

Projekt VVSub

Verbesserung der behandlungsbezogenen und teilhabeorientierten Vernetzung
in der Substitutionsbehandlung



Abschlussbericht

Impressum

Herausgeber

Werkstatt PARITÄT gemeinnützige GmbH
Hauptstraße 28
70563 Stuttgart-Vaihingen
Telefon 0711/21 55-418
www.werkstatt-paritaet-bw.de

Projektleitung und Textredaktion

Karl Lesehr

Satz und Gestaltung

Kreativ plus
Gesellschaft für Werbung & Kommunikation mbH
E-Mail: help@kreativplus.com | www.kreativplus.com

Bildnachweis

iStock (alle Bilder)

Im Text wird zur besseren Lesbarkeit überwiegend die männliche Form verwendet; weibliche und diverse Formen sind darin eingeschlossen.

© Stuttgart, Januar 2019

Werkstatt PARITÄT gemeinnützige GmbH

Das Projekt VVSub wurde gefördert von

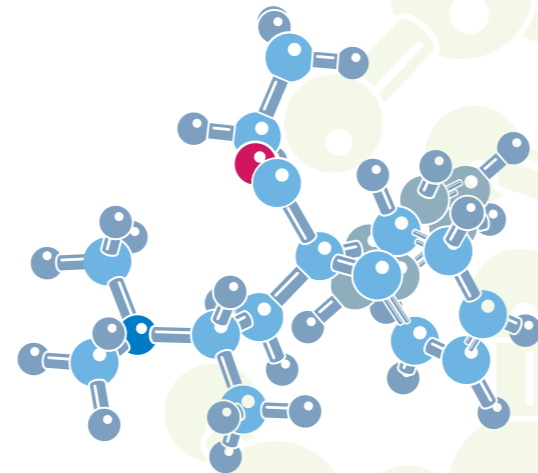


Illustration:
Chemische Struktur von Methadon

Inhaltsübersicht

Zur Thematik der Opiatsubstitution	04
I. Die Entwicklung des Projekts VVSub	07
1.1 Zur Vorgeschichte des Projekts VVSub	07
1.2 Die Projektförderung VVSub	07
1.3 Standortspezifische Entwicklungsvorhaben in VVSub	08
II. Die Realisierung des Projekts VVSub 2016 bis 2018	12
2.1 Gemeinsame Projektentwicklung	12
2.2 Zum Projektverlauf	12
2.3 Entwicklungen an den einzelnen Projektstandorten	15
III. Ergebnisse aus dem Projekt VVSub	23
3.1 Gemeinsame fachliche Einschätzungen im Projekt VVSub	23
3.2 Notwendige nächste Entwicklungsschritte – auch mit Blick auf einen geplanten Substitutionsgipfel	31
IV. Ergänzende Informationen zum Thema	34

Zur Thematik der Opiatsubstitution

Es gibt keine hoffnungslosen Fälle, aber sehr wohl hoffnungslose Menschen.

(Adrian Goiginger)

Während nach den Vorstellungen der ersten Substitutionsrichtlinien diese Behandlung bei Opiatabhängigkeit nur mit dem Ziel einer schrittweisen (Wieder-)Herstellung einer Betäubungsmittelabstinenz erfolgen sollte, hat sich inzwischen die Substitution zunehmend zu einem Dauerbehandlungsangebot entwickelt, ohne dass aber unseres Erachtens die damit verbundenen sozialpolitischen Konsequenzen ausreichend reflektiert würden.

Die politische Diskussion zum Thema Substitution geht derzeit überwiegend um Fragen der Versorgungssicherstellung:

- die Sicherstellung einer möglichst wohnortnahen ärztlichen Versorgung: durch die Konzentration auf oft nur wenige Arztpraxen trägt die Struktur der Behandlung zunehmend selber zu einer eben auch destabilisierenden Szenebildung bei und erschwert teilweise Bemühungen um eine mögliche berufliche Reintegration;
- die Lockerung/Entschärfung der strafrechtlichen Risiken und von Behandlungs- und Verfahrensregeln: Substitution wird von Ärzten/-innen oft als bedrohliche, schwierige und belastende Behandlung wahrgenommen mit erheblichen Sanktionsrisiken v.a. für die Behandelnden;
- eine unzureichende Leistungsfinanzierung (eben auch ohne Berücksichtigung der Vernetzungsleistungen, die

zur Erreichung der gestuften Zielebenen der ärztlichen Substitution notwendig sind): alternative Formen einer Behandlungssicherung durch interdisziplinäre Vernetzung sind viel zu wenig entwickelt – die Substitution wird immer öfter reduziert auf eine dauerhafte und formal regelkonforme Substanzvergabe – für die meist dringend notwendige ergänzende ärztliche Behandlung müssen Substituierte oft in andere Praxen verwiesen werden.

Durch die Fokussierung auf diese legitimen und notwendigen Perspektiven der Behandelnden rücken aber die nicht weniger wichtigen Fragen einer qualifizierten und patientenorientierten Behandlung und damit die generelle durch die Opiatabhängigkeit meist stark chronifizierte Lebenslage der Betroffenen zu oft in den Hintergrund, werden nicht/zu wenig als essentielle Faktoren für mögliche Behandlungserfolge gesehen:

- Substitution ist der Versuch einer Alltagsstabilisierung durch Stabilisierung des Suchtmittelkonsums: damit erfolgt aber auch eine suggestive Verstärkung der Bedeutung solcher psychotropen Substanzen für die Selbstregulation dieser Menschen.
- Jede Form von Substanzabhängigkeit braucht als biopsychosoziale Störung nach aller Erfahrung einen mehr-

dimensionalen Behandlungsansatz. Da die Substitution selber immanent nahezu keinen Anreiz für einen Konsumausstieg bieten kann, muss sie sich – als Akutbehandlung wie als rehabilitativ orientierte Behandlung – neben der Substanzvergabe vorrangig um eine bestmögliche gesundheitliche Stabilisierung und dann aber auch um Verbesserungen beruflicher / sozialer Teilhabe bemühen.

Die derzeitigen rechtlichen Regelungen / Kontrollstrukturen und Qualitätsanforderungen orientieren sich überwiegend am Bild von szenenahen und in hohem Maß dissozialen Drogenabhängigen und übersehen dabei, dass landesweit knapp ein Drittel aller von der Suchthilfe betreuten Substituierten eben auch erwerbstätig ist. Allerdings bietet die Versorgungsstruktur für Substituierte insgesamt oft nur wenig glaubwürdige Anreize und nachhaltige Unterstützungen, damit auch Substituierte in chronifizierten Lebenslagen für sie nutzbare Chancen zu einer verbesserten beruflichen und sozialen Teilhabe finden; nicht selten sind Substituierte wegen des von ihnen genutzten Stabilisierungskonzeptes pauschal von Leistungen zur Förderung einer Arbeitsintegration oder einer medizinischen Suchtrehabilitation ausgeschlossen.

Man muss sich immer mal wieder daran erinnern, dass die Substitutionsbehandlung sich verbreitet hat in einer gesellschaftlichen Situation, in der die traditionellen Sanktions- und Hilfemaßnahmen der Suchtpolitik sich zunehmend als unwirksam erwiesen hatten gegenüber den szenebedingten Auswirkungen der Drogenabhängigkeit wie z.B. der Beschäftigungskriminalität und -Prostitution, einer gesundheitlichen und sozialen Ausgrenzung und einer dramatischen Zahl von tödlichen Drogenotfällen. Die Opiatsubstitution sollte deshalb die Abhängigen aus der totalen Abhängigkeit von der Drogenszene lösen und ihnen gleichzeitig ein Mehr an Alltagsstabilisierung durch eine schrittweise Verbesserung ihrer komplex beeinträchtigten Lebensqualität ermöglichen.

In den oft verbissenen Auseinandersetzungen über die Legitimierung dieser Opiatsubstitution mussten sich die Befürworter dieses Behandlungsangebots nicht selten sogar gegen den Vorwurf behaupten, dass die so geschmähten „Dealer im Arztkittel“ nur gebraucht würden, um die gesellschaftliche Erschütterung und Verängstigung durch die Drogenproblematik wieder in den Griff zu bekommen. Der Unterstellung, dass es in der Substitution letztlich gar nicht um die betroffenen Menschen gehe, setzten engagierte Ärzte und Sozialarbeiter die Perspektive entgegen, dass auch Opiatabhängige wie schon bislang viele Alkoholab-

hängige in einem gewissen Maß auch ohne größere Probleme am beruflichen und gesellschaftlichen Alltag teilhaben können und es deshalb die gemeinsame Anstrengung lohne, Abhängigen auch ohne die Forderung nach einer Drogenabstinenz ein Leben möglichst ohne die Risiken einer hochriskanten und kriminellen Drogenszene zu ermöglichen.

Wenn wir inzwischen nach zwei Jahrzehnten breiter Erfahrung mit diesem Behandlungsangebot den Verzicht auf die Forderung nach Suchtmittelabstinenz in der Opiatsubstitu-

tion nicht mehr nur als mehr oder weniger kurzzeitiges Übergangsphänomen verstehen, sondern als notfalls eben auch langfristige Basis für eine wesentliche gesundheitliche Stabilisierung und für nachhaltige Verbesserungen sozialer und beruflicher Teilhabe dieser Menschen mit ihren oft hochkomplexen Beeinträchtigungen, dann muss die Opiatsubstitution noch viel stärker als in ihren Anfangsjahren konsequent teilhabeorientiert gestaltet werden! Eine solche wirklich teilhabeorientierte Opiatsubstitution kann aber erst recht nicht mehr nur von einem einzelnen Arzt gestaltet werden.

Dafür brauchen wir konzeptionelle Grundlagen und konkrete Maßnahmen in der ärztlichen Behandlung und in der psychosozialen Unterstützung. Es kann nicht ausreichen, dass wir bei diesen chronisch kranken Menschen ausschließlich auf eine (suchtbedingt ja beeinträchtigte) intrinsische Veränderungsmotivation und auf deren individuelle Durchsetzungsfähigkeit setzen: die vordergründige Akutbehandlung Opiatsubstitution braucht zwingend stützend und ergänzend ein rehabilitatives Angebot, für das dann auch nicht länger die Option einer Arbeitsintegration faktisch verweigert werden kann!



