

Fachtagung Psychosoziale Betreuung der Substitution am 23. Mai 2008 in Berlin

von Ingo Ilja Michels¹

Diese Fachtagung, die im Nachklang zum Fachtag von akzept/Uni Bremen vom 14. Februar 2007, gemeinsam von den beiden Berliner Trägern niedrigschwelliger und ambulanter Drogenhilfen, *Notdienst für Suchtmittelgefährdete und –abhängige* und *vista e.V.* durchgeführt wurde, um den Stellenwert und die Wirksamkeit der psychosozialen Begleitung einer medikamenten-gestützten Behandlung Opiatabhängiger zu diskutieren, fand mit über 160 Teilnehmerinnen und Teilnehmern eine sehr große Resonanz bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus Berliner Einrichtungen der Drogenhilfe, aber auch aus dem ganzen Bundesgebiet (ca. 50 Teilnehmende).

Die Tagung widmete sich folgenden Fragestellungen:

- Zu welchen Wirkungen kann eine gezielte, zielorientierte Betreuung von Substitution führen?
- Wird die psychosoziale Betreuung von der Zielgruppe akzeptiert?
- Welchen Nutzen erfahren substituierende Arztpraxen durch die psychosoziale Betreuung?
- Offene Fragen zur psychosozialen Betreuung und deren Beantwortung durch Praxis und Forschung.

Die **Berliner Drogenbeauftragte Christine Köhler-Azara** wies in ihrem Grußwort darauf hin, dass es ein sehr positives Signal sei, dass die Tagung *gemeinsam* von zwei Trägern durchgeführt wurde, die in der Vergangenheit eher in Konkurrenz standen. Sie machte deutlich, dass sie für Kooperation stehe und dass ein solcher fachlicher Austausch wichtig sei, auch für eine politische Standortbestimmung. Im meinem Grußwort, in Vertretung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung (s. Anlage) wies ich darauf hin, dass noch immer keine abschließende Klärung erfolgt sein, was eine PSB im Detail ausmache und welchen Stellenwert sie für den Erfolg einer Substitutionsbehandlung habe. Auch in der internationalen Literatur, den internationalen *guidelines* und der Praxis vor allem in transitorischen Ländern Osteuropas und Asiens werde zwar die Notwendigkeit eines *comprehensive treatment* betont, um die Verbesserung einer gesundheitlichen und psychischen Stabilsierung und sozialen Rehabilitation von Opiatabhängigen in der Substitutionsbehandlung zu erreichen, gleichwohl fehlten dafür oft die Ressourcen. Ausserdem grenzen sich nach wie vor die bestehenden unterschiedlichen Hilfesysteme von einander ab, statt in Schnittbereichen zu kooperieren. Im übrigen sei es notwendig, dass sich Mediziner und soziale Helfer nicht nur in ihren eigenen

¹ Leiter der Geschäftsstelle der Drogenbeauftragten der Bundesregierung im Bundesministerium für Gesundheit

geschlossenen Zirkeln treffen, um sich dort von einander abzugrenzen und die jeweils eigene Bedeutung für den Prozess der erfolgreichen Behandlung zu deklarieren.

Die Tagung bot eine gute Gelegenheit zur Klärung dieser Fragestellung und hat dazu einem wichtigen Beitrag geleistet, zumal m.E. das *Berliner Modell* einen Vorbildcharakter für ganz Deutschland hat, sowohl was die Struktur der Hilfen, als auch ihre Finanzierung anbetrifft.

Zunächst wurde von **Elfriede Steffan** eine Studie zur **Auswertung der EBIS-Daten** für Berlin (2002-2006) durch das Sozialpädagogische Institut (SPI) vorgestellt. Allerdings lassen diese Daten keine Rückschlüsse zu auf Effekte der Behandlung oder deren Verläufe, sondern können lediglich Aussagen machen zur soziodemographischen Charakteristik der Klienten in den verschiedenen Hilfesegmente (drogenfreie ambulante und stationäre Hilfen, ambulante Substitutionsangebote). Zur vertiefenden Auswertung wurden die ca. 1.700 Daten der von den beiden Trägern *Notdienst* und *vista* von 2003 bis 2006 betreuten KlientInnen herangezogen [aktuell in Behandlung: 1.100], die allerdings durch den Deutschen Kerndatenatz nicht zufriedenstellend abgebildet werden. [*Keine Verlaufsdaten; Keine Daten zu physischer Entwicklung; Keine Daten zur Kriminalitätsentwicklung; Unzureichende Daten zur sozialen Entwicklung; Keine Daten zu Beikonsum; Keine Daten zur Nähe/Distanz zur Drogenszene; Keine prognostischen Daten zur weiteren Entwicklung nach Betreuungsende*].

