

# Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg von Berlin

Abteilung Gesundheit, Soziales und Beschäftigung

Gesundheitsamt

**Fachbereich Prävention, Gesundheitsförderung u. -hilfe für Erwachsene**

Sozialpsychiatrischer Dienst



Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg, 10216 Berlin (Postanschrift)

**Dienstgebäude:**

Urbanstr. 24

10967 Berlin

Telefon: 90298 8400

Fax: 90298 8402

**Fahrverbindungen:**

U-Bhf. Südsterne

Bus M41

Geschäftszeichen    Bearbeiter/in

Ges 8

Herr Dr. med. Susenbeth

Zimmer    E-Mail:

319

ralph.susenbeth@ba-fk.verwalt-berlin.de

Datum

11.06.2010

(bitte angeben)

(nicht für elektronische Signatur geeignet)

## Zur Teilhabe substituierter suchtkranker Menschen aus Sicht des Sozialpsychiatrischen Dienstes

Ralph Susenbeth, 11.06.2010

Gesundheitsamt Friedrichshain-Kreuzberg, Berlin

### II. Berliner Fachtagung zur Psychosozialen Betreuung von Substituierten

#### **Der Beitrag widmet sich den Themen (1) „Teilhabe“ in der Sozialgesetzgebung, (2) Operationalisierung der Bedarfserhebung für die Eingliederungshilfe und (3) Aufgabe und Perspektive des sozialpsychiatrischen Dienstes.**

Der sozialpsychiatrische Dienst kommt mit dem Thema „Teilhabe von Substituierten“ zumindest in Berlin ausschließlich durch den Umstand in Kontakt, dass er fachdienstlich nach Auftrag seitens der Eingliederungshilfe (EH), also des Kostenträgers Sozialamt mit seinem Fallmanagement, begutachtend tätig wird. Mit der Enleitung der Substitution als auch der Indikationsstellung für eine Psychosoziale Betreuung (PSB) sind wir nicht befasst. Wir werden nur zur Fortsetzung der Maßnahme im Rahmen der Eingliederungshilfe befragt.

Dabei berücksichtigen wir die Interessen von Sozialamt, Leistungserbringern und substituierten Klienten/innen. Die Begutachtung ist ein Pflichttermin sowohl für die Leistungserbringer, als auch die Klienten, die ohne diese Verpflichtung sonst keinen vernünftigen Grund hätten, zum Gesundheitsamt zu kommen. Ich hoffe für unseren Dienst, dass wir im Sinne einer externen Supervision durch eine andere Berufsgruppe (die Begutachtungen finden bei uns durch Psychiater und Psychotherapeuten statt) Anregungen geben können, z. B. hinsichtlich objektivierbarer Ziele für den nächsten Bewilligungszeitraum.

Der Termin bietet von der Anlage her ein Konfliktpotenzial. Auf der einen Seite stehen ökonomische Interessen von Leistungserbringern, auf der anderen Seite der Wunsch der Eingliederungshilfe nach sparsamen Umgang mit Steuergeldern. Auch die Klienten haben Anliegen, die in ihrer Ausgestaltung etwas mit der Art der Erkrankung, z. B. im Sinne verminderter Unlusttoleranz, zu tun haben. So besteht manchmal der Wunsch nach mehr Unterstützung, Übernahme, Begleitung, Gesprächen über Probleme, als notwendig erscheint. Andererseits wird die PSB als unliebsame Kontrolle, z. B. des Beikonsums,

erlebt. In diesem Interessengefüge versuchen wir als fachlich unabhängige, neutrale Instanz eine Empfehlung zu erstellen.

Grundlagen der Begutachtung sowie der Maßnahmen an sich stellen die Sozialgesetzbücher IX und XII dar, die Ausführungsverordnung für die Eingliederungshilfe des Landes Berlin und die Eingliederungshilfeverordnung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Auch hilfreich zur Orientierung können die Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger sein.

In der Ausführungsverordnung Eingliederungshilfe ist u. a. festgelegt, dass vorrangig der Öffentliche Gesundheitsdienst mit den Begutachtungen beauftragt wird. Unsere Gutachten sollen Art, Ziel und Umfang von erforderlichen Leistungen unter Berücksichtigung von Kostengesichtspunkten empfehlen und dabei ist zu berücksichtigen, dass die Hilfe von der Aussicht auf Erfolg abhängt, d. h. entweder wird die Behinderung gemildert oder bei unverändert bleibender Behinderung findet ein Ausgleich in dem Sinne statt, dass der behinderte Mensch eingegliedert wird.