I. Die Entwicklung des Projekts VVSub

1.1 Zur Vorgeschichte des Projekts VVSub

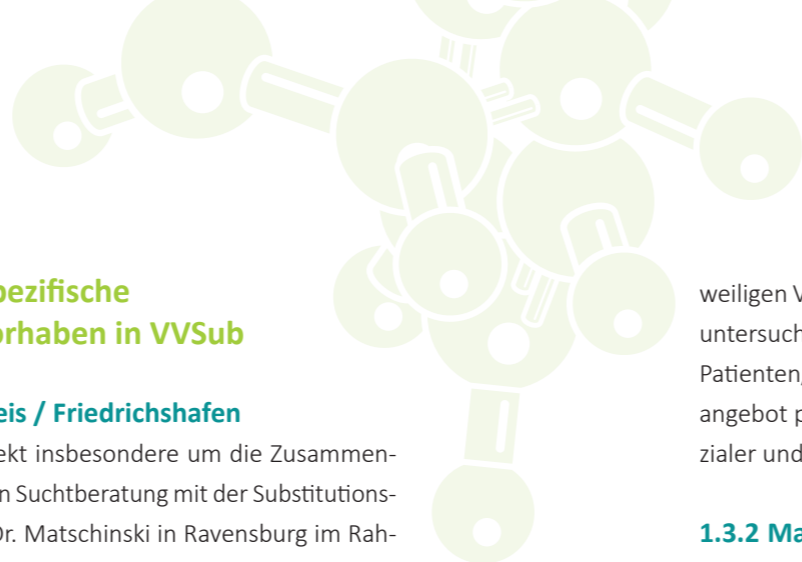
In Baden-Württemberg besteht seit mehr als einem Jahrzehnt eine feste Arbeitsgruppe des Sozialministeriums, in der Vertreter aller von der Opiatsubstitutionsbehandlung tangierten gesellschaftlichen Akteure regelmäßig zur gegenseitigen Information und Abstimmung und in der gemeinsamen Befassung mit auftretenden Schwierigkeiten in diesem Versorgungsbereich zusammenarbeiten. Im Jahr 2013 hat diese AG Substitution ein Empfehlungspapier verabschiedet, das eine aus Vertretern der Substitutionsärzten und der Suchthilfe bestehende kleine Arbeitsgruppe intensiv erarbeitet hatte. Zweck dieses Papiers war es, über die zu meist akuten und daher auch kurzfristigen Problemlösungen hinaus eine strategische Entwicklungsperspektive für die Substitutionsbehandlung als Ganzes vorzulegen.

Dieses Empfehlungspapier der AG Substitution zur Sicherstellung der ärztlichen Behandlung und zur Qualitätsentwicklung in der Substitutionsversorgung formulierte einen Zusammenhang zwischen den vielfältigen Problemen bei der Sicherstellung einer lebensfeldnahen ärztlichen Versorgung einerseits und andererseits einem wenig attraktiven bis kritischen Image der Substitutionsbehandlung in der Ärzteschaft und in der Öffentlichkeit. Neben dieser Sicherstellungs- und Imageproblematik sah das Papier aber auch angesichts einer oft nur unzureichenden fallbezogenen und entwicklungsorientierten Vernetzung zwischen Substitu-

tionsarzt und Drogenberatung die akute Notwendigkeit einer grundlegenden Verbesserung der behandlungsbezogenen und teilhabeorientierten Vernetzung in der Substitutionsbehandlung. Das Empfehlungspapier basierte auf der Hypothese, dass die Entwicklung einer effizienten und konsequent teilhabeorientierten umfassenden Behandlungskooperation zwischen Ärzten und Drogenberatung nicht nur die individuelle Behandlungsqualität für die betroffenen Menschen verbessern, sondern auch insgesamt zur Erleichterung der ärztlichen Behandlung und zu größerer Behandlungszufriedenheit bei allen Leistungserbringern beitragen und so die Bereitschaft zur Mitwirkung an der Opiatsubstitution erhöhen und so vielleicht sogar zur Reduzierung der aktuellen Sicherstellungsprobleme beitragen könnte.

1.2 Die Projektförderung VVSub

In der Folge wurde aus der AG Substitution angeregt, die in diesem Papier formulierten Empfehlungen beispielhaft zu erproben, um so fundierte Erfahrungen für eine landesweite Entwicklungsoffensive hin zu einer konsequent teilhabeorientierten leistungsnetzten Opiatsubstitution zu gewinnen und damit eine suchtpolitisch überfällige Alternative zu solchen Langzeitsubstitutionen zu schaffen, die faktisch nur einen meist unzureichenden Gesundheitsstatus der Patienten und das Fehlen einer befriedigenden beruflichen und sozialen Teilhabe mit allen daraus resultierenden individuellen und gesellschaftlichen Problemen verlängern.



Für ein solches Erprobungsprojekt konnte neben dem Suchtreferat des Sozialministeriums insbesondere die Baden-Württemberg Stiftung als Unterstützerin gewonnen werden. Aus der Arbeit der AG Substitution war schon vordefiniert, dass die bereits in der Entwicklung befindlichen Konzeptentwicklungen im Bodenseekreis (Submobil) und im Landkreis Tuttlingen (suchtmedizinische Ambulanz des ZfP Reichenau) in einem solchen Projekt begleitet werden sollten. Darüber hinaus sollten an weiteren drei Projektstandorten projektbezogene Mehraufwendungen jeweils mit bis zu etwa 12.000 € / Jahr gefördert werden. Angestrebt wurde eine Auswertung der Effekte einer konkreten Behandlungsvernetzung auf Behandlungsverläufe und Teilhabeverbesserungen der Substituierten.

Aus den (neben Tuttlingen und dem Bodenseekreis) verbleibenden 41 „Versorgungsregionen“ der Drogenberatung im Lande gab es nach der erfolgten Projektausschreibung allerdings nur sieben Projektanträge, aus denen die weiteren Standorte Mannheim, Offenburg und Tübingen ausgewählt wurden. Obwohl die aus förderrechtlichen Gründen an die Drogenberatungsstellen gebundene Projektausschreibung einen großen Gestaltungsfreiraum bot für die Geltendmachung vernetzungsorientierter Mehraufwendungen in der Drogenberatung und in der Arztpraxis, sahen (mit Ausnahme eines Betriebskostenzuschusses für das vom Arzt bereits vorgehaltene „Submobil“) alle Förderanträge nur eigene Aufwendungen der Suchtberatung vor.

1.3 Standortspezifische Entwicklungsvorhaben in VVSub

1.3.1 Bodenseekreis / Friedrichshafen

Hier ging es im Projekt insbesondere um die Zusammenarbeit der integrierten Suchtberatung mit der Substitutionschwerpunktpraxis Dr. Matschinski in Ravensburg im Rahmen der gemeinsamen Nutzung eines „Submobils“ für die aufsuchende Methadonvergabe. Von der Substitutionspraxis sollten Patienten ausgewählt werden, bei denen eine wohnortnahe Substitutsvergabe als Unterstützung für eine verbesserte berufliche Reintegration und als Distanzierung von der im Umfeld der Substitutionspraxis anzutreffenden „Szene“ wünschenswert erschien. Die im Projekt tätigen Suchtberater/-innen sollten während dieser dezentralen Vergabezeiten (1 Wochentag) in einem in der Versorgungsregion geparkten Submobil präsent sein und dort auch unmittelbar für kurze Fragen und Interventionen zur Verfügung stehen. Durch diese naturgemäß sehr enge gemeinsame Präsenz von Arzt, Arzthelferin und Suchtberater/-in sollte für die Patienten/-innen ein integrierter und konsistenter Behandlungsrahmen entstehen, in dem die sonst suchtüblichen „Täuschungsspielchen“ kaum mehr möglich wären.

In diesem Projekt sollte es darum gehen, für die vom Substitutionsarzt bereits initiierte enge Zusammenarbeit fachlich stimmige, gleichzeitig aber auch effiziente Formen der gemeinsamen Behandlungsführung unter Wahrung der je-

weiligen Verantwortlichkeiten zu finden. Gleichzeitig sollte untersucht werden, ob überhaupt und wenn ja für welche Patienten/-innen ein solches wohnortnahe Behandlungsangebot passend und im Hinblick auf Verbesserungen sozialer und beruflicher Teilhabe auch wirksam ist.

1.3.2 Mannheim

Es gab bereits bislang zumindest zu zwei größeren Substitutionspraxen und dem Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZI) in unmittelbarer Nachbarschaft der Drogenberatung eine gute Zusammenarbeit über eine regelmäßige Sprechstunde der Drogenberatung in diesen Praxen. Nachdem aber bislang in keinem Fall darüber Standards für eine gemeinsam verantwortete Behandlungsführung entwickelt werden konnten, sollte nun im Projekt zunächst mit dem ZI Mannheim eine solche fachlich konsequent praktizierte Behandlungskooperation entwickelt werden.

Die bisherigen Kooperationen orientierten sich überwiegend an Störungen und Defiziten der Klienten/-innen / Patienten/-innen, insbesondere am Substanzbeikonsum und an justiziellen Krisen. Die Drogenberatung wurde in diesem Zusammenhang oft v.a. als Kontrollinstanz wahrgenommen, während die Substitutsvergabe unter dem Schlagwort einer „Überlebenshilfe“ meist als quasi selbstverständliches und auf Dauer angelegtes Behandlungsangebot verstanden wurde. In der Folge hatte sich nicht nur bei den sich oft dissozial verhaltenden Patienten/-innen, sondern eben auch

bei manchem/-r Drogenberater/-in eine teilweise fast schon fatalistische Grundhaltung eingeschaltet, in der es v.a. um Befindlichkeitsregulationen und akute Krisenhilfen ging, aber – auch unabhängig von der Weiterführung einer Substitutsvergabe – meist nur im geringeren Umfang um die Möglichkeit einer relevanten Verbesserung der gesamten Lebenslage (Teilhabe). Im Projekt sollte deshalb das Thema einer Behandlungskooperation ganz gezielt auch unter der Fragestellung angegangen werden, ob auf diesem Weg (z.B. über die Einführung einer einheitlichen psychosozialen Diagnostik) auch die Mitarbeitenden der Drogenberatung neue Perspektiven auf das Entwicklungspotential ihrer Klienten/-innen gewinnen könnten.

1.3.3 Offenburg

Im Ortenaukreis wurden im Vergleich zu anderen großen Landkreisen nach den Daten der Stichtagserhebung der Landesstelle für Suchtfragen anteilig eher weniger Substituierte gleichzeitig auch psychosozial betreut. Von daher gab es mit einer in die Suchthilfe integrierten Praxis für Suchtmedizin in Kehl schon seit längerem einen Versuch, diese Versorgungssituation zu verbessern. Wie auch nach Erfahrungen andernorts zu befürchten war, ist dieser Ansatz aber inzwischen an negativen betriebswirtschaftlichen Daten (keine aufwandsdeckenden Fallzahlen und Vergütungen) gescheitert.

Im Projekt sollte nun versucht werden, am Standort Offen-

burg die schon bislang relativ gute fachliche Kooperation mit der Schwerpunktpraxis Dr. Menzel (ca. 200 Substituierte) zu intensivieren und in dieser Kooperation auch fachliche Standards aufzubauen, die über den ärztlichen Qualitätszirkel Substitution dann auch an andere substituierende Ärzte/-innen herangetragen werden sollten, mit denen bislang von Seiten der Suchtberatung nahezu keine bzw. keine regelhafte und verbindliche Zusammenarbeit bestand.

