

Substitution in einer flächigen Versorgungs- region:

Das Beispiel „Saalekreis“ in Sachsen-Anhalt

Schwerpunktseminar „Drogenarbeit“, Leitung Prof. Dr. phil. habil. Gundula Barsch



2011

Dieser Bericht ist das Resultat der Arbeit des Schwerpunktseminars „Soziale Arbeit mit Drogenkonsumenten“, das sich der Thematik im Wintersemester 2010/2011 unter der Leitung von Frau Prof. Dr. oec. Dr. phil. habil. Gundula Barsch angenommen hat.

AutorInnen des vorgelegten Berichts:

Andrea Hillmann

Bianca Lenhardt

Carsten Fleck

Christian Drewes

Christian Zimmermann

Jennifer Peter

Karsten Hennicke

Mareen Müller

Nadja Schaarschmidt

Nicole Müller

Toni Wünsche

Ulrike Baumgarten

Inhalt:

<u>1 Einleitung.....</u>	<u>5</u>
<u>2 Substitution als ein ganzheitliches Hilfeangebot für Opiatabhängige.....</u>	<u>6</u>
<u>2.1 Zum Grundverständnis von Substitution</u>	<u>6</u>
<u>2.2 Ziele einer ganzheitlichen Substitution</u>	<u>8</u>
<u>2.3 Die Partner eines ganzheitlichen Substitutionsregimes.....</u>	<u>11</u>
<u>2.4 Allgemeine Anforderungen an ein ganzheitliches Substitutionsregime.....</u>	<u>12</u>
<u>2.5 Zur Qualität eines Substitutionsregimes.....</u>	<u>14</u>
<u>3 Ganzheitliche Substitution in einer flächigen Versorgungsregion: Aktuelle Entwicklungen und neue Erfordernisse</u>	<u>15</u>
<u>3.1 „Auf dem platten Lande“ – das Beispiel Saalekreis in Sachsen-Anhalt.....</u>	<u>17</u>
<u>3.1.1 Ganzheitliche Substitution: Versorgungsbedarf im Landkreis Saalekreis </u>	<u>17</u>
<u>3.1.2 Die regionalen Gegebenheiten einer flächigen Versorgungsregion</u>	<u>17</u>
<u>3.1.3 Der Bedarf an Substitution.....</u>	<u>20</u>
<u>3.1.4 Die Situation des medizinischen Teils der Substitution</u>	<u>21</u>
<u>3.1.4.1 Die Situation der ärztlichen Versorgung im Landkreis allgemein </u>	<u>21</u>
<u>3.1.4.2 Der medizinische Teil der Substitution.....</u>	<u>21</u>
<u>3.1.4.3 „Ein langer Tag mit Hindernislauf über bürokratische Hürden“ </u>	<u>22</u>
<u>3.1.4.4 Krankenhäuser als komplementäre Institutionen für Substitutionsbehandlungen.....</u>	<u>24</u>
<u>3.1.4.5 Die Situation der Apotheken.....</u>	<u>25</u>
<u>3.1.4.6 Die Rolle der Krankenkassen bei der Ausgestaltung einer ganzheitlichen Substitution.....</u>	<u>26</u>
<u>3.1.5 Psycho-sozialen Hilfeangebote für Substituierte.....</u>	<u>28</u>
<u>3.1.5.1 Die psycho-soziale Hilfestellung im Rahmen der Substitution</u>	<u>29</u>
<u>3.1.5.2 Die Rolle der Drogenberatungsstellen im Rahmen einer Substitution.....</u>	<u>33</u>
<u>3.1.5.3 Die Angebote an Drogenberatung für den Saalekreis.....</u>	<u>34</u>
<u>3.1.6 Die Situation für substituierte Klienten/Patienten.....</u>	<u>37</u>
<u>3.1.6.1 Die Situation für substituierte Klienten/Patienten: Vor der Aufnahme einer Substitution.....</u>	<u>37</u>
<u>3.1.6.2 Die Situation für substituierte Klienten/Patienten: Der Einstieg</u>	

in die Substitution.....	39
3.1.6.3 Die Situation für substituierte Klienten/Patienten: Der Alltag in die Maintenance-Substitution	41
4 Quellen:.....	42

1 Einleitung

Dieser Bericht stellt die Daten und Expertisen dar, die von regionalen Partnern zwischen Oktober 2010 und Januar 2011 zusammengetragenen wurden, präsentiert die in der studentischen Arbeitsgruppe erarbeiteten Analysen und deutet Diskussionen um Veränderungsmöglichkeiten an, die während des Arbeitsprozesses entwickelt wurden.

Das Hauptziel der Arbeit bestand darin, eine Kartographie von Problemlagen bei der Versorgung mit Substitutionsbehandlungen in einem flächigen Versorgungsgebiet zu erarbeiten. Das bedeutet zum einen, dass die vielfach beklagten Probleme und Schwierigkeiten bei der Durchsetzung dieser hilfreichen Therapie für Opiatabhängige nicht nochmals allgemein betrachtet werden. Der Schwerpunkt der Arbeit lag vielmehr darin, sowohl die besonderen Hindernisse, aber auch die möglichen Vorteile herauszuarbeiten, die sich aus dem Etablieren von Substitution in einer flächigen Versorgungsregion ergeben. Zum anderen ist zu beachten, dass die Fragestellungen, Problembestände und Sichtweisen nicht allein durch die sehr verschiedenen Perspektiven der an einer Substitution beteiligten Institutionen und Personen äußerst unterschiedlich sind. Unterschiedliche Handlungsmöglichkeiten ergeben sich auch aus den divergierende Interessenlagen und dem Ausmaß, mit dem die jeweils Beteiligten von Gesetzen und Regelungen tangiert werden. Dieser Bericht hat zum Ziel, diese Unterschiede aufzublenden und darzustellen, wo Unterschiede überbrückbar sind und wo sie sich zu Konflikten aufstauen könnten, wenn nicht besondere Regelungen getroffen werden. Es liegt auf der Hand, dass Substitution nur dann erfolgreich ist, wenn die beteiligten Institutionen und zukünftig einzubeziehenden Partner zu einem gemeinsamen Arbeitsprozess befähigt werden.

Mit diesem Anspruch stellt der vorliegende Bericht Anforderungen und Modernisierungserfordernisse dar, unter denen die Substitution steht, wenn sie als Standardangebot auch in einer flächigen Versorgungsregion verfügbar werden soll.

2 Substitution als ein ganzheitliches Hilfeangebot für Opiatabhängige

2.1 Zum Grundverständnis von Substitution

Die Sichtweise darauf, was eine Substitution im Rahmen der Bewältigung einer Opiatabhängigkeit leisten kann, hat weitreichende Konsequenzen erstens für die Vorstellungen und Konzepte zu dieser Hilfeform, zweitens für die Anerkennung von Hilfebedürfnisse, die durch die Klienten geäußert werden, drittens für die an diesem Hilfeprozess zu beteiligenden Institutionen und Partnern sowie viertens für die Rechte und Pflichten der Klienten, die sich für eine Substitution entscheiden.

Abhängigkeit als eine bio-psycho-soziale Komplikation mit Krankheitswert verstehen

In Deutschland und allen anderen europäischen Ländern wird sich im Verständnis von Abhängigkeit an den Leitideen orientiert, die den verbindlichen Diagnosestandards des ICD-10¹ und des DSM-IV² zugrunde liegen. Danach ist Abhängigkeit ein *komplexes Problembündel*, das mit einem problematischen Konsum psycho-aktiver Substanzen einhergeht, das sich sowohl in physischen, als auch psychischen und nicht zuletzt sozialen Merkmalen der Lebenssituation eines Konsumenten zeigt und sowohl für den Konsumenten selbst als auch für sein soziales Umfeld Störungen und Leiden mit Krankheitswert verursachen kann.

Die Berechtigung, von Abhängigkeit zu sprechen, ergibt sich jedoch erst *ab einer bestimmten Dramatik in Form von Bündelungen bestimmter Problembereiche* (mindestens drei der zu beurteilenden Indikatoren müssen vorliegen) *und einer zeitlich anhaltenden Belastung* (über den Zeitraum einer 12-Monats-Periode). Es liegt in der Natur des komplexen Handlungsmusters „Abhängigkeit“, dass sich die jeweiligen Problembereiche nicht immer separieren lassen, sondern in der Regel eng miteinander verflochten sind: Einschränkungen im körperlichen Befinden gehen in der Regel immer auch mit Missbefinden im psychischen Bereich einher, die ihrerseits nicht ohne Auswirkungen auf die sozialen Bezüge bleiben. Insofern ist die Symptomatik einer Abhängigkeit eher als ein Gefüge komplexer Interdependenzen zu verstehen, die sich wechselseitig aufschaukeln. Diese dürfen nur gedanklich voneinander getrennt werden – in der Realität sind sie eng miteinander verwoben.

Mit der Diagnose „Abhängigkeit“ wird ein sehr heterogenes Störungsbild erfasst, das sich in jedem einzelnen Fall immer mit individuellen Besonderheiten darstellen kann. In den beiden genannten diagnostischen Inventaren werden deshalb keine Vorgaben gemacht, welche Indikatoren obligatorisch vorliegen müssen, um Abhängigkeit diagnostizieren zu

¹ ICD 10 = Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen der WHO (für das deutsche Gesundheitssystem bindend) (vgl. Dilling, H.W., Mombou, M., Schmidt, H.: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. 2. Auflage. Huber, Bern 1993)

² DSM IV = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und statistisches Handbuch psychiatrischer Störungen der Psychiatrischen Vereinigung Amerikas) (vgl. Sass, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M.: Diagnostisches u. Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV, Hogefte 1996)

dürfen.

Eine behandlungsbedürftige Abhängigkeit von illegalisierten Opiaten ist gekennzeichnet durch komplex miteinander verwobene körperliche, psychische und soziale Störungen und Probleme, die sich über einen langen Prozess zu einem bedrückenden Ausmaß aufgetürmt haben und sowohl beim Klienten als auch in seiner Umgebung einen großen Leidensdruck bewirken. Für deren Bewältigung ist ein umfassender Prozess aus Therapie und Hilfestellung angezeigt. Auch Substitution muss diesen Anforderungen entsprechen.

Substitution: Ein komplexer und ganzheitlicher Prozess an Hilfe und Unterstützung

Folgerichtig muss eine Substitution ganzheitlich angelegt sein und kann sich keinesfalls nur auf einzelne Bereiche (z. B. die medizinische Behandlung) beschränken. Vielmehr leiten sich die Ansätze und Ziele einer Substitution aus Erfordernissen ab, die Änderungen beinhalten müssen im:

- Medizinischen
- Psychischen und
- Sozialen Bereich.

Es ist davon auszugehen, dass die einzelnen Bereiche nicht unabhängig voneinander existieren, sondern sich wechselseitig beeinflussen. Zwischen den einzelnen Änderungsbereichen gibt es nicht nur Interdependenzen. Die angestrebten Veränderungen sind vielmehr als ein holistisches System zu verstehen, in dem die Entwicklung eines Bereiches immer in Abhängigkeit vom Entwicklungsstand in anderen Bereichen erfolgt. Deshalb braucht es Maßnahmen und Entscheidungen, die nicht nur ein Ziel realisieren/ein Merkmal (nacheinander) beachten, sondern immer mehrere Aspekte des Systems gleichzeitig! Folgerichtig sind die durch Substitution anzuschubenden Veränderungen in den einzelnen Bereichen als komplexe und vernetzte Interventionen zu gestalten, die weit über die Möglichkeiten eines medizinischen Behandlungssystems hinaus gehen müssen³.

Wesentliches Modernisierungserfordernis der gegenwärtig vor allem medizinisch verstandenen und organisierten Substitutionsbehandlungen ist die Entwicklung eines vernetzten Hilfesystems, in dem über die bereits beteiligten Ärzte und psycho-sozial betreuenden Drogenberater hinaus weitere Institutionen des sozialen Hilfesystems mit komplementären Leistungen einbezogen werden müssen.

Substitution: Eine Standardbehandlung für alle, die sie benötigen

Auch in Deutschland ist die Substitution mit mehr als 76 000 Patienten, die sich 2010 in einer solchen Behandlung befanden (vgl. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte), zu einer anerkannten Behandlung geworden. Nach mehr als 50 Jahren internationaler Erfahrungen (1963 Start der ersten Programme in New York durch Vincent

³ Deshalb wird im Folgenden auch nicht von Substitutionsbehandlungen gesprochen, sondern von Substitution.

P. Dole und Marie Nyswander) und nach mehr als 20 Jahren Substitutionspraxis in Deutschland gehört die Substitution längst in den Bereich evidenz-basierter Medizin. Während dieser Zeit haben sich die geltenden Regelungen und Richtlinien, aber auch die Art der Umsetzung und die gesellschaftliche Akzeptanz des Ansatzes, eine Ersatzdrogenvergabe als Teil einer Therapie bei Abhängigkeit zu praktizieren, mehrfach geändert.

Rechtslage

Heute kann davon ausgegangen werden, dass Substitution keine Ausnahmebehandlung für ausgewählte Klienten in ausgewählten Behandlungssettings ist, sondern eine Standardbehandlung, auf die die Betroffenen einen Rechtsanspruch haben. Opiatabhängige, die von einer Substitution profitieren können, müssen eine Chance haben, diese für sie adäquate biopsychosoziale Hilfe auch in Anspruch zu nehmen. Dieses Recht darf ihnen nicht durch schwierige Umstände und den Verweis auf schlecht entwickelte Versorgungsbedingungen versagt oder durch unzumutbare Bedingungen bei der praktischen Umsetzung verunmöglicht werden.

Substitution: Ein auf den individuellen Fall zugeschnittenes Hilfeangebot

Bereits in den verbindlich vorgegebenen Klassifikationssystemen für Abhängigkeit wird davon ausgegangen, dass die Ursachen ebenso wie die drogenbedingten Problemlagen und deren Auswirkungen auf die Lebenslage und die Lebensperspektiven der Betroffenen erheblich variieren und deshalb immer bezogen auf den individuellen Einzelfall befundet und diagnostiziert werden müssen. Vorgegebene Stereotype und Standardisierungen in den Herangehensweisen können dazu führen, dass auf der einen Seite schwerwiegende und die Dynamik antreibende Probleme und Einflüsse übersehen werden und auf der anderen Seite Vorurteile und Vorverurteilungen sich zu Stigmata auswachsen, die auf die Klienten übertragen werden und deren Selbstbild und Selbstwirksamkeitsgefühle beschädigen.

Konsens besteht darin, dass Abhängigkeit ein heterogenes Störungsbild hat. Deshalb kann Substitution nur bedingt allgemein gültigen Vorgaben und Normativen unterstellt und auf diese Weise standardisiert werden. Vielmehr müssen sich die jeweils anzustrebenden Leitideen einer Intervention aus den Problemkonstellationen des individuellen Einzelfalls ableiten. Deshalb ergeben sich aus den herausgearbeiteten Zielen der Substitution sehr unterschiedliche Hilfeplanungen, aus denen ein auf den jeweiligen Fall bezogenes Substitutionsregime zu entwickeln ist.

2.2 Ziele einer ganzheitlichen Substitution

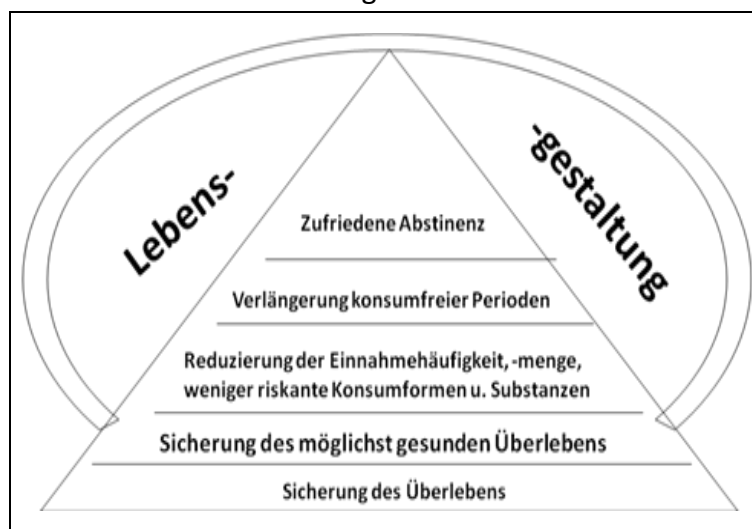
In den heute gültigen Regelungen zur Substitution wird als oberstes anzustrebendes Ziel die Abstinenz des Klienten von psycho-aktiven Substanzen herausgestellt. Die

jahrzehntelangen praktischen Erfahrungen mit Substitution verweisen jedoch darauf, dass mit einer alleinigen Fixierung auf diese Zwecksetzung die weit darüber hinausgehenden Chancen und Möglichkeiten einer Substitution ungenutzt bleiben. Diese reichen von sehr anforderungsarmen Zielen wie die „Sicherung des Überlebens“ über die „Überwindung konsumbedingter biopsychosoziale Problemlagen“ bis zu Zielen, die hohe Anforderungen an die Änderungsbereitschaft und -fähigkeit der Klienten und die Unterstützungsmöglichkeiten des psycho-sozialen Hilfesystems stellen: eine „zufriedene Abstinenz“ und eine „Wiedereingliederung und soziale Integration“, eine „geglückte Lebensgestaltung“.

