

# **Besondere Bedürfnisse von Substituierten in einer flächigen Versorgungsregion**

*Wenn PatientInnen nicht zur PSU kommen, muss die PSU zu den  
PatientInnen kommen*

Bachelorarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Bachelor of Arts (B.A.)

Vorgelegt für die Bachelorprüfung an der Fachhochschule Merseburg  
Fachbereich Soziale Arbeit

Erstgutachterin: Prof. Dr. oec. Dr. phil. habil. Gundula Barsch

Zweitgutachter: Prof. Dr. phil. Jürgen Benecken

## **Summary**

This paper aims at investigating possible causes which hinder an area wide installation of substitution treatment and adherent psycho social care. This causes difficulties for opiate users who gain to get medical care. In cities a well working network is established and interdisciplinary treatment is secured. However, when trying to adapt the drug help system to country regions several problems need to be solved. Countryside regions have no or only very limited help/support facilities. It is inevitable to modernize these structures to meet the needs of drug users. This is only possible when local doctors provide substitution treatment. The adjoined psycho social treatment must be adapted to individual needs, because right now people in treatment refer only to the services of the specific drug help project. The most important part of this paper will include a range of implementation possibilities, which consider existing approaches and develop a walk to model from the walk in model.

Keyword: substitution, needs, areal care region, normalization

## **Zusammenfassung**

In dieser Arbeit soll untersucht werden, welche Ursachen eine flächendeckende Versorgung behindern. Die daraus resultierenden Schwierigkeiten für OpiatkonsumentInnen wenn sie eine Krankenbehandlung anstreben. In den Großstädten wurde ein gutes Netzwerk erarbeitet und die interdisziplinäre Behandlung kann gesichert werden. Aber bei dem Versuch das Drogenhilfesystem auf die ländlichen Regionen zu adaptieren sind einige Strukturbedingte Probleme zu bewältigen. Die flächige Versorgungsregion hat keine oder nur überschaubare Hilfeinrichtungen vorzuweisen. Eine Modernisierung dieser Strukturen ist unausweichlich um den Bedürfnissen der KonsumentInnen gerecht zu werden. Als erstes muss die Substitutionsbehandlung von ortsansässigen ÄrztInnen gewährleistet werden. Die gekoppelte psychosoziale Unterstützung muss den individuellen Bedürfnissen angepasst werden. Denn gegenwärtig orientieren sich die SubstitutionspatientInnen an dem Angebot der jeweiligen Drogenhilfeeinrichtung. Der wichtigste Teil dieser Arbeit wird eine Auswahl an Umsetzungsmöglichkeiten beinhalten, die sich an vorhandenen Modellen orientieren und aus der Komm-Struktur eine Geh-Struktur entwickelt.

Schlagwörter: Substitution, Bedürfnisse, flächige Versorgungsregion, Normalisierung

## Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis .....	5
Abbildungsverzeichnis .....	6
Danksagung .....	7
Einleitung .....	8
I     Theoretischer Hintergrund.....	10
1     Begriffsdefinition.....	10
1.1   Substitution .....	10
1.2   Voraussetzungen für die Gewährung einer Substitutionsbehandlung .....	10
1.3   Durchführbarkeit .....	11
1.4   Ziele einer Substitutionsbehandlung .....	11
1.5   PSB oder PSU? .....	12
1.6   Inhalt PSU .....	12
1.7   Kritik an psychosozialer Unterstützung .....	14
2     Substitutionsmodelle „von Land zu Land“ .....	14
2.1   Substitutionsmodelle in Deutschland .....	15
2.2   Substitutionsmodelle in der Schweiz .....	17
2.3   Zwischenfazit der Vor- und Nachteile .....	18
3     Rechtliche Rahmenbedingungen .....	19
3.1   Deutschland.....	19
3.1.1 Gesetzgebung.....	19
3.1.2 Beispiel Diamorphin .....	20
3.1.3 Richtlinien und Durchführbarkeit.....	20
3.2   Schweiz .....	21
3.2.1 Gesetzgebung.....	21
3.2.2 Empfehlungen.....	22
3.3   Zwischenfazit .....	23
4     Flächendeckende Versorgung.....	23
4.1   Strukturen in der Stadt vs. Land.....	23
4.2   Bewertung der Substitutionsbehandlung aus Sicht von ÄrztInnen.....	25
II    Besondere Bedürfnisse von Substituierten .....	27
1     Perspektivenwechsel.....	28
2     Bedürfnisse .....	30
2.1   Leib und Seele.....	30
2.2   Wohnraum.....	31

2.3	Soziale Kontakte .....	32
2.4	Finanzen .....	33
2.5	Schuldenregulierung .....	34
2.6	Justiz.....	34
2.7	Arbeit .....	35
2.8	Abstinenz .....	36
2.9	Besondere Bedürfnisse von Frauen.....	36
3	Zwischenfazit.....	37
III	Umsetzungsmöglichkeiten .....	38
1	Hebammen-Projekt .....	38
2	Ambulanter Pflegedienst .....	39
3	Mobile aufsuchende Sozialarbeiter.....	41
	Fazit.....	42
	Literaturverzeichnis.....	44
	Abbildungen .....	49
	Anhangsverzeichnis .....	60

## Abkürzungsverzeichnis

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AMG	Arzneimittelgesetz
ASTO	Ambulante Substitutions- Therapie Opiatabhängiger
BAG	Bundesamt für Gesundheit (Schweiz)
BÄK	Bundesärztekammer
BetmG	Betäubungsmittelgesetz (Schweiz)
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BtM	Betäubungsmittel
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
BtMVV	Betäubungsmittelverschreibungsverordnung
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CM	Case-Management
COBRA	Cost-Benefit and Risk Appraisal of Substitution Treatments
DGS	Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum (Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte)
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOP	Gebührenordnungsposition
HIV	Human Immunodeficiency Virus
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
OST	Opioid Substitutionstherapie
PSB	Psychosoziale Begleitung
RL	Richtlinie
RMvV	Die Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (kurz: Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung)
SGB	Substitutionsgestützte Behandlungen bei Opiatabhängigkeit (Schweiz)
SGB <sub>1</sub>	Sozialgesetzbuch
WHO	World Health Organisation

## **Abbildungsverzeichnis**

<b>Abbildung 1:</b> Vernetzungsstrukturen und mögliche Kooperationspartner der FamiliengesundheitspflegerInnen und -hebammen in Deutschland. ....	40
<b>Abbildung 2:</b> Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten in Deutschland .....	49
<b>Abbildung 3:</b> Anzahl der im Substitutionsregister registrierten Ärzte .....	50
<b>Abbildung 4:</b> Der Einstieg in die Substitution .....	51
<b>Abbildung 5:</b> Neuaufnahme .....	52
<b>Abbildung 6:</b> Neuaufnahme, Verfahrensweise .....	53
<b>Abbildung 7:</b> Vergabe des Substitutionsmittels.....	55
<b>Abbildung 8:</b> Übersichtskarte der Substitutionszentren in der Schweiz .....	56
<b>Abbildung 9:</b> Ergebnisse der ÄrztInnen .....	58
<b>Abbildung 10:</b> Ergebnisse der OpioidkonsumentInnen .....	59

## **Danksagung**

Mein erster Dank geht an meine Tochter.

Desweiteren bedanke ich mich für die Unterstützung meiner Familie und meinen  
FreundInnen.

## **Einleitung**

*„Früher war die Suchtbetreuung auf die Einwohner Leipzigs begrenzt. Das Territorialprinzip wurde leider aufgegeben [...]“ (Wiedemeier, news, 12.03.2011).*

Dieses Zitat beschreibt die gegenwärtige Situation von DrogenkonsumentInnen in Deutschlands Großstädten und den damit verbundenen Mangel an einem flächendeckenden Drogenhilfesystem. So sind z.B. ÄrztInnen die Substitutionsbehandlungen durchführen meist nur in Ballungsgebieten zu finden. In ländlichen Regionen sind Heroin-konsumentInnen, die nach professioneller Unterstützung suchen häufig auf sich selbst gestellt und müssen eigenständig nach Möglichkeiten zu einer substitutionsgestützten Behandlung suchen. Der Weg führt häufig in entfernte Großstädte und ist mit einer Reihe von Problemen behaftet, welche in dieser Arbeit näher erläutert werden. Eine Substitution ist in Deutschland häufig mit einer psychosozialen Begleitung verbunden. Was man darunter versteht, ist nicht eindeutig. Zudem fällt es gerade Bewohnern der ländlichen Regionen schwer eine solche professionelle psychosoziale Unterstützung in ausreichender Form zu erhalten.

An dieser Stelle bleibt zu überlegen, in wie weit sich die Ressourcen dieser PatientInnen für deren Genesung nutzen lassen.

Um die Effektivität der substitutionsgestützten Behandlung in Deutschland überprüfen zu können, wird ein Vergleich mit dem Vorgehen einer Substitution in der Schweiz gezogen. Diese hat über einen längeren Zeitraum Erfahrung mit Substitutionsbehandlungen und bietet eine gute Möglichkeit Rückschlüsse auf Substitutionsbehandlungen in ländlichen Gegenden ziehen zu können. Nach einem theoretischen Überblick über Substitution und der damit verbundenen psychosozialen Unterstützung folgt ein Abriss über die dazugehörigen rechtlichen Rahmenbedingungen. Die interdisziplinäre Behandlung unterliegt vielen Gesetzen und Richtlinien. Diesbezüglich sollen die Auswirkungen für ÄrztInnen und KonsumentInnen erläutert werden.

Anschließend werden Probleme aufgezeigt mit denen sich substituierte PatientInnen konfrontiert sehen. Mögliche Schwierigkeiten im Zugang zur medizinischen

Substitutionsbehandlung sollen zwischen Stadt und Land verglichen werden. Besonderes Augenmerk liegt hier auf der Erfüllung der Grundbedürfnisse dieser Menschen.

Es stellt sich also die Frage, ob die Befriedigung dieser Bedürfnisse eine Spezialisierung des Hilfesystems notwendig macht, oder ob nicht vielmehr schon bestehende Hilfesysteme aktiviert werden können. Dies zu untersuchen ist Ziel der Arbeit.

Hierfür werden verschiedene Modelle und eigene Überlegungen untersucht, diese werden auf ihre Realisierbarkeit im Bezug auf eine psychosoziale Unterstützung hin überprüft.

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine analytische Literaturarbeit. Zur Erstellung kamen Werke unterschiedlicher Art zusammen. Hierunter fallen sowohl Primär- als auch Sekundärquellen verschiedener Theoretiker, Gesetzestexte und Studien einzelner AutorInnen. Für die Wahrung der Aktualität wurden das Internet und diverse Datenbanken (WISO, SpringerLink, Statista, Bibliothek der deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V., OPAC Universität Leipzig) in die Recherche einbezogen.

Auf einen geschichtlichen Abriss, sowie einer ausführlichen Beschreibung der Substitutionsbehandlung und der PSB wurde verzichtet. Auf die Entwicklung des Abstinenzansatzes und Akzeptanzansatzes wird ebenfalls nicht eingegangen. Zudem werden Aspekte wie Beikonsum, die unterschiedlichen Substitute und deren Wirkung, KonsumentInnenbilder, „Take-Home“-Vergabe oder Finanzierung von ambulanten Hilfen nicht näher thematisiert, da sie für dieses Thema nicht von besonderer Relevanz sind und den Rahmen sprengen würden.