1.3.4 Tübingen

Tübingen plante im Projekt eine zweistufige Entwicklung. Im ersten Schritt sollte die Behandlungskooperation mit der Praxis Dr. Haumann weiterentwickelt werden in Richtung einer gemeinsamen Behandlungsplanung. Darüber hinaus sollte aber die Versorgungssituation im Landkreis im Bereich der Substitutionsbehandlung auch strukturell angegangen werden durch die Entwicklung einer interdisziplinären Substitutionsambulanz in Zusammenarbeit von Uniklinik, Landkreis, substituierenden Ärzten/-innen und der Drogenberatung. Tübingen plante damit etwas Ähnliches wie das Modellprojekt Tuttlingen, allerdings auch als Kombination mit ergänzenden teilhabeorientierten Hilfen (Beschäftigungsmaßnahmen / Tagesstrukturierung, Ambulant betreutes Wohnen). Mit dem hier angestrebten Kooperationsmodell könnten auch bisher substituierende Ärzte ihre Patienten ganz oder teilweise in der integrierten neuen Substitutionsambulanz behandeln und so von der dort geplanten intensiven fachlichen Vernetzung profitieren.

1.3.5 Tuttlingen

Der Landkreis Tuttlingen war über viele Jahre ein weißer Fleck auf der Landkarte der Substitutionsbehandlung in Baden-Württemberg: praktisch alle bislang von der dortigen Suchtberatung psychosozial betreuten Substituierten wurden wohnortfern außerhalb des Landkreises substituiert, mit allen daraus resultierenden Belastungen und Risiken für die Patientinnen.

In Tuttlingen wurde nun durch das Engagement von Herrn Höcker vom ZfP Reichenau, der auch beratender Arzt der Fachstelle ist, mit einer Substitutionsambulanz ein ganz neues Substitutionsangebot in den Räumen der Drogenberatung aufgebaut. Seine besondere Attraktivität hat dieses medizinische Versorgungsangebot dadurch, dass im Ärzteteam auch Mediziner/-innen beteiligt sind, über die eine Abrechnung auch hausärztlicher Versorgungsleistungen möglich wird. Erste Erfahrungen zeigten, dass es darüber deutlich intensiver als bislang gelingen kann, substituierte Drogenabhängige an den Beratungskontext zu binden und insgesamt eine wachsende Zahl von Substituierten zu erreichen, die bislang eher schlecht oder gar nicht psychosozial und hausärztlich versorgt waren.





II. Die Realisierung des Projekts VVSub 2016 bis 2018

2.1 Gemeinsame Projektentwicklung

Angesichts einer wie skizziert sehr unterschiedlichen Ausgangssituation an den einzelnen Projektstandorten galt es zunächst, eine für alle Standorte relevante gemeinsame Entwicklungsperspektive zu formulieren. In der zweiten Projektgruppensitzung wurden deshalb drei Bereiche benannt, zu denen das Projekt VVSub Erfahrungen beitragen wollte:

- Die bislang trotz der Qualitätsstandards für die psychosoziale Betreuung Substituierter der Landesstelle für Suchtfragen aus 2009 immer noch sehr individuelle bis willkürliche Qualität und Effizienz der psychosozialen Betreuung könnte verbessert und ansatzweise standardisiert und mit Personalschlüsseln hinterlegt werden, untermauert durch entsprechende Entwicklungsdaten der KlientInnen (welche Leistungen wann für wen);
- Gegenüber den die Suchtberatung ganz wesentlich finanzierenden Kommunen könnte der sozialpolitische Mehrwert einer qualifizierten und bedarfsangemessenen psychosozialen Betreuung mit Daten zu einer differenzierten Teilhabeverbesserung untermauert werden und gleichzeitig auch das Interesse der Jobcenter an verbesserten Teilhabemöglichkeiten für Teile der Substituierten erhöht werden;
- Durch eine effizient strukturierte Behandlungsvernetzung könnte ein Beitrag zur „Entängstigung“ der Ärzte gegenüber der Substitutionsbehandlung ermöglicht und

die Substitution damit zumindest für einen Teil der Patientinnen zu einer hausärztlichen Normalbehandlung entwickelt werden (Verbesserung der Versorgungssituation).

2.2 Zum Projektverlauf

Die Aktualisierung des Deutschen Kerndatensatzes Sucht (KDS) zum Jahresbeginn 2017 und die Entwicklung eines ergänzenden baden-württembergischen Itemsatzes boten die Möglichkeit, auch für das Projekt VVSub geeignete projektspezifische Zusatzitems kostengünstig in die Dokumentationssoftware zu integrieren. In der Projektgruppe konnte dann auch relativ rasch eine Verständigung über solche Zusatzitems erzielt werden. Bei der Definierung der jeweils standortspezifischen Gruppe der Projektteilnehmer wurde dann aber rasch deutlich, dass in den einzelnen Beratungsstellen von einer unterschiedlich hohen Mitwirkungsbereitschaft für eine solche erweiterte Dokumentation ausgegangen werden musste. In der Folge wurde die Gruppe der genauer zu untersuchenden Projektteilnehmer jeweils sehr restriktiv und eben standortspezifisch unterschiedlich definiert, wodurch logischerweise generalisierende Aussagen kaum mehr möglich waren.

Dazu kamen zum Jahresbeginn 2017 dann noch einige zentrale Softwareprobleme bei der in den meisten Projektstandorten genutzten Dokumentationssoftware. Letztlich

standen uns aus dem Dokujahrgang 2017, für den uns im September 2018(!) endlich die Auswertungsdaten übermittelt wurden, von den fünf Projektstandorten aus deren zusammen 5.369 KDS-Fällen mit einer eigenen Suchtproblematik schließlich 81 Teilnehmerdatensätze für das Projekt VVSub zur Verfügung: dies entspricht einem Anteil von 6,5 Prozent der in diesen Einrichtungen psychosozial betreuten Substituierten.

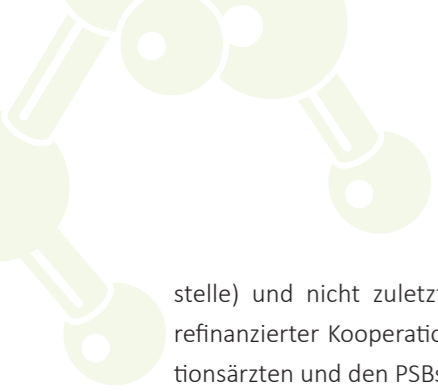
Tatsächlich zeigte sich aber in diesen wenigen Datensätzen, dass sich der in die Datengenerierung gesteckte Aufwand überhaupt nicht ausgezahlt hatte: praktisch alle Tabellen wiesen wegen offenbar weitgehend unvollständiger Dateneingaben nur Nullwerte oder nicht nutzbare Einzeldaten aus! Unser selbstgestecktes Ziel, mit Hilfe der von den Drogenberatungsstellen dokumentierten Klientendaten den sozialpolitischen Nutzwert einer umfassenden Teilhabeorientierung in der psychosozialen Betreuung Substituierter und die Machbarkeit und Wirksamkeit einer effizienten Behandlungsvernetzung untermauern zu können, können wir deshalb in der Laufzeit des Projekts VVSub leider nicht einlösen!

Es war vereinbart worden, dass sich die Projektgruppe VVSub, in der alle Standorte mit mindestens einem/r Mitarbeiter/in vertreten sein sollten, zwei- bis dreimal jährlich in Stuttgart treffen sollte. Leider gelang es trotz fester Terminvereinbarungen aufgrund kurzfristiger Ausfälle mehr-

fach nicht, tatsächlich auch alle Standorte in diesen Sitzungen zusammenzuführen. Neben diesen Projektgruppensitzungen gab es jeweils einen ausführlichen Vor-Ort-Termin mit der Projektleitung und bedarfsbezogene Mail- und Telefonkontakte. Nachdem am Standort Bodenseekreis zum 30. Juni 2017 die Arbeit des vom Arzt betriebenen Submobils plötzlich eingestellt worden war, waren dort vertiefte Klärungen zur veränderten Weiterführung eines Vernetzungskonzepts erforderlich.

Erst im Verlauf intensiver Reflexionen in den Sitzungen der Projektgruppe wurde klar, dass aber alle hier berichteten Schwierigkeiten eben nicht nur Ausdruck schicksalhafter Einzelereignisse oder einrichtungsbezogener Defizite waren, sondern dass solches Scheitern an selbstgesteckten Zielsetzungen eben auch Indikator ist für strukturelle Probleme im Gesamtfeld der Substitutionsbehandlung.

Beispielhaft seien hier genannt das Fehlen einer Differenzierung der Gruppe der Substituierten nach unterschiedlichen sozialeleistungsrechtlichen Förder- und Hilfebedarfen, die mangelnde Verbindlichkeit fachlicher Standards für die psychosoziale Betreuung Substituierter, erhebliche Unklarheiten bei der Frage einer sozialeleistungsrechtlichen Zuständigkeit für Teilhabeförderungen von Substituierten, vielerorts auch das Fehlen bedarfsgerechter Personalressourcen für eine teilhabeorientierte psychosoziale Betreuung Substituierter in den PSBs (Psychosoziale Beratungs-



stelle) und nicht zuletzt das Fehlen verbindlicher und refinanzierter Kooperationsstrukturen zwischen Substitutionsärzten und den PSBs.

Aufgrund dieser Einschätzung haben wir uns zum Projektabschluss weniger mit den Mängeln der gemeinsamen Projektumsetzung befasst, sondern uns darum bemüht, die mit diesen Mängeln verknüpften strukturellen Schwierigkeiten zu analysieren. Uns schien es wichtig, aus der gemeinsamen Erfahrung einer dreijährigen Projektarbeit in den einzelnen Projektstandorten und aus den Diskussionen in der Projektgruppe zunächst gemeinsame fachliche Einschätzungen zur Substitutionsbehandlung generell und zu unserer Vorstellung einer teilhabeorientierten Gesamtbehandlung der Opiatsubstitution zu formulieren.

Hintergrund war dafür die Erfahrung aus mehreren Projektstandorten, dass man sich zwischen den verschiedenen Akteuren zwar noch relativ leicht über formale Absprachen und definierte Kooperationsregelungen verständigen kann, dass aber oft erst in der konkreten patientenbezogenen Umsetzung solcher Absichten und Regelungen die individuellen Haltungen zur Substitutionsbehandlung in ihrer Unterschiedlichkeit erkennbar werden. Es macht nach unserer Erfahrung wenig Sinn, in solchen Fällen sich dann nur auf getroffene Vereinbarungen zurück zu beziehen. Wir vermuten, dass auch über unsere Projekterfahrungen hinaus an einigen Standorten deshalb konstruktive Koopera-

tionen stagnieren, weil ein offener fachlich-ethischer Diskurs über die jeweiligen Grundhaltungen vermieden wird und man sich lieber auf ein vermeintlich identisches Bild „der“ Substitutionsbehandlung bezieht.

Im letzten Teil unseres Berichts haben wir deshalb aufgrund unserer Projekterfahrungen Entwicklungsempfehlungen formuliert, die wir für die aktuelle suchtpolitische Diskussion in Baden-Württemberg zur Substitutionsbehandlung für notwendig halten. Solche Diskussionen nur auf die Frage der Sicherstellung ärztlicher Substitutionsversorgung zu konzentrieren, würde – ungeachtet aller lokalen Brisanz dieses Aspekts – den fachlichen Diskurs wieder deutlich hinter den Argumentationsstand des seinerzeitigen Empfehlungspapiers der AG Substitution zurückwerfen.