Vor diesem Hintergrund lassen sich die Ziele einer Substitution nach medizinischen, psychischen und sozialen Gesichtspunkten wie folgt weiter ausdifferenzieren.

Medizinische Ziele:

- Senkung der Mortalitäts- und Morbiditätsraten unter Opiatabhängigen durch frühzeitige Erreichbarkeit und damit Behandlung der Vor-, Begleit- und Folgekrankheiten.
- Herstellung von Behandlungsfähigkeit bei lebensbedrohlichen Erkrankungen.
- Überbrückungsbehandlung (z. B. bei terminlich geplanten Abstinenztherapien) als Grundlage für die Stabilisierung und Weiterentwicklung einer Veränderungsmotivation.
- Verhindern einer weiteren Verschlechterung des Gesundheitszustandes und Wiederherstellung bzw. Verbesserung der körperlichen und psychischen Gesundheit als Grundlage einer umfassenden sozialen Integration.



- Körperlicher Schutz für Mutter und Kind während der Schwangerschaft und nach der Geburt als Grundlage für eine gelingende Elternschaft.
- Vorläufige Stabilisierung in einer Krisensituation auch mit der Intention, den

Patienten/Klienten im Hilfesystem zu halten.

Ziele im psychischen Bereich:

- Wiederherstellen und Erweitern von Freiheitsspielräumen/Autonomie durch die Aufgabe der absoluten Dominanz des Drogenkonsums und eine Beendigung eines Hintanstellens anderer Lebensinhalte.
- Verhindern von Perspektivlosigkeit bzw. Entwickeln einer zufriedenstellenden Perspektive mit Klärung von Sinnfragen, Prioritäten, Erschließen von Kraftquellen,

Chancen für das Finden von Erfüllung, Hoffnung u. ä.

- Entwicklung, Wiederherstellung und Stabilisierung von Beziehungs- und Liebesfähigkeit.
- Entwicklung eigener Fähigkeiten und Fertigkeiten, insbesondere auch von Skills für die erfolgreiche Bewältigung von Anforderungen und Aufgaben in verschiedenen Lebensbereichen (Familie, Nachbarschaft, Arbeit, Ehrenamt usw.).
- Verhindern der Übernahme von Stigmata, die mit Abhängigkeit verknüpft werden, in die Identität des Klienten bzw. Entwicklung eines emanzipierten Selbstbildes mit einem realitätsbezogenen Blick auf die eigenen Stärken und Schwächen.
- Entwicklung von drogenspezifischem Wissen zur körperlichen und psychischen Gesundheit, zum Erkennen von Risikosituationen und Bewältigungsstrategien bei drogenbezogenen Problemen.

Ziele im sozialen Bereich:

- Verhindern von weiterer Kriminalität und Beschaffungsprostitution und daraus resultierender Illegalität bzw. Beendigung der Illegalität.
- Verhindern einer fehlenden beruflichen und sozialen Integration bzw. Erreichen sozialer und beruflicher Reintegration („Herauswachsen aus der Sozialhilfe“).
- Verhindern von Einsamkeit und sozialer Isolation der Betroffenen bzw. Wiederherstellen und Erweitern sozialer Bezüge und eines sozialen Netzwerkes aus Familie, Freunden, Nachbarn etc.
- Erreichen von stabilem Wohnraum und einer gelingenden Bewältigung des Alltags (Haushalt, Wäsche, Wirtschaften).
- Eröffnung von Lebensbezügen (Beruf, Ehrenamt, sinnvolles Tun), über die Leistung, Anerkennung, Tagesstruktur und Selbstwertschätzung nachhaltig erworben werden können.
- Anbahnung von Bezügen zur Unterstützung von Veränderungsmöglichkeiten, Hilfe zur Selbsthilfe, Befähigung, sich im Hilfesystem zurechtzufinden und rechtzeitig Hilfe in Anspruch zu nehmen.
- Umgang mit Justiz und Bewältigung von Strafen.

In seiner holistischen Anlage ist das Ziel einer ganzheitlichen Substitution⁴ das Erreichen bzw. das Wiederherstellen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens. Ganzheitliche Substitutionsregimes, die diesem Gesamtziel verpflichtet sind, können sich nicht allein auf Leistungen und Methoden beschränken, die von den bereits beteiligten Ärzten und psychosozial betreuenden Drogenberatern und damit von einem spezialisierten Hilfesystem in diesen Prozess eingebracht werden können. Vielmehr müssen dazu auch Hilfeangebote der Regelversorgung herangezogen werden. Allerdings ist dabei für jeden

⁴ Der Begriff „ganzheitliche Substitution“ scheint deshalb angemessen, weil nicht nur eine illegalisierte Substanz durch ein legales Medikament ersetzt wird, sondern die angestrebten Veränderungen im psychischen und sozialen Bereich ebenfalls mit der Ablösung von Lebensroutinen und sozialen Bezügen zusammenhängen, die sich für den Klienten als nicht gelungen/nicht passend oder sogar als unproduktiv erwiesen haben und deshalb durch neue oder veränderte soziale Strukturen, Lebensperspektiven, Alltagsgewohnheiten u. ä. ersetzt werden müssen.

individuellen Fall zu prüfen, wieweit dabei eine fachspezifische Konsultation, Fallberatung, Begleitung oder Betreuung notwendig ist.

2.3 Die Partner eines ganzheitlichen Substitutionsregimes

Evidenzbasiert zeichnen sich folgende Bereiche als hilfreich und entscheidend für eine erfolgreiche Substitution ab (vgl. Wüllenweber, Schaefer 2010):

- Überlebenssicherung: Hilfen bei der Vermittlung von Wohnraum bzw. Sicherung des Wohnraums, Hilfen bei der Antragstellung von Leistungsbezügen (SGB XII, ALG I, ALG II), Hausbesuche, Schuldenregulierung.
- Umgang mit der Justiz: Kontakt zu Bewährungshelfern, Vereinbarung von Ratenzahlungen bei Geldstrafen.
- Beschäftigung/Arbeit: Tagesstrukturierende Maßnahme, Ermittlung der Belastungsfähigkeit, Vermittlung in Arbeitsprojekte und Trainingsmaßnahmen, Aus- und Weiterbildung.
- Teilhabe am gesellschaftlichen Leben/soziales Umfeld: Aufbau von tragfähigen Beziehungen außerhalb der Drogenszene, Wiederherstellung von Familien- und Partnerbeziehungen, Vermittlung von familienunterstützenden Angeboten, Zusammenarbeit mit dem Jugendamt.
- Behandlung der Abhängigkeit: Vermittlung von Entgiftung, Vermittlung notwendiger komplementärer Therapien (sowohl ambulant als auch stationär).

Aus diesen Aufgabenfeldern leitet sich ab, dass in ein ganzheitliches Substitutionsregime folgende Institutionen einzubinden sind:

- Auf die Behandlung von Abhängigkeit spezialisierte Ärzte.
- Komplementär agierende Ärzte, die vorgeschriebene regelmäßige Routineaufgaben übernehmen (z. B. tägliche Vergabe des Substitutionsmittels, hausärztliche Versorgung).
- Auf die Behandlung von Abhängigkeit spezialisierte Beratungsstellen.
- Komplementär agierende Beratungsstellen, die eine Begleitung in lebenspraktischen Angelegenheiten übernehmen können (Wohnen, Wirtschaften, Bewältigung des Alltags, Schuldenregulierung).
- Agenturen für Arbeit mit Arbeitsvermittlung, Arbeitstraining, Aus- und Weiterbildung.
- Sozialprojekte mit tagesstrukturierenden Angeboten und Beschäftigungsmöglichkeiten.
- Leistungsträger wie Sozialamt, Krankenkassen.
- Bewährungshelfer.
- Jugendamt mit Familienhilfen, Erziehungsberatung, Familienhebammen.

Die dargestellte Vielzahl der für ein komplexes Substitutionsregime einzubindenden Partner verdeutlicht bereits die Schwierigkeiten, Substitution als einen aufeinander bezogenen,

ganzheitlichen Prozess zu gestalten: Durch die unterschiedliche Sichtweisen, Intentionen und Handlungsmöglichkeiten der beteiligten Partner (finanziell, durch gesetzliche Regelungen vorgegeben, Rückgriff auf Ressourcen) sind Schnittstellenprobleme und Reibungsverluste bereits strukturell angelegt. Diese machen es schwierig, die jeweils eingebrachten Einzelleistungen zu einem produktiven Ganzen zu formieren. Unübersehbar ist, dass mit dem Einbezug mehrerer Partnern auch der Aufwand an Koordinierung und Management steigt und schließlich ein eigenständiges Aufgabengebiet begründet, das in einer flächigen Versorgungsregion nur mobil realisiert werden kann.

2.4 Allgemeine Anforderungen an ein ganzheitliches Substitutionsregime

Die Tatsache, dass in einem ganzheitlichen Substitutionsregime *erstens* Besonderheiten einer Abhängigkeitserkrankung zu berücksichtigen sind, *zweitens* daran immer mehrere Partner mitwirken, die nicht folgerichtig in einem einheitlichen institutionellen Rahmen agieren und in einer verbindlichen regelmäßigen Kommunikation stehen und *drittens* der Rahmen dieses Regimes durch gesetzliche Regelungen bis hin zum Strafgesetz vorgegeben ist, stellt die Gestaltung des Substitutionsregimes unter besondere Herausforderungen:

Starrheit und Flexibilität der Angebotsstruktur: Erhebliche Einschränkungen in den Möglichkeiten, ein Substitutionsregime entsprechend den individuellen Erfordernissen des Einzelfalls zu gestalten, ergeben sich nicht allein aus den gesetzlichen Regelungen. Auch die Breite, der in einer Versorgungsregion vorgehaltenen Angebote an Hilfe und Unterstützung nimmt darauf Einfluss, wieweit auf besondere Bedürfnisse der Klienten eingegangen werden kann. Insbesondere in flächigen Regionen reduzieren sich in der Regel die Möglichkeiten, durch unterschiedliche institutionelle Angebote eine Palette an Wahlmöglichkeiten anzubieten. Auf der anderen Seite sorgen die gewachsenen stärkeren informellen Kontakte in überschaubareren Wohnorten dafür, dass Privates und Öffentliches weniger starr voneinander abgegrenzt wird. Insofern bietet eine flächige ländliche Region besondere Chance, *erstens* den ländlichen Raum als wertvolles Lebensumfeld zu entdecken, *zweitens* gemeinschaftliches Wirken anzuregen, *drittens* Erwerbsarbeit und Selbstsorge kreativ in neuen Formen und aktiv in eigener Regie zu gestalten und *viertens* alte und neue soziale Netzwerke zu aktivieren. Insofern kann das Leben im ländlichen Raum auch als Ressourcen für ein Substitutionsregime genutzt werden.

Spannungsverhältnis zwischen Kontrolle und Vertrauen: Nicht nur die vorgegebenen gesetzlichen Regelungen, sondern auch das in der Regel ambulante Substitutionsregime, die in vielen Fällen zunächst noch existierenden, starken sozialen und emotionalen Bezüge der Klienten zur illegalisierten Drogenszene und die in einigen Fällen eingeschränkten Fähigkeiten zur eigeninitiativen Gestaltung erfolgreicher Ausstiegsprozesse aus Abhängigkeit bringen Notwendigkeiten und Begehrlichkeiten in Bezug auf eine starke Kontrolle der Klienten hervor. Diese Kontrollbestrebungen können sich einerseits als struktur- und haltgebend

erweisen, andererseits aber auch Selbstbild, Selbstwert und Vorstellungen zu Selbstwirksamkeit und Eigenermächtigung der Klienten untergraben. Während Substitutionsregimes in spezialisierten Behandlungen größerer Städte die dort geschaffenen institutionellen Zusammenhängen für institutionelle Kontrolle nutzen, bietet das Leben im ländlichen Raum Möglichkeiten, institutionelle Kontrolle durch informelle Kontrolle zu ersetzen/zu ergänzen, so dass das Spannungsverhältnis zwischen Vertrauen und Kontrolle produktiv und auf neue Weise balanciert werden kann.

Psycho-soziale Hilfesystemstellung⁵ als obligatorischer oder freiwilliger Bestandteil der medizinischen Behandlung: Nicht nur die vorgegebenen Regelungen, sondern auch die sehr unterschiedlichen individuellen Entwicklungsprozesse, die von den Klienten im Zuge einer Substitution bewältigt werden müssen, aber auch die ökonomischen Begehrlichkeiten der Leistungsträger von Substitution, die eher auf eine Standardisierung und damit oft auch Begrenzung notwendiger komplexer Leistungen drängen, werfen immer wieder die Frage auf, für wen, wann und mit welchen Zielen eine psycho-soziale Betreuung notwendig und sinnvoll ist. Nicht nur in Anbetracht der eingeschränkten Möglichkeiten einer flächigen Versorgungsregion stellt sich jedoch die Frage, wieweit/wie lange im Rahmen eines ganzheitlichen Substitutionsregimes eine auf Abhängigkeit spezialisierte psycho-soziale Betreuung notwendig und richtig ist und wann und unter welchen Bedingungen wesentliche Aufgaben einer solchen Unterstützung durch das Regelsystem Sozialer Dienste übernommen werden könnte/sollte. Diese Fragestellung rechtfertigt sich nicht allein durch die Chancen für eine größere Erreichbarkeit von Hilfe und Unterstützung, wenn vor Ort verfügbare Regelleistungen auch für ein Substitutionsregime in Anspruch genommen werden können. Sie stellt sich auch mit Blick auf die dadurch möglichen Prozesse einer Normalisierung und die Chancen für eine Ablösung aus einem Hilfesystem, von dem eine nicht zu unterschätzende Haltekraft und damit auch Wirkungen einer Ghettoisierung auszugehen vermögen.

Angesichts der vielen widerstreitenden Aspekte, die sich bei der Gestaltung eines ganzheitlichen Substitutionsregimes stellen, ist insbesondere im Zuge der Modernisierung der Substitution die Frage gestellt, wieweit und wie lange eine spezialisierte Behandlung notwendig ist und unter welchen Bedingungen sowohl die ärztliche Behandlung als auch die psycho-soziale Hilfestellung eine Basisaufgabe ist, die an die Systeme der normalen

⁵ Bis heute wird in Fachkreisen in der Regel kurz über „psB“ gesprochen, wenn es um psycho-soziale Hilfestellungen geht. Damit wird jedoch in der Regel nicht deutlich, was genau gemeint ist. Ohne inhaltliche Unterscheidung werden Begriffe wie Beratung, Begleitung, Betreuung und Behandlung synonym verwendet, obwohl sich wesentliche Unterschiede mit den jeweils angesprochenen Methoden psycho-sozialer und therapeutischer Arbeit verbinden. Diese begriffliche Diffusität soll hier beseitigt werden, indem von psycho-sozialen Hilfestellungen als Begriff allgemeiner Ordnung gesprochen wird, die in Form von Beratung, Begleitung, Betreuung und Behandlung erfolgen können. Mit einer solchen Unterscheidung lassen sich auch die jeweils einzubringenden Fachkompetenzen klarer benennen, so dass auch nachvollziehbar wird, welche Akteure in diesem Prozess zu beteiligenden sind.

Regelversorgung übertragen werden können.