Was gezeigt werden konnte ist, dass in Berlin vor allem ältere Drogenabhängige mit Therapieerfahrung (drogenfreie Therapien) und drogenabhängige Frauen (in der Substitutionsbehandlung deutlich überrepräsentiert) die Substitutionsbehandlung in Anspruch nehmen. Die Erfolgsparameter der Substitutionsbehandlung werden international wie folgt definiert:

- Physische Rehabilitierung
- Soziale und berufliche Integration
- Ausstieg von der Beschaffungskriminalität
- Abkehr vom illegalen Drogenmarkt
- Verhinderungen von Infektionskrankheiten (HIV, HCV, HBV, etc)
- Haltequote ein Jahr und länger (COBRA, etc)

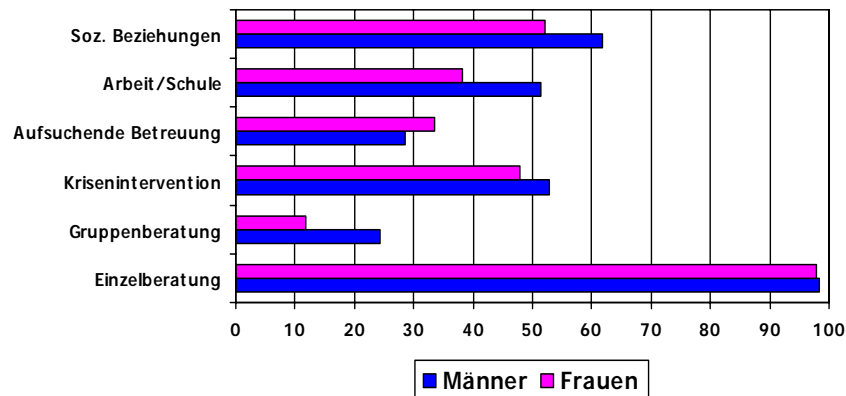
Die Erreichung der Abstinenz wird nicht in den Vordergrund gestellt.

„Although a drug-free state represents an optimal treatment goal, research has demonstrated that this goal cannot be achieved or sustained by the majority of opiate-dependent people. However, other laudable treatment goals including decreased drug use, reduced criminal activity, and gainful employment can be achieved by most MMT patients.“

(Effective Medical Treatment of Opiate Addiction. US National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement November 17-19, 1997)

Der Anteil der PSB am Erreichen der Erfolge in den o.g. Zielparametern ist aber bislang schwierig zu bewerten. Erfasst werden konnten aber die erbrachten Leistungen:

Erbrachte Leistungen für substituierte KlientInnen... (IFT AMB 2006)



Unbestritten positiv ist allerdings die Azeptanz der PSB bei den Klienten. Eine **Zufriedenheitsuntersuchung** bei den beiden Trägern aus dem Jahre 2007 stellte **Vera Kalinna** (*vista*) vor:

In Berlin existieren für den Hilfebereich für substituierte Klienten folgende Angebote:

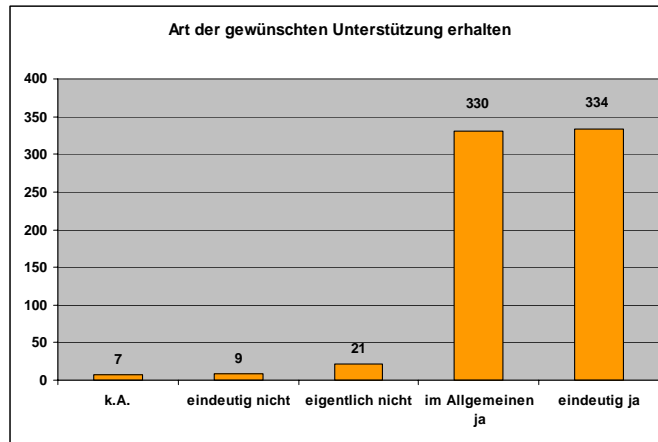
- Hilfen im Bereich Tagesgestaltung;
- Hilfen im Bereich persönliche und soziale Beziehungen;
- Hilfen im Bereich Beschäftigung/Arbeit/Ausbildung;
- Hilfen im Bereich Selbstversorgung;
- Hilfen im Bereich Sucht/Beikonsum.

Zur Zeit befinden sich ca. 3.800 opiatabhängige Menschen in Berlin in einer Substitutionsbehandlung, durchgeführt von 125 berechtigten Vertragsärzten (ca. 166 verfügen über die suchtmmedizinische Qualifikation). 35 % der Klienten nehmen die psychosozialen Betreuungsleistungen der Suchthilfe in Anspruch (hieran wird deutlich, dass sich das *junktim* der erforderlichen Teilnahme an einer PSB in der Praxis relativiert). 1.100 Personen nutzen die Leistungen von *Notdienst* und *vista*.

Alle Klienten wurden befragt. Die Zufriedenheitsbefragung fand in anonymisierter Form statt. Die Rücklaufquote war mit 64% [N = 701] sehr hoch.