Im Ergebnis sind wir im Rückblick auf drei Projektjahre der Überzeugung, dass wir zwar einige unserer mit der Suchthilfedoku verbundenen selbstgesteckten Ziele im Projekt VVSub nicht erreicht haben, dass aber die gemeinsame intensive Auseinandersetzung mit diesen Zielsetzungen doch einen konstruktiven Projektabschluss ermöglicht hat. Wir hoffen deshalb, dass unsere Einschätzungen und vorgeschlagenen Entwicklungsschritte tatsächlich zu einer qualitativen Weiterentwicklung der Gesamtversorgung Substituierter in unserem Land beitragen können.

2.3 Entwicklungen an den einzelnen Projektstandorten

Die Vertreter aller Projektstandorte betonen, dass die durch das Projekt VVSub geschaffene Verpflichtung, sich über drei Jahre lang kontinuierlich und detailliert mit Fragen nach der Verbesserung der Behandlung und einer teilhabeorientierten Unterstützung Substituierter zu befassen, innerhalb der Teams aller beteiligten Beratungsstellen zu spürbaren Veränderungen geführt habe. Nachfolgend die wesentlichen strukturellen Entwicklungen an den fünf Projektstandorten:

2.3.1 Bodenseekreis / Friedrichshafen (Projektpartner: Jürgen Schuler, Michael Moravek)

Mit dem Projekt Submobil der Praxis Dr. Matschinski wurden für die Suchtberatung ganz neue fachliche und strukturelle Herausforderungen gestellt. Die bis dahin gewohnte Verteilung der Substitutionsbetreuung in einem Flächenlandkreis auf mehrere Mitarbeitende erwies sich für die Beteiligung an diesem Projekt als hinderlich: Für Submobil wurde schließlich ein fester Mitarbeitender definiert, der jeweils an den Projekttagen mit dem Arzt und der Praxismitarbeiterin im Submobil (einem für die gemeinsame Substitutsvergabe ausgestatteten Wohnmobil) präsent war.

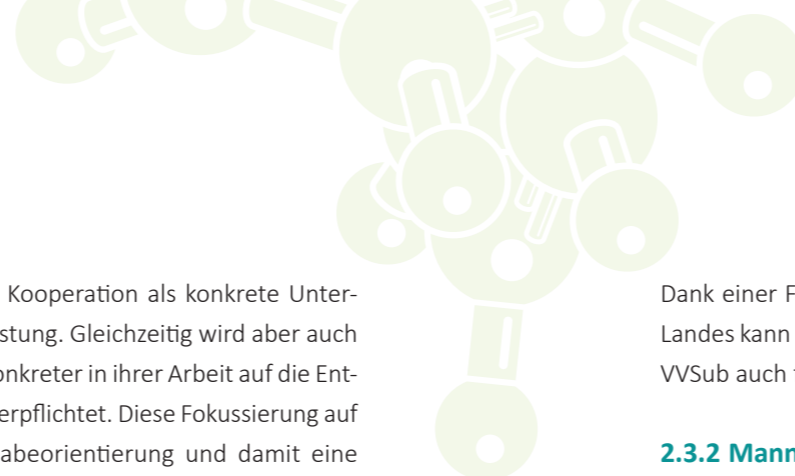
Zunächst war geplant, dezentral an zwei bis drei Orten mit dem Submobil präsent zu sein. Es wurde jedoch schnell deutlich, dass die von der SPP (Schwerpunktpraxis Substitution)

für das Submobil ausgewählten Patienten von einer zu großen Wohnortnähe für die Vergabe oft nicht begeistert waren: sie fürchteten, so als Drogenabhängige zu leicht „geoutet“ zu werden. Auch ein schließlich in Friedrichshafen gefundener Standort für das Submobil erwies sich als krisenanfällig, weil einzelne wenige Patienten vor ihrem Termin im Umfeld des Submobils warteten und dies in der Nachbarschaft bereits diffuse Ängste auslöste.

Die gemeinsame Arbeit im Submobil wurde dagegen von den Beteiligten einschließlich der Patienten als wohltuend und hilfreich erlebt: Arzt und Suchtberatung wurden vom Patienten als Einheit wahrgenommen, beide waren jeweils auf dem gleichen Informationsstand, beide Seiten wussten um die anstehenden Themen und Aufgaben. Gleichzeitig wurde deutlich, dass beide Seiten auch in ihren Interventionsmöglichkeiten begrenzt sind, was die wechselseitigen Erwartungen normalisierte.

Als die SPP aufgrund v.a. organisatorischer Probleme zum 30. Juni 2017 die Arbeit mit dem Submobil plötzlich einstellte, stellte sich für den Standort die Frage, ob diese intensive fachliche Vernetzung auch in einem anderen Setting weitergeführt werden könnte. Tatsächlich bot sich durch die Niederlassung eines neuen Substitutionsarztes im Landkreis dafür eine fast optimale Chance, die alle Beteiligten in den letzten 1,5 Jahren auch nutzten. So gibt es derzeit im Landkreis ausreichend Plätze für Substitutionsbehand-





lungen; alle vier substituierenden Ärzte mit zusammen gut 100 Patienten arbeiten regelmäßig im Qualitätszirkel zu übergreifenden Themen zusammen. Daneben gibt es mit zwei Praxen im achtwöchigen Abstand Praxistreffen (etwa 1,5 Stunden) unter Beteiligung des Arztes, seines Praxispersonals, der PSB und dem Streetworker, bei dem alle aktuellen Patienten konzentriert durchgegangen werden.

Die deutlich verbesserte Kooperationskultur in der Substitutionsbehandlung wird auch dadurch sichtbar, dass der dreiseitige Behandlungsvertrag auf einem gemeinsamen Kopfbogen gedruckt ist. Dieser Behandlungsvertrag sieht keine Verpflichtung zur psychosozialen Betreuung und auch keine verschärften Beikonsumkontrollen vor, sondern basiert ganz wesentlich auf der Zustimmung der Patienten zu einer Behandlungskooperation zwischen Arzt und PSB, in der alle behandlungsrelevanten Informationen auch ausgetauscht werden. So wird der ausführliche Anamnesebogen der PSB, der auch Informationen zu Wünschen und Absichten der Klienten festhält, regelmäßig in die Fallbesprechungen einbezogen und gemeinsam mit dem Arzt auch im Behandlungsprozess durch relevante Informationen ergänzt.

Die Ärzte berichten, dass sie durch die intensive Begleitung durch die PSB mehr Behandlungssicherheit gewonnen haben, was sich u.a. auch in ihrer Bereitschaft zu einer Ausweitung der Patientenzahlen ausdrückt. Indem klar wird, was der jeweilige Part in der Behandlungskooperation ist,

erleben die Ärzte diese Kooperation als konkrete Unterstützung und auch Entlastung. Gleichzeitig wird aber auch die PSB intensiver und konkreter in ihrer Arbeit auf die Entwicklung der Patienten verpflichtet. Diese Fokussierung auf eine konsequente Teilhabeorientierung und damit eine Annäherung an den suchtrehabilitativen Leistungsbereich habe auch innerhalb des PSB-Teams den Stellenwert der Substitution deutlich verbessert.

Alle Varianten eines „Beikonsums“ werden in der Kooperation früher thematisiert und auch angegangen; bestehende unterschiedliche „Toleranzen“ werden dabei verdichtet zu einer dann gemeinsam verantworteten konsequenten Haltung, die auch von den Patienten gewürdigt wird: in der Versorgungsregion gibt es inzwischen weitgehend einheitliche Haltungen in der Substitutionsbehandlung, ohne dass sich seitdem die Zahl der „Auspendler“ in weiter entfernte Substitutionspraxen erkennbar erhöht hätte.

Als noch offene Entwicklungsaufgabe wird im Standort die Verbesserung der fachlichen Kontakte zur allgemeinen PIA (Psychiatrische Institutsambulanz) gesehen, insbesondere bei als problematisch eingeschätzten Medikationen. Die Kollegen gehen davon aus, dass eine klare psychiatrische Diagnostik und eine darauf abgestimmte Behandlung in den meisten Fällen auch den Griff zu zusätzlichem Substanzkonsum reduzieren könnten.

Dank einer Finanzierungszusage des Landkreises und des Landes kann die bisherige Teilpersonalstelle für das Projekt VVSub auch für die Folgejahre weitergeführt werden.

2.3.2 Mannheim (Projektpartner: Philip Gerber)

Am Standort Mannheim bestand bereits v.a. mit der unmittelbar benachbarten Substitutionsambulanz des ZI eine gute fachliche Kooperation. Trotz eines Ärztewechsels in der Projektlaufzeit gelang es, diese Kooperationsqualität noch weiter zu vertiefen.

Im Team der Drogenberatung führte die Projektbeteiligung zu einer vertieften Diskussion zu Grundsatzfragen der Substitution und der psychosozialen Betreuung. Deutlich wurde dabei, dass eine oft seit vielen Jahren bestehende Betreuungskontinuität eben auch ihre Schattenseiten haben kann, indem Klienten nur noch mit ihren längst bekannten Schwächen und Leiden wahrgenommen werden und dann auch bei den Fachkräften kaum mehr eine Entwicklungsperspektive für diese Klienten denkbar ist. In der Folge wurden im Team erste Zuständigkeitswechsel eingeführt und für VVSub auch eine von der Fachdienstleitung unabhängige Projektverantwortung definiert. Allerdings seien nach Einschätzung des örtlichen Projektpartners bislang trotz einer Fragebogenaktion bei Substituierten konkrete Auswirkungen auf die unmittelbare Betreuungsarbeit mit den Klienten erst in geringem Maß erkennbar – Entwicklungen brauchen bei allen Beteiligten auch Zeit.

Insgesamt sei im Team zudem die Bereitschaft gewachsen, sich in der Substitutionsbehandlung auch als partnerschaftlicher Dienstleister für den behandlungsleitenden Arzt zu verstehen. Deutlich wurde dies u.a. auch in einer kleinen Befragung der vor Ort substituierenden Ärzte zu ihren Erwartungen an die Drogenberatung.

2.3.3 Offenburg (Projektpartner: Melanie Zittlau, Michele Falch)

Während am Standort Kehl im Modellprojekt einer Substitutionsambulanz über mehrere Jahre sehr positive Erfahrungen mit einer interdisziplinären Behandlungskooperation gemacht worden waren, war die Situation der Substitutionsbehandlung am Standort Offenburg bislang weitgehend unverändert geblieben. In der dortigen großen Substitutionspraxis war schon seit längerem eine Mitarbeiterin der Drogenberatung regelmäßig für Beratungsgespräche präsent. Im Projekt sollte nun versucht werden, diese Kooperation auszuweiten zu einer auch für die Patienten erlebbaren Behandlungskooperation, in der die unterschiedlichen Kompetenzen und Leistungsmöglichkeiten der beteiligten Akteure im Sinne einer Gesamtbehandlung miteinander verknüpft werden.