2.5 Zur Qualität eines Substitutionsregimes

In Anbetracht der Tatsache, dass an einem ganzheitlichen Substitutionsregime sehr verschiedenen Institutionen und Personen beteiligt sind, können auch die Perspektiven und die verfolgten Ziele einer Substitution sehr unterschiedlich sein, so dass sich schließlich auch die Kriterien, an denen die Qualität eines Substitutionsregimes gemessen wird, unterscheiden. Ausgehend von den vorangestellten Zielen werden für diesen Bericht folgende Kriterien für die Bewertung der Qualität eines Substitutionsregimes herausgestellt:

Das Substitutionsregime erfährt eine hohe Akzeptanz bei den Betroffenen.

Es kann schnell eine ausreichende und flächendeckende Substitution begonnen werden.

Bezogen auf die jeweils konkreten Fälle ist ein rechtzeitiger Beginn möglich (d. h. vor Eintritt schwerwiegender physischer, psychischer und sozialer Probleme).

Die Gesamtorganisation ermöglicht differenzierte und individuelle Interventionen.

Rehabilitationsbehindernden Strukturen (z. B. Abgaberegelungen, Stigmatisierungsprozesse und Paternalismus statt Selbstermächtigung, Klientelisierung statt Emanzipation) werden konsequent vermieden.

In allen Lebensbereichen werden Normalisierungsprozesse gefördert.

3 Ganzheitliche Substitution in einer flächigen Versorgungsregion: Aktuelle Entwicklungen und neue Erfordernisse

Nach mehr als 20 Jahren Praxis hat sich die Substitution von einem zunächst heftig attackierten Ansatz zu einer heute breit durchgesetzten Behandlung entwickelt, die vor allem durch ihren deutlich positiven Einfluss auf die Senkung von Mortalität und Morbidität unter Opiatabhängigen überzeugt. Im Prozess ihrer Etablierung hat sich Substitution kontinuierlich entwickelt. Dabei sind nicht nur praktische Erfahrungen zur Gestaltung eines erfolgreichen Behandlungsregimes gesammelt und die Qualität der dazu notwendigen fachlichen Arbeit erhöht worden. In diesen Jahren ist die Substitution, wie kaum eine andere Behandlungsform⁶, auch zahlreichen Regelungen und gesetzlichen Vorgaben unterstellt worden, deren Verbindlichkeit explizit zusätzlich durch das Strafgesetzbuch durchgesetzt wird. Starteten die ersten Substitutionsbehandlungen in der Regel in kleinen Arztpraxen, die den drängenden Bedarf der Patienten mit der Vergabe von Medikamenten realisierten, die zunächst keinen speziellen Regelungen unterlagen (z. B. Codeinpräparate), ist die Substitutionsbehandlung heute zu einer voraussetzungsreichen spezialisierten Behandlungsform geworden. Die Regelungen zur obligatorischen psycho-sozialen Hilfestellung, zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung und nicht zuletzt die drogenpolitischen Regelungen, die die Ordnungsmäßigkeit des Umgangs mit Betäubungsmitteln sichern sollen, haben aus einer Behandlung, die zunächst im Rahmen einer ärztlichen Basisversorgung realisierbar war, eine anforderungsreiche Behandlung gemacht, deren Realisierung und Erfolg vom Vorhandensein eines spezialisierten und ausdifferenzierten Hilfesystems im Umfeld abhängt.

Von der Basisversorgung zur spezialisierten und zentralisierten Behandlung

Eine chronisch rezidive Opiatabhängigkeit ist als eine komplexe biopsychosoziale Erkrankung zu verstehen, deren Bewältigung nur in wenigen Fällen durch eindimensionale Hilfen gelingt. Die in der Regel vorliegenden komplexen Problemlagen machen vielmehr eine auf den individuellen Bedarf zugeschnittene, ganzheitliche Substitution notwendig, in der vielfältige und aufeinander bezogene medizinische, psychologische (psychoedukative, psychotherapeutische) und soziale Unterstützungsmaßnahmen zu einer Gesamtintervention zusammengestellt werden können.

Die bisherige Art der Regelung und die sich daraus entwickelnde Praxis haben dazu geführt, dass die für Substitution nötigen Voraussetzungen heute in der Regel in Metropolen und größeren Städten geschaffen werden können. Sie haben sich deshalb als zentralisierte Behandlungsstrukturen auch schwerpunktmäßig in diesen Wohnorten etabliert. Durch ihre besonderen regionalen Bedingungen werden kleinere Städte, Gemeinden und insbesondere flächige Versorgungsregionen mit eher ländlichem Charakter von diesen Anforderungen überfordert. Dies hat zum einen die Folge, dass diese effektive Behandlungsform den Einwohnern dieser Wohnorte nicht vor Ort zur Verfügung steht und die von den Betroffenen zurückzulegenden Entfernungen zu den Orten der Hilfeleistung eine erfolgreiche Substitution erheblich erschweren. Zum anderen entwickeln sich daraus Verwerfungen, die sowohl die betroffenen Herkunftsregionen belasten, als auch Städte mit

⁶ Auch der Schwangerschaftsabbruch ist ähnlichen gesetzlichen Hürden unterstellt.

vorhandenen Versorgungsstrukturen für eine Substitution unter enormen Druck und kaum einlösbare Erwartungen setzen.

Der moderne Schwarzmarkt kommt zu jedem

Anders, als viele Jahre angenommen, sind illegalisierte Substanzen nicht allein in größeren Städten und Metropolen verfügbar. Neue Medien, moderne Kommunikationsmittel und gewachsene Mobilität haben längst zu Veränderungen in den Strukturen des Schwarzmarktes geführt, durch die auch in kleineren Städten eine komfortable Verfügbarkeit für potentielle Konsumenten entstanden ist. Folgerichtig wird auch unmittelbar vor Ort konsumiert; so dass auch der Bedarf an Hilfe zur Bewältigung möglicher Probleme mit illegalisierten Substanzen nicht mehr nur in Zentren signalisiert wird, die bisher als die wichtigsten Umschlagplätze für illegalisierte Drogen und als Brennpunkte einer florierenden Drogenszene galten. Vermehrt stehen nunmehr auch die Regionen, in denen die Klienten zu Hause sind und damit eben auch Kleinstädte, Gemeinden und Landkreise vor der Herausforderung, entsprechende Versorgungsstrukturen zu schaffen. Dieser Bedarf wird jedoch oft auf den ersten Blick nicht sichtbar, da typischerweise nicht eine große Zahl von Klienten in die Substitution drängt, sondern sich in kleinen Orten eher kleine Gruppen zusammenfinden und möglicherweise auch gemeinsam beschließen, Substitution nachzufragen.

Es liegt auf der Hand, dass unter den besonderen regionalen Gegebenheiten von Kleinstädten und Landkreisen einerseits nicht eine exorbitant hohe Zahl Betroffener eine Substitution nachfragt und andererseits flächige Regionen und kleinere Kommunen nicht die Versorgungsstrukturen einer ganzheitlichen Substitution kopiert können, die für Großstädte entwickelt wurde und dort auch praktiziert werden kann.

Kleinere Städte, Landkreise und Gemeinden stehen vor der Herausforderung, ihrer Bevölkerung ebenfalls Angebote einer ganzheitlichen Substitution zu ermöglichen, ohne zugleich den Facettenreichtum spezialisierter Hilfeinrichtungen vorhalten zu können. Dies stellt die ganzheitliche Substitution unter einen enormen Modernisierungsdruck und fordert einen erheblichen Entwicklungsschub ein, der engagiert angegangen werden muss. Bisher wird Opiatabhängigen in vielen Regionen der Zugang zu dieser Standardbehandlung verweigert, weil es aus sehr verschiedenen Gründen nicht gelingt, eine passende Versorgungslandschaft zu entwickeln. Die Auswirkungen dieser Situation sind nicht allein für die betroffenen Klienten/Patienten katastrophal. Mehr oder weniger deutlich laufen die negativen Effekte als Manko auch in anderen Bereichen auf und sorgen für erhebliche soziale und finanzielle Belastungen sowie für Einschränkungen in der Lebensqualität sozialer Bezüge sowohl in den Regionen, aus denen fluktuiert wird und in Regionen, in die diejenigen hineinstreben, die nach Substitution nachfragen.

3.1 „Auf dem platten Lande“ – das Beispiel Saalekreis in Sachsen-Anhalt

3.1.1 Ganzheitliche Substitution: Versorgungsbedarf im Landkreis Saalekreis

Der Bedarf an Substitution im Landkreis lässt sich nur bedingt verlässlich feststellen. Vorliegende Statistiken über Klienten, die sich in einer obligatorisch durchzuführenden „psycho-sozialen Begleitung“ befinden, weisen seit 2007 eine etwa gleichbleibende Zahl von 232 Substituierten aus, deren Wohnsitz sich im Landkreis Saalekreis oder in Halle befindet (vgl. Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt). 2009 sprachen in der auf illegalisierte Drogen spezialisierten „Drobs Halle“ 36 Klienten mit Opiatproblemen vor, die ihren Wohnsitz im Saalekreis hatten. Zusammen mit den Klienten einer weiteren Hallenser Beratungsstelle und der Beratungsstelle des Landkreises in Merseburg befanden sich 2009 35 Opiatabhängige aus dem Saalekreis in einer psycho-sozialen Begleitung. In welchem Umfang zu diesen Zahlen auch ein Bedarf zu zählen ist, der auf Grund der vor Ort gegebenen Limits in den Behandlungskapazitäten (sowohl in Bezug auf die Zahl der substituierenden Ärzten als auch bei der psycho-sozialen Hilfestellung) nicht realisiert werden konnte bzw. der durch die strukturell schwierige Versorgungssituation gar nicht erst im Hilfesystem nachgefragt wurde, kann nicht ermittelt werden.

Die statistisch erfassten Klienten in psycho-sozialer Hilfestellung werden mehrheitlich (201 Personen, darunter 29 Personen aus dem Saalekreis) in Halle durch die auf Fragen in Zusammenhang mit illegalisierten Drogen spezialisierte Drogenberatung (Drobs Halle) betreut. Unter den wenigen Personen (2009 = 28 Substituierte), die in der auf Alkoholprobleme spezialisierten Beratungsstelle (AWO) versorgt werden, kamen drei Substituierte aus dem Saalekreis. Die Beratungsstelle (Kontext), die unmittelbar dem Landkreis zugeordnet ist, betreut seit 2007 durchgehend drei Klienten, die auch in Merseburg zu Hause sind (vgl. ebenda).

Für Überlegungen zur Modernisierung der Substitution wird wichtig, dass sich in kleinen Orten auch kleine subkulturelle Konsumentenstrukturen herausbilden, die ggf. einen Bedarf nach Substitution anmelden. Deshalb fragt in flächigen Versorgungsregionen in der Regel eher eine kleine Zahl von Personen nach einer Substitution nach. In Anbetracht der bürokratischen Regelungen und Aufwendungen ist dies bezogen auf zu entwickelnde Routinen und das Management in Zusammenhang mit Substitution in gewisser Weise ein Nachteil für die beteiligten Institutionen einer ganzheitlichen Substitution. Auf der anderen Seite unterstreichen die Erfahrungen großer zentralisierter Einrichtungen, dass von einer räumlichen und zeitlichen Konzentration von Personen, die sich in Bezug auf ihre Substitution in sehr unterschiedlichen Motivationsphasen befinden, auch eine Reihe schwieriger Impulse ausgehen, die sowohl den Erfolg der Behandlung für die einzelnen Patienten untergraben, als auch das Image und die soziale Akzeptanz der an der Behandlung mitwirkenden Institutionen beschädigen können.

3.1.2 Die regionalen Gegebenheiten einer flächigen Versorgungsregion

Der Saalekreis ist aus einer Gebietsreform der Landkreise Sachsen-Anhalts hervorgegangen, die 2007 vorgenommen wurde. Mit dieser Gebietsreform wurde eine

Neuordnung nicht nur der zum Landkreis zugehörigen Regionen vorgenommen. Für Überlegungen zur Etablierung einer ganzheitlichen Substitution im Landkreis wird zugleich bedeutsam, dass auch die zuständigen Verwaltungsstrukturen sowie die finanzielle Ausstattung der einzelnen Landkreise neu geregelt wurden.

Der Saalekreis gehört mit einer Fläche von 1.433 km² und 200 227 Einwohnern (Stand Januar 2010) zu den flächenmäßig großen Landkreisen Sachsen-Anhalts. In diesem ist die Einwohnerschaft in 7 Städten, 5 Gemeinden, 1 Verbandsgemeinde und 2 Verwaltungsgemeinden beheimatet (vgl. Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt). Die durchschnittliche Bevölkerungsdichte beträgt 139 Einwohner je km² (ebenda).

Aus den regionalen Besonderheiten ergibt sich für die Versorgungslandschaft mit medizinischen und sozialen Hilfeangeboten, dass das Netz an Einrichtungen weitgespannt sein muss: Die nördlichste Gemeinde des Landkreises ist von der südlichen Kreisgrenze durch eine Entfernung von mehr 49 km getrennt, die Ost-West-Achse beträgt in ihrer weitesten Ausdehnung ca. 57 km (ebenda). In diesen Landkreis eingebettet ist die kreisfreie Stadt Halle/Saale mit 232.323 Einwohnern, die als eigenständiges Versorgungsgebiet gilt und nur bedingt Versorgungsaufgaben für den Landkreis übernimmt. Folgerichtig kann bei allen Anstrengungen kaum verhindert werden, dass eine alternde und damit auch weniger mobile Bevölkerung nicht nur für die Inanspruchnahme spezialisierter Einrichtungen, sondern auch für eine Basisversorgung erhebliche Wegstrecken zurücklegen muss. Erschwerend kommt hinzu, dass diese Patienten/Klienten mehrheitlich auf einen ausgedünnten öffentlichen Nahverkehr angewiesen sind. Diese problematischen Konstellationen ergeben sich bei der Inanspruchnahme einer ganzheitlichen Substitution mit der gleichen Schärfe.

Nach der Gebietsreform – ein großflächiger Landkreis

Zu dem Landkreis Saalekreis gehört mit ca. 36.000 Einwohnern Merseburg als mittelgroße Stadt und die Kleinstädte Bad Dürrenberg (12.481 Einwohner), Goethestad Bad Lauchstädt (9.342 Einwohner), Braunsbedra (12.077 Einwohner), Leuna (14.552 Einwohner), Mücheln (Geiseltal) (9.487 Einwohner) und Querfurt (11.994 Einwohner). Die verbleibende Bevölkerung des Saalekreises (94.294 = ca. 47 %) lebt verteilt in eher ländlichen Gemeinden, wodurch sich eine nochmals reduzierte Bevölkerungsdichte ergibt.

In den meisten ländlichen Regionen des Saalekreises dominiert die landwirtschaftliche Produktion. Zusätzlich dazu gibt es in größeren Gemeinden oft auch Gewerbegebiete, in denen handwerkliche Dienstleistungsbetriebe angesiedelt sind. Als wichtiges Merkmal kann zudem gelten, dass diese Landstriche durch Überalterung und Abwanderung einem stetigen Prozess der Verödung ausgesetzt sind. Dieser zeigt sich darin, dass für eine in ihrer Mobilität blockierte alte Bevölkerung größere Städte schwer erreichbar sind, so dass diese Regionen zunehmend isoliert werden und den Anschluss an städtische Lebensstandards verlieren. Dazu kommt, dass ökonomische Effizienzkriterien dazu führen, dass vor Ort kaum noch eine öffentliche Infrastruktur und eine breite Palette sozialer Dienste aufrechterhalten werden können und deshalb zu anderen Versorgungsformen gefunden

werden muss. Eine Wiederbelebung verödennder Regionen wäre nur möglich, wenn ausreichend Arbeitsplätze für die Bewohner entstehen. Dies ist nur für wenige Gebiete im „Speckgürtel“ der Städte gelungen, wodurch auch ein Zuzug junger Familie angeregt werden konnte. In der Mehrheit der ländlichen Gemeinden sinkt jedoch die Zahl der Einwohner stetig, wobei insbesondere durch den Wegzug junger, leistungsfähiger und qualifizierter Menschen eine Bevölkerungsstruktur entsteht, die den Landkreis versorgungspolitisch vor schwierige Herausforderungen stellt: Es müssen Versorgungsmodelle für medizinische und soziale Hilfeangebote entwickelt werden, mit denen weit voneinander entfernte Gemeinden mit einer geringen Bevölkerungsdichte und einer älteren und damit weniger gesunden, weniger leistungsfähigen und weniger mobilen Einwohnerschaft effektiv erreicht werden. Diese Herausforderung stellt sich auch für die Gestaltung einer ganzheitlichen Substitution.

