



**ExpertInnengespräch**

**Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung**

**Berlin, 14. Februar 2007**

Dr. Bernd Westermann  
Leiter des Bereich Substitution & Betreuung  
Notdienst für Suchtmittelgefährdete und -abhängige Berlin e.V.  
Ambulanz für Integrierte Drogenhilfe (A.I.D.) Berlin



## Workshop 4

### **Nutzung, Organisation, Gestaltung, Finanzierung und rechtliche Bewertung der psychosozialen Betreuung (PSB)**

#### **Vorgegebene „Leitfragen“:**

Besteht ein Konsens in der Fachöffentlichkeit darüber, was PSB ist bzw. sein soll? Wie könnten ein Konsens oder Leitlinien ggf. hergestellt werden?

Ist die Verknüpfung von „psychosozialer Betreuung“ (PSB) mit dem medizinischen Teil der Substitutionsbehandlung in der BtMVV sinnvoll? Sollte ggf. die Wahrnehmung einer psychosozialen Betreuung durch den Patienten auf freiwilliger Basis erfolgen?

Welche Finanzierungsformen haben sich bundesweit als sinnvoll erwiesen?

Besteht eine Unterversorgung mit PSB (in der Fläche, ggf. in bestimmten Institutionen wie Hafteinrichtungen)? Falls ja, wird dadurch ggf. der Zugang zur ärztlichen Substitution limitiert?

Entspricht die PSB in der Praxis dem Bedarf der Klienten nach Unterstützung? Existieren Untersuchungen oder trügereigene Umfragen zur PatientInnenzufriedenheit innerhalb der Substitutionsbehandlung?

Wie können KlientInnenwünsche nach PSB bzw. Unterstützung ermittelt und in die Planung und Gewährung von PSB einbezogen werden?



## Thesen

Mit den „Leitfragen“ gelingt ein interessanter Spagat.

Das **Hauptproblem der psychosozialen Betreuung von Substituierten (PSB)** kommt zugleich zur Sprache (wenigstens implizit) und bleibt verborgen:

### PSB hat ein **Akzeptanz-Problem** !!!

Das Akzeptanz-Problem hat seine - eng verflochtenen - **Wurzeln**. Dies sind:

- die gegebene (äußerst differenzierte bis diffuse) **Versorgungssituation**,
- **ritualisierte Statements** zu Substitution und PSB sowie
- der (defizitäre) **Stand der Forschung** - insbesondere zur PSB!



## **Akzeptanz-Probleme** sind insbesondere dann **wenig überraschend**,

- wenn durch **mangelnde Verfügbarkeit** von PSB Substitutionsbehandlungen behindert, verunmöglicht, auf harm reduction reduziert oder zum puren „Ausschankbetrieb“ werden.
- wenn das jeweils als PSB Angebotene **für PatientInnen, Ärztinnen und Kostenträger** gleichermaßen **undurchschaubar** oder **nicht als sinnvolle Dienstleistung erkennbar** bleibt. (**Transparenz, Standards, Qualitätsnachweis, adäquate Kommunikation**)
- wenn die als PSB angebotene Leistung tatsächlich **schlecht** (unqualifiziert) und / oder **überflüssig** und Besserung nicht in Sicht ist.
- wenn die regelmäßige Bewertung von PSB nicht **strukturell verankert** und mit spürbaren **Konsequenzen** verbunden ist.



## Zur **Versorgungssituation**

- Der „pharmakologisch-medizinische Kern“ von Substitution ist unschwer auszumachen - gleichgültig wo diese Behandlung von wem angeboten wird.
- Dem gegenüber **kann** ein **Konsens** darüber, was PSB **ist**, - beim besten Willen - **nicht zustande kommen**, weil es PSB als auch nur halbwegs vergleichbar erbrachte Leistung in der Praxis so gut wie gar nicht gibt. (Nur in wenigen Städten und Regionen geschieht unter dem Label „PSB“ trägerübergreifend womöglich wenigstens ähnliches.)
- Auch darüber, was PSB **sein soll**, gibt es jenseits allgemeiner Zielformulierungen in der Fachöffentlichkeit **abweichende Meinungen**. (Vgl. vorhandene Leitlinien und Standards) Aus diesen Positionspapieren im Kompromissverfahren einen „kleinsten gemeinsamen Nenner“ zu abstrahieren, mag von einer gewissen politischen Signalwirkung sein. **Versorgungspraktisch** erscheint es **weit weniger bedeutsam**.
- Nämlich: PSB findet im Alltag - relativ leitlinienfern - unter **speziellen kommunalen Rahmenbedingungen** und in praktischer Umsetzung der jeweiligen „**Trägerpolitik**“ statt. Vor allem durch diese beiden Faktoren werden **Quantität** und **Qualität** der Leistung bestimmt.



## Zur **Versorgungssituation**

- Von diesen konkreten Umständen sowie den damit verbundenen Möglichkeiten und Grenzen, hängt auch der **Leumund von PSB** bei PatientInnen, ÄrztInnen und Kostenträgern ab. (Mitunter ist dieser - nachvollziehbar - mies.)
- **Selbst innerhalb der Drogenhilfe** stößt PSB - ideologisch, v. a. aber strukturell und damit finanziell bedingt - auf äußerst unterschiedliches Interesse. Auch das kann **unmöglich ohne Außenwirkung** bleiben.
- PSB steht unter erheblichem **Profilierungsdruck**. Dies allerdings wird **in sehr unterschiedlicher Intensität wahrgenommen**:
  - a) sehr stark und nachhaltig dort, wo die Ausstattung der Leistung relativ günstig ist, zugleich aber die Leistungserbringung sehr genau kontrolliert wird,
  - b) eher am Rande dort, wo PSB eher am Rande angeboten wird (und weder auf fachliches noch auf ökonomisches Interesse stößt).