Allerdings stellte sich heraus, dass trotz entsprechender beiderseitiger Absichtserklärungen im anstrengenden Praxisalltag die gewohnten Rollenverteilungen die gesamte Zusammenarbeit bestimmen: Während die Individualisie-



rung der Substitutionsbehandlung ausschließlich in der Verantwortung der Arztpraxis bleibt, wird die Drogenberatung mit ihrer psychosozialen Betreuung auf eine Krisenbewältigungshilfe reduziert, die erst und nur dann beigezogen wird, wenn dafür aus ärztlicher Sicht ein akuter Bedarf gegeben ist. Im Alltag einer Substitutionspraxis ist ja nur allzuleicht nachzuvollziehen, dass viele Patienten vorrangig auf die Substitutsvergabe fokussiert sind und dass deshalb vordergründig kaum eine Entwicklungsbereitschaft und -fähigkeit bei Ihnen festzustellen ist. Aus solchen Erfahrungen können dann aber auch Einschätzungen entstehen, wonach Substituierte eigentlich „nur in Ruhe gelassen werden wollen“ und dass Teilhabemotivierungen oder auch nur Beschäftigungsangebote meist nicht im Interesse der Patienten seien. Wenn dann Substitutionspatienten langfristig krankgeschrieben oder auf eine EU-Rente verwiesen werden, bleiben viele Chancen eines andersartigen Zugangs zu den Patienten – auch durch eine teilhabeorientierte Drogenberatung – ungenutzt: Die Auswirkungen der strukturellen Rahmenbedingungen der Opiatsubstitution werden einseitig als unmittelbarer Ausdruck von Patienteninteressen gewertet ohne ernsthafte Versuche, auch verdeckte Entwicklungsinteressen dieser Menschen zu entdecken und zu unterstützen. Eine Behandlungskooperation, die faktisch die Drogenberatung weitestgehend auf die Funktion einer Hilfe zur akuten Krisenbewältigung reduziert, wird so im Rahmen einer ärztlichen Behandlung zur Ausgrenzung dieser Drogenpatienten aus Teilhaberechten!

Aus Sicht der örtlichen Projektpartner kommt erschwerend dazu, dass die Trägervielfalt bei einigen ergänzenden teilhabeorientierten Hilfen die notwendigen Leistungsvernetzungen für die Patienten deutlich erschwere – die meisten Träger / Institutionen seien mit ihren Angebotsformen auf die jeweils eigene Klientel orientiert. Verbesserungen für diese Zusammenarbeit werden angestrebt.

2.3.4 Tübingen (Projektpartner: Hans Köpfle)

Am Standort Tübingen stand während der Projektlaufzeit die Konzeptualisierung und konkrete Entwicklung einer Substitutionspraxis in Kooperation mit der Uni Tübingen (Professor Batra) und unterstützt vom Landkreis und der Stadt Tübingen im Mittelpunkt. Geplant und begonnen ist jetzt in unmittelbarer Nachbarschaft zur Suchtberatung der Neubau eines Therapie-Zentrums, dessen Hauptbestandteil die Substitutionspraxis ist. Von Seiten der Uniklinik sollen dort an sieben Tagen in der Woche zwei Mediziner für eine ganzheitliche Behandlung Substituierter zur Verfügung stehen; angestrebt wird aber auch die Einbindung von niedergelassenen Ärzten (Hausarzt, Psychiater), die in diesem Kooperationssetting ihre eigenen Substitutionspatienten weiterbehandeln können.

Der Träger der PSB wird in diesem Zentrum selber tagesstrukturierende Maßnahmen (Beschäftigung) anbieten, die über die Eingliederungshilfe finanziert werden sollen. Durch solche Angebote in direkter Verbindung zur Substitutions-

praxis hofft man u.a., die andernorts vielfach zu beobachtenden Probleme durch das gehäufte Auftreten von Substitutionspatienten („Szenebildung“) im Umfeld einer Praxis reduzieren zu können.

Mit der Arbeitsverwaltung sind bereits Konzepte angedacht für ein „Clearing der Erwerbsfähigkeit“ nach dem SGB II mit einer Laufzeit von bis zu einem Jahr. Durch eine solche Konstruktion in Trägerschaft der Suchtberatung erhofft man sich, alle Möglichkeiten einer motivationalen Förderung zugunsten der Patienten nutzen zu können und letztlich möglichst keine arbeitsfähigen und entwicklungsinteressierten Substituierten von Maßnahmen zur Förderung einer beruflichen Reintegration auszugrenzen.

Vervollständigt wird das integrierte teilhabeorientierte Leistungsangebot in diesem neuen Zentrum durch eine medizinische Tagesreha für Substituierte und durch ein ABW für Substituierte. Der Start dieses neuen Zentrums ist für das Jahresende 2019 vorgesehen.

Es ist leicht nachzuvollziehen, dass eine solche integrierte und von verschiedenen Akteuren engagiert vorangetriebene Gesamtentwicklung auch in den einzelnen beteiligten Institutionen zu Entwicklungen führt. So hat beispielsweise die Mitwirkung des Jobcenters an solchen Entwicklungsplänen dazu geführt, dass behördenintern Substituierte inzwischen eher weniger dem dortigen Amtsarzt vorgestellt

werden, weil dessen Haltung bekannt ist, wonach Substituierte fast generell nicht arbeitsfähig seien.

Andererseits hat aber auch in der Drogenberatung die erhöhte Aufmerksamkeit z.B. auf die Wohn- und Teilhabesituation der Substituierten dazu geführt, dass verstärkt Beratungsangebote in „Außenstellen“ der Drogenberatung aufgebaut werden: die Wohnungsnot in der Kernstadt Tübingen verdrängt nämlich zunehmend auch Substituierte in Randbezirke des Landkreises – mit vielen bekannten Folgeproblemen durch die dadurch notwendigen Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln.

Die bisherige Präsenz der Drogenberatung in der Substitutionspraxis Haumann wurde im Kontext dieser Entwicklung deutlich verstärkt: inzwischen ist nicht nur ein fester Mitarbeiter an drei Wochentagen in der Praxis präsent, sondern es gibt dort jetzt auch erste Dreiergespräche mit Arzt, Drogenberatung und Patient. Auch in den Fachdiskussionen im Team der Drogenberatung sei nach der Einschätzung des VVSub-Kooperationspartners eine deutliche qualitative Fokussierung festzustellen: dass eine qualifizierte Substitution mehr sein müsse als nur eine akzeptierende Stabilisierung des Drogenkonsums, sei inzwischen Konsens. Eine systematische und dem Krankheitsbild in Form und Inhalt angemessene Teilhabeförderung werde im Sinne des BTHG als klarer Rechtsanspruch der Patienten verstanden.

2.3.5 Tuttlingen (Projektpartner: Anastasja Ovcharenko, Wolfgang Höcker)

Im Landkreis Tuttlingen wurden erstmals 1999 Lücken in der medizinischen Behandlung opiatabhängiger Menschen sichtbar. Immer mehr Personen, die diese Behandlung brauchten, mussten zu Ärzten außerhalb des Landkreises fahren. So kam es, dass immer mehr Patienten im Landkreis wohnortnah psychosozial betreut wurden als Substitutionsplätze vorhanden waren. Prekär wurde die Lage, als der letzte Arzt, der eine Substitutionsbehandlung anbot, aus gesundheitlichen Gründen seine Praxis Ende 2015 schloss.

In der Folgezeit konnte mit Wolfgang Höcker, medizinischer Direktor des ZfP Reichenau, und der bwlv Fachstelle Sucht im Landkreis Tuttlingen das Modell der „Suchtmedizinischen Institutsambulanz Tuttlingen (SMIA)“ konzipiert werden. Das ZfP Reichenau hat die SMIA in Räumen des Gebäudes der bwlv Fachstelle Sucht einrichten können.

Die Mitarbeiter des ZfP Reichenau und der bwlv Fachstelle Sucht Tuttlingen bilden ein interdisziplinäres Team. Die medizinische Behandlung wird von derzeit vier Ärzten durchgeführt, die im ZfP angestellt sind. Sie arbeiten mit Teildeputaten und vertreten sich gegenseitig. Ein Arzt arbeitet in der SMIA neben seiner hausärztlichen Praxis. Neben der Substitutionsbehandlung und der Behandlung von Begleiterkrankungen werden die Patienten auch psychiatrisch ver-

sorgt, was eine hohe Qualität der gesamten Substitution garantiert. Psychosozial werden die Patienten durch Sozialarbeiter/Sozialpädagogen der Fachstelle Sucht Tuttlingen eng begleitet.

Die Suchtmedizinische Institutsambulanz (SMIA) wurde am 1. April 2016 eröffnet. Über die weitere Entwicklung und die bisherigen Ergebnisse berichtet die Fachstelle wie folgt:

- Es werden derzeit 66 Patienten substituiert.
- Entgegen unserer Annahmen hat bislang nur etwa die Hälfte der bisher bei anderen Ärzten wohnortfern Substituierten in die SMIA gewechselt.
- 35 neue bisher gar nicht für psychosoziale Hilfen erreichte Opiatabhängige – teilweise in einem sehr schlechten physischen und psychischen Zustand – konnten aufgenommen werden.
- Etwa gleichviele Patienten sind in der fast dreijährigen Laufzeit der SMIA aus unserer Behandlung ausgeschieden: Zwölf Patienten sind weggeblieben, zehn haben zu anderen Ärzten gewechselt, bei fünf Patienten wurde von der Praxis die Behandlung beendet, vier Patienten wechselten in eine abstinenzorientierte Suchtreha und drei wurden inhaftiert.
- Der Gesundheitszustand der Patienten hat sich durch das multidisziplinäre Behandlungsangebot (Suchtmedizin, Hausarzt, Psychosomatik, Psychiater) in der SMIA

und durch die gute Nutzbarkeit stationärer Kriseninterventionen nachweislich verbessert und so zu einer psychosozialen Stabilisierung im Alltag beigetragen. Bislang gab es keinen Intoxikationsnotfall.

- Bislang wurden, auch zur Stabilisierung der Substitutionsbehandlung, 24 stationäre Teilentzüge durchgeführt (auch vor Suchtreha und Haft).
- Behandlungskooperation wird in der SMIA so praktiziert, dass alle Behandlungsentscheidungen (Behandlungsaufnahmen, Dosisveränderungen, Umgang mit „Beigebrauch“ oder auch die Entscheidung über „Sanktionen“) nur gemeinsam im Team von Ärzten und Drogenberatung und in der Regel im Dreierkontakt auch mit dem Patienten getroffen werden.
- Mit dieser Regelung wird bewusst in Kauf genommen, dass der subjektive Stellenwert einzelner dyadischer Beziehungen sich zugunsten der systemischen Perspektive einer Gesamtbehandlung verringern kann.
- Aus Sicht der PSB führt die Verzahnung von medizinischer Behandlung und psychosozialer Begleitung unter einem Dach zu einer verbindlicheren Anbindung der Betroffenen an die PSB.
- Die Patienten erleben das integrierte Behandlungsangebot unter einem Dach eher als selbstverständliche Behandlungsform und eben nicht als zusätzlichen Druck zur Kontaktaufnahme mit einer PSB. Statt der sonst oft üblichen Tricksereien kann – auch durch viele Kurzkontakte – Vertrauen wachsen: die Patienten erleben, dass

bei Problemen gemeinsam Lösungen gesucht und „Missverständnisse“ rasch ausgeräumt werden.