Es zeichnet sich ab, dass trotz aller Anstrengungen kaum verhindert werden kann, dass eine alternde und damit auch weniger mobile Bevölkerung nicht nur für die Inanspruchnahme spezialisierter Einrichtungen, sondern auch für eine Basisversorgung erhebliche Wegstrecken zurücklegen muss und dabei mehrheitlich auf einen ausgedünnten öffentlichen Nahverkehr angewiesen ist. Diese problematischen Konstellationen ergeben sich bei der Inanspruchnahme einer ganzheitlichen Substitution mit der gleichen Schärfe. Insofern ist für die Modernisierung von Substitution festzuhalten, dass für effiziente Behandlungsangebote in einer flächigen Versorgungsregion die Entwicklung völlig neuer Versorgungsmodelle nötig ist.

Ein Landkreis mit ländlicher Prägung und überschaubaren sozialen Strukturen

Die Sogwirkung der Stadt Halle/Saale für Opiatabhängige mit Substitutionswunsch

Die Stadt Halle/Saale hat bereits in den 90er Jahren wichtige Elemente einer ganzheitlichen Substitution entwickelt, wie sie typischer Weise in ganz Deutschland praktiziert werden. Dazu gehören vier substituierende Ärzte in zwei Gemeinschaftspraxen, zwei auf die psychosoziale Hilfestellung spezialisierte Drogenberatungsstellen, ein Projekt für betreutes Wohnen mit 24 Plätzen, in dem auch Substituierte (15 Stand Dezember 2010) betreut werden. **Ein Arbeits- und Beschäftigungsprojekt, in dem auch substituierte Klienten betreut werden konnten, musste aus finanziellen Gründen 2.... schließen ???.**

Wenngleich mit dieser Angebotspalette keineswegs ideale Rahmenbedingungen für eine ganzheitliche Substitution vorgehalten werden, verfügt Halle/Saale damit gegenüber dem Landkreis Saalekreis und weit darüber hinaus auch im Vergleich zu anderen angrenzenden Landkreisen über ein Alleinstellungsmerkmal. Deshalb übt diese Stadt mit den hier existierenden Zugängen zu einer Substitution eine Sogwirkung auf alle Opiatabhängigen aus, die im näheren und weiteren Umfeld leben – eine Sachlage, die zu verhängnisvollen Entwicklungen in der Belastbarkeit der daran mitwirkenden Institutionen und zu erheblichen Komplikationen bei der Inanspruchnahme der Substitutionsangebote durch die Klienten beiträgt.

Für den zur Rede stehenden Saalekreis hat die bisher entwickelte, in Halle zentralisierte Versorgungssituation für Substitution die Konsequenz, dass Klienten aus dem flächigen Versorgungsgebiet wegen der gegebenen Zugänglichkeit zur Substitution in die Stadt streben und schließlich auch versuchen, ihren Lebensmittelpunkt nach Halle zu verlagern, sich hier ansiedeln und damit dem Landkreis verloren gehen.

3.1.3 Der Bedarf an Substitution

Der Bedarf an Substitution im Landkreis lässt sich nur bedingt verlässlich feststellen. Vorliegende Statistiken über Klienten, die sich in einer obligatorisch durchzuführenden „psycho-sozialen Begleitung“ befinden, weisen seit 2007 eine etwa gleichbleibende Zahl von 232 Substituierten aus, deren Wohnsitz sich im Landkreis Saalekreis oder in Halle befindet (vgl. Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt). 2009 sprachen in der auf illegalisierte Drogen spezialisierten Drobs Halle 36 Klienten mit Opiatproblemen vor, die ihren Wohnsitz im Saalekreis hatten. Zusammen mit den Klienten einer weiteren Hallenser Beratungsstelle und der Beratungsstelle des Landkreises in Merseburg nahmen 2009 35 Opiatabhängige aus dem Saalekreis eine psycho-sozialen Hilfestellung in Anspruch. In welchem Umfang zusätzlich dazu auch ein Bedarf zu zählen ist, der auf Grund der vor Ort gegebenen Limits in den Behandlungskapazitäten (sowohl in Bezug auf die Zahl der substituierenden Ärzten als auch bei der psycho-sozialen Hilfestellung) nicht realisiert werden konnte bzw. der durch die strukturell schwierige Versorgungssituation gar nicht erst im Hilfesystem nachgefragt wurde, kann nicht ermittelt werden.

Die statistisch erfassten Klienten in psycho-sozialer Hilfe werden mehrheitlich in Halle durch die auf Fragen in Zusammenhang mit illegalisierten Drogen spezialisierte Drogenberatung (Drobs) betreut (insgesamt 201, darunter 29 Personen aus dem Saalekreis). Unter den wenigen Personen (2009 = 28 Substituierte), die in der auf Alkoholprobleme spezialisierten Beratungsstelle (AWO) versorgt werden, kamen drei Substituierte aus dem Saalekreis. Die Beratungsstelle (Kontext), die unmittelbar dem Landkreis zugeordnet ist, betreut seit 2007 durchgehend drei Klienten, die auch in Merseburg zu Hause sind (vgl. ebenda).

Für Überlegungen zur Modernisierung der Substitution wird wichtig, dass in flächigen Versorgungsregionen in der Regel eher eine kleine Zahl von Personen nach einer Substitution nachfragt. In Anbetracht der bürokratischen Regelungen und Aufwendungen ist dies bezogen auf zu entwickelnde Routinen und das Management in Zusammenhang mit Substitution in gewisser Weise ein Nachteil für die beteiligten Institutionen einer ganzheitlichen Substitution. Auf der anderen Seite unterstreichen die Erfahrungen großer zentralisierter Einrichtungen, dass von einer räumlichen und zeitlichen Konzentration von Personen, die sich in Bezug auf ihre Substitution in sehr unterschiedlichen Motivationsphasen befinden, auch eine Reihe schwieriger Impulse ausgehen, die sowohl den Erfolg der Behandlung für die einzelnen Patienten untergraben, als auch das Image und die soziale Akzeptanz der an der Behandlung mitwirkenden Institutionen beschädigen können.

3.1.4 Die Situation des medizinischen Teils der Substitution

3.1.4.1 Die Situation der ärztlichen Versorgung im Landkreis allgemein

Wie viele ländliche Regionen in den Neuen Bundesländern steht auch der Saalekreis vor der Herausforderung, das Niveau der haus- und fachärztlichen Versorgung in der Zukunft halten zu können. Die besondere Problemstellung ergibt sich aus der Überalterung der vor Ort tätigen Ärzte, wodurch innerhalb von 5-10 Jahren viele altersbedingt ihre Tätigkeit in der medizinischen Basisversorgung beenden werden. Führen junge Ärzte deren Praxen nicht weiter, brechen in bestimmten ländlichen Regionen wesentliche Stützen der medizinischen basis- und fachärztlichen Versorgung ersatzlos weg. Die damit auftauchenden Versorgungsprobleme äußern sich auf Seiten der Ärzte sowohl in hohen Patientenzahlen, die zu behandeln sind, als auch in noch größer werdenden Versorgungsregionen, in denen lange Wegezeiten für Hausbesuche den Aufwand für die hausärztliche Betreuung nochmals erhöhen. Auf Seiten der Patienten äußern sich die Versorgungsprobleme in langen Wegen zu den praktizierenden Ärzten und in langen Wartezeiten, die sowohl für eine akute Behandlung als auch für reguläre Untersuchungen aufzubringen sind. Dazu kommt, dass oftmals Aufnahmestopps für neue Patienten verhindern, überhaupt im näheren Wohnumfeld ärztlich versorgt zu werden.

Diese in vielen ländlichen Regionen der Neuen Bundesländer regelmäßig auffindbare allgemeine Situation in der basismedinischen Betreuung lässt sich auch für den Saalekreis nachzeichnen. Die ca. 200 000 Einwohner des Saalekreises werden von insgesamt 86 Hausärzten betreut (2324,6 Patienten pro Arzt). Davon arbeiten 35 Allgemeinmediziner in den größeren Städten des Saalekreises (19 in Merseburg, 9 in Querfurt und 7 in Bad Dürrenberg); 51 Allgemeinmediziner verteilen sich auf die umliegenden Ortschaften des Saalekreises. Diese relativ gute ärztliche Versorgung des Landkreises wird sich jedoch in den nächsten 5 bis 10 Jahren deutlich verschlechtern, wenn ca. 30 % der heute tätigen Ärzte in den Ruhestand gehen. Nach heutigen Erkenntnissen wird es in den nächsten Jahren im Landkreis einen Mangel an Kinderärzten, Anästhesisten, Augenärzten, Chirurgen, Internisten, Hautärzten, Orthopäden, Psychotherapeuten, Radiologen, Urologen geben. Zukünftig bleibt lediglich die Versorgung durch Allgemeinmediziner relativ stabil.

3.1.4.2 Der medizinische Teil der Substitution

In einer solchen medizinischen Versorgungssituation kann den besonderen Bedürfnissen Substituierter nur wenig Aufmerksamkeit eingeräumt werden. Die von den Ärzten zu leistenden bürokratischen Regelungen in Zusammenhang mit einer Substitutionsbehandlung einerseits und die in der Regel kleinen Fallzahlen der nach Substitution Nachfragenden verquicken sich und werden zu einem sich perpetuierendem Bündel, das die verbreitete geringe Bereitschaft begründet, diese Behandlung durchzuführen: In Anbetracht der arbeitsmäßigen Belastungen durch die ärztliche Regelversorgung erweisen sich die umfangreichen administrativen Leistungen, die in Zusammenhang mit einer medizinischen Substitutionsbehandlung durch die Ärzte zu erbringen sind, *erstens* als unverhältnismäßig hoch, *zweitens* durch fehlende Routinen der

besonderen Gefahr hart sanktionierter Fehler ausgesetzt und *drittens* zudem finanziell nicht gedeckt. Nach Erfahrungen der befragten Ärzte lassen sich erst ab einer Patientenzahl von 25-50 Personen Routinen und Formen der Praxisorganisation entwickeln und durchsetzen, die ein effizientes Substitutionsmanagement erlauben und dann auch finanziell lukrativ werden. Deutlich wird, dass die administrativen Regelungen, die gesetzlichen Auflagen und die festgelegten finanziellen Entgelte für die medizinischen Leistungen einer Öffnung kleiner Hausarztpraxen für die Substitution weniger Patienten eher unterminieren und eine Zentralisierung von Behandlungsangeboten in wenigen großen Praxen mit großen Fallzahlen fördern. Unübersehbar ist allerdings auch, dass damit auch problematische Entwicklungen für die Patienten und die daran beteiligten Institutionen angeschoben werden können.

Diese Zusammenhänge lassen sich auch im Saalekreis nachzeichnen: Von den Ärzten, die den Landkreis versorgen, haben sieben die Fachkunde „Sucht“ erworben, wobei nur drei sich auch um eine kassenärztliche Zulassung für diese Behandlungsform bemüht und Substitution offiziell zu ihrem Behandlungsangebot erklären haben. Diese Praxen betreuen gegenwärtig jeweils ca. 25 Substituierte und haben über diese Fallzahlen gewisse Routinen und Managements bei der Umsetzung der geforderten administrativen Aufgaben erworben. In unmittelbarer regionaler Nähe stehen diesen aktiv substituierenden Ärzten vier weitere ärztliche Kollegen mit der nötigen Qualifikation als Vertretung und Konsiliarius zur Verfügung – allerdings ohne diese Behandlung selbst in ihren eigenen Praxen durchzuführen. Ein praktizierender Arzt arbeitet zwar als Konsiliarius für maximal zwei Patienten pro Tag, möchte jedoch „nicht noch mehr von diesen Patienten in seinem Wartezimmer zu sitzen haben“ – dieser gab als einziger ärztlicher Kollege an, stigmatisierende Effekte für seine Praxis zu fürchten, die er bei einer Öffnung für Substitution erwartet. Obwohl in der Fachöffentlichkeit diese Befürchtungen und die angeblich hohen Aufwendungen für die Qualifikation „Fachkunde Sucht“ vielfach als Gründe für die Enthaltbarkeit der Ärzte gegenüber Substitutionsbehandlungen genannt werden, scheint es weit gefehlt, allein an den guten Willen von Ärzten zu appellieren. Auf diese Weise geraten die weit komplexeren Hintergründe für die Enthaltbarkeit beim Engagement für Substitution aus den Augen.

Für Überlegungen zur Modernisierung der Substitution ist festzuhalten, dass die gegenwärtigen administrativen, bürokratischen und finanziellen Regelungen des medizinischen Teils der Substitution verhindern, dass sich kleinere Hausarztpraxen auch bei einer kleinen Zahl von Nachfragen einer Substitutionsbehandlung öffnen und diese in ihre Regelangebote aufnehmen.

3.1.4.3 „Ein langer Tag mit Hindernislauf über bürokratische Hürden“

Für die Entwicklung einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung zwischen dem behandelnden Arzt und seinem Patienten kommt in der Regel dem ersten Arzttermin eine besondere Bedeutung zu. Angesichts der Vielzahl der bürokratischen Regelungen, mit der die Substitution ausgestattet wurde, wird dieses erste Treffen jedoch leider erheblich

durch die abzuarbeitenden Formulare und Papiere belastet, die einen Arbeitsprozess einfordern, der vom Aufbau einer Arzt-Patienten-Beziehung eher ablenkt, diese oftmals sogar torpediert.

Praxen, die für die Behandlung bei Substitution bereits gewisse Routinen entwickeln konnten, haben für das nötige Abarbeiten der formalen Regularien vor Beginn einer Behandlung oft vorgefertigte „Leermappen“ entwickelt, durch die sich Arzt und Patient auch dann durchkämpfen müssen, wenn der Gesundheitszustand des Patienten ein zügiges und konzentriertes Arbeiten eher verhindert. In diesen sind beispielweise folgende Dokumente zusammengestellt, die schlussendlich vorliegen müssen:

- Hefter 1 (bestehend aus 31 Seiten) Aufnahmedaten:
 - körperlicher Allgemeinsatus (z.B. Gewicht, Blutdruck, Temperatur, Puls, Ernährung, Lymphknoten, Anzahl frischer Einstichstellen, ...), → *siehe Beispielprotokoll 1 im Anhang*
 - Behandlungsvertrag
 - Einleitung und Durchführung einer substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger, gemäß der Richtlinie Methode vertragsärztlicher Versorgung Anlage I Nr. 2, §7 Abs.1
 - Vereinbarung zum Überlassen von Substitutionsmittel in der Apotheke
 - Behandlungsvereinbarung für Drogenberatungsstelle (zur Weitergabe)
 - Einverständniserklärung zur Datenübermittlung (Behandlungsbeginn und Behandlungsende)
 - Angaben zur Vorgeschichte und Situation
 - Aufklärungsbogen zu Rezepten und Gebühren der Substitutionsmittel
- Hefter 2: Labor (Blutwerte, Urinwerte, usw.)
- Hefter 3: EKG
- Hefter 4: Kontrollen des Beikonsums (zum Beispiel: Kokain, Amphetamine, Cannabis, Benzodiazepine, Metamphetamin, u.a.)
- Hefter 5: Therapieplan:
 - bei jeder Vergabe müssen Datum, Dosis, Vergabe, Bemerkungen, Termine, Beikonsum ja oder nein und die Unterschrift einer berechtigten Person (auch Krankenschwester mit Zusatzausbildung) verzeichnet werden.

Durch dieses sehr aufwendige Prozedere ist es nicht unüblich, dass sich der Ersttermin auf 4-8 Stunden in die Länge zieht. Das liegt nicht zuletzt an den dezidierten Fragen, für die sich der Patient sehr konzentrieren und lange zurück erinnern muss (z. B. wieviele Therapien, wann war der letzte Beikonsum, warum erfolgte ein Abbruch der Therapie, Cleanphasen von wann bis wann, usw.). Dieser enorme Aufwand erfordert nicht nur vom Arzt viel Geduld, sondern auch vom Patienten eine hohe Mitwirkungsbereitschaft. Es verwundert nicht, dass dabei oft eine angespannte und wechselhafte Atmosphäre entsteht, die einem produktiven Start in einer in der Regel langwierige Behandlung eher zuwider läuft.