Im § 53 des Sozialgesetzbuches XII wird die Aufgabe der Eingliederungshilfe beschrieben. Wie eben ausgeführt, soll eine Behinderung beseitigt oder gemildert werden, der behinderte Mensch in die Gesellschaft eingegliedert oder/und die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft ermöglicht werden. Im § 54 wird festgelegt, welche Leistungen in der Eingliederungshilfe erbracht werden können, z. B. nachgehende Hilfen, um die Wirksamkeit ärztlicher Leistungen zu sichern. Verbunden ist der §54 mit anderen §§ des Sozialgesetzbuches IX, in denen Einzelaspekte gesondert beschrieben werden. § 26 SGB IX beschreibt z. B., was im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation an Leistungen erbracht werden kann. Dazu gehören auch *pädagogische Hilfen*, wie sie etwa durch die vornehmlich in der psychosozialen Betreuung tätige Berufsgruppe der Sozialpädagogen/innen erbracht werden. Im Detail sind dort aufgelistet: Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung (was aus meiner Sicht den bedeutsamen Aspekt der Motivierung, z. B. zur Beikonsumfreiheit, umfasst), die Motivation zur *Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation* (z. B. eine Entwöhnungsbehandlung) sowie *Hilfen zum Training sozialer Fertigkeiten* oder lebenspraktischer Fertigkeiten.

Im § 55 (SGB IX) werden Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beschrieben. Es werden als Ziele u. a. *Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten* und *Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben* genannt. Diese Hilfen werden im § 58 noch genauer beschrieben und zwar als *Hilfen zur Förderung der Begegnung und des Umganges mit nicht-behinderten Menschen, Hilfen zum Besuch von Veranstaltungen oder Einrichtungen, die der Geselligkeit, der Unterhaltung oder kulturellen Zwecken dienen*.

Zusammenfassend finden sich also in den Sozialgesetzbüchern recht konkrete Beschreibungen dessen, was unter Teilhabe zu verstehen ist.

Aus Sicht des Gesetzgebers müssen wir als Gutachter zunächst beurteilen, (1) ob eine Behinderung vorliegt und ob diese begründet, (2) dass jemand in seiner Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, wesentlich eingeschränkt ist. Dann (3) ist zu prüfen, ob eine Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann:

Ist also eine PSB überhaupt notwendig und kann eine Besserung der Fähigkeitsstörungen, die durch die Suchterkrankung und die Methadon-Substitution begründet sind, erreicht werden? Oder werden o.g. Teilhabeziele erreicht, obwohl die Behinderung nicht veränderbar ist? Letztere Frage stellt sich etwa bei langjährigen Maßnahmen älterer substituierter Klienten.

Am Ende ist zu entscheiden, wie viele Stunden psychosozialer Betreuung im Monat notwendig, ausreichend und zweckmäßig sind - so die Formulierung in der Ausführungsverordnung Eingliederungshilfe.

Zur Frage, welche Fähigkeitsstörungen eigentlich aufgrund einer psychischen Erkrankung vorliegen, wurde kürzlich eine Rating-Skala zur ICF, die Mini-ICF-APP publiziert (Linden et al., Hogrefe 2010), die zur sozialmedizinischen Beurteilung bzgl. der Erwerbsfähigkeit bei psychosomatischer Rehabilitation entwickelt wurde und das Konzept der Fähigkeitsstörung m. W. von allen bisher auf dem Markt befindlichen Skalen zur ICF am kompaktesten operationalisiert. Es fließt das der ICF zugrunde liegende Modell ein, dass die Frage der Teilhabefähigkeit bzw. der Behinderung nur in Abhängigkeit von Fähigkeitsstörungen einerseits und von Umweltfaktoren andererseits beantwortet werden kann. Behinderung wird in der ICF als soziales Phänomen betrachtet, anders als im SGB IX, wo sie als von der Norm abweichender Zustand der Person definiert wird.

Wenn jemand beispielsweise in seiner Kontaktfähigkeit zu anderen Menschen stark eingeschränkt ist, wäre er in Bezug auf Tätigkeiten als Verkäufer nicht mehr arbeitsfähig, als Reinigungskraft, die nach Dienstschluss alleine ihre Arbeit verrichtet, aber sehr wohl. D. h. die Frage der Behinderung und der Einschränkung der Teilhabe hängt wesentlich davon ab, welche soziale Rolle angestrebt wird.

Die Logik dieses Vorgehens setzt bei dem psychopathologischen Befund an, z. B. bei eingeschränktem Antrieb oder bei Störungen des Affekts (als Depressivität oder als Störung der Affektregulation). Auch das Erleben kann verändert sein, etwa im Sinne einer vornehmlich externalen Kontrollüberzeugung - d. h. für Schwierigkeiten, z. B. einen Rückfall, werden vornehmlich äußere Bedingungen als Ursachen konnotiert und weniger die eigenen Entscheidungen.