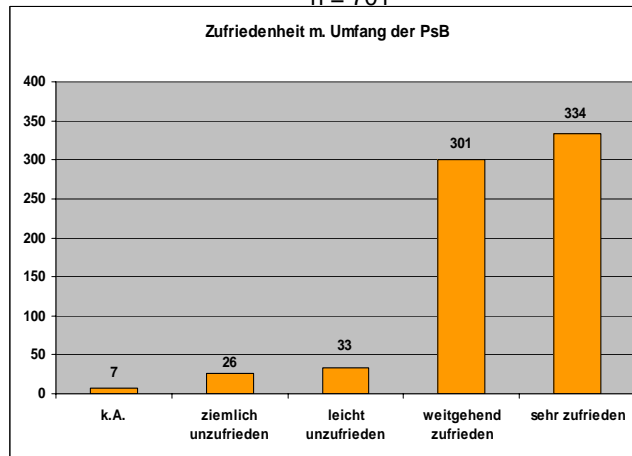
Die Zufriedenheit mit den Angeboten der beiden Träger lag in nahezu allen befragten Bereich sehr hoch (über 90 % der Befragten war zufrieden bzw. sehr zufrieden). Einige Beispiele seien genannt:

2. Erhielten bzw. erhalten Sie in Ihrer PsB die **Art von Unterstützung**, die Sie sich wünschen? n = 701



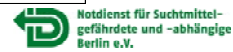
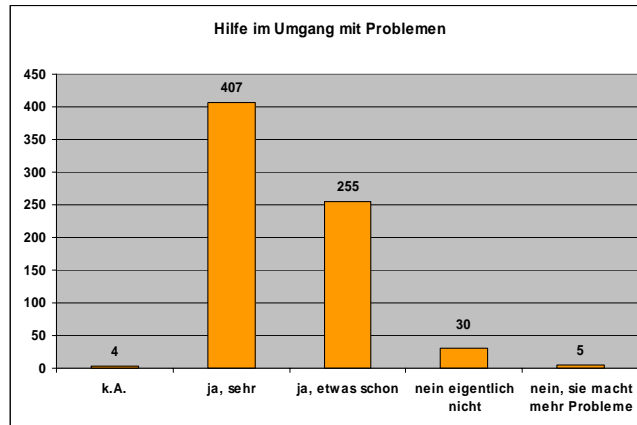
5. Wie zufrieden waren bzw. sind Sie mit dem **Umfang Ihrer PsB**?

n = 701



6. War bzw. ist die PsB Ihnen eine **Hilfe, mit Ihren Problemen angemessener umzugehen?**

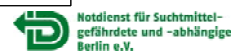
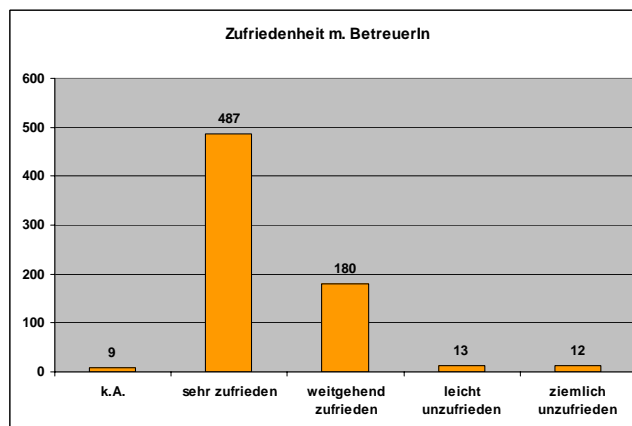
n = 701



Eine zentrale Voraussetzung für diese hohe Zufriedenheit lag in positiver Beurteilung der *persönlichen Beziehung* zu den BetreuerInnen:

7 b) Wie zufrieden waren bzw. sind Sie mit der/dem **für Ihre PsB verantwortlichen Betreuerin/Betreuer?**

n = 701



In Berlin ist die PSB im Bereich der Substitutionsbehandlung gekennzeichnet durch die Transparenz der Hilfe, ein vertrauensvolles Arbeitsbündnis, gemeinsame Ziel- und Hilfeplanung und ressourcenorientiertes Arbeiten sowie Fachlichkeit und Qualität. Ausserdem besteht eine eindeutige Finanzierungsgrundlage als Wiedereingliederungshilfen gem. §§ 53,54 SGB XII. Die

PSB wird zwar empfohlen, aber nicht obligatorisch aufgedrängt, sondern muss vom Klienten – in Kooperation mit der/dem Betreuer/in beantragt werden! Hierzu werden entsprechende Anträge der Qualitätskommission der KV (häufig Vertreter der Ärzte und Krankenkassen) vorgelegt, die sie mit zustimmendem (in der Regel) oder ablehnendem Votum den zuständigen Sozialämtern vorlegen, die dann letztlich entscheiden (in der Regel ebenfalls positiv). Die PSB ist zudem zeitlich befristet (in der Regel auf 2 Jahre).