Den Abschluss der Arbeit bilden verschiedene Überlegungen zur Integration vorhandener Arbeitsmodelle in die psychosoziale Unterstützung. Diese sollen auf ihre Anwendbarkeit hin untersucht werden, um schlussendlich für die Praxis relevante und den individuellen Bedürfnissen der NutzerInnen angepasste Umsetzungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

# **I Theoretischer Hintergrund**

## **1 Begriffsdefinition**

### 1.1 Substitution

Die medizinische Substitutionsbehandlung<sup>1</sup> mit Opiatersatzstoffen gilt bis heute international als eine der am besten erforschten Behandlungsmethoden für HeroinkonsumentInnen (vgl. Baier, 2004, S. 14). Als Opiatersatz wird ein, laut Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV), zugelassenes Substitutionsmittel verschrieben. Das bekannteste und älteste ist Methadon<sup>2</sup>. Wird Methadon regelmäßig hochdosiert eingenommen, erleben SubstitutionspatientInnen, anders als beim Konsum von Heroin<sup>3</sup>, keine Euphorie und keine Entzugserscheinungen mehr. Im Gegensatz zu Heroin hat Methadon eine Wirkungsdauer von 22 - 48 Stunden und muss so nur einmal am Tag eingenommen werden. Zudem ist eine Anpassung der Dosis nicht notwendig, da es zu keiner Toleranzentwicklung kommt (vgl. Kreuzer, 2009, S. 146).

### 1.2 Voraussetzungen für die Gewährung einer Substitutionsbehandlung

Im Jahr 2004 wurde die Kostenübernahme einer Substitutionsbehandlung durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) an bestimmte Voraussetzungen geknüpft. Eine der wichtigsten Voraussetzungen ist das Vorhandensein einer manifesten Opiat-abhängigkeit über einen längeren Zeitraum (1-2 Jahre) hinweg. In dieser Zeit haben PatientInnen mehrfach versucht unter ärztlicher Kontrolle abstinent zu werden. Möglichkeiten dafür können Entgiftung und/oder Therapie gewesen sein. PatientInnen sind zu Behandlungsbeginn nicht drogenfrei und leiden häufig an Begleiterkrankungen. Weibliche Patientinnen können zudem schwanger sein. In diesem Fall bietet eine

---

<sup>1</sup>Anm. d. Autorin: Primäre Zielsetzung einer Substitutionsbehandlung war viele Jahre die Abstinenz, dieser Ansatz hat sich zugunsten der PatientInnen geändert und wurde 2010 in den Richtlinien der Bundesärztekammer, durch das Ziel Erhaltungstherapie ersetzt (vgl. Backmund, 2011, S. 4).

<sup>2</sup>Anm. d. Autorin: Weitere gängige Substitute sind L-Polamidon, Subutex, Suboxone, Codein/Dihydrocodein (Nur in Ausnahmen) und Diamorphin.

<sup>3</sup>Heroin: „Die Wirkung ist u. a. abhängig von Dosis, Reinheitsgrad, Gewöhnungseffekten, Konsumform sowie von Set (innerer Zustand) und Setting (Umfeld) des Users. Wirkungseintritt: nach etwa 10 Sekunden bei intravenösem Konsum, geraucht oder gesniffelt nach ein paar Minuten Die Wirkdauer ist von der Dosis und der Qualität des Stoffes sowie der Konsumform abhängig und beträgt 2 bis 5 h. Heroin hat eine euphorisierende, ausgleichend-beruhigende und angstlösende Wirkung. Gefühle von Geborgenheit und tiefer Selbstzufriedenheit, Sorgen treten in der Wahrnehmung zurück, man fühlt sich wie in Watte gepackt. Der beim i.v. Konsum eintretende Kick wird von vielen Usern als sehr intensiv erlebt und als absolutes Hochgefühl beschrieben. Beim Rauchen und Sniefen ist der Kick weniger stark ausgeprägt, da hier die Substanz nicht direkt ins Blut übergeht und somit im Gehirn weniger stark bzw. schnell anflutet. Man ist weniger schnell »breit«. [...]“ (www.drugscouts.de).

Substitutionsbehandlung eine gute Alternative zu Drogenkonsum (vgl. Weber/Schroeder-Printzen, 2009, S. 20f.).

### 1.3 Durchführbarkeit

Seitdem die Substitutionsbehandlung in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen wurde und sich die Richtlinien der Bundesärztekammer (RL BÄK), die Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung (RMvV) mehrfach geändert haben, kann ein stetiger Zuwachs (Abb. 2) von substituierten PatientInnen verzeichnet werden. Zusätzlich wurden in den letzten Jahren neue Substitutionsmittel zugelassen und ein Substitutionsregister (für PatientInnen und ÄrztInnen) eingeführt, um eine Doppelsubstitution zu vermeiden. Auch sind frühere Voraussetzungen wie das Vorhandensein einer Begleiterkrankung (z.B. HIV/ AIDS) heute keine Bedingung mehr für Inanspruchnahme einer Substitutionsbehandlung (vgl. Gerlach/Stöver, 2010, S. 8ff.). Des Weiteren müssen ÄrztInnen, mit einigen Ausnahmen, welche an anderer Stelle erläutert werden, über die nötige Fachkunde verfügen. Laut Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) Stand 2010 sind 2710 ÄrztInnen im Substitutionsregister aktiv. Die Qualifikation „Suchtmedizinische Grundversorgung“ haben 7805 ÄrztInnen erworben (Abb. 3). Weitere relevante rechtliche Aspekte folgen in Kapitel 3.1.

### 1.4 Ziele einer Substitutionsbehandlung

Mit einer Substitution werden verschiedene Ziele für die PatientInnen verfolgt. Zudem benötigt man für die Umsetzung der Substitution ein interdisziplinäres Behandlungskonzept. Daraus ergeben sich verschiedene Ziele und Ebenen in der Substitutionsbehandlung wie die Sicherung des Überlebens der PatientInnen, das Reduzieren des Konsums anderer psychoaktiver Substanzen oder der Stabilisierung der Gesundheit sowie die Behandlung von Begleiterkrankungen. Des Weiteren ist die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und auf dem Arbeitsmarkt von großer Bedeutung. Schlussendlich soll mit der Substitutionsbehandlung eine Opiatfreiheit der PatientInnen erreicht werden. Dabei hängt das Erreichen dieser Ziele im Wesentlichen von der individuellen Situation der OpiatkonsumentInnen ab (vgl. RL BÄK, S.1).<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup>Anm. d. Autorin: Diese Ziele kann ein Arzt selbst in einer guten Arzt-Patienten-Beziehung nicht leisten, denn diese Bereiche sind medizinischer, sozialer und psychischer Natur, diese können in einer Grundversorgung nicht abgedeckt werden. Die einzelnen Bereiche bedingen sich oft wechselseitig und gehen über die medizinische Behandlung hinaus, deshalb wäre eine Netzwerkarbeit mit anderen Institutionen sinnvoll.

Die jeweils individuelle Situation der substituierten PatientInnen soll vor allem in der Psychosozialen Begleitung (PSB) Beachtung finden. Eine genauere Erläuterung dieser folgt anschließend.

### 1.5 PSB oder PSU?

PSB ist ein Akronym, welches sich zusammensetzt aus „PS“ für Psychosozial und „B“, wobei es für „B“ verschiedene Bedeutungen gibt, welche synonym verwendet werden. Sie reichen von Behandlung über Begleitung, Betreuung bis zur Beratung kann alles eingesetzt werden so scheint es, denn inhaltlich wird doch kein Unterschied ersichtlich<sup>5</sup> (vgl. Gerlach, 2003, S. 3f.).

In den RL BÄK 2010 (S. 4) heißt es: „Eine psychosoziale Betreuung (PSB) erfolgt nach den von der Drogenhilfe erarbeiteten Standards.“ Im umfassenden Therapiekonzept der Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung (RMvV, siehe Anlage B) § 3 Abs. 4 steht „die Ermittlung des Hilfebedarfs im Rahmen der psychosozialen Betreuung durch eine psychosoziale Drogenberatungsstelle“. Rechtliche und/oder politische Vorgaben existieren für eine Psychosoziale Unterstützung jedoch nicht (vgl. Weber/Schroeder-Printzen, 2009, S. 42).

### 1.6 Inhalt PSU

Der substituierende Arzt/die substituierende Ärztin klärt in der Einleitung der Substitutionsbehandlung, ob für die einzelnen PatientInnen eine PSU erforderlich ist oder nicht<sup>6</sup>. Diese Entscheidung liegt nur bei dem behandelnden Arzt/ der behandelnden Ärztin und wird im Substitutionsvertrag, den PatientIn und Arzt/Ärztin unterschreiben, festgehalten. Muss als begleitende Maßnahme eine PSU durchgeführt werden, ist der/die Patient/in verpflichtet sich eine Drogenberatungsstelle zu suchen. Außer der Substitutionsarzt/die Substitutionsärztin arbeitet mit einer Einrichtung zusammen, dann verweist er auf

---

Außer der Patient benötigt eine rein medizinische Versorgung, da nicht jeder Patient in allen Bereichen Schwierigkeiten haben muss bzw. die Unterstützung von außen nicht benötigt um diese zu bewältigen. Diesbezüglich sollten die PatientInnen mitentscheiden dürfen.

<sup>5</sup>Anm. d. Autorin: Aufgrund der unterschiedlichen Auslegungen des Akronyms PSB und der damit verbundenen unklaren Aufgabenstellung einer solchen PSB, wird im folgenden Text der Begriff „PSU“ (psychosoziale Unterstützung) verwendet wie Gerlach (2003, S. 5) ihn formulierte. Dieser Begriff umfasst einen großen Pool von Hilfsangeboten und bedarf unterschiedlicher Kompetenzen. Es bleibt jedoch fraglich, ob diese Aufgaben jede Einrichtung mit ihrem Personalschlüssel wirklich leisten kann.

<sup>6</sup>Substitutionsbehandlung mit Diamorphin ist in den ersten sechs Monaten die PSU verpflichtend.

diese. Wenn keine PSU erforderlich ist, müssen der Arzt/die Ärztin und ein/e Mitarbeiter/in der Drogenberatungsstelle das schriftlich dokumentieren und begründen (vgl. RL BÄK, 2010, S. 3ff.). Diesbezüglich muss ergänzt werden, dass der/die Patient/in kein Mitspracherecht in dieser Entscheidung hat. Er/sie muss die PSU-Termine einhalten sonst kann die Substitutionsbehandlung beendet werden. Ohne PSU auch keine Substitution.

Welche Unterstützung sollte in welcher Phase der Substitution durchgeführt werden und wann ist sie hilfreich oder notwendig. Einiges spricht dafür, dass die Art und Intensität einer psychosozialen Unterstützung individuell auf jede/n Substituierte/n zugeschnitten sein müsste (vgl. Bühringer/Wittchen, 2008, S. 5f.). An dieser Stelle soll ein grober Überblick über mögliche Angebote zur PSU gegeben werden. Mögliche Bedürfnisse einer psychosozialen Unterstützung können folgende sein: (1) Selbsthilfepotenziale fördern und Handlungsautonomie stärken, (2) Finanzielle Grundversorgung sichern (Schuldnerberatung, Arbeitslosengeld I/ II, Wohngeld, Unterhalt für Kinder/ Ehepartner, Kindergeld, Krankengeld, Rente usw.), (3) Abwicklung juristischer Schwierigkeiten (offene Strafverfahren, mögliche Inhaftierung usw.), (4) Unterstützung bei Wohnungssuche (eigene Wohnung oder betreutes Wohnen), (5) Hilfe bei Arbeitsplatzsuche, (6) Besprechung von Problemen mit dem Substitutionsarzt, (7) Förderung bei der Aufnahme von schulischen oder beruflichen Qualifizierungs- und Rehabilitationsmaßnahmen, (8) Entwicklung einer Tagesstruktur und sinnvoller Freizeitgestaltung, (9) Besprechung von bevorstehenden Urlaubsreisen, (10) Unterstützung von Kosumreduzierung, (11). Safer-Use, Safer-Sex und Ernährungsberatung, (12) Beratung in Beziehungsproblemen und Kindererziehung, (13) Schwangerschaftsberatung, (14) Case-Referral-Management, (15) Therapeutische Gruppenarbeit, (16) Krisenintervention (vgl. Gerlach/Stöver, 2009, S. 21f.).

