landes NRW und die Ärztekammer Westfalen-Lippe 2010 [156] fest, dass es „wünschenswert wäre, die Anzahl von Substitutionsbehandlungen ... deutlich zu erhöhen“. Da aber „die gesundheitliche Betreuung der Gefangenen ... in der Zuständigkeit und Verantwortlichkeit des Anstaltsarztes (liegt) ... (und) ... weitgehend Einigkeit (besteht), dass der Anspruch eines Gefangenen auf ärztliche Heilbehandlung nicht deckungsgleich mit dem Anspruch eines gesetzlich Krankenversicherten ist ... (und) der Gefangene ... keinen Anspruch auf Verordnung einer von

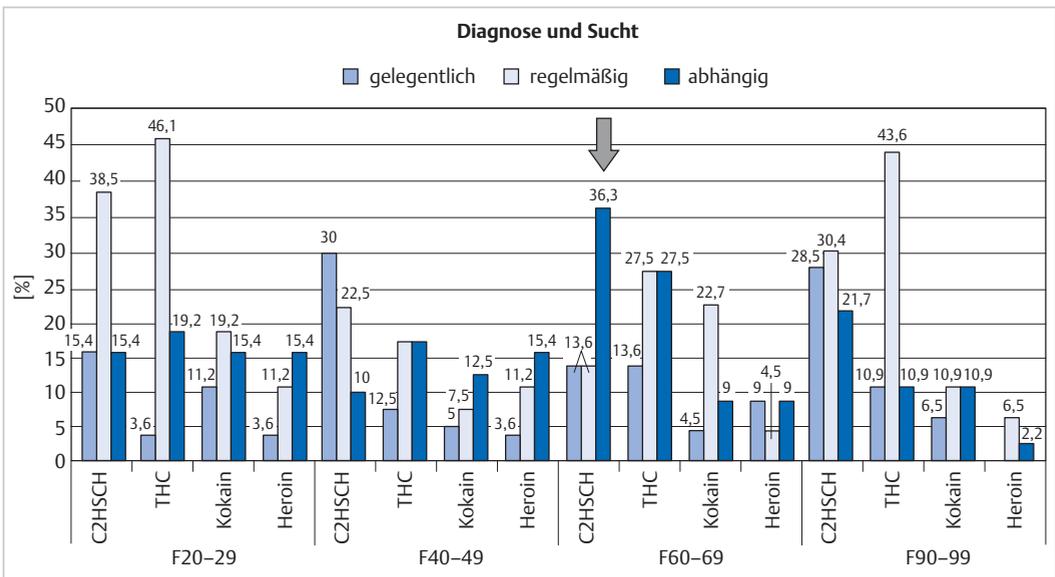


Abb. 4.3 Komorbidität (Quelle: mit freundlicher Genehmigung von Herrn Dr. Marc Lehmann, Berlin [219]).

ihm geforderten bestimmten Behandlungsmaßnahme durch den Anstaltsarzt (hat)“, bleibt es letztlich dem Anstaltsarzt überlassen, ob und welche Behandlung er durchführt.

### Praxis



Das LG Augsburg hat mit seinem Beschluss vom 28.03.2012 die Klage zweier heroinabhängiger Gefangener in der JVA Kaisheim mit der Begründung abgelehnt, dass den Betroffenen nur eine medizinisch notwendige Behandlung zustehe und die Anstaltsärzte fachgerecht festgestellt hätten, dass die Indikation für eine Substitutionsbehandlung nicht vorliege. Auch sei in der Abhängigkeit keine behandlungsbedürftige Krankheit zu sehen.

Obwohl also offensichtlich unter allen Fachleuten unstrittig ist, dass die Suchtmittelabhängigkeit im „Vollzugsalltag“ ein massives Problem darstellt (vgl. auch Pastoor 2010 [226]), wird der Vollzug dem Anspruch, dass das Arbeitsfeld Suchtkrankenbehandlung einen Schwerpunkt der medizinischen Versorgung darstellen muss, offensichtlich nicht gerecht.

Eine Befragung zur Qualität der medizinischen Versorgung im Justizvollzug (vgl. akzept et al. 2008, 31 [160]) unterstreicht diese Einschätzung: 75,8% der Inhaftierten bewerten die Versorgungsqualität eher schlecht bis sehr schlecht (► Abb. 3.3, vgl. akzept et al. 2008, 31 [77]).

Grundsätzlich gilt aber auch im Strafvollzug, dass „für den Behandlungserfolg der Opiatabhängigkeit ... die umfassende Diagnostik und Behandlung der psychiatrischen und somatischen Begleiterkrankungen von entscheidender Bedeutung“ ist (Huber 2007, 7 [207]) und auf dieser Basis die effektivste Behandlungsform einzuleiten ist.