Für Überlegungen zur Modernisierung der Substitution bleibt festzuhalten, dass mit den geforderten Dokumenten, die vor Beginn des medizinischen Teils der Substitution vorliegen

müssen, ein enormer bürokratischer Aufwand erzeugt wird. Dieser belastet erstens bereits am ersten Tag die Entwicklung einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung, erzwingt zweitens von den Ärzten eine Betreuungszeit, die nicht finanziell honoriert wird und für die Behandlung anderer Patienten verloren geht und kann drittens zudem von Ärzten, die mit diesem Prozedere nicht vertraut sind, kaum fehlerlos bewältigt werden. Hier finden sich wiederum wesentliche Gründe, warum viele Ärzte die Aufnahme von Substituierten vermeiden. Angezeigt ist insofern ein Abbau der Formalitäten vor Start der Substitution und das Schaffen von Regelungen, durch die nichtärztliche Aufgaben an andere soziale Dienste ausgelagert werden können und auf diese Weise zu einer Entlastung beitragen.

3.1.4.4 Krankenhäuser als komplementäre Institutionen für Substitutionsbehandlungen

Unabhängig von der gegenwärtigen Praxis lassen sich Kliniken und Krankenhäuser durchaus als Einrichtungen wahrnehmen, die mit ihren verfügbaren Angeboten als komplementäre Institutionen in die Organisation einer ganzheitlichen Substitution eingebunden werden könnten. Dies gilt nicht allein für die stationäre Behandlung akuter Folgeerkrankungen, sondern auch für das Erbringen medizinischer Leistungen bei der Durchführung des medizinischen Teils der Substitution.

Die Aufgaben von Entgiftungsstationen und -kliniken

Es besteht ein allgemeiner Konsens dazu, Opiatabhängigkeit als eine chronisch rezidive Erkrankung zu sehen und zu behandeln. Deshalb können Entgiftungs-/Entzugsstationen und -kliniken im Rahmen einer ganzheitlichen Substitutionsbehandlung wichtige Aufgaben übernehmen und spielen deshalb in der Gesamtanlage einer Standardbehandlung eine unverzichtbare Rolle.

Ihr Beitrag zu einer erfolgreichen Durchführung einer Substitution besteht in folgenden Aufgaben:

- Kontrollierte Dosisreduktion in Bezug auf Opiate für den Fall, die Ausgangsdosis an konsumiertem Straßenheroin ist sehr hoch und/oder der Gesundheitszustand der Klienten eine ambulante Entzugsbehandlung schwierig erscheinen lässt.
- Kontrollierte Dosisreduktion und Herstellen von Abstinenz in Bezug auf beikonsumierte Substanzen, wenn der psychische und körperliche Zustand des Klienten eine ambulante Behandlung zu riskant erscheinen lässt.
- Krisenintervention für bereits substituierte Klienten, die in eine Phase intensiven Beigebrauchs geraten sind und deren allgemeine körperliche und psychische Situation prekär ist. Die dabei anzustrebenden Ziele sollten sein:
- Wiederherstellung der Behandlungsfähigkeit für eine Substitution durch Entzug vom Beikonsum sowie Erholung und Wiederherstellung körperlicher Gesundheit und psychische Stabilisierung.
- Problematischen Episoden einer Substitution so rasch wie möglich entgegenwirken, um die Ausprägung dramatischer Konsumformen zu verhindern und Resignation zu verringern.

- Zeit für Stabilisierung und Orientierung geben.
- Zahl der mittel- und längerfristigen Intervalle einer erfolgreichen Substitution erhöhen.
- Herstellen absoluter Abstinenz von allen Substitutionsmitteln bei Abbruch oder Beendigung einer Substitution, wenn sich diese Prozesse auf Grund der Lebenslage der Klienten zu problematisch bzw. zu riskant darstellen.

Für die Überlegungen zur Modernisierung der Substitution ist festzuhalten, dass Fachkliniken und auf Entzug-/Entgiftung spezialisierte Stationen, die sich auch der dringlich notwendigen Behandlung Substituierter öffnen, nicht nur wichtige Aufgaben übernehmen könnten, die bei der Behandlung einer chronisch rezidiven Erkrankung immer wieder nachgefragt werden. Sie könnten auch als fachkundige Partner eines regionalen Substitutions-Netzwerkes gesehen werden, die auf Grund ihrer Kompetenz Aufgaben sowohl als Partner für die niedergelassenen substituierenden Ärzte (Konsiliarius, Wochenendvergabe, Urlaubsvertretung) als auch als regional gut erreichbare Anlaufstellen für die Klienten (Vergabe der Substitutionsmittel) übernehmen könnten.

Das Klinikum des Saalekreises – noch kein Ort für Substitution

Leider werden diese Chancen im Landkreis Saalekreis noch nicht genutzt. Der Saalekreis verfügt über ein Klinikum, das an zwei Standorten (Merseburg, Querfurt) wichtige Aufgaben der stationären medizinischen Versorgung des Landkreises übernimmt. Im Leistungsspektrum dieser Klinik wird auch eine auf Entzugsbehandlungen spezialisierte Fachklinik vorgehalten (Querfurt), deren Einzugsgebiet weit über den Landkreis hinaus geht. Hier stehen dem Landkreis und der weiteren Region 32 Plätze zur Verfügung. Diese werden mehrheitlich (28 Plätze Stand Oktober 2010) durch Patienten belegt, die sich einem Alkoholentzug unterziehen müssen. Daneben werden regelmäßig auch Patienten behandelt, deren Probleme sich hauptsächlich aus dem Konsum illegalisierter Substanzen ergeben. Diese sind aber eher in der Minderheit.

Eine eingehende Auseinandersetzung mit der Aufnahmepraxis des Klinikums des Landkreises verweist darauf, dass dieses bisher kaum in die Organisation des medizinischen Teils der Substitution eingebunden ist. Die konzeptionelle Bindung der Entzugsklinik an das Abstinenzgebot verhindert weitgehend, dass deren Kapazitäten für Interventionen und Behandlungsepisoden in Zusammenhang mit einer Substitution offen sind. Auch komplementäre Aufgaben im Rahmen einer Substitutionsbehandlung (Konsiliarius, Wochenendvergabe, Urlaubsvertretung) werden in der Regel nicht übernommen, obwohl dazu sowohl die fachlichen als auch räumlichen Gegebenheiten vorhanden sind.

3.1.4.5 Die Situation der Apotheken

3.1.4.6 Die Rolle der Krankenkassen bei der Ausgestaltung einer ganzheitlichen Substitution

Für alle gesetzlichen Krankenkassen gilt die Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses (siehe Anhang), durch die eine einheitliche Gestaltung des Behandlungsregimes bei Substitution geschaffen wurde. Danach gehört Substitution rechtlich zur Rehabilitation/Krankenhausbehandlung; die ärztlicherseits zu erbringenden Leistungen (u. a. Voraussetzungen für die Behandlung, Genehmigungspflicht für behandelnde Ärzte und Einrichtungen, Rahmen der psycho-sozialen Betreuung,) sind der ambulanten ärztlichen Versorgung zugeordnet und in der Gebührenordnung (EBM-Einheitlicher Bewertungsmaßstab) für die niedergelassenen Ärzte festgelegt⁷.

Dilemmata aus ärztlicher Sicht

Darin stellt sich aus ärztlicher Sicht die Substitutionsbehandlung als eine reguläre ärztliche Versorgung dar, die wie eine allgemein übliche Behandlung abzurechnen und zu honorieren ist. Die Abrechnungen erfolgen über die Kassenärztliche Vereinigung und werden über den vorausberechneten Honorarbedarf beglichen (im Allgemeinen Versichertenzahlen pro Bundesland). In der Regel werden von Seiten des Arztes keine speziellen substitutionsbezogenen Kostenanfragen an die Kasse gestellt – eine Sachlage, die angesichts der deutlichen Schiefelage zwischen ärztlichem Aufwand und Honorierung weiterer Klärung bedarf.

Diese bisher übliche Verfahrensweise steht allerdings in einem eklatanten Gegensatz zu den weitreichenden drogenpolitischen Regelungen, denen die Substitution ebenfalls untersteht und die diese Behandlung und die daran gestellten Anforderungen zu einer besonders spezialisierten und aufwendigen Therapie machen. Aus der Tatsache, dass für Substitution abrechnungsseitig keine Sondervergütung außerhalb von Budgets oder Regelleistungsvolumina vorgenommen wird, ergeben sich grundsätzliche Widersprüche zwischen den geforderten ärztlicherseits zu erbringenden Leistungen und den dafür festgelegten Honorarzahlungen. Diese lassen aus der Substitution ein unattraktives Arbeitsfeld für Ärzte werden, die in der Regelversorgung tätig sind.

Für Überlegungen zur Modernisierung der Substitution ist auf den eklatanten Widerspruch hinzuweisen, der sich aus den vielfältigen Anforderungen an das ärztliche Handeln bei Substitution einerseits und der abrechnungsseitig eigenstuften „Normalität“ dieser Behandlung andererseits ergibt. Die Umsetzung der vom Gesetzgeber festgeschriebenen drogenpolitischen Auflagen, mit denen die Ordnungsmäßigkeit der Substitution und des Umgangs mit den ausgereichten Substitutionsmitteln gesichert werden soll, wird berechtigter Weise nicht über die Krankenkassen abgegolten. Allerdings stehen für diese Mehraufwendungen auch keine anderen Institutionen ein, so dass diese allein von den behandelnden Ärzten getragen werden müssen. Die damit provozierte mangelnde Bereitschaft von Ärzten, sich für Substitution zu öffnen, ist deshalb durch Verfahrensweisen aufzufangen, die entweder diese Mehraufwendungen sachgerecht honorieren oder aber den Ärzten Chancen einräumen, den nichtärztlichen Teil dieser drogenpolitischen Regelungen an komplementäre Dienste zu delegieren.

Die Sicht der Substitutionspatienten

Aus Sicht des Patienten, der nach einer Substitution nachfragt, erscheint diese Therapie

⁷ In diesen Gebührenkatalog kann bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) frei zugänglich eingesehen werden. Dort sind alle Arztgruppen mit den jeweiligen Vergütungspositionen und Leistungsbeschreibungen (Beratung, Kontrolle, Dokumentation, Folgebetreuung, arztgruppenspezifische Verrichtungen) aufgeführt.

zunächst ebenfalls als eine reguläre Behandlung, zu der er über seine Chip-Karte Zugang erhält und deren Notwendigkeit, Dauer und konkrete Ausgestaltung er mit dem Arzt auszuhandeln hat. Auch die Auswahl des Substitutes obliegt dem Arzt, der jedoch einer wirtschaftlichen Verordnungsweise verpflichtet ist und das kostengünstigste Medikament anzuwenden hat.⁸ Eine Abweichung von dieser Auflage ist möglich, muss aber durch den Arzt gesondert begründet werden (siehe Anhang).

Die Krankenkassen erhalten durch den Arzt nur die Mitteilung, wann die Substitution beginnt, wann sie endet und achten im Rahmen ihrer Möglichkeiten darauf, dass es nicht zu einer Doppelbehandlung mit Substitutionsmitteln kommt.

Die Sicht der Krankenkassen

Die unmittelbaren Beratungsleistungen der Krankenkassen beschränken sich darauf, Ratsuchenden Chancen und Möglichkeit zur Einflussnahme und zur Hilfestellung zu Beginn einer Suchtproblematik (Erstauffälligkeit) aufzuzeigen, indem an mögliche Drogenberatungsstellen vermittelt, über bei der Kassenärztlichen Vereinigung zugelassenen substituierenden Ärzte informiert sowie über die Organisation einer Entgiftungs- oder Entwöhnungsbehandlung aufgeklärt wird.

Im internen Verwaltungsablauf der gesetzlichen Krankenkassen werden zwischen den Versicherten grundsätzlich keine Behandlungsunterschiede gemacht⁹. Hier gilt grundsätzlich das Prinzip, jeden gleich zu behandeln, unabhängig davon, ob chronisch krank, alkoholabhängig, Rentner oder Behinderter. Es gilt zugleich die Maxime, dass jeder eine Leistung bekommt, wenn sie medizinisch notwendig ist. Substituierte haben demnach keinen gesonderten Status.

In den Arbeitsabläufen der Krankenkassen wird viel Wert auf einen sensiblen Umgang mit den Daten aller Versicherten gelegt. In Zusammenhang mit einer Substitution wird der jeweils vorliegende Fall nur durch die dafür zuständige Abteilung bearbeitet; auch das Bearbeiten von Patientenunterlagen oder das Aufrufen der Mitgliedschaft kann nur von Mitarbeitern der jeweils zuständigen Fachabteilung erfolgen. Für Substitution ist in der Regel die Abteilung „Rehabilitation, zurück in das normale Leben“ zuständig und auch zu einer trägerübergreifenden Koordination befugt.

Der Fall fehlender Krankenversicherungen

Durch die in Deutschland geltende Krankenversicherungspflicht ist im Normalfall jede Person gesetzlich versichert¹⁰.

Für den Fall, dass jemand, der nicht versichert sind, sich wieder gesetzlich versichern lassen will, steht in der Regel diejenige Krankenkasse in der Pflicht, bei der derjenige zuletzt versichert war. In diesem Fall lebt die letzte Versicherung wieder auf. Zu klären ist in diesem Zusammenhang jedoch die Zahlung der Beitragskosten für die Krankenversicherung. In prekären Fällen erfolgt diese über die Sozialämter oder ARGEN.

⁸ Diese Verfahrensweise unterliegt dem § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V und gilt bei der Vergabe aller Medikamente.

⁹ Eingeteilt werden alle Versicherten lediglich nach drei Status-Kategorien: Mitglieder, Familienversicherte und Rentner. Diese Unterteilung wurde vom Bundesministerium für Gesundheit mit Verweis auf notwendige statistischer Analysen vorgegeben und gilt für alle Krankenkassen. Auf die eigentliche Sachbearbeitung, Beratung, Betreuung der Klienten hat dies keine Auswirkung.

¹⁰ Im Sozialgesetzbuch und den Besprechungsergebnissen des Spitzverbandes der Krankenkassen zur Durchführung der Pflichtversicherung nach §5 Abs. 13 SGB ist die Versicherungspflicht für jemanden, der nicht anderweitig versichert ist, sichergestellt. Damit hat jeder das Recht auf eine gesetzliche Versicherung. Waren vor einigen Jahren Wohnungslose u. a. nicht krankenversichert, ist dies mit der Einführung des §5 Abs. 13 geändert (Paragrafen-Erläuterung im Anhang).

Wenn die zuletzt bestehende Krankenkasse nicht bekannt ist, werden die Personen auf die verschiedenen Krankenkassen verteilt. Zu den Mitgliedschaftsrechten und –pflichten bestehen detaillierte Vorschriften.

Spätestens bei Straffälligkeit oder Kontaktaufnahme mit dem Drogenberater oder Streetworker fällt ein fehlender Versicherungsschutz immer dann auf, wenn die Kostenübernahme durch ARGE oder Sozialamt in die Wege geleitet werden und begleitende Maßnahmen erfolgen sollen. In diesen Fällen kommt der Erstkontakt zwischen Krankenkassen und Betroffenen nicht über die Krankenkasse, sondern über Sozialdienste und Drogenberatungsstellen zustande, weshalb ein funktionierendes Netzwerk aus sozialen Diensten und Krankenkassen besonders wichtig ist.

Freie Wahl der Krankenkassen auch für Substituierte

Auch für Substituierte gilt ein Kassenwahlrecht. Ein Wechsel der Krankenkasse während der Substitutionsbehandlung unterliegt Rechtsgrundlagen und sollte problemlos erfolgen, selbst wenn die Substitutionsbehandlung bereits läuft. Dann gilt das Bemühen, Einschnitt in der Behandlung zu vermeiden.

Da die Substitutionsbehandlung wie eine reguläre Behandlung abgerechnet wird, gibt es bezüglich der Aufnahmezahlen für Substituierte in eine Krankenkasse keine Limits.