„Dieses breite Angebotsspektrum kann weder von einem Drogenberater allein noch von einer einzigen Hilfeinrichtung abgedeckt werden. Neben konkret eigenleistbarer Beratungs- und/oder Betreuungstätigkeit sind deshalb auch Koordinierungsleistungen zu erbringen.“ (Gellert/Schneider 2002 zit. n. Gerlach/Stöver, 2005, S. 209)

Eine andere Möglichkeit ist die Methode des Case-Management (CM):

„Eine der wichtigsten ethischen Grundlagen von CM ist die Haltung des Empowerments, wonach Menschen in der Regel alles, was sie für Veränderungsprozesse brauchen, selbst haben und die professionellen HelferInnen sie nur

unterstützen müssen, ihre Ressourcen wieder zu entdecken und zu nutzen. Ein weiteres Leitprinzip von CM ist die Betrachtung der KlientInnen als mündige Gegenüber. Die Entscheidungen über Beginn, Planung und Verlauf der Zusammenarbeit treffen die KlientInnen selbst.“ (Klug 2003 zit. n. Hölzmann, 2004, S. 14f.)

### 1.7 Kritik an psychosozialer Unterstützung

In Deutschland gibt es keine Studien oder Dokumentationen, die wissenschaftlich belegen, dass *unsere* psychosoziale Unterstützung, gekoppelt an die medizinische Substitutionsbehandlung, effektiver ist als die Behandlungsformen ohne verpflichtende psychosoziale Unterstützung in anderen Ländern (vgl. Gerlach/Stöver, 2009, S. 20f.). Diese Verknüpfung von medizinischer Behandlung und psychosozialer Unterstützung, sind neben einigen anderen Merkmalen ein eindeutiges Indiz dafür, dass die Substitutionsbehandlung auch heute, mehr als zwei Jahrzehnte nach ihrer Einführung, einen Sonderstatus einnimmt und von einer normalen Krankheitsbehandlung weit entfernt ist (vgl. Schäffer, 2009, S. 260f.). Stöver und Gerlach (vgl. 2009, S.11) merken diesbezüglich an, dass eine erzwungene psychosoziale Unterstützung Behandlungsabbrüche provozieren kann. Dadurch werden Menschenrechte verletzt und Grundsätze der medizinischen Ethik verlieren ihre Gültigkeit. Herwig-Lempp (vgl. 1994, S.106) fasst es treffend zusammen: DrogenkonsumentInnen sind keine gleichberechtigten Partner und werden auch nicht so gesehen bzw. behandelt. MedizinerInnen und SozialarbeiterInnen glauben, dass es ihre Pflicht wäre, diese unreifen Kinder zu vollwertigen Erwachsenen erziehen zu müssen.

Die Kritikpunkte machen deutlich, dass die Substitutionsbehandlung in Deutschland die Wünsche der behandelten PatientInnen nicht ausreichend beachtet, das Autonomie und Selbstbestimmung aberkannt werden. An dieser Stelle soll deshalb auf die verschiedenen Substitutionsmodelle in Deutschland und der Schweiz eingegangen und ein Fazit gezogen werden.

## **2 Substitutionsmodelle „von Land zu Land“**

Die Substitutionsmodelle in Deutschland und der Schweiz unterscheiden sich in einigen Punkten. Hier ist vor allem der Stellenwert einer PSU im Verlauf einer Substitutionsbehandlung zu benennen. Die einzelnen Modelle werden deshalb im Folgenden zusammengefasst und auf ihre Vor- und Nachteile hin untersucht.

## 2.1 Substitutionsmodelle in Deutschland

In Deutschland gibt es drei gängige Substitutionsmodelle<sup>7</sup>:

Das erste Modell ist der/die Arzt/Ärztin ohne suchtmmedizinische Qualifikation (§ 5 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 BtMVV). Ein/e Arzt/Ärztin kann auch ohne suchtmmedizinische Qualifikation über einen unbegrenzten Zeitraum maximal drei PatientInnen gleichzeitig substituieren. Voraussetzung hierfür ist die Zusammenarbeit des/der behandelnden Arztes/Ärztin mit einem Konsiliarius (ÄrztInnen mit suchtmmedizinischer Qualifikation). Die PatientInnen müssen zu Beginn der Substitutionsbehandlung und in deren weiteren Verlauf dem Konsiliarius einmal im Quartal vorstellig werden (vgl. Weber/Schroeder-Printzen, 2009, S. 18).

Ein weiteres Modell stellt der/die Arzt/Ärztin mit suchtspezifischer Qualifikation (§ 5 Abs. 3 BtMVV) dar. In diesem Modell verfügt der/die substituierende Arzt/Ärztin über eine suchtspezifische Qualifikation. In diesem Modell wird nach Praxistypen unterschieden: Von einer kleinen Praxis spricht man, wenn nicht mehr als 10 PatientInnen pro Tag substituiert werden. Bei einer Größenordnung von 10 bis 40 PatientInnen pro Tag handelt es sich um eine mittlere Praxis. Werden täglich mehr als 40 PatientInnen substituiert zählen sie zu den großen Praxen (vgl. Gölz, 2005, S. 104).

Als letztes Modell sind die Schwerpunktpraxen oder Substitutionsambulanzen zu nennen. Hier sind nur ÄrztInnen tätig, die eine suchtmmedizinische Qualifikation besitzen. Solche Schwerpunktpraxen sind spezialisiert auf SubstitutionspatientInnen. Andere PatientInnen werden hier nicht behandelt (vgl. Gölz, 2005, S. 104f.). Praxen oder spezielle Einrichtungen, die täglich mehr als 50 OpiatkonsumentInnen substituieren, sollen im Rahmen einer geregelten Kooperation die Psychosoziale Unterstützung in die Praxis integrieren. (vgl. RL BÄK, 2010, S. 14).

Wittchen et al (2006) konnten in der COBRA<sup>8</sup>-Studie belegen, dass kleinen Praxen nahezu genauso effektiv arbeiten wie spezialisierte Schwerpunktpraxen.<sup>9</sup> Nur in der Behandlung

---

<sup>7</sup> Stationäre Einrichtungen, Haftanstalten und Heroinambulanzen werden nicht betrachtet.

<sup>8</sup> **Cost-Benefit and Risk Appraisal of Substitution Treatments**

von Begleiterkrankungen konnten Defizite in den kleinen Praxen aufgezeigt werden. So wurden zum Beispiel PatientInnen, die Hepatitis und/oder HIV haben, nicht optimal versorgt<sup>10</sup> (vgl. Wittchen, 2006, Folie 15).

Gegenüberstellung einiger Ergebnisse<sup>11</sup> aus der Studie von Wittchen et al (2006, Folie 6ff.) geordnet nach Einrichtungsgröße der Arztpraxen:

<b>Kategorie</b>	<b>Klein (&lt; 10)</b>	<b>Mittel (10-40)</b>	<b>Groß (&gt; 40)</b>
Substitut	67 Methadon/Polamidon 32 Subutex 0,8 Codein/andere	78 Methadon/Polamidon 22 Subutex 0,6 Codein/andere	79 Methadon/Polamidon 20 Subutex 0,7 Codein/andere
Abstinenz	5,4%	3,7%	3,1%
Abbruchrate	31,3%	32,2%	41,7%
Haltequote	0,8	0,8	0,7
Kosten pro PatientIn/12Monate	7.148€	7.621€	11.088€

Quelle: (Wittchen et al. 2006, Folie 6-32), eigene Darstellung

Folgendes wäre über diese Darstellung ausgewählter Ergebnisse zu ergänzen. In allen drei Einrichtungsgrößen wird deutlich, dass die Substitutionsmittel Methadon und Polamidon am häufigsten verschrieben werden, obwohl in der Studie vor allem die positiven Eigenschaften von Subutex aufgezeigt werden. Ein Grund hierfür liegt vermutlich in den unterschiedlichen Kosten der Präparate. Zudem sind die Abbruchraten und Kosten in kleinen Praxen geringer als in den mittleren und großen Einrichtungen. Im Gegenzug dazu haben mittlere und große Praxen mehr Personalressourcen, größere Aufnahmekapazitäten und optimale Versorgung von Begleiterkrankungen (Hep/HIV) vorzuweisen. Auf eine

<sup>9</sup>Anm. d. Autorin: Dieses Ergebnis zeigt, dass Substitutionsbehandlungen in Hausarztpraxen durchführbar sind. Somit besteht die Möglichkeit, dass diese Behandlungen flächendeckend an Normalität gewinnen können und eine Spezialisierung nicht notwendig ist.

<sup>10</sup>Anm. d. Autorin: Die Behandlung solcher Begleiterkrankungen können häufig nicht durch Allgemeinmediziner abgedeckt werden. Deshalb ist es notwendig PatientInnen mit solchen Begleiterkrankungen von Spezialisten behandeln zu lassen. An dieser Stelle ist eine Spezialisierung der Normalisierung vorrangig. Wichtig ist an dieser Stelle eine enge Zusammenarbeit und Informationsaustausch der Ärzte, da die Gesundheit jedes/jeder PatientIn im Vordergrund steht.

<sup>11</sup>233ÄrztInnen und 2694 PatientInnen haben an dieser Studie teilgenommen.

ausführliche Darstellung der Studienergebnisse wird an dieser Stelle verzichtet. Informationen dazu findet man bei Wittchen et al. (2006, Folie 6-32).

## 2.2 Substitutionsmodelle in der Schweiz

In der Schweiz gibt es konkrete Forderungen, denen eine Substitutionsgestützte Behandlung (SGB) entsprechen soll. Der Zugang soll allen OpiatkonsumentInnen mit entsprechend ärztlicher Diagnose nach DSM IV oder ICD-10 gewährt werden. Zudem müssen die Behandlungskonzepte für PatientInnen erreichbar und durchführbar sein. Dafür sind unterschiedlich Abgabestellen vorhanden. Dazu zählen spezielle Zentren, Kliniken, Praxen (HausärztInnen, AllgemeinärztInnen, InternistInnen) und Apotheken. Wichtig sind ebenfalls Netzwerkarbeit, präzise Absprachen und ein regelmäßiger Informationsaustausch zwischen den beteiligten KooperationspartnerInnen (ÄrztInnen, ApothekerInnen, PatientInnen, BetreuerInnen). Diese interdisziplinäre Arbeitsweise stellt die Basis für eine gute Unterstützung der PatientInnen dar. Um die Effektivität einer Therapie zu gewährleisten, ist die Substitutionsbehandlung an keine zeitlichen Rahmenbedingungen geknüpft. Deshalb wird eine Wichtigkeit auf eine ganzheitliche Unterstützung gelegt. Das bedeutet, dass alle Bedürfnisse (medizinisch, psychiatrisch, psychologisch, sozial, gesellschaftlich, juristisch u.v.m.) der PatientInnen Beachtung finden (vgl. BAG, 2009, S. 8). Dabei ist der Arzt/die Ärztin ein/e Experte/in für die somatischen und psychiatrischen Leiden der PatientInnen. Die Unterstützung in den psychologischen, sozialarbeiterischen, sozial-pädagogischen und pflegerischen Bereichen ist an entsprechende KooperationspartnerInnen zu delegieren. Ebenso wird FreundInnen und/oder der Familie eine wesentliche Bedeutung beigemessen, auf Grund dessen diese wichtigen Stützen einbezogen werden sollen (ebd.).<sup>12</sup>

In der Schweiz werden über die Hälfte der substituierten PatientInnen von HausärztInnen versorgt und die restlichen in speziellen Zentren (vgl. BAG, 2009, S. 6). Der größte Teil der Substitutionsbehandlungen werden in Arztpraxen realisiert. Im September 2005 wurden 9975 PatientInnen in insgesamt 2480 ärztlichen Praxen behandelt. Das Verzeichnis der Schweizerischen Ärztevereinigung FMH vermerkte 2005, 5414 HausärztInnen

---

<sup>12</sup>Anm. d. Autorin: In der Schweiz gibt es keine verbindliche PSB. Wenn Bedarf besteht wird das an die "entsprechenden Fachleute delegiert".