SGB XII, §§ 53, 54

Drohende Behinderung verhüten, Behinderung oder ihre Folgen beseitigen oder mildern, Eingliederung in die Gesellschaft, Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft ermöglichen oder erleichtern, angemessene Bildung und Beschäftigung (Beruf oder sonstige Tätigkeit), Teilhabe, Unabhängigkeit von Pflege, Sicherung der Wirksamkeit ärztlicher oder ärztlich verordneter Leistungen

SGB IX, § 4

Behinderung abwenden, beseitigen, mindern, Verschlimmerung verhüten oder Folgen mildern, vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen vermeiden;

Teilhabe am Arbeitsleben sichern oder persönliche Entwicklung ganzheitlich fördern, Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung ermöglichen oder erleichtern

In seinem **Beitrag zu Wirksamkeitsparametern der Hilfsangebote** anhand der Auswertung von Verlaufsdaten einer Stichprobe von 153 (13.9 %) Klienten [68 % Männer, 32 % Frauen] zwischen September 2007 und März 2008 [74,5 % in Wiederholungsbefragung (= Ausweis für hohe „Haltekraft“)] stellte **Dr. Bernd Westermann** (*Notdienst, A.I.D Kreuzberg*) die Entwicklungen in den Bereichen Umgang mit Problemlagen, Konsummuster, soziale Beziehungen, Arbeit/Beschäftigung, Wohnsituation, Haushaltsführung, Verschuldungssituation und Behördenkompetenz vor. Dabei wurde die Selbsteinschätzung der Klienten erhoben und die Fremdeinschätzung durch die Betreuer.

Die PSB wird in Berlin in *klar definierten Hilfebereichen* geleistet. Das ist geregelt in einer *speziellen Leistungsvereinbarung* zwischen Senat, Sozialämtern der Bezirke und anerkannten Drogenhilfeträgern. Im Halbjahresturnus sind *Hilfebedarf und Hilfeplanung* im einzelnen schriftlich darzustellen. Auf dieser Grundlage erfolgen die *persönliche Begutachtung* des Antragsstellers oder eine *Helferkonferenz* mit allen relevanten Beteiligten. Darüber hinaus sind *weitere Mitwirkungsleistungen* der Substituierten gefordert. Dabei sollen *bezahlbare* Ergebnisse erfasst werden, nicht subjektive Erfolgsgeschichten. Die Zufallsstichprobe schloss die *gesamte Bandbreite aktueller Betreuungsfälle* ein:

- von gerade erst begonnenen Interventionen bei Betreuungsanfängern (in insgesamt mehr oder weniger chaotischen und schwierigen Situationen);
- bis hin zu schon längerfristig Betreuten, in vieler Hinsicht bereits stabilisierten, nur noch in einzelnen Bereichen unterstützungsbedürftigen Substituierten;

- sowie nur in einigen Bereichen unterstützungsbedürftige Einsteiger;
- Substituierte mit längerfristig erheblichem Betreuungsbedarf.

Bezogen auf sämtliche einbezogenen Personen kam es in über 40 % aller Fälle im Laufe von 6 Monaten zu einer *verbesserten Bewertung der Wohnsituation*. Zusammen mit den Bewertung der Wohnsituation als „stabil“ (28 %) ergibt sich eine (für diese Gruppe keineswegs selbstverständliche) klare „Zweidrittelmehrheit“. Im Vergleich zur 1. Erhebung negativere Bewertungen können für tatsächliche Verschlechterungen stehen oder auch für ein gewachsenes Problembewusstsein bzw. für einen nunmehr vorhandenen oder gestärkten Veränderungsbedarf.

Besonders positiv sind die Ergebnisse für die *Bereiche Arbeit-/Beschäftigung*, wo die beiden Träger auch spezifische Angebote zur Verfügung stellen und eng mit den ARGEN zusammenarbeiten. Die Situation wird von 69,3 % als stabil und besser bezeichnet (SE), 65,9 % (FE).

Eindrucksvoll ist auch das Ergebnis für das *Konsumverhalten*: hier ergaben sich besonders stark verbesserte Bewertungen, sowohl in der Selbst- wie Fremdschätzung: 43,8 % (SE), 46,5 % (FE), aber bei rund 1/3 sind auch Verschlechterungen festzustellen.

Deutliche Verbesserungen ergaben sich ebenfalls im Bereich der *psychischen Verfassung*: 45,6 % (SE), 45,6 % (FE), aber auch hier sind bei rund 1/3 Verschlechterungen festzustellen (z.B. durch die klarere Erkenntnis der schwierigen Lebenssituation).

Die Selbst- und Fremdeinschätzungen lagen weitgehend nahe beieinander, lediglich im Bereich der Verbesserung der Partnersituation wird dies von den Betroffenen wesentlich kritischer beurteilt als von den Betreuern: 38,6 % (SE), 50,8 % (FE).