- Etwa 30 Personen, davon auch einige erstmals mit dem SMIA-Angebot erreichte Patienten, sind mit ihrer Substitution auf dem ersten Arbeitsmarkt tätig.
- 28 Patienten beziehen ALG I oder ALG II – aus diesem Personenkreis haben einige geringfügige Arbeitsgelegenheiten und einige sind in Maßnahmen des Job-Centers, die restlichen Patienten teilen sich auf in Rentner und Hausfrauen.
- Bei 17 Patienten wird eine Sichtvergabe in der SMIA praktiziert, bei weiteren fünf Patienten in einer Apotheke. 44 Patienten sind in einer Take-Home-Vergabe.
- Durch gemeinsame Interventionen konnte ermöglicht werden, dass bereits drei Substituierte auch ihre Fahrerlaubnis wieder zurückbekamen.

Sehr erfreulich und gleichzeitig herausfordernd für die Mitarbeitenden der Fachstelle ist die verbesserte Erreichbarkeit opiatabhängiger Menschen im Landkreis Tuttlingen durch das Angebot der Suchtmedizinischen Institutsambulanz (SMIA). Waren es Anfang 2016 (vor Beginn der SMIA) noch ca. 55 Personen, die im Rahmen der Substitution psychosozial begleitet wurden, so sind es nun über 100 Substituierte, die betreut werden.



III. Ergebnisse aus dem Projekt VVSub

3.1 Gemeinsame fachliche Einschätzungen im Projekt VVSub

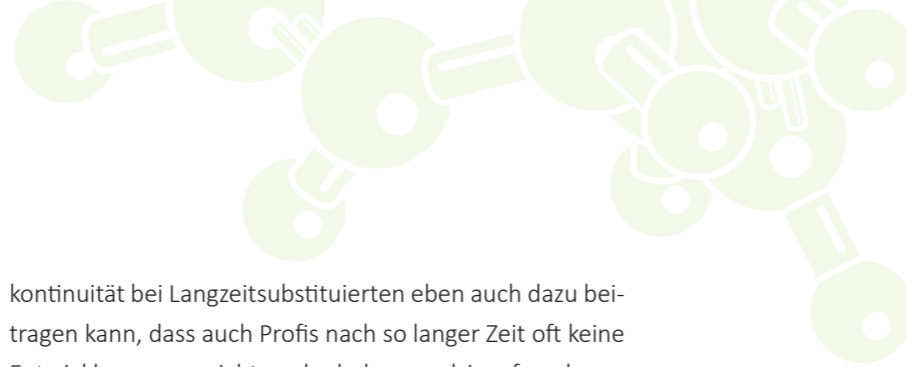
Aus der intensiven Befassung mit einigen an allen Standorten anzutreffenden strukturellen Aspekten der Substitutionsbehandlung hat die Projektgruppe VVSub in einem intensiven Diskussionsprozess zehn thesehafte fachliche Einschätzungen zur Substitutionsbehandlung formuliert. Nach unserer Erfahrung sollte die damit abgebildete systemische Komplexität der Opiatsubstitution Grundlage auch aller partiellen Bemühungen um eine Sicherstellung und qualitative Verbesserung dieser Behandlung sein!

Jede ideologiefreie und patientengerechte Förderung Substituierter setzt eine qualifizierte fachliche Differenzierung dieser vermeintlich einheitlichen Patientengruppe mit ihrem eben auch unterschiedlich komplexen Hilfebedarf sowohl in der Fall- und Leistungsdokumentation als auch in der suchtpolitischen Argumentation voraus.

Substituierte sind durch die mehr oder weniger regelmäßige ärztliche Substitutsvergabe relativ leicht (aus ganz unterschiedlichen Interessen) als vermeintlich einheitliche Gruppe identifizierbar. Tatsächlich unterscheiden sich aber Substituierte in ihrer Lebenslage und in ihrem oft komplexen sozialleistungsrechtlichen Unterstützungsbedarf untereinander nicht weniger als Menschen mit dem Konsum anderer psychotroper Substanzen. Und genauso gibt es auch

bei Menschen mit anderem Substanzkonsum vergleichbare Muster von Chronifizierung und Dissozialität wie bei einer Teilgruppe der Substituierten. Wenn wir weiter solche gewichtigen Unterschiede der Lebenslagen von Menschen, die aktuell eben eine gleichartige ärztliche Behandlung nutzen, nicht wahrnehmen und auch nicht zur Voraussetzung für eine qualifizierte Behandlung und Teilhabeförderung machen, impliziert das, weder die unterschiedlichen aktuellen Hilfebedarfe dieser Menschen zu berücksichtigen noch ihre offensichtlich auch vorhandenen Möglichkeiten zur Verbesserung beruflicher und sozialer Teilhabe anzuerkennen und zu unterstützen. Die Praxis der Substitutionsbehandlung darf in der Folge aber auch nicht nur durch einzelne leistungsrechtliche Regeln und Standards definiert werden, sondern muss – auf einer ethischen Basis – mit einer Nutzung aller sozialleistungsrechtlichen Möglichkeiten im Geiste des BTHG ständig individualisiert und bedarfsorientiert weiterentwickelt werden. Die Behauptung beispielsweise, dass Substituierte nicht arbeitsfähig seien, lässt sich als pauschalierende Leistungsausgrenzung genauso wenig durch die Versorgungsrealität belegen wie analoge Behauptungen für abhängige Alkoholkonsumenten.

In der Geschichte der Medizin und der Fürsorgearbeit gibt es zahlreiche Beispiele dafür, dass auch gutgemeinte Interventionen mit ihren konkreten Behandlungsbedingungen und -voraussetzungen sowie dem gewählten Behandlungssettings aufgrund systemischer Einbindung der zu



behandelnden Störung in die Gesamtheit einer individuellen Lebenslage auch problemverstärkend wirken können: es gilt deshalb, Entwicklungskonzepte zu fördern, die solche strukturellen Risikofaktoren reduzieren.

Nach unseren Erfahrungen im Projekt VVSub lohnt es sich, auch unabhängig von allen Versorgungsschwierigkeiten und Ressourcenengpässen die konkreten Bedingungen der Substitutionsbehandlung aus Sicht der Patienten anzuschauen und sich ehrlich zu prüfen, ob und inwieweit die von uns oft mit guten Absichten geschaffenen Versorgungsbedingungen nicht auch selber problemverschärfend und entwicklungsverhindernd wirken. Wenn etwa eine große Zahl von Substituierten sich in und um eine Substitutionspraxis trifft, diese Menschen dort aber häufig außer diesen offenen, letztlich tendenziell szeneorientierten Kontakten wenig oder nichts an Tagesstrukturierung vorfinden, sind soziale Folgeprobleme eben nicht nur den Patienten anzulasten. Oder wenn an einem unserer Projektstandorte innovativ festgestellt wird, dass in der direkten Leistungsvernetzung und in einer kooperativen Behandlungsplanung Probleme und Krisen der Substituierten als Basis für eine gemeinsame und entwicklungsorientierte Begründungs- und Ursachensuche genutzt werden sollten, dann wird sichtbar, dass zumindest die Patienten bislang in solchen Fällen offenbar eher mit Regelsetzungen und Sanktionen rechnen mussten. Und es ist aller Ehren wert, wenn schließlich ein Team feststellt, dass eine personale Betreuungs-

kontinuität bei Langzeitsubstituierten eben auch dazu beitragen kann, dass auch Profis nach so langer Zeit oft keine Entwicklungszuversicht mehr haben und insofern kaum mehr wirksam motivieren können.

Die Opiatsubstitutionsbehandlung ist in erster Linie ein gesellschaftlich gewünschtes und ärztlich verantwortetes Angebot zur Stabilisierung einer chronisch schädigenden Lebenslage, aber keine Behandlung zur ursächlichen Behebung einer Störung.

Gerade weil die Substitutionsbehandlung deswegen aber immer noch nicht als ärztliche Regelbehandlung realisiert werden kann und zudem auch mit einigen Negativbildern und Vorurteilen belastet ist, kann sie eine solche Stabilisierungswirkung nur dann gewinnen, wenn möglichst alle medizinisch notwendigen Behandlungsangebote auch unmittelbar in die Substitutionsbehandlung eingebunden werden können. Die Verweisung der Patienten auf hausärztliche oder psychiatrische Versorgungsangebote außerhalb der Substitutionspraxis verkennt die Effekte der vielfältigen gesellschaftlichen Ächtung und Ausgrenzung der Substituierten auf ihr „Hilfesuchverhalten“. Es muss deshalb in der Versorgungsstruktur eine umfassende und aktiv vernetzte gesundheitliche Gesamtversorgung für Substituierte gesichert werden (multidisziplinäres Ärzteteam). Dabei ist es nach unserer Einschätzung relativ unerheblich, ob die Opiatsubstitution als Überbrückungsangebot oder als Lang-

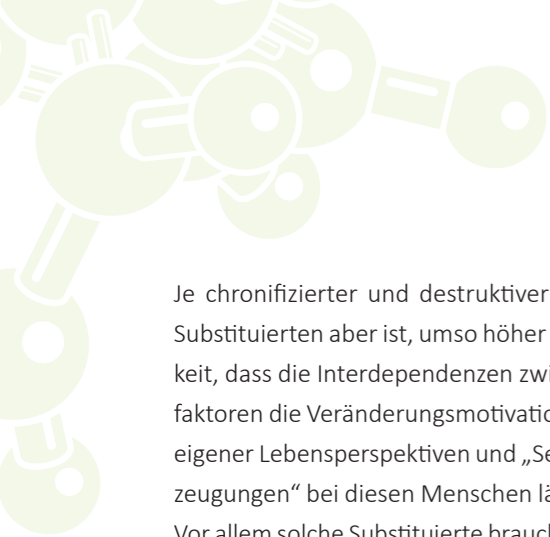
zeitbehandlungsangebot verstanden wird: die damit verbundene Fokussierung auf die Substanz als Stabilisierungshilfe lenkt nämlich nur davon ab, dass es in jedem Fall um eine gesundheitlich wirksame und konkret teilhabeorientierte Verbesserung der Lebenslage der so behandelten Menschen gehen muss und dass sich alle Behandlungsentscheidungen (also nicht nur die Substitutsvergabe!) daran plausibel orientieren sollten.

Wenn wir die Substitution als ein gesellschaftlich gewünschtes und ärztlich verantwortetes Angebot zur gesundheitlichen und psychosozialen Stabilisierung von Drogenabhängigen in einer chronisch schädigenden Lebenslage verstehen, dann müssen aber auch ärztliche und psychosoziale Kompetenzen und Unterstützungsmöglichkeiten verbindlich in einem Gesamtbehandlungskonzept zusammengeführt werden.