In den Abwägungen zur Aufnahme eines neuen Mitgliedes dürfen Leistungen, die bereits bei der abgebenden Krankenkasse in Anspruch genommen wurden, nicht zu einem Ausschlussgrund werden. Deshalb werden von der gesetzlichen Kasse vor Aufnahme auch keine Gesundheitsprüfungen durchgeführt, mit der Folge, dass es keine Leistungsausschlüsse gibt, die durch den Gesundheitszustand des Mitgliedes begründet werden.

Allerdings muss der Krankenkasse von Seiten des Arztes eine Information über die stattfindende Substitution mitgeteilt werden. Ein Kassenwechsel ist deshalb für den Arzt mit dem größten Aufwand verbunden.

Inanspruchnahme von Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention

Im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention kann ein Substituierter auf das gleiche Spektrum zurückgreifen, wie jeder andere Versicherte auch. Anregungen dazu kommen meist vom behandelnden Arzt. In Absprache mit der Krankenkasse und vor dem Hintergrund der im Bereich Rehabilitation entwickelten Angebote kann die Aufnahme einer bestimmten Maßnahme in den für die Substitution zu entwickelnde Therapieplan erfolgen und deren Inanspruchnahme organisiert werden. In diesem Fall wäre der Kostenträger die jeweilige Krankenkasse.

Für Überlegungen zur Modernisierung der Substitution gilt es, gemeinsam mit den Krankenkassen vor Ort ein Profil an Angeboten für Gesundheitsförderung und Prävention zu entwickeln, von dem auch Substituierte mit ihren speziellen Bedürfnissen (u. a. Ernährungsberatung, Akupunktur) regelmäßig profitieren können. Besonders in flächigen Versorgungsregionen ist es wichtig, dass diese Bezüge auch in die individuellen Therapiepläne als komplementäre indikative psycho-soziale Hilfen eingewoben werden können und auf diese Weise das eingeschränkte Spektrum vorhandener psycho-sozialer Hilfen bei Substitution erweitern helfen.

3.1.5 Psycho-sozialen Hilfeangebote für Substituierte

3.1.5.1 Die psycho-soziale Hilfestellung im Rahmen der Substitution

Zu den zentralen Partnern einer ganzheitlichen Substitution gehören Angebote, die in der Lage sind, die Klienten psycho-sozial zu betreuen. Diese Form der Hilfe und Unterstützung ist durch die Regelungen in Zusammenhang mit einer Substitutionsbehandlung obligatorisch vorgeschrieben – ohne die Inanspruchnahme eines entsprechenden Hilfsangebotes darf auch der medizinische Teil der Behandlung nicht durchgeführt werden¹¹. Anders als der medizinische Teil der Substitution, der von den Krankenkassen finanziert wird, wird die psycho-soziale Hilfestellung im Rahmen von Eingliederungsmaßnahmen nach §§ 53/54 SGB XII erbracht.

Hintergrund der psycho-sozialen Hilfestellung ist die Erfahrung, dass sich Drogenkonsum und psycho-soziale Probleme und Konflikte gegenseitig und in zirkulärer Weise beeinflussen: Während die medizinische Vergabe des Substitutionsmittels den Drogenkonsum unterbrechen oder reduzieren soll und auf diese Weise auch zu einer Minimierung bereits bestehender psycho-sozialer Probleme beitragen kann, kommt der psycho-sozialen Hilfestellung die Aufgabe zu, zum einen ebenfalls direkt auf die Bewältigung des Substanzgebrauchs zu wirken (z. B. Motivieren zur Beikonsumfreiheit, Rückfallprävention) und zum anderen vorliegende Probleme und Defizite in verschiedenen Lebensbereichen bearbeiten zu helfen, wenn dies nicht aus eigener Kraft gelingt. Auf diese Weise sollen Auslöser für einen erneuten Drogenkonsums ausgeschaltet werden und sozial integrierte Lebensmuster Stabilität erhalten (vgl. Küfner, Ridinger 2008, S. 20f). Diese Zielstellung prägt auch das Wesen psycho-sozialer Hilfestellung im Rahmen einer Substitution.

Die psycho-soziale Hilfestellung im Rahmen einer Substitution beinhaltet zum einen als Basistherapie sehr spezifische Maßnahmen, die unmittelbar auf die Auseinandersetzung mit dem Drogenkonsum zielen und mit hohen suchttherapeutischen Anteilen umzusetzen sind. Zum anderen müssen vor oder gleichzeitig mit der Auseinandersetzung mit dem Drogenkonsum häufig akute Probleme der Existenzsicherung, später auch Maßnahmen in Zusammenhang mit der Gestaltung einer sozialen und beruflichen Integration der Klienten in zufriedenstellende neue Lebensbezüge gelöst werden. Dieser Teil der psycho-sozialen Hilfestellung erfordert in der Regel ein weniger fachspezifisches Agieren. In Regionen, in denen es ein ausdifferenziertes Angebot an Hilfen in Zusammenhang mit Substitution gibt (Arbeit, Wohnen, Freizeit), wird die Umsetzung der in der Basistherapie erarbeiteten Ziele und Aufgaben zum Teil an Hilfeeinrichtungen delegiert, die bezogen auf den jeweiligen Problemstand mehr und speziellere Ressourcen in die Hilfestellung und Unterstützung einbringen können (Arbeits-, Ausbildungs-, Beschäftigungsprojekte). In flächigen Versorgungsregionen bieten sich die bereits verfügbaren Regelangebote zur Wiedereingliederung von Menschen mit Störungen und Behinderungen an, als Partner indikativer Therapien zu Zusammenhang mit Substitution gewonnen zu werden.

Anforderungen an eine psycho-soziale Basistherapie bei Substitution: Inhalte

Die inhaltlichen Anforderungen an eine psycho-soziale Basistherapie ergeben sich zum

¹¹ Rechtsgrundlage

einen aus der körperlichen, psychischen und sozialen Gesamtsituation des Klienten (gesundheitliche und soziale Probleme, psychische Störungen und Ressourcen) und zum anderen aus den Erwartungen des Klienten an die Substitution.

Die individuelle Ausgangslage (innere und äußere) des Klienten in verschiedenen Lebensbereichen wird durch ein Bündel von Einflussfaktoren geprägt. Deshalb ist systematisch zu klären, wieweit sich Unterstützungsbedarf in welchen Bereichen des Lebens der Klienten andeutet und welche Methoden dazu jeweils angezeigt sind:

- Klärung, wieweit äußerliche Bedrohungssituationen vorliegen (z. B. durch eine drohende Haftstrafe, durch Gewalt durch andere Personen z. B. Partner oder eine drohende Kündigung der Wohnung). Kann eine Bewältigung der Schwierigkeiten durch ein Aktivieren lösungsorientierter personaler und sozialer Ressourcen des Klienten gelingen oder sind dazu Unterstützungsleistungen nötig?
- Abklärung von Defiziten im psychischen Bereich z. B. depressive Störungen, soziale Ängste, Impulsivitätsstörungen (Regulation, Steuerung von Gefühlen) und der Kriterien für Persönlichkeitsstörungen (Borderline-Persönlichkeit, narzisstische Persönlichkeit, antisoziale Persönlichkeit). Kann eine Bewältigung der Schwierigkeiten durch ein Aktivieren lösungsorientierter personaler und sozialer Ressourcen der Klienten gelingen oder ist eher eine sich anschließende spezifische Psychotherapie angezeigt?
- Erhebliche Schwierigkeiten in der Alltagsgestaltung, bei der Einhaltung von Terminen, in der Arbeitssituation und im Finden eines ausgewogenen Verhältnisses zwischen Erledigung von Aufgaben des Alltages und Erholungs- und Freizeitphasen. Kann die leichte Ablenkbarkeit der Klienten durch jeweils aktuelle Ereignisse, die auch als Ambivalenz gegenüber Verhaltensänderungen verstanden werden kann, in eine stabile Motivationslage überführt werden, so dass sich realistische Veränderungszielen erarbeiten lassen und gelingt es, gelungene und weniger gelungene eigener Beispiele zu analysieren, aus diesen zu lernen und entsprechende Änderungsziele in der Vorstellung und der Realität zu erproben?
- Interpersonelle Probleme und Störungen (z. B. Trennung von einer Bezugsperson, Einsamkeit, zwischenmenschliche Konflikte, soziale Rollenwechsel). Kann eine Bewältigung der Schwierigkeiten durch ein Aktivieren lösungsorientierter personaler und sozialer Ressourcen des Klienten gelingen oder ist anschließend eine spezifische interpersonelle Psychotherapie angezeigt?

Aus der Vielfalt der Faktoren, die die äußere als auch die innere Situation des Klienten bestimmen, ergibt sich, dass der inhaltliche Bedarf an Basistherapie sehr unterschiedlich sein kann und zudem erst im Therapieverlauf deutlich wird, wieweit auch andere Partner in den Prozess einer psycho-sozialen Hilfestellung einbezogen werden müssen (z. B. medikamentöse Behandlung bei psychotischen Störungen durch eine Psychiater, akut beeinträchtigende Angststörungen mit starkem Leidensdruck durch eine Psychotherapeuten, soziale Folgen des Drogenkonsums durch Institutionen mit Auftrag der Wiedereingliederung wie ARGE).

Für Überlegungen zur Modernisierung der Substitution bleibt festzuhalten, dass es in Zusammenhang mit der psycho-sozialen Hilfestellung eine Reihe von basistherapeutischen Aufgaben gibt, die sehr spezialisierte fachspezifische Kompetenzen erfordern, die nicht an andere Institutionen und Regeldienste delegiert werden können.

Anforderungen an eine psycho-soziale Basistherapie bei Substitution: Umfang

Wie die inhaltlichen Anforderungen an eine psycho-soziale Basistherapie gestaltet sich auch der Umfang der zu erbringenden Leistungen sehr individuell und kann eine unterschiedlich zeitaufwendige Hilfe- und Unterstützung begründen:

- **Beratung:** Die psycho-soziale Beratung ist einmalig bzw. kurz befristet und richtet sich an Klienten, die relativ stabil sind, noch/schon gut in soziale Bezüge eingegliedert sind. Für diese Klientengruppe erweist sich in der Regel als ausreichend, den kontinuierlichen Kontakt einmal im Monat herzustellen, die aktuelle Situation zu reflektieren und noch ausstehende Lösungen für bestehende Problemlagen zu beraten.
- **Begleitung:** In diesem Fall ist der Hilfebedarf höher als bei der Beratung. Erforderlich ist ein strafferer kontinuierlicher Kontakt, in dem beständig Zuwendung und Unterstützung in einer Vielzahl von Lebensbereichen (bedrohliche, defizitäre Lebenssituationen, psychische Defizite, interpersonelle Probleme, Schwierigkeiten bei der Alltagsgestaltung) zu leisten sind. Notwendig ist die Vereinbarung regelmäßiger Termine und die Befähigung zu deren Einhaltung durch die Aufarbeitung ambivalenter und gegensätzlicher Motivationslagen und widersprüchlicher Seiten der Persönlichkeit. Die Entwicklung von Selbstwirksamkeit und die Befähigung zur Selbsthilfe werden auch durch das Begleiten bei Terminen bei Ämtern und Behörden gefördert.
- **Betreuung:** Dies ist eine sehr umfangreiche Form der psycho-sozialen Basistherapie und dadurch gekennzeichnet, dass der/die Betroffene in fast allen Lebenslagen eine intensive Unterstützung braucht, in seiner Therapiemotivation eher labil und widersprüchlich ist, weil ein Bündel an psychischen und interpersonellen Problemen vorliegt, das zudem komplex miteinander verwoben ist und zudem weiterhin starke Bezüge zum Szeneleben vorliegen. Dazu zählt u.a. direkte Hilfe bei Alltagsbewältigung, Bearbeitung der Abhängigkeitsthematik, Aktivierung individueller Ressourcen, Gewinnung von Selbstbewusstsein, Tagesstrukturierung etc.
- **Therapie:** Eine gesonderte Stellung unter den psycho-sozialen Hilfen nehmen Angebote ein, die stark therapeutisch angelegt sind. Diese zielen darauf, gestützt auf entsprechende therapeutische Kompetenzen des Helfers sowohl in Bezug auf den Drogenkonsum und/oder den psycho-sozialen Bereich zeitweise oder dauerhafte Einschränkungen in der Handlungsfähigkeit zu lindern, zu beseitigen oder zumindest eine Verschlimmerung zu verhindern oder einzudämmen. Dazu wird an ursächlich auslösenden Faktoren gearbeitet, die sich aus der individuellen Sozialisation, der körperlichen Situation, den Möglichkeiten der psychischen Verarbeitung und/oder dem sozialen Umfeld ergeben. Bei Substitution wird

wesentlich auf Therapien in Zusammenhang mit dem Befähigen zu einem selbstkontrollierten Konsum, Anti-Craving-Therapien (z. B. mit Akupunktur) sowie auf komplementäre psycho-soziale Therapien, die zu den Bereichen Arbeit, Freizeit und soziale Integration gehören (z. B. Soziotherapie) zurückgegriffen. Diese werden in der Mehrheit im ambulanten Setting in einer Drogenberatungsstelle oder durch Psychotherapeuten durchgeführt.

Psycho-soziale Hilfestellung bei Substitution ist eine Form von Hilfe und Unterstützung, die sich sowohl in ihrer inhaltlichen Ausrichtung, als auch in ihrem Umfang an Zeit und Intensität in Abhängigkeit von den Behandlungsnotwendigkeiten und -wünschen der Klienten stark unterscheidet. Deshalb gehört zu den zentralen Aufgaben der Basistherapie, gemeinsam mit dem Klienten einen detaillierten Überblick über die Veränderungsbereiche, -ziele und -strategien zu erarbeiten, aus denen ein individueller Hilfeplan erstellt werden kann. Die Hilfe- und Unterstützungsangebote, die für eine erfolgreiche Umsetzung dieses Hilfeplanes angezeigt und nötig sind, ist jedoch nicht den Drogenberatungsstellen allein zu überantworten. In vielen Bereichen kann dazu auf Angebote der Regelversorgung zurückgegriffen werden. Dies kommt nicht nur dem Anliegen von Normalisierung entgegen, sondern entlastet auch die Kapazitäten der Drogenberatung, die sich in vielen Regionen als Nadelöhr für die Inanspruchnahme von Substitution erweisen.

Inhalte einer komplementären indikativen psycho-sozialen Hilfestellung

Klienten, die eine Substitution wünschen, bilden eine sehr heterogene Gruppe, die sich in ihren Problemlagen, Kontextvariablen sowie in ihren persönlichen und sozialen Bewältigungsfähigkeiten stark voneinander unterscheiden. Deshalb ist die psycho-soziale Basistherapie durch weitere, auf den individuellen Fall bezogene Therapiebausteine zu ergänzen. Die Inhalte dieser komplementären indikativen psycho-sozialen Hilfestellung ergeben sich in erster Linie aus der nachhaltigen Bearbeitung sozialer Probleme und Defizite, die als Folge des in der Regel lange bestehenden Drogenkonsums entstanden sind. Diese haben eine gewisse perpetuierende eigene Dynamik erreicht, der aus eigener Kraft nur schwer entkommen werden kann und die eine ernstzunehmende Behinderung für eine gelungene und zufriedenstellende soziale Integration in verschiedene Lebensbereiche darstellt. Diese Krankheitsfolgen sind jedoch kein Alleinstellungsmerkmal einer Abhängigkeit, sondern treten auch im Gefolge anderer Erkrankungen auf, wenn auch auf andere Weise verursacht (z. B. psychiatrische Erkrankungen, psychische Störungen, geistige Behinderungen, Störungen der Persönlichkeit, chronische Erkrankungen). Folgerichtig sind auch die Bausteine einer komplementären indikativen psycho-sozialen Hilfestellung ähnlich denen, die auch bei anderen Störungen und Erkrankungen als Hilfe und Unterstützung angeboten werden. Dazu können gehören: Hilfestellung bei der Strukturierung des Tages, Tagesplanung, Regelung der finanziellen Situation, Freizeitaktivitäten, Training in gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen, Lösung zwischenmenschlicher Konflikte, Analyse von Kommunikationsmustern, Rollenspiele, Strategien zur Bewältigung zwischenmenschlicher Konflikte, Beschäftigungsangebote, Arbeitstrainings, Praktika, Jobangebote, Bewerbungstraining, Aus- und Weiterbildung, Integration in Erwerbstätigkeit

u. ä.