Die Untersuchung zeigt eine rasche Entlastung in einigen Bereichen, aber auch die Konfrontation mit dem Problemausmaß in anderen Bereichen und im längerfristigen Verlauf müssen mühsam in kleinen Schritten erarbeitete Verbesserungen stabilisiert werden. Es kommt dann häufig zur Stagnation und Resignation infolge von Alter, Krankheit und „geschlossener Normalgesellschaft“, Einsamkeit, veränderte Bewertung der Behandlung („Verschleiß“ und Nebenwirkungen von Substitut und setting).

Was wissen wir im Rahmen internationaler Forschung über **Wirksamkeitsmechanismen der PSB**? Hierzu referierte **Dr. Peter Degkwitz** (*Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf*) und stellte die bestehenden Erkenntnisse zu Effekten der psychosozialen Betreuung von Substituierten vor. Wirkungsnachweise erfolgen nach den Regeln „evidenzbasierter Medizin“ [Definition: „Der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Belege (Evidenz) für Entscheidungen in der Versorgung individueller Patienten“ (Greenhalgh 2003)].

Im Trend gibt es eine Ausweitung der Evidenzbasierung über den medizinischen Bereich hinaus auf alle Verfahren (etwa für Bereich der Suchtbehandlung) – bezogen auf alle

Professionen. Für die substitutionsgestützte Behandlung mit additiver psychosozialer Betreuung sind die Ziele international auf die Parameter Verbleib/Haltekraft in der Behandlung und Reduktion des illegalen Opiatkonsums konzentriert. Als weitere Zielbereiche werden auch folgende Bereiche untersucht: Nebenwirkungen, HIV/Risikoverhalten, Gesundheitsverbesserung, Mortalität und Delinquenzentwicklung.

Dabei zeigen die Forschungsergebnisse folgendes:

- der Verbleib in der Substitution mit allen Dosierungen ist effektiver als keine Therapie;
- höhere Dosierungen sind wirksamer als niedrigere;
- für die Reduzierung des illegalen Opiatkonsums helfen alle Dosierungen stärker als keine Therapie;
- höhere Dosierungen reduzieren stärker als niedrigere;
- „unerwünschte Ereignisse“ sinken;
- die Mortalität wird um Faktor 4 verringert
- es kommt zu einer HIV-Risikosenkung und zum
- Rückgang von Delinquenz.

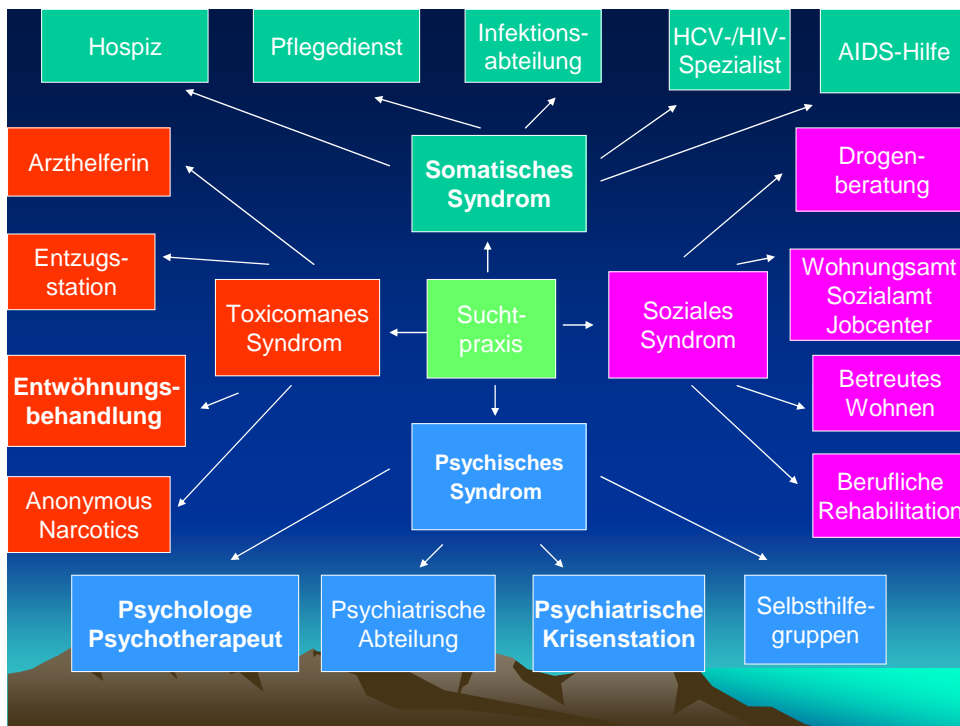
Im Bereich der Substitution plus psychosozialer Begleittherapien (in der Regel manualisierte, strukturierte (verhaltens-)psychotherapeutische Verfahren unter Einbeziehung der Familie) zeigen randomisierte, kontrollierte Studien für den Verbleib in der Behandlung *leicht erhöhte* Werte ohne Differenzen in den Behandlungsverfahren. Der illegale Opiatkonsum wird *wirksamer reduziert* mit Begleittherapien. Rückfallprävention und Standard-CBT (Cognitive Behavior Therapy) bringen *keinen* (Zusatz-)Effekt für die Reduktion von Beikonsum. „Contingency Management“ bringt eine deutliche und andauernde Reduktion des Beikonsums (gilt für unterschiedliche Verstärker: Gutscheine, Geld, Privilegien) (nur bei Methadon belegt). Paar- bzw. Familientherapie führt zu Reduktion von Beikonsum. Psychodynamische Therapien reduzieren illegalen Opiatkonsum nicht – aber es gibt Hinweise auf Reduktion von Stimulantien.