(AllgemeinpraktikerInnen und InternistenInnen). Somit ist fast die Hälfte aller HausärzteInnen an Substitutionsbehandlungen beteiligt. Besonders in ländlichen Versorgungsregionen, wo es kaum spezialisierte Einrichtungen gibt, leisten die Grundversorger einen wichtigen Beitrag zur adäquaten Substitutionsbehandlung langjährig HeroinkonsumentInnen. Eine überschaubare Anzahl von ÄrztInnen betreiben vorwiegend in urbanem Umfeld Schwerpunktpraxen. Die restlichen Substitutionsbehandlungen (6239 PatientInnen) werden in spezialisierten Institutionen (Kliniken und Haftanstalten) durchgeführt (vgl. Hosek, 2006, S. 5). Verteilung der Praxen, Ambulanzen und die Anzahl der PatientInnen sind in Abb. 8 aufgeschlüsselt.

### 2.3 Zwischenfazit der Vor- und Nachteile

In Deutschland und in der Schweiz haben sich ähnliche Substitutionsmodelle entwickelt und etabliert. In Deutschland kommt neben der medizinischen Versorgung der PatientInnen, der PSU eine große Bedeutung zu, da eine Substitutionsbehandlung ohne PSU weniger erfolgreich wäre. Wie oben schon erwähnt gibt es zwar keine Studien die belegen, dass die PSU notwendig ist, aber in Deutschland scheinen die zwei Komponenten verschmolzen zu sein. In der Schweiz stellt die Psychosoziale Unterstützung keinen festen Bestandteil der medizinischen Substitutionsbehandlung dar. Sie wird als mögliche Ergänzung für die PatientInnen verstanden, bei der abgesehen vom behandelnden Arzt andere Fachleute einbezogen werden. Psychischen und/oder sozialen Schwierigkeiten werden von substituierten PatientInnen genauso behandelt, wie von PatientInnen die nicht substituiert werden.

Beide Länder sprechen von einer interdisziplinären Substitutionsbehandlung. Jedoch unterscheiden sich die Substitutionsmodelle in einem Punkt: In der Schweiz wird Substitution von der Psychosozialen Unterstützung getrennt. In Deutschland geben die Richtlinien der BÄK und der RMvV vor, dass eine Substitution ohne PSU kaum bzw. nicht möglich ist.

Einige weitere Unterschiede zwischen beiden Ländern sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst dargestellt.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup>Anm. der Autorin: In der Tabelle wird vor allem ein gravierender Unterschied dargestellt: Die Anzahl von substituierenden ÄrztInnen. Deutschland ist acht Mal größer als die Schweiz, verfügt jedoch nur über die Hälfte an substituierenden ÄrztInnen. Der Grund hierfür könnte in den unterschiedlichen drogenpolitischen Leitlinien beider Länder, sowie in der gesellschaftlichen Akzeptanz einer Substitutionsbehandlung oder dem Ansehen der ÄrztInnen, bzw. dem unterschiedlichen KonsumentInnenbild liegen. Diese Frage bleibt an dieser Stelle unbeantwortet, da sie den Rahmen dieser Arbeit übersteigt.

Gegenüberstellung von geografischen Daten und Landkarten.

<b>Schweiz</b>	<b>Deutschland</b>
ca. 16 000 SubstitutionspatientInnen	ca. 77 000 SubstitutionspatientInnen
ca. 5 500 Mediziner	ca. 2 700 Mediziner
Fläche: 42 000 km <sup>2</sup> Einwohnerzahl: ca. 8 Mio.	Fläche: 360 000 km <sup>2</sup> Einwohnerzahl: 82 Mio.
Die Bevölkerung ist vorwiegend im Mittelland angesiedelt, da im Süden/Südosten/Südwesten die Alpen sind. Daraus ergibt sich die Verteilung der Substitutionszentren in der Abb. 8.	In Deutschland gibt es über 80 Großstädte (mehr als 100 000 Einwohner), nur das Ruhrgebiet ist ein polyzentrischer Verdichtungsraum, ansonsten liegen die Großstädte dezentral.

Quelle: (Die Welt-Atlas kompakt, 2009), eigene Darstellung

Einige Unterschiede in der Substitutionsbehandlung in Deutschland und der Schweiz wurden an dieser Stelle aufgezeigt. Eine mögliche Ursache hierfür können die unterschiedlichen rechtlichen Rahmenbedingungen einer solchen Behandlung sein. Deshalb folgt im nächsten Kapitel ein kurzer Abriss dieser Bedingungen

### **3 Rechtliche Rahmenbedingungen**

Sowohl in Deutschland als auch in der Schweiz sind Substitutionsbehandlungen an das Gesetz und die daraus entstanden rechtliche Rahmenbedingungen geknüpft. Wie diese sich im Einzelnen ausgestalten und unterscheiden soll Thema dieses Kapitels sein.

#### **3.1 Deutschland**

In Deutschland kann ein Gesetz geändert, ergänzt, aufgehoben oder neu erlassen werden. Dazu wird der Gesetzgebungsprozess erläutert.

##### **3.1.1 Gesetzgebung**

„G. bezeichnet das für Bundesgesetze in Art. 76 ff. geregelte Verfahren, in dem Gesetze entstehen (auch: Gesetzgebungsverfahren). Für die Gesetzgebung des Bundes sind Bundestag und Bundesrat zuständig, wobei der Bundestag die Gesetze beschließt, die danach dem Bundesrat zugeleitet werden, der zustimmen kann oder innerhalb von drei Wochen den Vermittlungsausschuss anrufen muss. Gelingt es nicht, zwischen den Häusern Übereinstimmung zu erzielen, kann der Bundesrat a) bei nicht zustimmungspflichtigen Gesetzen Einspruch einlegen (der vom Bundestag mit der für die Gesetze notwendigen Mehrheit zurück gewiesen werden kann) bzw.

b) bei Zustimmungspflicht die Gesetzesvorhaben scheitern lassen. Sind die Gesetze zustande gekommen, werden sie nach Gegenzeichnung des Bundeskanzlers und des zuständigen Bundesministers schließlich vom Bundespräsidenten ausgefertigt, im Bundesgesetzblatt verkündet und treten in Kraft“ (Schubert/Klein, 2006, S. 123f.).

### 3.1.2 Beispiel Diamorphin

Als jüngstes Beispiel dazu in Deutschland „Gesetz zur Diamorphingestützten Substitutionsbehandlung“. Die oben kurz genannten Hürden musste das Gesetz, welches mit absoluter Mehrheit am 28.05.2009 beschlossen und am 21.07.2009 in Kraft getreten ist, durchlaufen. Die jeweiligen Behörden der einzelnen Bundesländer erteilen die Erlaubnis (§ 13 Abs. 3 Nr. 2 a BtmG) zur Durchführung (§ 5 Abs. 9 b BtMVV) der Substitutionsbehandlung. Der Gemeinsame Bundesausschuss<sup>14</sup> (G-BA) hat die RMvV (18.03.2010) geändert. Die Bundesärztekammer hat ihre Richtlinie (19.02.2010) überarbeitet, die Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung von OpiatkonsumentInnen ist für substituierende ÄrztInnen bindend. Durch die Änderung der RMvV ist die Diamorphingestützte Behandlung<sup>15</sup> im Leistungskatalog der GKV integriert wurden ([www.drogenbeauftragte.de](http://www.drogenbeauftragte.de)).

### 3.1.3 Richtlinien und Durchführbarkeit

Die vertragsärztliche Versorgung von SubstitutionspatientInnen wird in den Richtlinien der BÄK (Anlage A) dargestellt. Diese ist verbindlich für alle ÄrztInnen, die zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung von OpiatkonsumentInnen berechtigt sind (vgl. Weber/Schroeder-Printzen, 2009, S. 15f.). In diesen Richtlinien heißt es:

„Die Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger darf nur von solchen Ärzten übernommen werden, die die Mindestanforderungen an eine suchtherapeutische Qualifikation erfüllen, die von den Ärztekammern festgelegt wurde. Im Rahmen der Konsiliar- und Vertretungsregelung gemäß § 5 Abs. 3 BtMVV kann im Ausnahmefall eine Substitution auch ohne eine entsprechende suchtherapeutische Qualifikation durchgeführt werden“ (RL BÄK, 2010, S. 15).

---

<sup>14</sup> Im G-BA (§ 91 SGB V) sind neben andern Vertretern, VertragsärztInnen mit 5 Mitglieder anwesend. Es ist nicht einzusehen ob diese 5 ÄrztInnen auch substituieren. Wenn es SubstitutionsärztInnen sind, können sie sich in der Umsetzung der Richtlinien einbringen.

<sup>15</sup> Bis es zum bundesweiten Modellversuch der heroingestützten Behandlung kam, wurden über zehn Jahre Vorarbeit geleistet. Nachdem 2006 die wissenschaftlichen Ergebnisse veröffentlicht wurden, dauerte es weitere Jahre bis das Gesetz zur Diamorphingestützten Substitutionsbehandlung in Kraft getreten ist. ([www.heroinstudie.de](http://www.heroinstudie.de) Chronologie)

Zudem wurde in der BtMVV festgelegt, dass ein Substitutionsmittel nur auf einem Betäubungsmittel-Rezept (§ 1 Abs. 2 BtMVV) ausgestellt wird (vgl. Weber/ Schroeder-Printzen, 2009, S. 23f). In den Anlagen I-III des BtMG sind alle aktuellen Stoffe gelistet, die als Betäubungsmittel (BtM) einzustufen sind. Nur diese Stoffe dürfen abgegeben werden. Das Betäubungsmittel-Rezept ist grün und besteht aus einem dreiteiligen amtlichen Formular. Teil I verbleibt in der Apotheke, Teil II bekommt die GKV für die Abrechnung und Teil III behält der/die Arzt/Ärztin. Die beteiligten KooperationspartnerInnen haben eine Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht. Eine BtM-Verordnung für SubstitutionspatientInnen wird mit einem S gekennzeichnet. Die laut Betäubungsmittelverschreibungsverordnung festgelegte Höchstabgabemenge (BtMVV § 2) z.B. Methadon 3000 mg für 30 Tage darf nicht überschritten werden. Der/Die Arzt/Ärztin ist befähigt geschultem Personal oder ApothekerInnen die Substitutionsmittelvergabe zu übertragen. Das Medikament ist nur für den unmittelbaren Gebrauch bestimmt und muss somit von den PatientInnen sofort eingenommen werden (vgl. Jelinek/Grabs, 2007, S.94f).

Wie genau eine Neuaufnahme von SubstitutionspatientInnen und die daraus resultierenden Dokumentationspflichten aussehen, wird an dieser Stelle nicht näher ausgeführt. Informationen dazu können den Abbildungen 5-7 entnommen werden. Im ASTO-Handbuch wurden mögliche Dokumentationsblätter entworfen, um die Arbeit mit substituierten PatientInnen zu erleichtern und Qualitätsmanagement einzuführen (vgl. ASTO-Handbuch, 2003).

## 3.2 Schweiz

Das Volk in der Schweiz hat ein ausgebautes Mitbestimmungsrecht.

### 3.2.1 Gesetzgebung

Laut Bundesverfassung ist das Volk der Souverän des Landes und somit die oberste politische Instanz, was sich in Form von Plebisziten zeigt (vgl. Schweizerische Eidgenossenschaft, 2011, S. 15). Außerdem sind im gesamten Gesetzgebungsprozess die für diesen konkreten Fall „massgeblichen Akteure“ von Anfang an involviert.