Psycho-soziale Hilfestellung ist ein umfassendes Angebot an Hilfe und Unterstützung, das sich aus einer Basistherapie und komplementären indikativen Hilfeangeboten zusammensetzt. Die wichtigsten Therapiebereiche und deren jeweiligen Kernaufgaben sind (vgl. Kүfner, Ridinger 2008, S. 103):

- *Überblicksdiagnostik, Zielklärung und Motivierung*
- *Drogenmanagement (Verhaltensanalyse, Risikosituationen, Drogenverlangen)*
- *Soziale Situation (Alltag, Wohnung, finanzielle Situation, Arbeit und Beschäftigung)*
- *Psychische Situation (Affektregulation, Realitätsbezug, Realisierung eigener Ziele)*
- *Soziale Beziehungen (Kommunikation, Rollenwechsel, nähere soziale Beziehungen, Bezugspersonen, Konflikte)*

Während Überblicksdiagnostik, Zielklärung und Motivierung fachspezifische Kompetenzen erfordern, zielen komplementäre indikative Therapieangebote auf die nachhaltige Bearbeitung sozialer Probleme, die als Folge des Drogenkonsums entstanden sind. Sie ähneln den Hilfe- und Unterstützungsangeboten, die auch bei anderen Störungen und Erkrankungen empfohlen und praktiziert werden.

3.1.5.2 Die Rolle der Drogenberatungsstellen im Rahmen einer Substitution

In der gegenwärtigen Praxis der psycho-sozialen Hilfestellung bei Substitution kommt den Drogenberatungsstellen der jeweiligen Regionen eine besondere Rolle zu. Mit den in dieser Institution vertretenen fachspezifischen Erfahrungen und Kompetenzen bei der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen sind Drogenberatungsstellen für eine ganzheitliche Substitution unverzichtbar: Hier können insbesondere die Basisintervention im Rahmen einer psycho-sozialen Hilfestellung geleistet und das Case-Management für komplementäre indikative Hilfen, die von anderen Partnern der Region erbracht werden, koordiniert werden.

Insbesondere zu Beginn einer Substitution hat die Basisintervention einen besonderen Stellenwert. In diesem Rahmen wird zunächst die Überblicksdiagnostik erarbeitet, werden mit dem Klienten Ziele ausgehandelt, die Probleme bearbeitet, die sich in Zusammenhang mit dem durch Substitution zu verändernden Drogenmanagement ergeben, Kontakt zu Partnern im Hilfesystem hergestellt, die komplementäre indikative Hilfen übernehmen können, und für all diese in der Regel schwierigen Einstiegsprozesse in psycho-soziale Veränderungen Motivationen erarbeitet, stabilisiert und durch Krisen geführt. In Anbetracht der vielfältigen Aufgaben der psycho-sozialen Hilfestellung zu Beginn einer Substitution ergibt sich dafür ein hoher Bedarf, wodurch sie in vielen Fällen häufig und in kurzen Abständen frequentiert wird. Wichtig für den Erfolg werden in dieser Phase eine gute Erreichbarkeit und eine unkomplizierte und schnelle Kontaktaufnahme zu den Drogenberatern.

In darauf folgenden Phasen einer Substitution, insbesondere, wenn erste Schritte einer psycho-sozialen Stabilisierung und für eine soziale Integration getan sind, verschiebt sich die Nachfrage in Zusammenhang mit einer psycho-sozialen Hilfe eher auf die Partner, die

komplementäre indikative Hilfen durchführen (z. B. Arbeitstraining), in diesem Zusammenhang auch mit aktuellen sozialen und psychischen Problemlagen der Klienten konfrontiert sind und auf diese reagieren müssen. Insofern braucht der unmittelbare Kontakt zwischen Drogenberater und Klient, abgesehen von krisenhaften Episoden, nicht mehr die anfänglich hohe Intensität. In dieser Phase kommt den Mitarbeitern der Drogenberatung eher die Funktion eines Case-Managers und eines Kompetenzzentrums zu, das den Partnern komplementärer indikativer Hilfen bei Bedarf mit Fachberatung und Fallbesprechung zur Seite und dem einzelnen Klienten als vermittelnde Instanz im Fall von Schnittstellenproblemen und Komplikationen zur Verfügung steht. Auch für diese Arbeitsphase ist eine unkomplizierte Erreichbarkeit und Kontaktaufnahme wichtig.

Für die Überlegungen zur Modernisierung der Substitution ist festzuhalten, dass Drogenberatungsstellen innerhalb der Substitution eine unverzichtbare Funktion übernehmen: Sie erbringen im Rahmen der psycho-sozialen Hilfe zum einen die Basisintervention, die fachspezifische Erfahrungen und Kompetenzen erfordert und insbesondere mit Aufnahme einer Substitution in der Regel einen intensiven Begleitungs- und Betreuungsprozess voraussetzt. Im weiteren Verlauf der psycho-sozialen Hilfe fungieren Drogenberatungsstellen für die Klienten eher in der Funktion eines Case-Managers, der Schnittstellen und Kooperationsprozesse zwischen den Partnern komplementärer indikativer Hilfen vermittelt und für die in darin eingebundenen Partner als Kompetenzzentrum mit Fachberatung und Fallbesprechung zur Verfügung steht. Für beide Tätigkeitsbereiche ist eine gute Zugänglichkeit und unkomplizierte Kontaktaufnahme von zentraler Bedeutung. In flächigen Versorgungsregionen kann diesen Anforderungen jedoch nicht mit den bisher üblichen Komm-Strukturen einer stationierten Drogenberatungsstelle nachgekommen werden. Benötigt werden eher mobile und flexible Versorgungsformen, mit denen auf die oft langen Wege und die schwierigen Erreichbarkeit in flächigen Versorgungsregionen reagiert werden kann.

3.1.5.3 Die Angebote an Drogenberatung für den Saalekreis

Der Saalekreis verfügt über eine eigene Drogenberatungsstelle (Kontext GmbH Suchtberatungsstelle), die in der Stadt Merseburg stationiert ist und damit am ehesten für Klienten des südlichen Teils des Saalekreises, vor allem der zwei Einheitsgemeinden Braunsbedra, Schkopau und der zwei Verwaltungsgemeinden Leuna-Kötzschau, Bad Lauchstädt erreichbar ist. Dies bedeutet aber auch, dass große Teile des Landkreises, insbesondere die Verwaltungs- und Einheitsgemeinden im westlichen, östlichen und nördlichen Saalekreis (Weida-Land, Stadt Querfurt, Würde-Salza, Westlicher Saalkreis, Saalkreis Nord, Götschetal-Petersberg, Östlicher Saalkreis, Kabelsketal) von den Angeboten dieser Drogenberatungsstelle weitgehend abgeschnitten sind.

Klienten aus diesen Gemeinden sind auf die Stadt Halle mit den dort offerierten Angeboten verwiesen. Deshalb hat der Landkreis mit den zwei in Halle stationierten Drogenberatungsstellen, die auf psycho-soziale Hilfen bei Substitution spezialisiert sind, einen Versorgungsauftrag für Klienten aus dem Landkreis vereinbart. Damit sind jedoch die

auf tretenden Versorgungsprobleme nur bedingt gelöst: Die Klienten dieses Teils des Landkreises befinden sich weiterhin in dem Dilemma, für die Inanspruchnahme von psycho-sozialen Leistungen in Halle im Durchschnitt 30 km zurücklegen müssen – eine Sachlage, die einer guten Zugänglichkeit und unkomplizierten Kontaktaufnahme erheblich entgegen steht. Allerdings verweist die Tatsache, dass auch die Merseburger Drogenberatung seit Jahren nur drei Substituierte unterstützt, auf ein ernstzunehmendes Hindernis der Inanspruchnahme von Angeboten der Drogenberatung in sozial überschaubaren Regionen: der Angst vor Stigmatisierung.

Für Modernisierungsbestrebungen in Zusammenhang mit der Substitution bleibt festzuhalten, dass die Angebote einer Drogenberatungsstelle, die in einer flächigen Versorgungsregion an einem bestimmten Punkt stationiert ist, nur durch einen kleinen Teil der Nachfragenden genutzt werden können. Die Einschränkungen in der Zugänglichkeit ergeben sich nicht nur aus den langen und schwierig zu bewältigenden Wegen, sondern auch aus den Ängsten vor Stigmatisierung, die mit der Inanspruchnahme einer Drogenberatung verbunden werden und insbesondere in kleinen und überschaubaren Versorgungsregionen besonders gefürchtet werden. Filiallösungen können zwar Probleme in Zusammenhang mit langen Wegezeiten entschärfen – je dichter sie jedoch an den Wohnort der Klienten rücken, umso stärker werden Ängste vor Ausgrenzung und Stigmatisierung zu Gründen für eine Nicht-Inanspruchnahme. Insofern sind die traditionellen Komm-Strukturen in Zusammenhang mit der Gewährung psycho-soziale Hilfen durch andere Modelle zu ersetzen, die eher in Richtung von Coming-Home-Strukturen verweisen.

Zur Einbindung in die psycho-soziale Hilfe bei Substitution

Zu den Hallenser Einrichtungen, die die psycho-soziale Hilfestellung bei Substitution für den Saalekreis übernehmen, gehören die „AWO Erziehungshilfe Halle GmbH, Suchtberatungsstelle“ (mit 3,575 Mitarbeitern) und die „DROBS Halle“ (mit 3,75 Mitarbeitern). Wenngleich die Suchtberatung der AWO sowohl für die Betreuung von Klienten legaler und illegalisierter Substanzen zuständig ist, fokussiert sich diese seit mehreren Jahren stärker auf den legalen Bereich und baut wohl auch deshalb ihr Angebot an psycho-sozialer Hilfestellung bei Substitution kontinuierlich ab (von 2007 = 46 auf 2009 = 28). Im Gegenzug erweitert die auf die Betreuung illegalisierter Drogenkonsumenten spezialisierte „Drobs Halle“ ihre Angebote und kann deshalb bei insgesamt sinkenden Betreuungszahlen (Gesamtklientel von 2007 = 758 auf 2009 = 696) auf steigende Betreuungsfälle in Zusammenhang mit einer psycho-sozialen Hilfestellung verweisen (von 2007 = 193 auf 2009 = 201).

Alle drei Drogenberatungsstellen sind in ihrem Leistungsspektrum ausdrücklich darauf beschränkt, psycho-soziale Hilfen bei Substitution anzubieten. Dies bedeutet, dass zu den Aufgaben sowohl Beratung, Begleitung und Betreuung gehört, vom Leistungsträger allerdings psycho-soziale Therapien vom Leistungsangebot ausgeschlossen werden. Damit ist unklar, welche Institutionen für den Fall eines entsprechenden Bedarfes diese Form der

Hilfe und Unterstützung realisieren soll. Dies ist insbesondere deshalb problematisch, weil damit auch ambulante Therapien wie z. B. die in Zusammenhang mit dem Befähigen zu einem selbstkontrollierten Konsum finanziell ebenso wenig nicht abgedeckt werden, wie komplementäre psycho-soziale Hilfen, die zu den Bereichen Arbeit, Freizeit und soziale Integration gehören.

Dilemmata der Finanzierung von psycho-sozialer Hilfe bei Substitution

Für alle Beratungsstellen in Halle und im Saalekreis gilt eine Pauschalfinanzierung, die zwar über das Planjahr eine gleichmäßige und kontinuierliche finanzielle Ausstattung sichert, allerdings auch keinen Bezug zu den tatsächlich erbrachten Leistungen nimmt. In der Folge werden die Leistungen, die im Zuge der psycho-sozialen Hilfestellung erbracht werden, weitgehend standardisiert, wodurch ein Eingehen auf die individuellen Bedarfe der einzelnen Klienten nur begrenzt möglich ist: Auf den Punkt gebracht erhalten die Klienten nicht das, was sie brauchen, sondern das, was sie im Zuge der pauschalen Finanzierung bekommen können.

Allerdings ergibt sich auf Seiten der beiden Hallenser Drogenberatungsstellen, zunehmend das Problem, dass die bisher geltende pauschale Vergütung nicht mehr ausreicht, um die in ihrem Umfang und ihren Inhalten je Klient sehr unterschiedlichen Leistungen abzugelten, die mit der Basisintervention und den komplementären psycho-sozialen Hilfestellungen zu erbringen sind. Insofern muss nicht nur nach neuen Angebotsmodellen, sondern auch nach neuen Finanzierungsmodellen gesucht werden.

Nicht übersehen werden sollte jedoch, dass das Modell einer pauschalen Finanzierung auch deutliche Vorteile für den Prozess der Inanspruchnahme von Hilfen hat: Trotz kontinuierlich steigender Nachfrage nach psycho-sozialen Hilfen bei Substitution gestaltet sich der Prozess der Aufnahme einer entsprechenden Hilfestellung beispielsweise durch die Drobs Halle noch immer relativ unkompliziert: Die psycho-soziale Hilfe beginnt, sobald der Klient einen Substitutionswunsch äußert und damit weit vor einer umfassend organisierten und offiziell zugelassenen Substitution. Schon im ersten Gespräch werden die Rahmenbedingungen der Substitution ausgelotet und vereinbart, so dass der Klient bereits nach dem zweiten Termin eine sogenannte PSB-Bescheinigung erhält, mit der er sich um den medizinischen Teil der Substitution bemühen kann. Dieses Verfahren dauert in der Regel nicht länger als eine Woche. Ab dann werden auch diverse psycho-soziale Hilfestellungen gewährt.

Der Einstieg in den medizinischen Teil der Substitution benötigt im Saalekreis in der Mehrheit eine längere Zeit und zwingt dem Klienten eine Wartezeit von 3-4 Wochen auf. Diese wird sowohl für den Klienten als auch für die Drogenberater oft zu einer Belastungsprobe, in der es gilt, die geäußerte Änderungsmotivation weiter zu festigen, obwohl zunächst oft keine wesentlichen Veränderungen im Drogenkonsummanagement möglich sind, weil noch kein Substitutionsmittel ausgereicht werden kann. Die Tatsache, dass Klienten aus der flächigen Versorgungsregion des Landkreises in dieser Zeit erhebliche zusätzliche Aufwendungen erbringen müssen, um trotz blockierter Mobilität die schwierige Erreichbarkeit der Drogenberatung zu überbrücken, bringt weitere Labilität in diesen Prozess.

Für Modernisierungsbestrebungen in Zusammenhang mit der Substitution bleibt festzuhalten, dass die Finanzierung psycho-sozialer Hilfen bei Substitution vor der Herausforderung steht, einerseits die sehr unterschiedlichen Bedarfe der einzelnen Klienten an Hilfen und Unterstützung so abzubilden, dass nicht mehr nur die Leistungen angeboten werden, die im Rahmen der vorhandenen Ressourcen der Drogenberatungsstellen verfügbar sind, sondern die jeder einzelne Klient tatsächlich benötigt. Andererseits darf die Finanzierung psycho-sozialer Hilfen nicht ausschließlich an das Zustandekommen eines kompletten Substitutionsregimes gebunden werden, um Ausstiegswünschen und Ausstiegsbedarfen auch unabhängig von stationären Abstinenztherapien und Substitutionsbehandlungen entsprechen zu können.

Die Situation in Zusammenhang mit komplementären psychotherapeutischen Therapien

3.1.6 Die Situation für substituierte Klienten/Patienten

3.1.6.1 Die Situation für substituierte Klienten/Patienten: Vor der Aufnahme einer Substitution

Wie Substituierte in allen Teilen Deutschland sind auch die Klienten im Saalekreis mit diversen Regelungen und notwendig zu erbringenden Vorleistungen konfrontiert, die eine rasche und niedrigschwellige Aufnahme einer Substitution behindern. Vorsprachen in der Drogenberatungsstelle, das Finden eines Substitutionsarztes mit freier Behandlungskapazität und die nötigen bürokratischen Vorarbeiten bis schließlich mit der Substitution begonnen werden kann, ziehen den Zeitraum zwischen entwickeltem Ausstiegswunsch und tatsächlich begonnener Substitution in die Länge: In Halle, der Stadt, in der die Substitution auch für den flächigen Saalekreis zentralisiert ist, beansprucht dieser Prozess im Durchschnitt 30 Tage. In Anbetracht der oft fragilen Motivation der Klienten, die durch den Verbleib in oft risikoreichen, chaotischen und immer wieder auch destruktiven Zwängen belastet wird, ist dies ein in Deutschland allgemein beklagter Zustand. Damit während dieser Zeit der Klient nicht mehr ausschließlich auf seine Szenebezüge und seinen drogenbezogenen Alltag verwiesen bleibt, beginnt die Drobs Halle die psycho-soziale Hilfestellung der Klienten sofort und damit weit vor dem Start der medizinischen Substitution.