Im bundesdeutschen Modellprojekt der heroingesetzten Behandlung wurde der Einfluss zweier additiver psychosozialer Behandlungsverfahren untersucht: die Fortführung der etablierten Drogenberatung mit ergänzender *Psychoedukation* in wöchentlichen Gruppensitzungen (16 Termine) und das *Case Management* als strukturiertes, personen-zentriertes, nachgehendes Einzelsetting unter Einbezug von Motivierender Gesprächsführung. Die Studie zeigte, dass die Teilnahme an der Psychoedukation sich positiv auf die Compliance bei der Substitutionsbehandlung auswirkt und eine manualgetreue (strukturelle) Umsetzung der PSB ebenfalls. Eine längere Betreuungsdauer (Haltekraft) und eine höhere Intensität der PSB (Anzahl Kontakte) wirken sich positiv auf Behandlungserfolg aus.

Was lässt sich zusammenfassend feststellen? Eine psychosoziale Betreuung ist wirksam bezogen auf die Verbesserung der Behandlungsziele der Substitutionsbehandlung. Was,

wieviel für wen? – das bleibt weitgehend unklar. Wichtig bleibt der Nachweis, bekräftigt über die Dokumentation von spezifischen Tätigkeiten und individuellen Wirkungen (in der Versorgung) und die Untersuchung der Effekte von spezifischen (manualisierten) psychosozialen Interventionen für definierte Gruppen.

Den **Wert der PSB für den behandelnden Arzt** wurde sehr engagiert von einem der erfahrendsten Mediziner im Bereich einer (Berliner) Schwerpunktpraxis für HIV/Hepatitisbehandlung und Substitutionsbehandlung, **Dr. Jörg Gölz** vorgetragen. Ausgehend von den verschiedenen Störungsmustern einer Opiatabhängigkeit machte er deutlich, dass eine *interdisziplinäre Zusammenarbeit* in der Suchtmedizin Standard sein müsse, bei der die PSB die Verankerung in der sozialen Wirklichkeit wiederherstelle. Suchtmedizinische Versorgung, Drogenberatung, Infektiologische Versorgung, Psychiatrische Versorgung und Schadensminderung sind die notwendigen Versorgungsbereiche, die sich auch überschneiden. Dabei gehe es nicht nur um gestörte Kommunikationmuster bei den Patienten, sondern auch im System der medizinischen Hilfen: die Identität der Suchtmedizin als Disziplin ist fragil; es kommt zu einer Identitätsdiffusion durch multiple theoretische Fundierung und Kooperation vielen verschiedenen Berufen; es bleibt ein Arbeiten in einem zerspaltenen Versorgungssystem und mit notwendiger Kooperation mit nichtmedizinischen Berufen. Insofern konstituiert sich die Identität der Suchtmedizin ohnehin durch Interdisziplinarität.



Das ist allein auch deshalb notwendig, weil das Krankheitsbild einer Drogenabhängigkeit nicht allein somatische Befunde aufweist.



Zudem komme hinzu, dass im Bereich der psychischen Störungen zu einem „Eisbergssyndrom“ komme, d.h. dass der Arzt nur einen Bruchteil davon diagnostizieren könne, während eine Reihe der lebenswirklichen Probleme erst in der psycho-sozialen Betreuung auftreten. Diese Lebenswirklichkeit könne viel besser durch die begleitende Sozialarbeit gesehen werden, z.B. im Bereich der Beigebrauchsentwicklung. Der Arzt könne mit Hilfe von Urinkontrollen, Konfrontation, sowie Sanktionen (tägliche Abgabe oder im Extremfall Abbruch der Substitution) reagieren; die PSB habe z.B. die Möglichkeit mit einem *Konsumtagebuch* zur Erfassung der Häufigkeit und der Anlässe und zur Kontrolle des Beikonsums zu arbeiten. Damit dieses fragile Geflecht der Kooperation funktioniere, müsse es aber auch die vielfältigen „Störungen“ reflektieren, die dabei auftreten können:

- mangelnde Kompetenzabgrenzung;
- Allianz Arzt/Drogenberater gegen Abhängigen;
- Allianz Drogenberater/Abhängiger gegen Arzt;
- Allianz Arzt/Abhängiger gegen Drogenberater;
- Konkurrenz Arzt gegen Drogenberater;
- Identifizierung mit dem Drogenabhängigen;
- Parentifizierung / Infantilisierung;
- gemeinsame Verleugnung der Realität;
- gemeinsame Größenphantasien;
- gemeinsame Allianz gegen äußere Feinde;
- chronifizierter Kampf um richtige Dosierung.