Zur Frage, wie viele Stunden PSB notwendig sind, möchte ich einen problematischen Aspekt bei der Beurteilung der Schwere von „Behinderung“ herausgreifen, am Beispiel des Problemfelds Antrieb. Dieser ist auch in der Beurteilung anderer Patientengruppen schwierig einzuschätzen, z. B. bei Patienten mit einer Depression. Wenn ich Patienten zur Teilnahme am ergotherapeutischen Programm motivieren möchte, anstatt den Vormittag im Bett zu verbringen, gestaltet sich dies mitunter schwierig. Nicht ohne weiteres zu unterscheiden ist dabei, ob die Klienten aufgrund der gedrückten Stimmung oder anhaltenden Grübelns nicht können oder ob sie eher nicht wollen, z. B. weil sie Ergotherapie nicht sinnvoll finden und dies als Nicht-Können erleben, zumal sie eine krankheitsbedingt negative Sicht der Dinge haben und eigene Kompetenzen unterschätzen.

In sozialgerichtlichen Gutachten ist bei Probanden, die subjektiv das Erleben haben, „nicht zu können“ zu beurteilen, ob die Klienten z. B. ihre Antriebshemmung durch entsprechende „Willensanspannung“ überwinden können. Der gleiche Konflikt in der Bewertung besteht zur Frage, ob eine Klientin den Beikonsum lassen könnte, wenn sie nur wollte oder ob ihr dies eben, aufgrund der krankheitsbedingten Einschränkung des Steuerungsvermögens nicht möglich ist. Es ist also nicht einfach, zu entscheiden, ob Klienten etwas können oder nicht.

Ich finde neben dem Nicht-Wollen oder dem Nicht-Können die Kategorie des „Nicht-Wollen-Könnens“ anschaulich. Im Falle eines (unbewussten) Zielkonflikts können z. B. selbstständiges Handeln und Beikonsumfreiheit als ein objektiv sinnvolles Ziel einerseits die emotionale Zuwendung durch Betreuungspersonen als ein persönliches Bedürfnis andererseits gefährden – sowohl in Hinblick geringer Aufmerksamkeit als auch in Hinblick auf eine Kürzung der bewilligten Stunden.

Die intrapsychische Lösung besteht darin, dass die Klientin selbst überzeugt ist, sie könne etwas nicht, obwohl dies von außen betrachtet nicht nachvollziehbar scheint und dann oft Simulation vermutet wird. Unter Berücksichtigung dieser Aspekte entscheiden wir, welche Teilhabechancen Klienten/innen in Eigenverantwortung lösen müssen, also ob die verminderte Teilhabe selbstgewähltes Schicksal ist oder ob Unterstützung aufgrund krankheitsbedingter Behinderung erforderlich ist.

Was ist nun Teilhabe? Im Sinne der Sozialgesetzgebung gehören u. a. dazu: Erwerbsfähigkeit erhalten, Beschäftigung auch im Sinne von Zuverdienst (auch „Arbeit ohne Bezahlung“ als Sinnstiftung) ermöglichen. Begegnung und Umgang mit nicht-behinderten Menschen ist ein Ziel, ebenso der Besuch von Einrichtungen, die kulturellen Zwecken dienen. Die Ausübung von Bürgerrechten ist als Ziel in der UN-Behindertenkonvention formuliert, d. h. Eingliederungsmaßnahmen sollen helfen, dass eine Person nicht aufgrund ihrer Behinderung in der Ausübung von Rechten eingeschränkt ist. Zur Teilhabe gehört auch der Vorrang von Selbstbestimmung und Eigenverantwortung vor Fürsorge und Versorgung.

Was wäre andererseits keine Teilhabe? Das „Sich-Wohlfühlen“ in Gesprächen, weil man sich verstanden fühlt, weil einem jemand zuhört, man über Probleme reden kann, ist noch keine Teilhabe. Auch der Umgang mit der PSB-Betreuerin an sich erfüllt noch nicht das Kriterium des Umgangs mit nicht-behinderten Menschen. Die Beziehung zur PSB-Betreuerin kann auch zum Substitut für wirkliche Teilhabe werden. Gründe liegen z. B. in der Scham, sich gegenüber anderen Menschen als „EX-Junkie“ zu „outen“. Hier wären Gruppenangebote zum Stigmamanagement sinnvoll, mit denen der Autor gute Erfahrungen im Maßregelvollzug und in der Tagesklinik gemacht hat. Kritisch sehe ich die Sitte des „Duzens“ von Klienten/innen, die den Arbeitsbündnischarakter der Beziehung zum bezahlten Profi verschleiern.

Teilhabe ist auch nicht der Schutz vor gesellschaftlichen Anforderungen, z. B. vor einer strafrechtlichen Verantwortlichkeit.

Nichtsdestotrotz ist die vertrauensvolle Beziehung – und auch die Finanzierung des Aufbaus einer solchen - unumgänglich, damit Klienten Ihren Betreuern oder Therapeutinnen glauben, dass sie sich verändern sollten.