Bei einer chronifizierten und komplexen Abhängigkeitsstörung kann nach aller Erfahrung die Stabilisierung dieser ja immer auch widersprüchlichen Lebenslage meist nicht nur durch ärztliche Interventionen erreicht werden. Vielmehr müssen dafür andere Formen existentieller Sicherung und von Hilfeformen zur Verbesserung beruflicher und gesellschaftlicher Teilhabe gleichzeitig bedarfsgerecht angeboten und genutzt werden. Damit sind weder eine pauschale Verpflichtung der Patienten zur Inanspruchnahme einer psychosozialen Betreuung noch eine rechtliche Gleichrangigkeit

der verschiedenen Behandlungselemente gemeint. Gemeint ist vielmehr, dass die beiderseitigen Problemsichten und Interventionsperspektiven in einer Weise strukturell zusammengeführt werden sollten, dass darüber unterschiedliche Unterstützungsbedarfe und Entwicklungsoptionen frühzeitig und umfassend erkannt und dann mit konkreten Begleitangeboten in eine Gesamtbehandlung integriert werden. Bei substituierten Menschen steht das traditionelle Modell einer vorrangigen gesundheitlichen Stabilisierung (z.B. durch Abstinenz) und dann erst darauf aufbauender weiterer Teilhabeförderungen nicht nur in logischem Widerspruch zum Behandlungskonzept, sondern ist nach langjähriger Erfahrung auch wirklichkeitsfremd und beeinträchtigt mögliche Teilhabeentwicklungen.

Eine solche strukturelle Verknüpfung von ärztlicher Behandlung und psychosozialer teilhabeorientierter Unterstützung und Förderung schließt in keiner Weise die im seinerzeitigen Empfehlungspapier der AG Substitution skizzierte Unterstützung hausärztlicher Praxen aus, bei denen hinreichend stabil substituierte und ggfs. auch erwerbstätige Substituierte qualifiziert weiterbehandelt werden können. Es sollte aber auch in solchen Versorgungsangeboten z.B. über die Beteiligung an einem Qualitätszirkel immer die Möglichkeit geben, die Stabilisierung einzelner Substituierten im Kontext des Gesamtbehandlungskonzeptes zu reflektieren.



Je chronifizierter und destruktiver die Lebenslage eines Substituierten aber ist, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Interdependenzen zwischen solchen Alltagsfaktoren die Veränderungsmotivation und die Entwicklung eigener Lebensperspektiven und „Selbstwirksamkeitsüberzeugungen“ bei diesen Menschen lähmen und blockieren. Vor allem solche Substituierte brauchen deshalb integrierte Behandlungs- und Unterstützungsangebote wie aus einer Hand, um trotz aller Ängste der Patienten vor erneuter Ausgrenzung und trotz aller suchtassoziierter Vermeidungsstrategien bestmöglich die verfügbaren Unterstützungen auch nutzen zu können. Aus den Erfahrungen im Projekt VVSub sehen wir insbesondere die Drogenhilfe gefordert, sich in ihrer oft zitierten anwaltlichen Funktion in solche Behandlungsnetzungen einzubringen: mit der Artikulation von behandlungsbezogenen Befürchtungen und Wünschen der Klienten in der Behandlungsplanung, aber auch in der politischen Artikulation von konkreten Teilhabebedarfen oder in der Erweiterung des eigenen Dienstleistungsspektrums (siehe Standort Tübingen).

Jede teilhabeorientierte Betreuung von Menschen in chronifizierten Lebenslagen braucht aber neben einem gemeinsamen Behandlungskonzept auch die dafür notwendigen gemeinsamen fachlichen Haltungen, die notwendigen personellen Ressourcen und fachlichen Kompetenzen sowie eine breite Unterstützung in einer Versorgungsstruktur.

In der Projektlaufzeit von VVSub mussten wir wiederholt lernen, dass auch klare und verbindlich gemeinte Kooperationsvereinbarungen und Verfahrensregelungen letztlich immer nur Instrumente sein können bei auftretenden Spannungen und Konflikten zwischen den Beteiligten. Um nicht nur solche auftretenden Konflikte, sondern die gemeinsame Kooperation insgesamt patientenorientiert entwickeln zu können, braucht es die Bereitschaft und die konkrete Möglichkeit von allen Beteiligten, sich über alle persönlichen und fachlichen Positionen hinaus um die bestmöglichen Entwicklungsbedingungen für jeden einzelnen Patienten zu bemühen (trialogischer Diskurs). Das berechtigte Bemühen um effiziente (d.h. rasche und zeitsparende) Kooperationsformen darf nicht als Legitimation dafür missbraucht werden, sich nicht mehr gemeinsam die notwendige Zeit zu nehmen, das jeweils eigene Handeln aus der Patientenperspektive zu überprüfen.

Jedes vernetzte Handlungskonzept braucht aber auch in doppeltem Sinn die dafür notwendigen Ressourcen. Wenn bislang in einzelnen PSBs der (interne) Personalschlüssel für die psychosoziale Betreuung Substituierter noch deutlich schlechter ist als die rechnerisch nach der Jahressuchstatistik auf jede Fachkraftstelle entfallende Fallzahl, dann braucht es niemanden zu wundern, wenn in den PSBs (trotz mancher einrichtungsbezogener Selbstberuhigung) die Entwicklungsaufgaben einer differenzierten und qualifizierten Versorgung Substituierter einfach nicht zu leisten sind!

In vergleichbarer Weise fehlen aber auch Leistungsbau- steine für die Ärzte, die eine fachliche Vernetzung mit der Drogenberatung für eine teilhabeorientierte Stabilisierung ihrer Substitutionspatienten auf eine tragfähige Basis stellen würden. Und natürlich fehlt bislang auch eine leistungsrechtliche Differenzierung der psychosozialen Betreuung für einzelne Teilgruppen in der Dokumentation und Statistik der Suchthilfe, deren Ergebnisse dann auch Grundlage sein könnten für konkrete Forderungen für die Weiterentwicklung dieses anspruchsvollen Versorgungsbereichs.

Ausreichende personelle Ressourcen bei den Kooperationspartnern Arzt und PSB sind notwendige Grundvoraussetzung für eine teilhabeorientierte Substitutionsbehandlung. Genauso wichtig sind für eine wirksame Teilhabeorientierung zielgruppenspezifische und damit passgenaue Förderangebote und Maßnahmen bei den für Teilhabeleistungen zuständigen Sozialleistungsträgern. Nicht zuletzt die Entwicklungsoffenheit der DRV BW bei der medizinischen Suchtreha für Substituierte lässt uns in diesem Zusammenhang hoffen, dass im Kontext des Bundesteilhabegesetzes auch Rehabilitation nicht mehr nur als Befähigung zur Gesundung und unmittelbaren beruflichen Reintegration verstanden wird, sondern angesichts chronifizierter Beeinträchtigung von Lebensqualität auch als Unterstützung strukturierter Teilschritte mit dem Ziel, „den Auswirkungen einer Krankheit... auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten vorzubeugen, entgegenzuwirken oder sie zu überwinden“ (SGB VI, §9).

In chronifizierten (und insofern veränderungsblockierenden) Lebenslagen und in einem Behandlungskonzept, das von einem fortbestehenden Substanzkonsum ausgeht, sind umfassende und unmittelbare Erfolge bei der Teilhabeverbesserungen eher selten. Die Berechtigung und Notwendigkeit einer Teilhabeförderung darf deshalb bei Menschen in komplex beeinträchtigten Lebenslagen nicht ausschließlich an unmittelbar erreichten Erfolgsquoten z.B. einer beruflichen Reintegration orientiert sein.

Alle Angebote zur Förderung / Verbesserung beruflicher und sozialer Teilhabe und auch gesundheitlicher Verbesserung müssen deshalb so strukturiert werden, dass sie einerseits hinreichend motivierend und mit ihren Zielperspektiven glaubwürdig und für die Betroffenen in ihrem Alltag auch attraktiv sind, dass sie aber andererseits auch durch eine nachvollziehbare Untergliederung in einzelne Teilschritte den Patienten Erfolgserlebnisse ermöglichen: Teilhabeförderung und Suchtrehabilitation im Kontext gerade auch der Opiatsubstitution müssen deshalb als vielstufiger und längerdauernder Entwicklungsprozess verstanden und konstruktiv genutzt werden. Alle Formen einer Teilhabeförderung müssen insofern nicht nur die mögliche Perspektive einer vollwertigen Reintegration beinhalten, sondern eben auch die Perspektive einer durchaus mehrjährigen / langfristigen, aber natürlich auch klar strukturierten und fördernden Begleitung anbieten. In der Teilhabeförderung brauchen wir für solche Zielgruppen aber auch neue For-



men, in denen regelmäßig die Möglichkeit der Verbesserung individueller Lebensqualität („Teilhabe“) und darauf bezogener konkreter Unterstützungsangebote motivierend vermittelt wird. Solche Motivierungsformen sollten möglichst wenig verbal-reflektierend, sondern v.a. erfahrungsgestützt sein und so den Patienten möglichst häufig reale Erfolgserfahrungen ermöglichen. Zu berücksichtigen ist aber auch, dass die bislang oft an Krisenerfahrungen geknüpften Erwartungen, dass Patienten eigene Unterstützungsbedarfe selber anmelden, der Dynamik der Substitutionsbehandlung nur unzureichend gerecht wird.

Eine Teilhabeförderung für diese Zielgruppen darf sich nicht nur an professionell definierten Bedarfen (Hilfebefordertabellen, Diagnosen) orientieren, sondern muss im Interesse einer nachhaltigen Wirksamkeit immer auch eine aktive Partizipation der Betroffenen zulassen und unterstützen.

Für Menschen in chronifizierten Lebenslagen ist es charakteristisch, dass deren (oft bedingt durch biografische Erfahrungen) häufig verborgenen eigenen Lebensperspektiven und Handlungspotentiale meist nur durch sehr individuelle Faktoren und Anlässe aktiviert werden können. In einem so komplexen Unterstützungsangebot wie der Opiatsubstitution müssen sich alle Träger und Akteure der Teilhabeförderung (Förderung der Arbeitsintegration, medizinische Suchtrehabilitation und Förderung sozialer Teilhabe)

deshalb – unabhängig von allen juristischen und formalen Vorgaben für diese Behandlung – lösen von der Beziehungsstruktur einer „Behandlung“, bei der ein Profi anhand standardisierter Konzepte Notwendigkeit, Weg, Form und Ziel jeder Maßnahme definiert und dafür die Mitwirkung des Patienten einfordert, und stattdessen Formen einer trialogischen Entwicklungsförderung gestalten, in der der einzelne Patient bei allen diesen Maßnahmenbausteinen partizipativ mitwirkt, allerdings die Handlungsgrenzen der anderen Beteiligten auch akzeptieren muss. Eine solche Partizipation ist mehr als eine nur formale Mitwirkung: Ausgangspunkt ist dabei die Feststellung, dass formale Erfolge einer Teilhabeverbesserung wie z.B. eine berufliche Reintegration gerade bei Menschen in chronifizierten Lebenslagen erst dann eine Chance zur Nachhaltigkeit bekommen, wenn der einzelne Betroffene solche Veränderungen umfassend in sein eigenes Lebenskonzept und in seinen Beziehungsalltag integrieren konnte. In der Suchtreha sind solche Gedanken eigentlich längst im Kontext der Rückfallproblematik bzw. der Nachsorgekonzepte bekannt; sie müssen aber auf dem Hintergrund einer Substitutionsbehandlung sehr deutlich aktualisiert werden.