Daraus ist abzuleiten, dass die Substitutionsbehandlung als Teil der Gesundheitsvorsorge (§§ 56,58 StVollzG) dem Gefangenen zu gewähren ist (vgl. auch Stöver 2007, 51f [249]).

Umso erstaunlicher ist, dass „von den rund 20000 Süchtigen in den bundesdeutschen Gefängnissen ... gerade einmal 500 dauerhaft substituiert“ werden (akzept et al. 2008, 9 [160]; vgl. auch Pastoor 2010 [226]), d.h. die Substitutionsbehandlung im Vollzug die Ausnahme darstellt.

Angenommen werden muss also, dass bei den Anstaltsärzten ein „mangelndes Verständnis“ dafür besteht, dass die Opiatabhängigkeit eine chronische Krankheit ist (vgl. Pastoor 2010, 15 [226]).

### Fazit



Nach dem Urteil des Europäischen Gerichtshofes vom 16.10.2008 muss der Vollzug bei Menschen mit nachgewiesener psychischer Störung bzw. Suizidtendenz spezielle (Behandlungs-)Maßnahmen mit Rücksicht auf deren Zustand gewährleisten, um mögliche Gefahren abzuwenden und seiner positiven Verpflichtung zum Schutz des Lebens nachzukommen. Hierzu ist es unabdingbar, dass

- eine „intensive Zusammenarbeit mit Schwerpunktpraxen außerhalb der Haftanstalten (implementiert wird), da Anstaltsärzte ... nicht in allen Bereichen auf dem neuesten Stand des medizinischen Fortschritts sein können“ und
- „das Behandlungsangebot für Drogenabhängige (nicht auf) ... abstinenzorientierte Hilfen beschränkt (wird)“ (Keppler et al. 2010, 237 [209]).

## 4.7 PSB-Kernleistungen

Inhalte der PSB sind (► Abb. 4.4, vgl. auch Schay 2006 [236], Bezirk Mittelfranken 2007 [164]):

- Case Management als Grundlage der Prozesssteuerung, d. h.:
  - Steuerung und Überwachung der in der Hilfeplanung festgesetzten Ziele
  - Koordination der Hilfen
  - Verbindlichkeit in der zeitlichen Umsetzung der Hilfen
  - anwaltschaftliche Vertretung der Interessen des Betreuten
  - Kooperationsgespräche, um zu verbindlichen Absprachen zu kommen
  - im Kontakt mit dem Betreuten Überprüfung der Zielerreichung
- Begleitung und Unterstützung in juristischen Belangen
- Unterstützung bei der Schuldenregulierung
- Einzelbetreuung/Beratung
- aufsuchende und nachgehende Arbeit
- Krisenintervention
- Gruppenarbeit
- Angebote zur beruflichen (Wieder-)Eingliederung
- Hilfen zur Alltagsstrukturierung
- Angehörigenarbeit

## 4.8 Angebote zur beruflichen (Re-)Integration Substituierter

(vgl. auch Kap. 12 „Akzentuierungen zur sozialen Integration und beruflichen (Re-)Integration abhängigkeitskranker Menschen“)

Über einen geregelten Tagesablauf soll die Beikonsumproblematik bzw. die Gefahr eines Rückfalls in alte Strukturen und Verhaltensmuster effektiver aufgefangen werden.

Um dies zu erreichen, findet die Stabilisierung der Patienten auf verschiedenen Ebenen statt. Ihnen wird zunächst ein auf ihre Fähigkeiten zugeschnittenes Arbeitsfeld angeboten. Hier erfahren sie Arbeitsstrukturen unter Einbindung der sog. Primär- und Sekundärtugenden und ihre Ausdauerfähigkeit und Kontinuität bezogen auf ihre Arbeitsfähigkeit werden „trainiert“. Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt in der Regel 30 Stunden, je nach persönlichen Voraussetzungen kann auch eine Beschäftigung in Teilzeitform (mind. 19,5 h) ermöglicht werden.