„Das Rechtsetzungsverfahren beim Bund zeichnet sich aus durch einen breiten, sehr systematischen und transparenten Einbezug von Akteuren (Volk, Parlament, Bundesrat und -verwaltung, Kantone, Parteien, Verbände usw.), namentlich bei Verfahren der Verfassungs- und Gesetzgebung. Zwei Gruppen von Akteuren sind

vergleichsweise stark am vor- und nachparlamentarischen Rechtsetzungsprozess beteiligt, nämlich die Kantone und die Zivilgesellschaft, letztere in Form der politischen Parteien und der interessierten Kreise (Art. 45<sup>16</sup> und 147<sup>17</sup> BV)<sup>18</sup> (Bundesamt für Justiz).

In der Schweiz ist die substitutionsgestützte Behandlung im BetmG (siehe Anlage: C) sowie den Rahmenbedingungen der unterschiedlichen Kantone geregelt. Laut dem Bundesamt für Gesundheit (vgl. BAG 2009 S. 8f.) ist:

„Die staatliche Hilfe in Notlagen [...] ein verfassungsrechtliches Grundrecht, welches zumindest die Abdeckung der Grundbedürfnisse beinhalten soll. Jede SGB unterliegt einer Bewilligungspflicht beim Kantonsarzt. Urteilsfähige Minderjährige können einen Behandlungsvertrag auch ohne Zustimmung der Angehörigen abschließen. Die SGB ist bei entsprechenden Voraussetzungen eine Pflichtleistung der Grundversicherung“ (BAG, 2009, S. 8).

### 3.2.2 Empfehlungen

Die Substitutionsbehandlung gehört zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Die Behandlungsdauer sollte nicht zeitlich begrenzt sein, sondern in jedem Einzelfall individuell entschieden werden (vgl. BAG, 2009, S. 8f.). Zudem unterliegen die Genehmigung und die Aufsicht einer Substitutionsbehandlung den Weisungen einzelner Kantone (BetmG 1951, Art. 3e, Abs. 1 und Art. 3l, Verschreibung von Diamorphin ausgenommen, siehe Anhang C). Laut Art. 3e, Abs. 2 kann der Bund geschlossen mit den Kantonen einzelne Rahmenbedingungen für die substitutionsgestützte Behandlung festlegen, sowie nach Art. 3l Vorschläge ausarbeiten, die der Qualitätssicherung dienen sollen (vgl. BAG, 2009, S. 6). Empfehlungen zur Substitutionsbehandlung wurden von der Vereinigung der KantonsärztInnen (VKS)<sup>18</sup>, der

---

<sup>16</sup> Art. 47 Eigenständigkeit der Kantone

<sup>1</sup> Der Bund wahrt die Eigenständigkeit der Kantone. <sup>2</sup> Er belässt den Kantonen ausreichend eigene Aufgaben und beachtet ihre Organisationsautonomie. Er belässt den Kantonen ausreichende Finanzierungsquellen und trägt dazu bei, dass sie über die notwendigen finanziellen Mittel zur Erfüllung ihrer Aufgaben verfügen.

<sup>17</sup> Art. 147 Vernehmlassungsverfahren: Die Kantone, die politischen Parteien und die interessierten Kreise werden bei der Vorbereitung wichtiger Erlasse und anderer Vorhaben von grosser Tragweite sowie bei wichtigen völkerrechtlichen Verträgen zur Stellungnahme eingeladen.

<sup>18</sup> Aufgaben der Vereinigung der KantonsärztInnen sind z.B. Bewilligungen für Substitutionsprogramme, Bewilligungen für stationäre Drogentherapien, Erarbeitung epidemiologischer Grundlagen für die Drogenpolitik, Lenkung/Beratung in der Drogenpolitik (vgl. [www.vks-amcs.ch](http://www.vks-amcs.ch))

Schweizerischen Gesellschaft für Suchtmedizin<sup>19</sup> (SSAM) und dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) erarbeitet und verfasst. Diese Empfehlung wird den KantonsärztInnen zur Anpassungen ihrer Richtlinien dienen, diese sind nicht rechtlich bindend, sie sollen nur einen Rahmen geben. Eine Verbesserung der Qualität von Substitutionsbehandlung soll damit erreicht werden (ebd.).

### 3.3 Zwischenfazit

Die Gesetzgebungsverfahren in Deutschland und der Schweiz unterscheiden sich in einigen Punkten. Meines Erachtens hat dieser Umstand enorme Auswirkungen auf das am Ende stehende fertige Gesetz. So werden in der Schweiz im Unterschied zu Deutschland die „massgebenden Akteure“ von Anfang an in den Gesetzgebungsprozess eingebunden und sorgen so für ein praktikableres Gesetz. Die Mitbestimmung durch die einzelnen Kantone bietet außerdem die Möglichkeit auf urbane und ländliche Strukturen besonders einzugehen. Im Bezug auf die Dauer des Verfahrens ist allerdings festzustellen, dass die Neuerung/Änderung eines Gesetzes in beiden Ländern Jahre in Anspruch nehmen kann bis es in Kraft tritt.

Im Nächsten Kapitel soll untersucht werden, wie sich die unterschiedlichen Strukturen auf eine Substitution auswirken.

## **4 Flächendeckende Versorgung**

Um die Möglichkeit einer flächendeckenden Versorgung aller SubstitutionspatientInnen untersuchen zu können, ist es notwendig die aktuelle Situation in der Stadt und auf dem Land zu betrachten. Einen Überblick gibt der folgende Abschnitt.

### 4.1 Strukturen in der Stadt vs. Land

Versorgungsstrukturen für die Substitutionsbehandlung mussten sich erst entwickeln. Die ersten Versuche waren Modellprojekte, die meist in Großstädten stattfanden. Durch die rechtlichen und gesetzlichen Rahmenbedingungen, welche in den Jahren immer wieder versucht wurden zu optimieren, hat sich die Substitution zu einer spezialisierten Behandlung entwickelt. In den Großstädten entstanden zum Beispiel Schwerpunktpraxen. Zudem hat sich das Drogenhilfesystem massiv ausgebaut und ein differenziertes Angebot

---

<sup>19</sup> Die Erarbeitung der Empfehlungen wurde von der SSAM übernommen, das BAG arbeitet weiterhin mit. Vgl. hierzu [www.ssam.ch](http://www.ssam.ch) - Substitutionsempfehlungen

geschaffen. Diese Ballungsräume haben günstigere Strukturen, es sind mehr Kooperationspartner vertreten und die Auswahl an Angeboten ist für die PatientInnen vielfältiger (vgl. Gölz, 2005, S. 102ff.). In ländlichen Regionen herrschen andere Bedingungen. Claudia Baier gewährt uns einen Einblick in diese „ländliche Welt“ (vgl. Quensel, 2004, S. 7f.). Die Interview-Studie von Claudia Baier wurde in einer ländlichen Gegend von Niedersachsen durchgeführt und ging über einen längeren Zeitraum. Ein differenziertes Drogenhilfesystem ist in der Region nicht vertreten. Die substituierenden ÄrztInnen übernehmen einen Teil der Psychosozialen Unterstützung selbst. Die Anzahl der SubstitutionspatientInnen in den Praxen ist sehr übersichtlich. Die ÄrztInnen versuchen eine ganzheitliche Substitution zu leisten, jedoch können sie nicht alle Bedürfnisse der PatientInnen befriedigen. In der Befragung der PatientInnen ergab sich kaum ein Bedarf an Psychosoziale Unterstützung. Nur Maria A. hat sich selbstständig Unterstützung gesucht und diese bei einem Pfarrer im Ort gefunden. Zudem gibt es auch PatientInnen die keine Psychosoziale Unterstützung in ihrer Region finden. Die Ärzte substituieren trotzdem und die GKV sieht darüber hinweg und genehmigt die Substitutionsbehandlung. Ein Hilfesystem auf dem Land ist kaum oder gar nicht vorhanden und wenn doch, dann sehr übersichtlich (vgl. Baier, 2004, S. 14ff.). Aus diesem Grund Bedarf die Substitution und die Psychosoziale Unterstützung einer Modernisierung. Hierfür können die vorhandenen Hilfeinrichtungen und ihre Strukturen genutzt werden. Nach Barsch (2010, S. 22) können zum Beispiel vorhandene soziale Dienste nichtspezifische Aufgaben übernehmen.

Diese Punkte machen deutlich, dass die Versorgung auf dem Land und in der Stadt sehr unterschiedlich aussieht und mit den Schlagworten *Unterversorgung vs. Überversorgung* überschrieben werden kann. Stöver (2010, S. 5) formulierte diesbezüglich kurz und knapp: „Die derzeitige Verfügbarkeit der OST<sup>20</sup> in Deutschland wird angesichts des enormen Bedarfs als unzureichend wahrgenommen - insbesondere außerhalb der Großstädte.“ In einer Studie von akzept e.V. wurden 152 ÄrztInnen, 200 substituierte PatientInnen und 200 DrogenkonsumentInnen nach dem Zugang und dem Verlauf in einer Substitutionsbehandlung befragt (vgl. JES-Journal, 2010, S. 1).

---

<sup>20</sup>Opioid Substitutionstherapie

Folgende Ergebnisse (siehe Abb. 9f.) lassen sich festhalten:

Ein beachtlicher Teil der PatientInnen haben Schwierigkeiten SubstitutionsärztInnen in ihrer Versorgungsregion zu finden. In der Fläche zeigt sich folgendes Bild, im Norden und Westen war der Zugang in die Substitutionsbehandlung leichter, im Osten und Süden haben DrogenkonsumentInnen Schwierigkeiten einen Arzt/eine Ärztin zu finden. Die Unterversorgung in einigen Regionen äußert sich für die Aufnahme in eine Behandlung durch lange Wartelisten und Wartezeiten (vgl. Stöver, 2010, S. 5f.).

Neben dem erschwerten Zugang trägt der generelle Ärztemangel auf dem Land zur Unterversorgung bei. Laut Statistik werden bis zum Jahr 2020 voraussichtlich 20.000 KrankenhausärztInnen und 51.000 VertragsärztInnen fehlen. In den Großstädten und Ballungsgebieten herrscht eine Überversorgung und in den ländlichen Regionen, speziell in den neuen Bundesländern gibt es eine Unterversorgung. Es werden Strategien diskutiert um die ärztliche Versorgung zu gewährleisten, denn die KV hat sicherzustellen, dass die Versicherten in ihrer Region zweckmäßig und ausreichend versorgt werden (vgl. Deter/Markovski, 2010, S. 1).

#### 4.2 Bewertung der Substitutionsbehandlung aus Sicht von ÄrztInnen

Warum entscheiden sich ÄrztInnen gegen eine Substitutionsbehandlung und somit gegen hilfebedürftige PatientInnen? Diese Frage stellten Wittchen et al (2006, Folie 35) den teilnehmenden SubstitutionsärztInnen (230 ÄrztInnen) in der COBRA-Studie. Gründe sich gegen eine Substitutionsbehandlung zu entscheiden waren z.B. die damit verbundenen rechtlich-administrative und gesetzlichen Barrieren und die damit einhergehende Bürokratie. Zudem sind Substituierte nach Meinung der ÄrztInnen weniger attraktive PatientInnen, mit deren Behandlung ein schlechtes Image verbunden ist. Des Weiteren erfordert eine Substitution einen hohen Arbeitsaufwand bei gleichzeitig schlechter Honorierung. In der Studie gaben die ÄrztInnen gleichzeitig Lösungsvorschläge an. Sie plädieren z.B. für übersichtlichere Durchführungsbestimmungen und eine bessere Vernetzung mit dem restlichen Hilfesystem, sowie dem Ausbau einer Psychosozialen Begleittherapie (ebd.).<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup>Anm. d. Autorin: Die gesetzlichen Barrieren wurden ein Stück weit abgebaut (siehe Anlage A) und mit dem ASTO-Handbuch entstand Qualitätsmanagement, welches die Dokumentationsarbeit für ÄrztInnen erleichtert. Die RL BÄK vom 19.02.2010 haben die Statistik der Substitutionsärzte (siehe Abb. 2) noch nicht

Übertragen auf die zuvor angeführten Probleme und Lösungsvorschläge ist Folgendes zu bedenken:

Die Dokumentationspflicht mit Betäubungsmitteln sollte als Sicherheit für alle beteiligten Personen interpretiert werden, denn eine lückenlose Dokumentation schützt vor strafrechtlichen Konsequenzen bzw. kann diese nahezu ausschließen. Gleichzeitig werden Qualitätsstandards geschaffen. In den neuen RL BÄK von 2010 wurden Verbesserungen geschaffen z.B. die Zwei-Tages-Verschreibung für PatientInnen, somit können ÄrztInnen die Wochenendversorgung sichern, die Kostenübernahme von der Behandlung wird von der GKV übernommen, die „Take-Home“-Vergabe hat sich von drei auf sieben Tage verlängert und die Opiatfreiheit ist ein Langzeitziel u.v.m.