Die PSB ist für den Erfolg der Behandlung von unschätzbarem Wert: die Drogensozialarbeit ist niederschwelliger Gesprächspartner; hilft bei der Orientierung im Umgang mit Ämtern, Formularen, Anträgen; vermittelt Information über Hilfsangebote im sozialen Rahmen und Möglichkeiten der beruflichen Wiedereingliederung. Die PSB konfrontiert aber auch mit Verhaltensauffälligkeiten und stellt letztlich die Verbindung zum Arzt her. Die Drogensozialarbeit stellt die Verbindung zu den Institutionen des sozialen Netzes her und zur realen Lebenswelt des Patienten (z.B. Drogenkonsum, Umgang, Wohnen, Gerichte, Arbeit, Kinder). Sie ist für den Arzt ein notwendiges Korrektiv für die Beurteilung der sozialen und persönlichen Entwicklung des Patienten.

Verbindungen des Arztes zum sozialen Netz durch PsB

- Verbindung zu Sozialamt
- Sozialpsychiatrischer Dienst
- Jugendamt
- Arbeitsamt
- Abstinenztherapie
- Gerichte/Bewährungshelfer
- Schuldnerberatung
- Betreutes Wohnen / Wohnungsamt

In der Schwerpunktpraxis sei es der Idealfall, dass die Drogensozialarbeit in das Team der behandelnden Ärzte und des Krankenpflegepersonals integriert ist.

Das „Berliner Modell“ der **Überrüfung der Qualität der Substitutionsbehandlung** wurde vom Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung **Andreas von Blanc** vorgestellt. Er kritisierte zunächst den Rahmen der vielen Prüfungsvorgaben und Strafvorschriften der BtMVV, die es den substituierenden Ärzten schwer mache, die Arbeit fortzusetzen.

In Berlin sind aktuell rund 3.800 Klienten in der Substitutionsbehandlung, versorgt von 125 berechtigten Ärzten (166 haben die suchtmmedizinische Qualifikation). Pro Arzt werden 27 Patienten versorgt werden. 12 Ärzte haben eine Schwerpunktpraxis mit 70-100 Plätzen. Zwei Dutzend Schwerpunktpraxen versorgen rund 50% der Patienten, zu 95% zu Lasten der GKV. In Berlin werden 2/3 der Patienten mit Methadon versorgt, 1/5 mit L-Polamidon und 1/5 mit Buprenorphin. Substituierende Ärzte werden engmaschig kontrolliert. 2% der Behandlungsfälle

pro Quartal werden durch die KV Kommission überprüft. Es finden Qualitätsprüfungen der KV statt (wobei er mit Blick auf Niedersachsen kritisierte, dass mitunter auch die Staatsanwaltschaften diese Aufgabe übernehme). Drei Viertel der Prüfungen haben kein bzw. leichte Mängel festgestellt, ein Viertel allerdings zeigten erhebliche bzw. Mängel. In solchen Fällen würde in erster Line mit Beratungsgesprächen, nicht mit Sanktionen reagiert. Der Referent machte zudem auf ein Zukunftsproblem aufmerksam: mittlerweile hätten bereit über 470 Klienten in Berlin die Altersgruppe über 50 Jahre überschritten. Es müsse darüber nachgedacht werden, für eine wachsende Zahl der Klienten auch spezifische Hilfen im Alter zu entwickeln.

Was kann in der PSB vom psychiatrischen Versorgungssystem gelernt werden?

Diese Frage zu beantworten versuchte der Geschäftsführer der „Aktion Psychisch Kranke“ **Jörg Holke**. Er verwies auf die wichtigen Errungenschaften der Sozialpsychiatrie, ohne weitere Herausforderungen zu verschweigen. Das zentrale Ziel der Psychiatriereform sei nach über 20jähriger Auseinandersetzung erreicht worden. Die Hilfen in diesem Bereich haben sich orientiert an der *Personenzentriertheit*, weg von der *Institutionenzentriertheit*. Nicht die verfügbare „Bettenzahl“ in den Einrichtungen sei Maßstab der Hilfen, sondern die *Teilhabe am gesellschaftlichen Leben* in Bezug auf Wohnform, Arbeit, Tagesgestaltung, Freizeit und Kontakten, ermittelt am individuellen Bedarf.