<p style="text-align: center;"><b>Psychosoziale Betreuung (PSB)</b> – Kernleistungen – Allgemeine Zielsetzung Bedarfsgerechte Hilfen für substituierte abhängigkeitskranke Menschen</p>	
<b>BERATUNG</b>	<p style="text-align: center;"><b>Vorbereitende Leistungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erstkontakt/Klientenzentrierte Problemanalyse/Motivationsarbeit</li> <li>• Erstinformation zu einer Maßnahme der medikamentengestützten Rehabilitation (Substitution)</li> <li>• Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs, Einleitung bedarfsgerechter Hilfemaßnahmen</li> <li>• Erstinformation zu Maßnahmen der Psychosozialen Betreuung (PSB)</li> <li>• ggf. Maßnahmen zur Krisenintervention (Stabilisierung der allgemeinen Lebenssituation)</li> <li>• Abstimmung eines individuellen Hilfeplans</li> </ul>
<b>BETREUUNG</b>	<p style="text-align: center;"><b>Hilfen für substituierte abhängigkeitskranke Menschen</b> (gem. der Richtlinien Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivationsarbeit (Förderung der Krankheitsbewältigungskompetenzen)</li> <li>• Förderung der Abstinenzfähigkeit (→ Beikonsum) und/oder Maßnahmen der Schadensbegrenzung</li> <li>• Administrative Hilfen (Sicherung der materiellen Existenz, Unterstützung und Begleitung bspw. in Fragen der sozialen und/oder beruflichen Eingliederungshilfen)</li> <li>• Maßnahmen der Psychosozialen Betreuung (bspw. Aufsuchende Arbeit, Überlebenshilfe i.S. der Schadensminimierung, spezifische Einzelintervention mit Problemfokus)</li> <li>• ggf. Maßnahmen zur Krisenintervention (Stabilisierung der allgemeinen Lebenssituation)</li> <li>• Gesundheitsförderung (ggf. Maßnahmen zur medizinischen Grundversorgung; niedrigschwellige Angebote)</li> <li>• Ambulant Betreutes Wohnen, Berufliche (Re-)Integration, Rückfallpräventionstraining, ggf. Rückfallbearbeitung</li> <li>• Angehörigen- und Familienberatung</li> <li>• Vermittlung von Hilfeangeboten anderer Fachdienste</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Hilfen für Menschen im Strafvollzug</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Förderung der Abstinenzfähigkeit und/oder Maßnahmen der Schadensbegrenzung</li> <li>• Motivationsarbeit (Förderung der Krankheitsbewältigungskompetenzen)</li> <li>• administrative Hilfen (Unterstützung und Begleitung bspw. in Fragen der Weiterbehandlung nach Haftentlassung/Übergangsmangement)</li> </ul>
<b>VERMITTLUNG</b>	<p style="text-align: center;"><b>Hilfen für substituierte abhängigkeitskranke Menschen</b> (sowie Menschen mit Doppeldiagnosen, Menschen im Strafvollzug, Menschen in Krisen und deren Angehörige)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivationsarbeit/Informationen zu einer Maßnahme der sozialen und/oder medizinischen Rehabilitation</li> <li>• Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs, Einleitung von Hilfemaßnahmen</li> <li>• Unterstützung bei der alltäglichen Lebensgestaltung, Krisenbewältigung, Akuthilfe</li> <li>• administrative Hilfen (Durchführung des Antragsverfahrens für eine Maßnahme der sozialen und/oder medizinischen Rehabilitation, hier: Indikationsstellung, Klärung der leistungsrechtlichen Voraussetzungen)</li> <li>• Vermittlung in Maßnahmen der sozialen und/oder medizinischen Rehabilitation (bspw. Qualifizierte Entzugsbehandlung, (teil-)stationäre Entwöhnung, Ambulant Betreutes Wohnen)</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Ergänzende Leistungen/Qualitätsmanagement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• soziale Integrationsleistungen gem. SGB II, III, V, VI, VIII, IX und XII</li> <li>• persönliche Begleitung zu Fachdiensten, Reha-Einrichtungen, Gerichtsterminen u.v.m.</li> <li>• Koordination und Abstimmung der PSB zwischen Patient, Arzt und PSB-Fachstelle</li> <li>• konzeptionelle Weiterentwicklung der PSB</li> <li>• fachlicher Austausch im regionalen Versorgungssystem/Weiterentwicklung der regionalen Versorgungssituation</li> <li>• Weiterbildung/Supervision (auch: interdisziplinärer Austausch), Dokumentation und Statistik</li> </ul>	

Abb. 4.4 PSB-Kernleistungen.

Bei allen Arbeits- und Handlungsabläufen wird das angestrebte Ziel der dauerhaften Integration auf dem Arbeitsmarkt verfolgt.

Die PSB-Fachkraft prüft vor Beschäftigungsbeginn in Beratungsgesprächen Ernsthaftigkeit und Motivation der Patienten und weist auf die Bedingungen des Beschäftigungsverhältnisses hin. In einem zweiten Schritt wird dann die Zuweisung durch den Arbeitsvermittler des Jobcenters vorbereitet.