## Zur **Versorgungssituation**

- Wichtige **Profilierungsfelder von PSB** sind:
- Einführung und konsequente Umsetzung **fachlicher Standards** beim Umgang mit **Kernproblemen** von Substitution - und von Substituierten - („Beikonsum“, Unterstützung medizinischer Maßnahmen, Leben mit chronischen Erkrankungen, sozialer Status und Perspektiven, Partnerschaft / Schwangerschaft / Elternschaft / Kindeswohl...)
- Erweiterung und Differenzierung von **unmittelbar ergänzenden Angeboten** (Arbeit / Tagesstruktur...), ohne die PSB ein „Parkplatz mit Sackgassenaussicht“ bleibt
- Wieder- oder Neubesetzung des Themas **Rehabilitation** auf sachlich und fachlich angemessene Weise (Dazu gehört **auch** das viele ÄrztInnen kaum interessierende Substitutions-**Ende**: für manchen ein enormer **Gewinn an Lebensqualität!**)
- **Qualifizierung des Umgangs mit Kooperationspartnern und Kostenträgern**
- eine neue Art von **respektvoller Übereinkunft** und **verbindlicher Zusammenarbeit** mit den **Substituierten** als verantwortungsfähigen Leistungsempfängern.



## Ritualisierte Statements

- Immer wieder die gleichen (zudem so schlecht getarnten) **Wahrnehmungs- und Argumentationsfallen:**
- Substitution wird nahezu ausschließlich vom **Behandlungszugang** her gedacht, **PSB als dessen Limitierung.**
- (**Behandlungsprobleme**, selbst die gravierendsten, bleiben dabei regelmäßig weitgehend **ausgeblendet** oder werden nur „verschoben“.)
- Als prominentestes Vehikel dieser Diskussion wird „**Freiwilligkeit**“ in Stellung gebracht - ein in dieser Form wahrlich antikes ideologisches Geschütz.
- Unausweichliche **Tatsache** ist: Die **Substitution und mit ihr PSB** ist **für alle Beteiligten ein „Zwangskontext“**. (Damit ist sie durchaus nichts besonderes!)
- Wie man mit einer solchen Situation **konstruktiv** – zum Nutzen aller Beteiligten - umgehen kann, ist die eigentliche Frage.



## Ritualisierte Statements

- Dringlichst muss - die auch in der Drogenhilfe noch recht geläufige - **Verwechslung von „Freiwilligkeit“ mit Unverbindlichkeit** überwunden werden.
- „Freiwilligkeit“ kann eine **allzu bequeme Helferideologie** sein, mit deren Hilfe sich die Verantwortung für die Nicht-Akzeptanz von Angeboten abschieben lässt.
- Die **Selbstverständlichkeit von Verbindlichkeit** ist die einzige (auch in der PSB inzwischen bewährte) Lösung. Sie nimmt dem Obligatorischen den lähmenden Schrecken der Sanktion.
- Gern ins Feld geführt wird auch: Die **Wirksamkeit von PSB** – wofür auch immer - sei **wissenschaftlich nicht nachgewiesen**. Das kann 1. angesichts der Versorgungsrealität nur bedingt anders sein und ist 2. trotzdem nur eine Halbwahrheit, die 3. leicht durchschaubar instrumentalisiert wird.
- Übrigens: In der Medizin würde man aus dem fehlenden Wirksamkeitsnachweis einer - eigentlich gewollten (!) - Methode stets nur eines folgern: dass es an aussagekräftigen Studien fehlt!



## Zum **Stand der Forschung**

- Dass (z. B.) die abgeschlossene **Heroinstudie** als Gelegenheit genutzt wurde, auch die Wirksamkeit psychosozialer Unterstützungsmodelle zu untersuchen, ist verständlicher Ausdruck des Impulses, die Gunst der Stunde zur Behebung eines **gravierenden Mangels** zu nutzen.
- Leider aber ist letztlich nur ein weiteres Mal wiederholt worden, was schon früher regelmäßig geschah: **Beschreibung und Bewertung von „Laborverhältnissen“**, von künstlich angelegten, nach abgeschlossener Forschung versinkenden Welten.
- Hartnäckigst werden in der wissenschaftlichen Thematisierung von PSB **methodische Einseitigkeiten und Defizite** fortgeschrieben. Was in der PSB de facto, warum, auf welche Weise und mit welcher Resonanz geschieht, muss daher unsichtbar bleiben.
- All das erschwert den **Transfer** von Forschungsergebnissen in die Versorgungspraxis, ebenso aber auch die wissenschaftliche **Autorisierung** und damit die **Akzeptanz** von PSB bei PatientInnen, ÄrztInnen und sämtlichen „Dritten“.



Notdienst für Suchtmittelgefährdete  
und -abhängige Berlin e.V.

**a·i·d Berlin**

Ambulanz für integrierte Drogenhilfe



**Danke für die Aufmerksamkeit!**

Infos: [bernd.westermann@drogennotdienst-aid-kreuzberg.org](mailto:bernd.westermann@drogennotdienst-aid-kreuzberg.org)

[www.aid-berlin.org](http://www.aid-berlin.org)

[www.drogennotdienst.org](http://www.drogennotdienst.org)