Aus Sicht der Patienten in der Substitutionsbehandlung bildet die Arztpraxis natürlicherweise oft das Zentrum seiner Alltagsorganisation und steht insofern auch im Mittelpunkt dieses Behandlungsangebots.

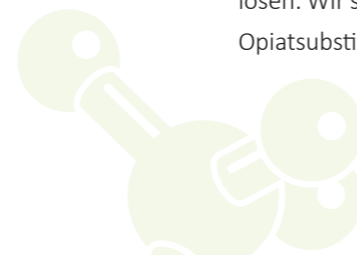
Im Projekt VVSub haben wir mit unterschiedlichen Settings für die ärztliche Substitutionsbehandlung kooperiert. Diese Erfahrungen zeigen uns – ähnlich wie viele Beispiele aus der schon langen Geschichte der Opiatsubstitution –, dass bei entsprechend hohem Engagement aller Beteiligten in ganz verschiedenen Settings effiziente und patientengerechte Behandlungskooperationen entwickelt werden können. Allerdings bergen solche Kooperationen zwischen der Drogenberatung und nur einer Arztpraxis auch das Risiko, dass die Notwendigkeit zur verbindlichen Integration existenzsichernder und teilhabefördernder Leistungen zu wenig als gemeinsame Verantwortung gesehen und gegenüber Politik und Leistungsträgern artikuliert wird. Die politische Diskussion reduziert sich dann all zu leicht auf die vordergründige Sicherstellung der unmittelbaren ärztlichen Behandlung.

Im Projekt VVSub haben wir aber auch erlebt, dass eine einzelne Arztpraxis – unter den gegebenen strukturellen und betriebswirtschaftlichen Rahmenbedingungen – letztlich kaum in der Lage ist, dem Anspruch eines Zentrums der Alltagsorganisation für die kontinuierlich Substituierten konstruktiv gerecht zu werden. Szenebildungen im Umfeld einer solchen Substitutionspraxis oder auch Versuche, die ärztlichen Warteräume als Depots zu missbrauchen, lassen sich nur bedingt durch verschärfte Kontrollen / Sanktionen lösen. Wir sehen es deshalb als Verantwortung aller an der Opiatsubstitution Beteiligten an, für den strukturell beding-

ten Risikofaktor einer großen Substitutionspraxis auch strukturelle Verbesserungen zu entwickeln, die den Bedarfen und Möglichkeiten der Patienten gerecht werden.

Beim aktuellen Stand der Versorgungs- und Qualitätsentwicklung der Substitutionsbehandlung in Baden-Württemberg favorisieren wir aus mehreren Gründen eindeutig das Modell einer Suchtambulanz mit Institutsermächtigung, in das auch niedergelassene Ärzte (mit ihren Patienten) eingebunden werden können (vgl. die Projektstandorte Tuttlingen und – in Planung – Tübingen).

Dieses Strukturkonzept erleichtert die Umsetzung einer umfassenden medizinischen Gesamtversorgung für Substituierte aus einer Hand, es entlastet die beteiligten Ärzte aus einer persönlichen Verantwortung und Haftung, es begünstigt durch die notwendige ärztliche Kooperation auch Kooperationen mit nichtärztlichen Behandlungsbeteiligten wie der Drogenhilfe, es ermöglicht eine relative Planungssicherheit in der Versorgungssicherstellung, es unterstützt die kontinuierliche Weiterentwicklung von personenunabhängiger Kooperations- und Behandlungsqualität und deren regionale Verbreitung als „Behandlungsstandard“, es ermöglicht eine Verortung von Forderungen nach teilhaborientierten Unterstützungsleistungen unabhängig von den von kommunaler Förderung abhängigen einzelnen Suchtberatungsstellen.



Angesichts der gesamten ärztlichen Versorgungssituation in der Fläche sind wir uns bei dieser Empfehlung durchaus bewusst, dass auch solche Institutsambulanzen nicht per se schon „alles richten“: auch dieses Versorgungskonzept wird angesichts des gesellschaftlichen Stellenwerts der Opiatsubstitution immer davon abhängig sein, dass sich einzelne Verantwortliche in besonderem Maß für diese ausgegrenzte Patientengruppe einsetzen und mit ihrem Einfluss die Möglichkeiten einer solchen Struktur effizient und kreativ nutzen.



Eine konsequente Teilhabeförderung in der Substitutionsbehandlung ist kein suchtpolitisches Wundermittel, das in der Lage wäre, auch nur einen größeren Teil der mit der Drogenabhängigkeit bestehenden den gesellschaftlichen Probleme aufzulösen.

Ein Verzicht auf eine qualifizierte und vernetzte Teilhabeförderung erhöht aber – neben den Einbußen an Lebensqualität für die damit erreichten Menschen – auch das gesellschaftliche Risiko, noch stärker mit gesundheitlichen, ordnungsrechtlichen, justiziellen und familiären Folgeproblemen dieser weitgehend ausgegrenzten Bevölkerungsgruppe konfrontiert zu werden. Und gleichzeitig ist jedes einzelne Gelingen einer nachhaltigen Teilhabeförderung auch eine Chance, das gesellschaftliche Zerrbild der Substitutionsbehandlung zu relativieren und damit für alle Substituierten und deren Familien deren Lebenschancen im Alltag zu verbessern.

3.2 Notwendige nächste Entwicklungsschritte – auch mit Blick auf einen geplanten Substitutionsgipfel

► Aus Sicht der Projektbeteiligten hat das Projekt VVSub wichtige Impulse in die beteiligten PSBs gegeben. Wir glauben aber, dass die Substitutionsbehandlung insgesamt – auch durch weitere gezielte Projektförderungen – weiterhin aus dem derzeit vordergründigen „Krisenmodus“ (um die Sicherstellung der ärztlichen Behandlung; Langzeitsubstitution mit dem Risiko einer nur noch „Elendsverwaltung“; Diffamierung der Patienten insgesamt als hochproblematISCHE Schwerstabhängige) wieder zur grundlegenden „Ethik einer Entwicklungs- und Teilhabeorientierung“ geführt werden sollte. Eine teilhabeorientierte Substitution ist ja mehr als nur die Akzeptanz eines stabilisierten Substanzkonsums und diese Unterscheidung und daraus resultierende Stabilisierungserfolge müssen auch im öffentlichen Diskurs sichtbar werden.

► Die Substitution braucht auch dafür eine qualifizierte fachliche Differenzierung der Gesamtgruppe der Substituierten, die sich dann auch in der Suchthilfedoku und in der darauf aufbauenden suchtpolitischen Darstellung niederschlagen sollte.

► Für eine leistungsdifferenzierte psychosoziale Betreuung sollten auf Landesebene gemeinsame fachliche Standards

vereinbart werden, zu deren verbindlicher Übernahme sich PSBs freiwillig verpflichten können, wenn die dafür aus Landesebene erforderlichen personellen und fachlichen Ressourcen und Angebote vor Ort gewährleistet sind. Wir halten nach unserer Projekterfahrung eine solche einrichtungs- und standortübergreifende Qualitätsabsicherung auf Landesebene auch angesichts der Finanzierungsstruktur der ambulanten Suchthilfe für unverzichtbar.

► Zur Sicherstellung der Ressourcen für eine qualifizierte Existenzsicherung der Klient*innen wie für teilhabeorientierte Fördermaßnahmen sollte dabei ein bedarfsgerechter Personalschlüssel definiert und / oder die leistungsrechtlichen Möglichkeiten des SGB VI und des SGB XII durch entsprechend differenzierte neue Leistungsangebote genutzt werden. Für die Förderung beruflicher Teilhabe als einem wesentlichen Faktor psychosozialer Stabilisierung müssen alle potentiell Leistungszuständigen verbindlich eingebunden (vgl. die Erfahrungen im Projekt Su+Ber – Sucht und Beruf – der Werkstatt Parität, das auf eine verbesserte berufliche Teilhabe langzeitarbeitsloser Suchtkranker fokussiert ist).

► Das von uns favorisierte Modell einer offenen Suchtambulanz mit Institutsermächtigung sollte im Sinne einer Re-

duktion struktureller Risikofaktoren möglichst immer unmittelbar mit einem Angebot tagesstrukturierender und aktivierender Maßnahmen verbunden sein und so für Patienten und Öffentlichkeit die Einbindung der PSB in das Gesamtbehandlungskonzept der Opiatsubstitution verdeutlichen.

► Im Modell der Suchtambulanz sollte eine bedarfsgerechte Erbringung möglichst aller für die Patienten erforderlichen ärztlichen Leistungen ermöglicht werden. Die Einbindung niedergelassener Ärzte und deren Patienten kann – neben anderen Formen wie Qualitätszirkeln oder Praxisteams – eine wirksame Variante der Qualitätssicherung und -entwicklung sein, die sich an einer trialogischen Behandlungskultur orientiert.

► Auch effiziente Formen der Kooperation und fachlichen

Vernetzung in einem Gesamtkonzept einer teilhabeorientierten Substitutionsbehandlung sind aufwändig und müssen deshalb für alle Beteiligten ausreichend refinanziert werden.

► Wir empfehlen, für die verschiedenen Leistungsformen einer existenzsichernden und teilhabeorientierten psychosozialen Betreuung Substituierter geeignete Formen einer einrichtungsübergreifenden Qualitätsentwicklung für BW zu schaffen, auch um das Risiko entwicklungsbeeinträchtigender „Einrichtungstraditionen“ zu reduzieren.

► Wir empfehlen bei der Arbeit v.a. mit chronisch suchtkranken Menschen die Orientierung am Konzept der „Lebensqualitäten“ zu nutzen und dafür die Möglichkeiten des KDS Sucht zu nutzen und weiter zu entwickeln.



IV. Ergänzende Informationen zum Thema

- **Dokumentation: Abschlussbericht des Projekts „Wortmeldung Substituierter“.**
Stuttgart, August 2014

Projektträger

Der PARITÄTISCHE Baden-Württemberg und Baden-württembergische Landesvereinigung für Eltern-/Angehörigenkreise Drogenabhängiger und Drogengefährdeter

Gefördert vom Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg

- **Substitutionsbehandlung. Informationen für Eltern, Partner und Angehörige.**
Stuttgart, November 2017

Projektträger

Baden-württembergische Landesvereinigung für Eltern-/Angehörigenkreise Drogenabhängiger und Drogengefährdeter

Gefördert vom Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg

- **Suchthilfestatistik. Daten zur Suchtberichtserstattung der ambulanten Suchthilfe Baden-Württemberg.** Stuttgart, jährlich

Herausgeber

Landesstelle für Suchtfragen Baden-Württemberg der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg

Werkstatt PARITÄT gemeinnützige GmbH
Hauptstraße 28
70563 Stuttgart-Vaihingen
Telefon 0711/21 55-418
www.werkstatt-paritaet-bw.de