Nach der Zuweisung durch das Jobcenter schließt der Beschäftigungsträger mit dem Patienten einen bis zu 12-monatigen Beschäftigungsvertrag, der die Aufgaben, Rechte und Pflichten genau definiert. Daraus abgeleitet ergibt sich folgender methodischer Maßnahmenverlauf für den Patienten:

- Feststellen des bisherigen Berufslebens (Anamnese)
- Entwicklung eines individuellen Förderplanes
- Festlegung von Zielvereinbarungen und Darstellung der Sanktionsmittel bei Nichteinhaltung
- Festlegung einer Zeitschiene zur Realisierung der als notwendig erachteten Förderschwerpunkte
- regelmäßige Überprüfung über das Erreichen der Zielvereinbarungen

Um die Ziele erreichen zu können, übernimmt bzw. gewährleistet der Beschäftigungsträger für die Patienten:

- Entwicklung von Förderplänen mit dem Schwerpunkt der Berufswegplanung
  - angestrebte Tätigkeit: Arbeit auf dem freien Arbeitsmarkt (Vollzeit, Teilzeit, geringfügige Beschäftigung), Arbeit auf dem 2. Arbeitsmarkt (AGH, JobPerspektive etc.), Ausbildung oder Umschulung, Einbindung von Trainingsmaßnahmen zur Arbeitserprobung
  - Ermittlung vorhandener Fähigkeiten und Ressourcen: formale Qualifikationen (Schule, Ausbildung, Zusatzausbildungen), Arbeitserfahrungen, selbstständige Mitwirkung bei der Arbeitssuche, Kontakt zu Arbeitgebern und Jobcenter
- Sozialberatung
- Unterstützung im Bewerbungsprozess
- mit der Beschäftigung zu verzahnende Qualifizierung

Weitere Teilziele sind unter den Bedingungen von Arbeit:

- Alltagsstrukturierung
- Training von Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit, Ordentlichkeit, Fleiß
- Stabilisierung der Gesundheit
- Erhöhung der Konflikt-, Kritik- und Kommunikationsfähigkeit
- Training der Fähigkeit zu angemessenem Verhalten/Erhöhung der Frustrationstoleranz
- angemessene Regulierung von Nähe und Distanz
- Förderung der Teamfähigkeit durch gemischte Arbeitsgruppen

## 4.9 Grundlagen der PSB-Finanzierung

Ausgangspunkt für die Frage der Finanzierung der Psychosozialen Betreuung ist immer, dass es sich bei der medikamentengestützten Rehabilitation Drogenabhängiger um eine psychosoziale *und* medizinische Maßnahme handelt und die psychosoziale Fachstelle den individuellen Hilfsbedarf feststellt.

In der Praxis der Finanzierung der Substitutionstherapie ist es von daher zwingend – analog des Grundprinzips der Finanzierung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (vgl. auch SGB IX) – für die Finanzierung der psychosozialen Leistungen das „Prinzip des federführenden Leistungsträgers“ beizubehalten, um hierüber die „Einheit der Substitutionsbehandlung“ zu gewährleisten.

Kortmann kommt in der WAZ und WR (2010 [212]) zu dem Fazit: „Die PSB gehört ... zwingend zur Behandlung mit Drogensetzstoffen. ... Die Kassen zahlen (sie) nicht, also findet sie (in der Praxis) auch selten statt. ... In manchen, hoffentlich seltenen Fällen ist die Substitutionsbehandlung nicht mehr als ein gutes ärztliches Geschäft“.



### Merke

Im Mittelpunkt medizinischer Leistungen muss grundsätzlich der Patient stehen; seine Interessen und Bedürfnisse nach einer optimalen Versorgung müssen handlungsleitend sein und nicht die finanziellen Auswirkungen auf das Sozialversicherungssystem.

Um der Gefahr einer Polemisierung zu begegnen, werden wir im Folgenden einen Überblick über verschiedene Finanzierungsmöglichkeiten der PSB geben.

### 4.9.1 Maßnahmen der Eingliederungshilfe

Gem. §§ 53, 54, 67, 68 SGB XII ist „Personen, die nicht nur vorübergehend körperlich, geistig oder seelisch behindert sind, Eingliederungshilfe zu gewähren. ... Hierzu gehört vor allem, dem Behinderten die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihm die Ausübung eines angemessenen Berufes ... zu ermöglichen“.

Gem. 48 SGB XII sind Maßnahmen der Eingliederungshilfe:

- ambulante Behandlung
- Hilfe zur Schul-/Berufsausbildung
- Hilfe zur Beschaffung/Erhaltung von Wohnraum
- Hilfe zur Sicherung der Wirksamkeit ärztlicher Maßnahmen
- Hilfe zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft

PSB im Rahmen der Eingliederungshilfe wird i. d. R. nicht als „Pflichtaufgabe“ der Kommune zu definieren sein, sondern „hält“ die PSB als Bestandteil der ambulanten