Zu diesen allgemein bekannten Problemen sind Klienten, deren Heimatort weit von den behandelnden Institutionen entfernt ist, mit zusätzlichen Erschwernissen belastet, die die Aufnahme einer Substitution verkomplizieren:

- *Erstens* ist für jeden Termin, der im Vorfeld des Behandlungsbeginns nötig ist – in der Regel zwischen 2-4 Termine – eine Anreise zu organisieren. Diese kann in der Mehrheit nicht mit einem privaten Fahrzeug erfolgen, sondern setzt die Nutzung des öffentlichen Nahverkehrs voraus. Der in vielen Regionen stark ausgedünnte Fahrplan sorgt dafür, dass sich mit dem Wahrnehmen eines ca. einstündigen Termins zur Klärung von Sachverhalten rund um die Substitution ein sich über

mehrere Stunden hinziehender Aufenthalt in der Stadt verknüpft, ehe mit öffentlichen Transportmitteln wieder eine Rückreise in den Heimatort möglich wird¹². Diese in der Regel nicht durch andere Aktivitäten ausgefüllte Wartezeit ist schon deshalb beschwerlich, weil in den kontaktierten Institutionen ein längerer Aufenthalt oft nicht erwünscht ist (z. B. aus Angst vor Szenebildungen) und für das Warten in öffentlichen Einrichtungen (Cafe, Restaurant) nicht das nötige Geld für diese wiederkehrenden Termine verfügbar ist. So stellt sich insbesondere bei schlechten Wetterlagen immer die Frage des Verbleibs während dieser Zeit.

- Zweitens gehen diese langgezogenen Zeiten des Wartens und des Leerlaufs am Ort der Substitution den Klienten für die Organisation ihres Lebens im Heimatort verloren, in welchem sie möglicherweise immer noch in soziale Bezüge und diverse Verantwortlichkeiten eingebunden sind. Durch die Aktivitäten in Vorbereitung einer Substitution können sie dort ihren Verpflichtungen nicht nachkommen, wodurch die ohnehin belasteten sozialen Beziehungen weiter unter Druck geraten.
- Drittens bieten sich die langen und nicht gebundenen Wartezeiten bei einer fragilen Motivationslage geradezu an, in die Beschaffungs- und Konsumentenstrukturen der Stadt einzutauchen, hier Kontakt zu entsprechenden Szenebezügen zu suchen/zu halten und sich weiter in die kriminelle Beschaffung finanzieller Mittel und/oder den Konsum illegalisierter Substanzen zu verstricken.
- Viertes müssen für die Fahrten zu den Terminen mit den behandelnden Ärzten und der betreuenden Drogenberatung finanzielle Aufwendungen eingesetzt werden, die oft bereits für sich eine finanzielle Belastung darstellen¹³. Sind die Klienten Leistungsempfänger der ARGE, werden zumindest die Fahrtkosten übernommen. Die Einführung eines gesonderten „Nummern-Tickets“ enthebt auch von einer Vorfinanzierung dieser Fahrten, so dass die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen im Zuge einer Substitution zunächst nicht mit finanziellen Mehrbelastungen verbunden ist. Anders gestaltet sich die Sachlage, wenn die Klienten keine Leistungen der ARGE beziehen, weil sie beispielsweise als nicht arbeitsfähig begutachtet wurden. Dies erfolgt regelmäßig zu Beginn einer Substitutionsbehandlung. In diesen Fällen werden die Klienten dem dafür zuständigen Sozialamt überstellt. Sozialamt und ARGE unterstehen jedoch demselben Rechtskatalog, weshalb für Klienten der ARGE die gleichen Rechte gelten, wie für Klienten des Sozialamtes. Allerdings wurde erst im Frühjahr 2010 mit entsprechenden Gerichtsurteilen klargestellt, dass auch das Sozialamt die Fahrtkosten für Substitutionspatienten zu übernehmen hat. Deshalb ist diese Information noch nicht Allgemeingut, die von den Betroffenen couragiert nachgefragt und von den zuständigen Mitarbeitern auch nicht immer offensiv angeboten wird. Weil das Geld dafür jedoch immer erst nach der Bewilligung des

¹² Querfurt ist von Halle ca. 42 km entfernt. Mit öffentlichen Verkehrsmitteln ist Halle in 1h 8min und mit drei Mal umsteigen erreicht. Rückfahrgelegenheiten von Halle nach Querfurt ergeben sich ca. alle zwei Stunden.

¹³ Die Kosten für eine Busfahrt von Querfurt nach Halle betragen als Einzelfahrt 2,50 €, als Wochenkarte 23,10 € und als Monatskarte 68,90 €. Werden für diese Wege private PKW genutzt, ergeben sich finanzielle Aufwendungen, die allein für den Kraftstoff für Benzin 300,00 € und für Diesel 193,00 €) betragen und ebenfalls kaum aus eigener Kraft mit legalen Mittel finanziert werden können.

Antrages gezahlt wird, müssen die Klienten allerdings oftmals in Vorauszahlung gehen, die aus dem verfügbaren Budget gar nicht geleistet werden kann.

Für die Überlegungen zur Modernisierung der Substitution ist festzuhalten, dass mit einer zentralisierten Substitutionsbehandlung strukturelle Rahmenbedingungen mit Hürden geschaffen wurden, durch die Klienten aus flächigen Versorgungsregionen bei der Inanspruchnahme einer Substitution deutlich benachteiligt bzw. sogar davon ganz ausgeschlossen werden.

3.1.6.2 Die Situation für substituierte Klienten/Patienten: Der Einstieg in die Substitution

Wenn es nach vielen organisatorischen Vorarbeiten und bürokratischen Hürden gelungen ist, eine Substitution zu beginnen, dann stellen sich die ersten Monate in der Regel als eine Zeit großer Ein- und Umstellungen dar. In dieser wird behutsam zu einem passenden Substitutionsmittel und dessen passender Dosierung gefunden, werden Folgeerkrankungen einer Behandlung zugeführt, erfolgt eine aufwendige Regelung oftmals komplex miteinander verknüpfter psycho-sozialer Problemlagen und wird an einer oftmals fragilen Therapiemotivation und der Ambivalenz gegenüber Drogen bzw. Drogenabstinenz gearbeitet. Diese Zeit des Einstiegs in die Substitution wird deshalb in der Regel sowohl von ärztlicher Seite als auch von Seiten der Drogenberatung sehr intensiv begleitet. Dies erfordert vom Klienten zum einen ein tägliches Vorsprechen bei dem behandelnden Arzt, der auch das verordnete Substitutionsmittel verabreicht. Zum anderen werden gerade in der Einstiegsphase der Substitution sehr engmaschige Termine für eine psycho-soziale Betreuung nötig. Oftmals wird für diese Einstiegsphase sowohl von ärztlicher Seite als auch von Seiten der Drogenberatung gezielt ein Behandlungsregime geschaffen, das mit seinen wiederkehrenden festen Terminen und den an den Klienten gestellten Pflichten geradezu eine tagesstrukturierende Wirkung hat. Damit sollen grundsätzliche Änderungsprozesse initiiert und gestützt sowie das Herausbilden notwendiger Live-Skills für die erfolgreiche Bewältigung drogenbezogener Problem unterstützt werden.

Für Klienten ist diese intensive Einstiegsphase in die Substitution mit vielfältigen Herausforderungen verbunden. Diese werden jedoch nochmals potenziert durch die Tatsache, in Orten beheimatet zu sein, die von den zentralisierten Angeboten einer Substitution weiter entfernt sind. Für diese Klienten stellt sich faktisch die Notwendigkeit eines täglichen Pendelns zwischen Heimatort und Ort der Substitution. Damit werden enorme Zeiten und finanzielle Mittel gebunden, wodurch oftmals problematische Entwicklungen angeschoben werden:

- Erstens stehen wichtige zeitliche und finanzielle Ressourcen für ambulante Rehabilitationsprozesse (Wohnungssuche, Wohnungseinrichtung, Kinderbetreuung, legales eigenständiges Wirtschaften, Qualifikation, Arbeitssuche) nicht mehr zur Verfügung, wodurch diese Prozesse im günstigsten Fall verkompliziert und verlangsamt, im ungünstigsten Fall sogar ganz unmöglich werden. Zwar schafft die Übernahme der Fahrtkosten für das Pendeln einen gewissen finanziellen Ausgleich;

das permanente Unterwegs-Sein schafft jedoch Unruhe und nötigt zu zusätzlichen Kosten, die sich aus der Reise und mit dem Aufenthalt vor Ort ergeben (und z. B. in Arbeitsverhältnissen bei Dienstreisen als Tagegeld ausgeglichen werden). Durch das Sozialamt und die ARGE können jedoch Anträge auf Sonderzuschüsse für mehr Unterstützung im Falle besonderer Lebensumstände (Betreuung, mehr/spezielleres Essen) bewilligt werden, so dass auch bei einer Substitution ein Mehrbedarf geltend gemacht werden kann, der allerdings in der Regel nicht den gesamten Umfang an Mehraufwand deckt.

- Zweitens handhabt eine Reihe von Klienten den aus eigenen Kräften nicht auflösbaren Konflikt zwischen nicht verfügbaren Mitteln für das tägliche Unterwegs-Sein und den notwendig einzuhaltenden Terminen am Behandlungsort, indem sie sich „die Beförderung erschleichen“ und mit diesem Delikt kriminell werden. Es liegt an den Anforderungen des Behandlungsregimes, dass in der Regel „Schwarzfahren“ nicht ein einzelnes Delikt bleibt, sondern die Klienten vor der Notwendigkeit stehen, zu Wiederholungstätern zu werden. Auf diese Weise summieren sich jedoch überschaubare Ordnungsstrafen zu erheblichen Beträgen, die bei Zahlungsunfähigkeit sogar über Freiheitsstrafen abzugelten sind. Drastisch auf den Punkt gebracht, treibt ein Behandlungsregime, das in wenigen Orten zentralisiert ist, Klienten aus Flächenregionen quasi in die Kriminalität.
- Drittens realisiert ein weiterer Teil der Klienten die Anforderungen der intensiven Einstiegsphase in die Substitution, indem sie sich zunächst als Übergangslösung und gedacht für eine überschaubare Zeit einen Wohn- und Aufenthaltsort vor Ort beschaffen – Couch-Hopping. Dies sind zunächst Mitwohnmöglichkeiten bei Freunden und Bekannten, die ihrerseits oft selbst problematisch Drogen konsumieren und in entsprechende Szenebezüge integriert sind. Auf diese Weise in schwierige soziale Bezüge verwiesen, gestalten sich die persönlichen Rahmenbedingungen für die erfolgreiche Bewältigung des Einstiegs in die Substitution als vakant, wenig hilfreich und oft sogar kontraproduktiv.
- Viertens gelingt es den Klienten mit dieser Variante zwar, eine Lösung für das notwendige tägliche Pendeln zu finden und die damit verbundenen finanziellen und zeitlichen Aufwendungen zu reduzieren. Der Preis dafür ist jedoch die zeitweise Übersiedlung in eine Stadt, mit deren drogenfreie Milieus und Gegebenheiten die Klienten nicht vertraut sind, deshalb dort kaum die Chance haben, sich ein hilfreiches soziales Netzwerk aufzubauen und sich Strukturen zu erschließen, die einen Alltag mit sozialen Kontakten, Aktivität, Sinnbezügen und Selbstbestätigung gewähren. Stattdessen können Entwurzelung, soziale Isolation und Langeweile zu Antrieben werden, sich wenigstens in Szenetreffs, drogenbezogene Netzwerke und darauf bezogene Aktivitäten zu integrieren, auch wenn damit der Erfolg der begonnenen Substitution in Gefahr gebracht wird.
- Fünftens unterstreicht die Tatsache, dass stationäre Entwöhnungsbehandlungen mehrheitlich die Stadt mit der ihr eigenen Anonymität und geringen sozialen Kontrolle meiden und sich in der Regel in ländlichen Regionen mit entschleunigten Lebensrhythmen und stärkerem Bezug zur Natur ansiedeln, dass eine Stadt weniger

günstige Rahmenbedingungen bietet, sich aus drogenbezogenen Lebensstilen heraus zu entwickeln. Insbesondere für Klienten, die nicht in städtischen Bezügen aufgewachsen und mit diesen vertraut sind, sondern durch das Substitutionsregime zu einer solchen Übersiedlung genötigt werden, kann dieser Schritt zu einer schwerwiegenden Überforderung werden, die den Gesamterfolg einer Substitution in Frage zu stellen droht.

Das Angebot einer in einer Stadt stationierten Drogenberatung, zu der die Klienten für eine psycho-soziale Hilfestellung aus fernerer Wohnorten pendeln müssen, ist insbesondere in der intensiven und fragilen Phase des Einstiegs in die Substitution mit Belastungen und Erschwernissen verbunden, die den Erfolg dieser ohnehin beschwerlichen Startphase gefährden. Diese Probleme lassen sich mit einer Take-Home-Vergabe des Substitutionsmittels nicht auffangen, solange die in dieser Zeit ebenso wichtige psycho-soziale Hilfestellung nicht als Coming-Home praktiziert wird.

3.1.6.3 Die Situation für substituierte Klienten/Patienten: Der Alltag in die Maintenance-Substitution

Nach der erfolgreichen Bewältigung des Einstiegs in die Substitution ergeben sich für viele Klienten neue Möglichkeiten der Gestaltung des Substitutionsregimes. Take-Home-Verschreibungen und größere Zeitabstände zwischen Terminen beim behandelnden Arzt und dem psycho-sozialen Betreuer eröffnen den Klienten neue Freiheitsgrade in der Verfügung über Zeit, Tagesstruktur und Ressourcen. Diese Phase der Substitution ist auch die Zeit für die Übernahme neuer Vorhaben und Aufgaben, mit denen die Integration in ein zufriedenstellendes Leben in den Heimatorten vorangetrieben werden kann.

Wenngleich ländliche Strukturen durchaus Vorteile für den Aufbau sozialer Bezüge bieten, kann nicht davon ausgegangen werden, dass die notwendigen Veränderungsprozesse den Klienten in eigener Regie, problemlos und ohne Reibungsverluste gelingen. In dieser Phase der Substitution sind klärende Gespräche in der betreuenden Drogenberatungsstelle der Stadt und damit weit weg von den aktuellen Lebensbezügen nur begrenzt hilfreich; gefragt sind Drogenberater nunmehr vor allem als Case-Manager. Diese Funktion kann jedoch kaum sinnvoll aus der Distanz einer in der Stadt stationierten Beratungsstelle wahrgenommen werden. Sie setzt vielmehr voraus, dass Vermittlungs- und Klärungsprozesse aus der unmittelbaren Kenntnis der Sachlage, in Auseinandersetzung mit den beteiligten Partnern einer komplementären indikativen Therapie und mit Institutionen vor Ort erfolgen. Ohne eine solche aktive Unterstützung bleiben die Klienten weitgehend auf sich gestellt und können durch die anstehenden Anforderungen schnell überfordert werden. Auf diese Weise wird der Erfolg der Substitution selbst dann in Frage gestellt, wenn der medizinische Teil ohne Komplikationen verläuft.

4 Quellen:

Wüllenweber, L., Schaefer, A. (2010): Zurück ins Leben – Die Heroinstudie und ihre Umsetzung in der Bonner Ambulanz. In: Konturen 2-2010, S. 23-27

Dilling, H.W., Mombou, M., Schmidt, H. (1993): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. 2. Auflage. Huber, Bern

Sass, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. (1996): Diagnostisches u. Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV, Hogefte

Küfner, H., Ridinger, M. (2008): Psychosoziale Behandlung von Drogenabhängigen unter Substitution (PSB-D) – Manual 2.0. Lengerich

Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt

In die Recherche sind Aussagen von Vertretern folgender befragter Institutionen eingeflossen:

- Drobs Halle am 15.11.2010, 18:00 Uhr
- AWO Halle, E-Mail-Kontakt
- Hausarztpraxis in Teutschental am 1.12.2010, 13:00 Uhr