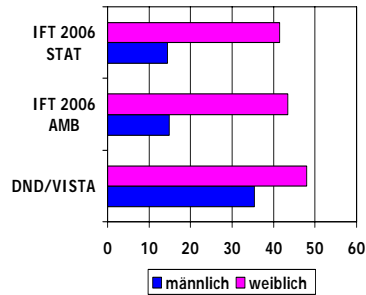
Das 2001 erngeführte SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe – habe diesen Prozess maßgeblich unterstützt. Der Mensch mit psychischen Beeinträchtigungen ist *Subjekt* einer unterstützten Entwicklung, nicht *Objekt* von Hilfeleistungen. Eine zentrale Errungenschaft stellt z.B. das „persönliche Budget“ dar (Selbstbestimmung, Flexibilisierung, Leistungen aus einer Hand). Allerdings sind noch immer viele der richtigen Ansätze nicht (flächendeckend) umgesetzt: die integrierte Versorgung findet nur in Anätzen statt (auch die im Bereich des SGB V möglichen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) sind nur ganz selten auf die Behandlung von Suchterkrankungen ausgerichtet), es gibt kaum Leistungserbringerverbünde, die Soziotherapieindikation ist nach wie nicht auf Suchtkranke erweitert worden und das „Persönliche Budget“ wird bundesweit erst von rund 400 KlientInnen in Anspruch genommen. Der oft der Psychiatrie nachgesagte Hang zur „Medizinisierung der Suchtkrankenhilfe“ versperrt den Blick auf der Chancen der Kooperation, um regionale Versorgungsverbünde sicherzustellen.

Arbeitsgruppe Kinderschutz

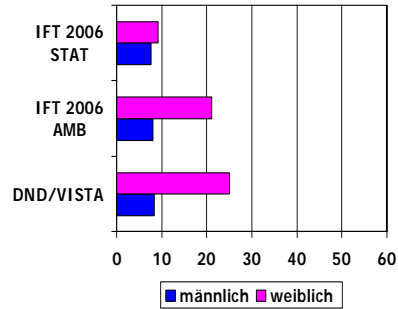
In einem Seminar zum Thema der **speziellen Hilfen für schwangere Substituierte bzw. substituierte Eltern** wurde die Berliner Situation und Kooperation vorgestellt auf dem Hintergrund einer wachsenden Zahl von Schwangerschaften bzw. von (substituierten) Menschen, die mit Kindern zusammenleben (wollen).

Elternschaft und Kinder im Haushalt

Eigene Kinder (%)



Kinder im Haushalt (%)



Die zunehmende Berichterstattung über Vernachlässigungen von Kindern bis hin zu Tötungsdelikten verstellt den Blick, dass in einer Reihe von Städten (etwa Berlin, München oder Hamburg, aber auch Bremen, was in die Schlagzeilen geraten ist aufgrund eines Tötungsdelikt eines drogenabhängigen, substituierten Vaters) spezielle Hilfen angeboten werden, um betroffenen Eltern wirksam zu helfen (in enger Abstimmung mit dem Jugendamt) bzw. bei einer Kindeswohlgefährdung im Interesse der Vermeidung einer Gesundheitsgefährdung des Kindes rechtzeitig (in enger Kooperation mit dem Jugendamt) einzugreifen und rechtzeitig eine Fremdunterbringung zu organisieren. Dies geschieht zwar in Transparenz und Offenheit gegenüber den Eltern, aber auch gegebenenfalls gegen deren Willen. Auch die enge Kooperation mit den substituierenden Ärzten, mit Gynäkologen und Geburtskliniken ist Bestandteil der Hilfen.

In Berlin wurden dazu von den drei Trägern *vista*, *Caritas* und *Notdienst* spezielle *Handlungsempfehlungen für die psychosoziale Betreuung substituierender Eltern* erarbeitet, die Grundlage des abgestimmten Handelns sind.

Diese Hilfen wurden von den Mitarbeiterinnen **Heike Attinger** (*vista*), **Ute Lode** (*Notdienst*) und **Sylvia Rietenber** (*Notdienst, A.I.D. Neukölln*) ausführlich vorgestellt.

Die Referentinnen und auch der Leiter des *Notdienstes* **Michael Hoffmann-Beyer** warnten indes davor – wie auf dem kürzlich stattgefundenem FDR-Kongress in Hamburg geschehen –, die Fälle von Kindesmisshandlungen und die Ausnahmesituation von substituierten Schwangeren zum Anlass zu nehmen, eine längst überholte ideologische Debatte über die ethische Berechtigung einer Substitutionsbehandlung für schwangere Opiatabhängige wieder aufleben zu lassen.

Fazit:

Die Fachtagung war ein gelungenes Beispiel eines kooperativen Diskurses über anstehende Herausforderungen in der Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung. In Berlin sind dazu in erheblichem Maße modellhafte Projekte und Kooperationsvereinbarungen sowie Guidelines entwickelt worden bis hin zu einem sinnvollen Finanzierungssystem der medizinischen und psycho-sozialen Hilfen.