Der Grund für die geringe Bezahlung ist bei den Kostenträgern zu suchen. Zuständig im ambulanten Bereich sind die GKV. Aufgrund der Länderhoheit in Deutschland kann die Honorierung durch die GKV unterschiedlich ausfallen. Die Gebührenordnungsposition (GOP) hat diverse Gebührensätze, welche in unterschiedliche Aufgaben unterteilt sind und unterschiedlich honoriert werden (vgl. Weber/ Schroeder-Printzen, 2009, S 43ff.).

Gesetzesänderungen in der Budgetierung von Substitutionsbehandlungen und ihre Auswirkung dazu hat Jungbluth (vgl. 2011, S. 1) folgendes formuliert:

Die geringe Honorierung der Substitutionsbehandlung wurde von ÄrztInnen häufig bemängelt, eine Neuerung der Gesetzesgrundlage sollte mit einer Extrabudgetierung Abhilfe leisten und gleichzeitig die Versorgungslücken schließen. Diesbezüglich nehmen derzeit zwei Bundesländer diese Extrabudgetierung in Anspruch. Nach Meinung Jungbluth

---

positiv beeinflussen können. Im Vergleich zu den steigenden Zahlen an SubstitutionspatientInnen, stagnieren die Zahlen der ÄrztInnen, was wiederum zur Folge hat, dass jeder dieser ÄrztInnen für immer mehr PatientInnen zuständig sein müssen. Eine mögliche Folge könnte sein, dass ÄrztInnen aufgrund der Überlastung nicht mehr substituieren wollen/können. Zudem besteht die Möglichkeit, dass die Qualität der Substitution abnimmt und PatientInnen lange Wege und viel Wartezeit mitbringen müssen. Ein weiterer Aspekt ist das hohe Durchschnittsalter der Ärzte, welches vor allem dadurch bedingt ist, dass junge Ärzte die Praxen in der ländlichen Gegend nicht übernehmen wollen.

sind die Kostenträger<sup>22</sup> nicht daran interessiert mehr PatientInnen den Zugang in eine ganzheitliche Substitution zu ermöglichen.

Wie bereits in diesem Kapitel erwähnt, haben ÄrztInnen Angst vor dem schlechten Image, welches viele Menschen mit einer Substitution verbinden. Bezogen auf dieses, in der COBRA-Studie häufig genannte Argument gegen das Durchführen einer Substitution lässt sich schlussfolgern, dass ein Junkie-Arzt wie Quensel (2004, S. 7) ihn bezeichnet, die medizinische Behandlung eher leistet, wenn er die Anerkennung und Zustimmung der Gesellschaft bekommt.<sup>23</sup> Hüllinghorst (vgl. 2010, S. 17) stellt in diesem Zusammenhang unter Berücksichtigung des SGB V § 27 richtig fest dass die Aufgaben der ÄrztInnen sind Krankheiten zu diagnostizieren, zu behandeln, Verschlimmerungen zu vermeiden und/oder Beschwerden zu lindern. Diese Aufgaben sollten demnach auch für OpiatkonsumentInnen gelten: Schmerzen lindern, durch Medikamentenvergabe langsam verbessern und durch Therapieangebote ergänzen. Und das ist keine Sonderregelung, das ist eine Regelversorgung (ebd.). Diese medizinische Regelversorgung dient der Befriedigung der Grundbedürfnisse eines Jeden und der OpiatkonsumentInnen im Speziellen. Neben einer solchen Regelversorgung ist die Beachtung weiterer Bedürfnisse essentiell für die erfolgreiche Substitutionsbehandlung. Deshalb wird eine Auswahl dieser im fortlaufenden Text näher betrachtet.

## **II Besondere Bedürfnisse von Substituierten**

„Drogenarbeit hat Aussicht auf Erfolg, wenn sie Lebensverhältnisse und Bedürfnisse ihrer Zielgruppen kennt und ihre Angebote entsprechend gestaltet“ (Trinkler/Spreyermann, 2002, S. 89).

---

<sup>22</sup> Anm. d. Autorin: In der flächigen Versorgungsregion sind Hilfeinrichtungen und substituierende Ärzte übersichtlich angeordnet. Die Nutzung der Angebote darf den OpiatkonsumentInnen nicht verwehrt werden, denn laut SGB V § 75 sind die KV und KBV verpflichtet die Vertrags-ärztliche Versorgung zu sichern. Das Recht auf Substitution und die daran geknüpfte PSU darf nicht durch schwierige Umstände und unzumutbare Bedingungen erschwert oder verunmöglicht werden (vgl. Barsch, 2010, S.8).

<sup>23</sup>Anm. d. Autorin: Die Substitutionsbehandlung hat eine lange Geschichte, ÄrztInnen wurden strafrechtlich verfolgt und mussten harte Sanktionen einstecken, vereinzelt gab es ÄrztInnen die ihre Approbation verloren. Und doch setzten sich einige ÄrztInnen für die Behandlung dieser Menschen ein. Nur dadurch konnte gesellschaftlich und politisch eine wachsende Akzeptanz entstehen. Das waren die ersten Schritte in die heutige Substitutionsbehandlung. Keiner dachte an sein Image, sondern der Gedanke der ÄrztInnen war es, Menschen eine medizinische Versorgung zu gewähren, da es ihre Berufung ist zu helfen. ÄrztInnen schwören auch heute noch den Hippokratischen Eid (siehe Anlage C): „Ich werde meinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben. Die Erhaltung u. Wiederherstellung der Gesundheit meiner Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein.“ (Landesärztekammer Hessen)

## 1 Perspektivenwechsel

In diesem Teil soll der Fokus auf der Psychosozialen Unterstützung liegen und welchen Bedarf die Substituierten in einer ländlichen Versorgungsregion aufgrund ihrer Bedürfnisse haben. Wie in 1.2 bereits erwähnt, sollte das zusätzliche Angebot der Psychosozialen Unterstützung nicht als Zwang verstanden werden. Stattdessen sollen die NutzerInnen eigenständig entscheiden können, welche Bedürfnisse befriedigt werden sollen und wann sie dafür Unterstützung in Anspruch nehmen möchten.

Die Vielfalt an spezialisierten Hilfsangeboten hat sich in den Jahren enorm entwickelt und die PatientInnen können in Großstädten davon profitieren. Ländliche Versorgungsregionen stehen vor der Anforderung ihren BewohnerInnen eine ebenfalls große Palette an ganzheitlicher Substitutionsbehandlung inklusive Psychosoziale Unterstützung anzubieten. Jedoch können Landkreise und Gemeinden diese Vielfältigkeit an Hilfeinrichtungen nicht realisieren und so wandert die Bevölkerung in die Regionen ab, in denen sie sich ein besseres Hilfsangebot erhoffen. Die sogenannte Sogwirkung auf Großstädte, kann mit dem Mangel an medizinischer und Psychosozialer Unterstützung, als begründetes Indiz dafür verstanden werden (vgl. Barsch, 2010, S. 16ff.). Diese starke regionale Varianz in der Versorgungsstruktur, betrifft nicht nur substituierte PatientInnen, sondern auch nichtsubstituierten PatientInnen gleichermaßen (vgl. Koethner, 2009, S. 81). Gerade weil in den ländlichen Regionen das Hilfesystem überschaubar ist und dieselben Personen in unterschiedlichen Netzwerken tätig sind, sollte überlegt werden aus der Komm-Struktur<sup>24</sup> eine Geh-Struktur<sup>25</sup> zu entwickeln. Die langen Anfahrtswege<sup>26</sup> und die daraus resultierenden Schwierigkeiten erschweren oder verunmöglichen es, den Bedarfen der PatientInnen gerecht zu werden (vgl. Lutz, 2009, S. 214ff.). Eine mögliche Ressource zur Lösung des Problems ist in den engen sozialen Beziehungen in den ländlichen Regionen zu sehen. So können zum Beispiel Nachbarschaftshilfe, die Nähe zur Familie oder andere wichtige Persönlichkeiten (Bürgermeister, Pfarrer, LehrerInnen, Vereinsvorsitzende) im Ort, eine Form von Unterstützung für PatientInnen sein<sup>27</sup>. Zudem bieten überschaubare

---

<sup>24</sup>Komm-Struktur bedeutet, die Hilfesuchenden „kommen“ in die Hilfeinrichtungen.

<sup>25</sup>Geh-Struktur ist zu vergleichen mit der aufsuchenden Sozialarbeit, SozialarbeiterInnen oder andere Fachkräfte „gehen“ zu den NutzerInnen.

<sup>26</sup> Auf dem Land ist überwiegend ein „ausgedünntes“ öffentliches Nahverkehrsnetz vorhanden (vgl. Barsch, 2010, S. 19).

<sup>27</sup>Anm. d. Autorin: Wie Barsch (2010) treffend formulierte, gibt es in ländlichen Regionen neben den offenen

Hilfen die Möglichkeit der Förderung der Eigeninitiative beim Menschen (vgl. Barsch, 2010, S. 20).

Psychosoziale Unterstützung ist dabei ein wichtiger Teil des Hilfesystems. Des Weiteren ist für jeden Menschen die Erfüllung seiner Bedürfnisse von zentraler Bedeutung. Deshalb sind beide Punkte wichtige Bestandteile der Gesundheitsförderung. Die WHO (Ottawa Charter for Health Promotion, 1986, S.1) fasst dies wie folgt zusammen:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können.“

Gesundheit entsteht demnach, wenn der Mensch durch Eigenaktivität seine individuellen Bedürfnisse anregt und durch Selbstfürsorge erfüllt. Dadurch minimieren sich die Risikofaktoren, und es entsteht beim Menschen ein Wohlbefinden, welches zur Entwicklung einer Gesundheit beiträgt (vgl. Grossarth-Maticek, 1999, S. 40f.).

Dabei unterliegt die Wertung der Bedürfnisse eines Jeden einem ständigem Wandel, welcher sich mit der Bedürfnispyramide von Maslow erklären lässt.