Möglicherweise muss in manchen Fällen auch akzeptiert werden, dass die psychosoziale Betreuung selbst eine dauerhafte Substitution für echte aber eben schwierigere soziale Beziehungen im gesellschaftlichen Leben bleibt. Genauso genommen handelt es sich dann um Pflege und nicht mehr um Eingliederungshilfe.

Abschließend möchte ich noch die Überlegung äußern, dass der Zugang zu Psychotherapie ein Aspekt von Teilhabe(chancen) ist. In den Richtlinien der Bundesärztekammer zur substitutionsgestützten Behandlung wird gefordert, dass neben der bestehenden Abhängigkeitserkrankung weitere psychische Störungen abgeklärt und ggf. behandelt werden. Die Feststellung, dass die psychosoziale Betreuung nicht durch eine psychotherapeutische Behandlung ersetzt werden kann, impliziert, dass eine psychotherapeutische Behandlung unter Substitution möglich ist.

Die Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses für die Durchführung von Psychotherapie stellt im § 22 dar, dass Psychotherapie z. B. bei der Abhängigkeit von Substanzen zur Anwendung kommen kann, aber nur im Stadium der Abstinenz.

Gilt in diesem Sinne Substitution als Abstinenz? Wohl kaum - es besteht aber auch ein deutlicher Unterschied zum floriden Substanzkonsum mit regelmäßigen Intoxikationen, die die User immer wieder außerstande setzen, einem psychotherapeutischen Gespräch sinnvoll zu folgen oder Termine einzuhalten. Genau diese Alltagsfähigkeit soll ja durch Substitution auch erreicht werden.

Man könnte also annehmen, dass eine beigebrauchsfreie Substitution einige Gemeinsamkeiten hat mit einer Abstinenz, im Unterschied zu einem manifesten illegalen oder legalen Substanzmißbrauch. Zur Sichtweise der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung war telefonisch zu erfahren:

Wahrscheinlich ist es unstrittig, dass die Kostenübernahme für eine Psychotherapie durch die Gutachter befürwortet wird, wenn eine psychische Erkrankung neben der Suchterkrankung behandelt werden soll, also z. B. eine Depression oder eine Persönlichkeitsstörung. Voraussetzung ist, man findet eine Psychotherapeutin, die bereit ist, mit einem Abhängigkeitskranken Psychotherapie zu beginnen.

Die Gutachter, welche den Antrag des Klienten und die Begründung der künftigen Therapeutin prüfen, sind bei der Beurteilung frei und ihrem persönlichen Sachverstand verpflichtet, auch wenn es Richtlinien und Konferenzen gibt, auf denen man sich abstimmt. Trotzdem hängt es sicher von der weltanschaulichen und theoretischen Orientierung des Gutachters ab, ob er die Therapie befürwortet. Tiefenpsychologen und Analytiker sind traditionell skeptischer, Verhaltenstherapeuten sind pragmatischer und undogmatischer, was die Therapiemöglichkeiten mit nicht-abstinenten Abhängigkeitskranken betrifft.

Problematisch ist die Aufnahme einer Psychotherapie, wenn es um die Behandlung der Suchterkrankung an sich geht. Dies ist bisher nicht vorgesehen. Andererseits, so denke ich, sind die Methoden, die auch in der psychosozialen Betreuung eingesetzt werden, nicht nur sozialarbeiterischer Art sondern auch pädagogische und psychologische. Die gerade im Trend liegende und von verschiedenen Berufsgruppen genutzte motivationale Gesprächsführung ist eine originär psychotherapeutische Technik, die genau zu diesem Zweck entwickelt wurde, nicht-abstinente Suchtkranke zu motivieren, abstinent zu werden. Deshalb sollten m. E. auch Psychotherapeuten suchtkranke Menschen behandeln, die Unterscheidung zwischen psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen ist ohnehin eine historische, die ICD-10 nimmt diese Zweiteilung nicht vor.

Die gute Nachricht ist, dass eine Überarbeitung der Psychotherapierichtlinien, die diesen Umstand berücksichtigt, zu erwarten ist. Gerade bei längeren Verläufen ohne deutliche Besserung sollte m. E. der Versuch professioneller Psychotherapie unternommen werden können. Letztlich, denke ich, ist für die Frage der Kostenübernahme entscheidend, wie tiefgründig und schlüssig der behandelnde Psychotherapeut seinen Antrag und seine Erfolgsaussichten begründet.

Im Rahmen der PSB hielte ich psychotherapeutische Gruppen, die sowohl effizienter als auch kostengünstiger sind als Einzelgespräche, für eine sinnvolle Erweiterung des Angebotes.

Dr. Ralph Susenbeth