Laut Maslows Theorie (1970) haben alle Menschen angeborene Bedürfnisse die in einer hierarchischen Reihenfolge aufeinander aufgebaut sind. Die biologischen Grundbedürfnisse (Nahrung, Wasser, Sauerstoff, Ruhe, Sexualität, Entspannung) stehen ganz unten und sind existenzielle Grundbedürfnisse. Danach kommen die einzelnen Stufen Sicherheit (Sicherheit, Behaglichkeit, Ruhe, Freiheit von Angst), Bindung (Zugehörigkeit, Verbindung zu anderen, zu lieben und geliebt zu werden), Selbstwert (Vertrauen, Selbstwertgefühl, Kompetent sein, Wertschätzung, Anerkennung), Kognitive Bedürfnisse (Bedürfnis nach Wissen, Verstehen, nach Neuem), Ästhetische Bedürfnisse (Ordnung, Schönheit), Selbstverwirklichung und ganz oben Transzendenz (vgl. Zimbardo/Gerrig 1999, S. 324f.). Nach dieser Theorie ist die jeweilige Bedürfnisstufe für den Menschen so lange von Relevanz, bis sie erfüllt ist. Dann richtet dieser seine Aufmerksamkeit auf die Erlangung der jeweils nächsten Stufe. Deutlich wird dies auch mit den Aussagen eines Arztes: Dr. A .aus der Substitutionspraxis A in Niedersachsen gibt an, dass ein guter Zeitpunkt für eine Behandlung dann besteht, wenn die PatientInnen im sozialen Bereich

---

Gemeinden, welche in denen jeder seine eigene Suppe kocht und nur auf sich konzentriert ist bzw. keine Unterstützung zu erwarten ist. Das kann für substituierte PatientInnen Isolation und Stigmatisierung bedeuten. Diesbezüglich muss eine Modernisierung der Hilfestrukturen gefördert werden (S. 21f.).

(Familie, Beruf, Finanzen u.v.m.) anfangen ihre Schwierigkeiten zu bearbeiten und Bewältigungsstrategien entwickelt wurden. Erst dann ist ein Maß an Zuverlässigkeit und Selbstverantwortung von Seiten der PatientInnen zu erwarten, um Begleiterkrankungen behandeln zu können. Dr. A lässt seinen PatientInnen genug Zeit, da er aus seinen Erfahrungen sagen kann, dass die Behandlungen überwiegend gut verlaufen sind und beide Parteien mit dem Ergebnis zufrieden sein konnten (vgl. Baier, 2004, S. 87f.).

Einige der wichtigsten Bedürfnisse werden nun betrachtet.

## **2 Bedürfnisse**

Jedes Individuum hat eine Vielzahl an Bedürfnissen. Die Arbeit beschränkt sich auf einige ausgewählte Bedürfnisse.

### 2.1 Leib und Seele

Primäre Ziele der medizinischen Substitutionsbehandlung sind, die Sicherung des Überlebens, gesundheitliche Stabilisierung und die Behandlung von möglichen Begleiterkrankungen (RL BÄK, 2010, S. 1).

“Opiatabhängigkeit ist eine komplexe, chronisch rezidivierende Erkrankung mit hohen Morbiditäts- und Mortalitätsrisiken, bei der häufige Rückfälle und ein in den meisten Fällen langer Prozess des Herauswachsens aus der Abhängigkeit das Krankheitsbild prägen. Die Substitutionsbehandlung mit Methadon [...] stellt ein probates Mittel der Behandlung Abhängiger dar: Sie ist heute die Methode der Wahl. Sie kann der Ausgangspunkt für gesundheitliche Stabilisierung und soziale Reintegration sein. (Gerlach/Stöver, 2010, S.10) “

Nach Meinung vieler ÄrztInnen können, wie bereits erwähnt, Begleiterkrankungen erst mit der Herstellung von Behandlungsfähigkeit versorgt werden. Den ersten Schritt für eine körperliche und seelische Gesundung erfolgt durch die OpiatkonsumentInnen selbst. Sie entscheiden, wann sie eine Substitution beginnen wollen (vgl. Baier, 2004, S. 87f.). Dies zeigt sich z.B. in den Aussagen eines Erfahrungsberichts ([www.heroinstudie.de](http://www.heroinstudie.de)) von Klaus über seinen psychischen und körperlichen Stabilisierungsprozess:

„Bevor ich in die Studie kam war ich psychisch instabil, in einem schlechten körperlichen Zustand, abgemagert und sehr nervös. Dank dieser Studie und dem Casemanagement<sup>28</sup> kann ich heute sagen, dass ich mich psychisch und gesundheitlich deutlich stabilisiert und verbessert habe. Das Casemanagement hat

---

<sup>28</sup>Case-Management: Ein zentrales Prinzip von CM ist die Nutzerorientierung, Art und Umfang der Hilfebringung orientiert sich ausschließlich am Bedarf des Patienten (vgl. Schu, 2002, S.355).

mir geholfen, mich selbst besser zu verstehen und ich konnte mich immer aussprechen und allen meinen Problemen auf den Grund gehen. Außerdem kann ich heute meiner Mutter helfen, in dem ich sie z.B. beim Umzug in eine neue Wohnung unterstütze. Auch alle täglichen Probleme kann ich jetzt lösen.“<sup>29</sup>

## 2.2 Wohnraum

Der Vorteil von substituierten PatientInnen in ländlichen Regionen sind, dass die Lebenshaltungskosten, wie Mieten, günstiger sind als in der Großstadt oder weil sie bei ihren Familien wohnen. Häufig haben im Dorf die Familien noch eigene Grundstücke mit Häusern und somit ergibt sich oft, dass Eltern oder andere Familienmitglieder die jungen Heranwachsenden weiter unterstützen. Auf dem Land sind das gemeinschaftliche Miteinander und die soziale Unterstützung weit verbreitet. Das kann eine Ressource für die substituierten PatientInnen sein. Auch wenn der Wunsch nach selbstständigem Wohnen besteht, kann die Familie<sup>30</sup> und/oder Nachbarschaft eine große Stütze bei dessen Verwirklichung sein. Falls keine Unterstützung besteht, kann sich die Person durch Eigeninitiative einen Wohnraum suchen oder auf die Hilfeinrichtung zugehen und Unterstützungsbedarf signalisieren. Im eigenem Wohnraum leben, kann ein Stück Freiheit bedeuten und somit zum positiven Selbstwertgefühl beitragen (vgl. Barsch, 2010, S. 20f.). In Landkreisen und Kleinstädten ist der Wunsch nach einer Substitutionsbehandlung im Vergleich zu Großstätten und Ballungsgebieten relativ gering. Es sind also auch dementsprechend weniger professionelle Fachkräfte vorhanden. Daraus kann sich ein enormer Zeitaufwand für diese Personengruppe ergeben. Oft müssen sie einige Kilometer zurücklegen, um zum behandelnden Arzt/Apotheke oder zur Drogenberatungsstelle zu gelangen (vgl. Baier, 2004, S. 59ff.). Häufig suchen diese substituierten PatientInnen Unterschlupf bei FreundInnen in der Kleinstadt, denn so können sie Zeit und Geld sparen. Um dem entgegen zu wirken, muss die medizinische Versorgungsregion flächendeckend organisiert werden und die Psychosoziale Unterstützung muss modernisiert werden. Neue Möglichkeiten zur Versorgung sollten entwickelt werden, damit die Menschen ihren

---

<sup>29</sup>Anm. d. Autorin: Die medizinische Versorgung ist der Grundstein für jede weitere Entwicklung. Das Hilfesystem kann Ressourcen von PatientInnen (wieder)-entdecken und durch die Entwicklung von bestimmten Strategien kann jeder Patient seine Bedürfnisse benennen und an der Umsetzung dieser arbeiten. Die Bedürfnisse wurden lange hinten angestellt, durch die gesundheitliche Stabilität treten sie jedoch ans Licht. Das Hilfesystem sollte die PatientInnen nicht an das System binden, sondern sie befähigen ihre Schwierigkeiten alleine zu lösen. Dadurch bekommen sie ihre Selbstständigkeit zurück und gleichzeitig wird einer Abhängigkeit vom Hilfesystem entgegengewirkt.

<sup>30</sup> Anm. d. Autorin: Die Familie kann als eine nichtprofessionelle psychosoziale Unterstützung gewertet werden. Die Familienmitglieder werden häufig als BegleiterIn/FahrerIn in das soziale Netzwerk der PatientInnen eingebunden und fungieren als Stütze. Das Durchhaltevermögen und/oder der Ausstiegsprozess der PatientInnen können durch den Rückhalt der Familie/FreundInnen positiv beeinflusst werden.

Wohnraum und ihre sozialen Bezüge nicht verlassen müssen (vgl. Barsch, 2010, S. 50ff.). Zudem haben Großstädte nicht nur eine anziehende Wirkung. Einige der dort lebenden OpiatkonsumentInnen wollen sich dem Drogenmilieu entziehen und sich in der ländlichen Region neu orientieren. Dafür ist jedoch ein ausgebautes Hilfenetzwerk von ÄrztInnen und anderen Einrichtungen notwendig da diese PatientInnen ansonsten wieder lange Wege zurücklegen müssen (vgl. Baier, 2005, S. 138).

### 2.3 Soziale Kontakte

Menschen werden ein Leben lang sozialisiert. Soziale Kontakt prägen in allen drei Instanzen (Primäre Instanz ist Kernfamilie und Kindergarten/ Sekundäre Instanz bezieht sich auf die Institution Schule und Gleichaltrigengruppen/ Tertiäre Instanz wird geprägt von der Arbeitstätigkeit) die Persönlichkeit. Dabei ist die Persönlichkeit eines jeden Menschen individuell. Innere Einflüsse bringt jeder durch seine Genetik mit, aber die äußeren Einflüsse sind unterschiedlich. Als äußere Einflüsse sind Eltern, Kindergarten, Schule, Beruf, Gesellschaft, Politik, Medien und die Gleichaltrigengruppe zu nennen. In der sekundären Instanz beginnen Jugendliche/junge Heranwachsende sich ein eigenes Werte- und Normensystem aufzubauen und sich vom Elternhaus ab zu lösen. In den Gleichaltrigengruppen werden Kontaktaufnahmen, Liebesbeziehungen, Freundschaften, Gemeinschaftsgefühl, Ich-Identität, Berufswünsche, Konsumverhalten usw. erprobt und bewertet. In dieser Zeit, ohne verantwortliche Erwachsene, entwickelt sich die Autonomie und die Selbstbestimmung<sup>31</sup> (vgl. Hurrelmann, 2006, S. 122ff.).

Ohne (gute) Freunde kann die soziale Situation von starker Einsamkeit und Isolation geprägt sein (vgl. Verthein/Farnbacher, 2008, S. 278). Übertragen auf diese Formulierung, fällt es substituierte PatientInnen schwer sich aus der Szene zu lösen, da sie der Isolation/Einsamkeit entgehen wollen. Zusätzlich müssen sie ihre Eigenaktivität und Selbstregulierung (re)aktivieren, um neue Kontakte knüpfen können. Hierfür gibt es unterschiedliche Aspekte, die eine Kontaktaufnahme erleichtern können. Hierzu zählen die berufliche Integration, eine sinnvolle Freizeitgestaltung, ein eigener Wohnraum, die

---

<sup>31</sup>Anm. d. Autorin: Für die PatientInnen, stellte die Szene eine Peergroup dar. Dort wurden Verhaltensweisen erprobt und erlernt, die Persönlichkeit wurde geprägt und die Szene bot ihnen ein Zuhause. Neue soziale Kontakte aufbauen bedeutet sich neu zu integrieren, mit anderen Verhaltensmustern zurecht zu kommen, sich Strukturen anzupassen u.v.m..

Integration im Wohnort/ Nachbarschaft und das Aufarbeiten alter Kontakte (z.B. Familie). Aus diesen verschiedenen Bereichen könnten sich Perspektiven für ein soziales Netzwerk ergeben.

Das Ablösen/ Reduzieren von den Szenefreunden kann, wie bereits erwähnt, zur Einsamkeit führen, vor allem wenn noch keine neuen Bekanntschaften geschlossen wurden. Dieser Prozess braucht Zeit und Geduld. Eine Erwerbsanstellung oder die sinnvolle Freizeitgestaltung können neue soziale Kontakte ermöglichen. Diese sind wichtig, da soziale Beziehungen eine neue Lebensqualität fördern (vgl. Verthein/Farnbacher, 2008, S. 278f) und die soziale Integration von der WHO als ein wichtiger Gesundheitsfaktor definiert wird. (vgl. WHO, Ottawa for Charter Health, 1986)

Beispiel: Sophie, 27 Jahre wohnt in einem kleinen Dorf in Niedersachsen. Seit einigen Jahren ist sie in einer Substitutionsbehandlung. Irgendwann verspürte sie den inneren Antrieb eine Selbsthilfegruppe zu gründen, weil sie sich mit anderen Substituierten austauschen wollte. Zudem unterstützte LehrerInnen in der Präventionsarbeit. Sophie wollte neue Kontakte knüpfen, jedoch löste sich die Selbsthilfegruppe aufgrund einiger Differenzen auf. Sophie und ihr Ehemann kamen beide aus der näheren Stadt. Sie wollten die Szene nicht mehr so nah bei sich haben und zogen deshalb in das Dorf, in dem sie nun ruhiger leben. Die Kontakte zu ihren FreundInnen aus der Szene halten sie jedoch weiter aufrecht. Durch die Substitutionsbehandlung verbesserte sich das Verhältnis zur Kernfamilie (vgl. Baier, 2004, S. 59ff.). Das Beispiel zeigt, dass das Leben in der ländlichen Region einen positiven Einfluss auf eine erfolgreiche Substitutionsbehandlung haben kann.

## 2.4 Finanzen

Die finanzielle Grundversorgung gehört zu einem der wichtigsten Bedürfnisse eines jeden Menschen. Die Unterstützung bei der Sicherung dieser finanziellen Grundversorgung in Form von Arbeitslosengeld I/ II, Wohngeld, Unterhalt für Kinder/ Ehepartner, Kindergeld, Krankengeld, Rente usw. ist in vielen Drogenhilfeeinrichtungen ein festes Angebot für deren KlientInnen (vgl. Gerlach/Stöver, 2009, S. 21).

Diesbezüglich ist anzumerken, dass die jeweils zuständigen Behörden eine Informationspflicht haben und somit verpflichtet sind ihre Antragssteller über mögliche Leistungen zu informieren und ihnen beim Ausfüllen der Anträge Unterstützung zu bieten. Kommen die

Behörden dieser Pflicht nach, ist es kaum noch notwendig, dass Drogenhilfeeinrichtungen diese Form der Unterstützung anbieten. Auf eine Spezialisierung in diesem Bereich könnte dann verzichtet werden.

## 2.5 Schuldenregulierung

Häufig sind substituierte PatientInnen mit einer Schuldenlast konfrontiert. So können unbezahlte Rechnungen, offene Geldstrafen usw. schnell zu einer Verschuldung führen. Für die Regulierung solcher Schulden ist jedoch nicht zwangsläufig eine spezielle Unterstützung durch die Drogenhilfe notwendig, da es bereits spezielle Einrichtungen zur Schuldenregulierung (z.B. Schuldnerberatungen) existieren. Die Schuldnerberatung ist im SGB<sub>I</sub> II §§ 16, 16a (Grundsicherung Arbeitssuchende) und SGB<sub>I</sub> XII § 11 (Sozialhilfe) geregelt. Demnach können alle sozial benachteiligten Menschen sich einen Beratungsschein vom zuständigen Amtsgericht ausstellen lassen bzw. kann die Schuldnerberatung den Schein nachträglich beantragen. Für die Berechtigung dürfen die finanziellen Einkünfte eine bestimmte Grenze nicht übersteigen und es darf zudem keine andere Möglichkeit der Finanzierung bestehen. Sind diese Faktoren gegeben, übernimmt der Staat (Land, Kommune) die Kosten für die Schuldnerberatung. Personen die bessere Einkünfte vorweisen können, müssen die Inanspruchnahme der Schuldnerberatung allein tragen (SGB<sub>I</sub> II und XII, 2009). Bezogen auf diesen Abschnitt bedeutet das, dass eine Schuldenregulierung durch entsprechende SchuldenberaterInnen oder RechtsanwältInnen bewältigt werden kann. Dabei handelt es sich nicht um eine ausschließliche Unterstützungsleistung für substituierte PatientInnen, sondern um ein Angebot auf das die gesamte Bevölkerung unter bestimmten Voraussetzungen einen Anspruch hat. Eine Spezialisierung seitens der Drogenhilfe ist also in diesen Bereich nicht notwendig.

## 2.6 Justiz

Häufig kommen substituierte PatientInnen aufgrund verschiedener Probleme (z.B. Beschaffungskriminalität) mit dem Gesetz in Konflikt. Häufige Folge sind eine mögliche Inhaftierung, offene Strafverfahren oder Arbeitsstunden, die abzuleisten sind. Die PatientInnen sollten in diesen Fällen schnelle Unterstützung finden, da eine Inhaftierung zur Unterbrechung der Substitutionsbehandlung führen kann (vgl. Gerlach/Stöver, 2009, S. 21f.). In Deutschland besteht die Möglichkeit sich bei Rechtsproblemen und unter gewissen Voraussetzungen, die im BerHG (Beratungshilfegesetz) aufgeführt sind, beim

Amtsgericht einen Beratungsschein ausstellen zu lassen. Mit diesem Beratungsschein kann dann kostenfrei ein/e Anwalt/Anwältin in Anspruch genommen werden. Diese juristische Unterstützung steht laut BerHG §1-14 der gesamten sozial schwachen Bevölkerung zu.

## 2.7 Arbeit

In unserer Gesellschaft nimmt die Erwerbstätigkeit einen hohen Stellenwert ein. Sie dient nicht nur dem Gelderwerb, sondern ist zudem verbunden mit einem gewissen sozialen Status. Einer Beschäftigung nachgehen, bedeutet eine Tagesstruktur einhalten, neue Kontakte knüpfen und darüber hinaus die Möglichkeit der Aneignung von neuem Wissen und dessen Anwendung (vgl. Puls/Mümken, 2008, S. 70f.).

Für substituierte Menschen bietet die Aufnahme Erwerbstätigkeit einen guten Grund, sich langsam aus der Szene zu lösen. Zudem kann sie zu einer Entwicklung/Wiederentdeckung eines guten Selbstwertgefühls beitragen. Eigenes Geld zu verdienen und nicht mehr von Transferleistungen abhängig sein, bringt für viele Menschen ein gutes Gefühl mit sich. In Deutschland sind im Drogenhilfesystem Beschäftigungsprojekte entstanden, in denen Menschen langsam an Arbeitszeiten gewöhnt und ihre Arbeitstauglichkeit geprüft werden. Zusätzlich wird ihnen somit die Gelegenheit geboten sich in verschiedenen Berufsgruppen zu erproben. Oft sind diese Projekte ausschließlich für substituierte Menschen ausgelegt und sie befinden sich zudem in größeren Städten. Das bringt den Nachteil der Ghettoisierung mit sich. Des Weiteren sind die Chancen für eine Anstellung auf dem ersten Arbeitsmarkt sehr gering. Im Gegenzug dazu hat die Schweiz ein Arbeitsprojekt realisiert, welches in Deutschland neue Perspektiven aufzeigen könnte. Die Schweizer KollegInnen haben über Monate hinweg Kontakte zu unterschiedlichen Unternehmen in Städten und ländlichen Regionen geknüpft und ihre substituierten PatientInnen in diesen Unternehmen integriert. Diese haben dann verschiedene Berufsbereiche kennengelernt, sich erprobt. Die Arbeitszeit wurde nach und nach erhöht, bis einige eine Chance auf einen Arbeitsvertrag bekamen (vgl. Schäffer, 2009, S. 265).

Der bundesweite Arbeitsmarkt gestaltet sich in den letzten Jahrzehnten schwierig. Laut Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2011), wurden im Mai 2011 ca. 6,1 Mio. Erwerbslose erfasst. Zu besetzende Stellen verzeichnet die Bundesagentur mit ca. 500.000 (Bundesagentur für Arbeit). Menschen mit einer Suchtproblematik sind von hohen Arbeitslosenquoten gekennzeichnet. Drogenhilfeeinrichtungen haben jedoch aufgrund der allgemeinen Massenarbeitslosigkeit nur geringe Möglichkeiten bei der Wieder-

eingliederung ihrer KlientInnen. Nicht nur die restriktive Lage auf dem Arbeitsmarkt, sondern die geringen Schulabschlüsse und berufliche Qualifikationen, sowie Haftstrafen, körperliche und geistige Einschränkungen und lange Lücken im Lebenslauf erschweren die Integration auf den Arbeitsmarkt (vgl. Henkel, 2008, S. 186).

So positiv sich Menschen mit einer Arbeit entwickeln können, kann in der Umkehrung, die Arbeitslosigkeit zahlreiche negative psychosoziale Effekte wie soziale Isolation, Depression u.v.m. hervorrufen (vgl. Henkel, 2008, S. 11).<sup>32</sup>

Um dem entgegen zu wirken sollten folgende Überlegungen betrachtet werden. In kleinen Orten besteht häufig ein enger Kontakt in der Nachbarschaft. Dieses soziale Netzwerk, vorausgesetzt PatientInnen sind integriert, können für die Arbeitssuche genutzt werden. Gute Beziehungen und das notwendige Vitamin B verhelfen mehrfach zu Anstellungen. Der positive Aspekt wäre diesbezüglich, dass die Personen ohne das Hilfesystem ein Bedürfnis befriedigen kann.

## 2.8 Abstinenz

Abstinenz ist ein Ziel das ganz unten auf der Liste der Bedürfnisse von PatientInnen steht, denn die meisten PatientInnen haben verschiedene Bedürfnisse, die ihnen wichtiger erscheinen. Zudem braucht der mit einer Abstinenz verbundene Veränderungsprozess Zeit. In der Interview- Studie von Claudia Baier gaben ÄrztInnen und PatientInnen an, dass der Wunsch nach Reduzierung und/oder Abstinenz des Medikaments vorhanden ist, die Realisierung aber viele Jahre Zeit benötigt (vgl. Baier, 2004, S. 58ff.). Einige Monate nach den Interviews lebten einige befragte PatientInnen abstinent (ebd.).

## 2.9 Besondere Bedürfnisse von Frauen

Wie bereits erwähnt hat jedes Individuum unterschiedliche Bedürfnisse, so auch die Gruppe der weiblichen Drogenkonsumentinnen. Aus diesem Grund fordern Trinkler und Spreyermann (2002, S. 87), dass frauenspezifische Bedürfnisse mehr Beachtung im Drogenhilfesystem finden sollten. Drogenkonsumentinnen leben häufig in Partnerschaften,

---

<sup>32</sup> Anm. d. Autorin: Um dem entgegen zu wirken wäre eine genaue Betrachtung der jeweiligen Landkreise und den gegebenen Potenzialen zu überprüfen. Dabei können Saisonarbeit, Teilzeitjobs oder ehrenamtliche Tätigkeiten in der Gemeinde oder in der Landwirtschaft in Erfahrung gebracht werden. Involvierte Partner der psychosozialen Unterstützung können ihre NutzerInnen durch Empowerment dazu befähigen angesehen Persönlichkeiten im Ort auf mögliche Arbeitsstellen anzusprechen. Oder eine Institution übernimmt die Recherchearbeit um potenzielle ArbeitgeberInnen in der ländlichen Region ausfindig zu machen und einen Kontakt herzustellen.

in denen der Lebenspartner ebenfalls Drogen konsumiert. Somit ist die Unterstützung beim Ausstiegswunsch gering. Ein weiteres Problem ergibt sich aus den Schwangerschaften drogenkonsumierender Frauen. So kann der Gebrauch von psychoaktiven Substanzen gesundheitliche Belastungen für das ungeborene Kind mit sich bringen (Substitutionsmittel sind auch Opioide) und zu Frühgeburten führen. Häufig leidet das Neugeborene nach der Entbindung an Entzugerscheinungen (vgl. Zenker, 2006, 338ff.). Drogenkonsumentinnen sind mit der Situation und der Rollenerwartung<sup>33</sup>, welche an eine Mutter gestellt werden, oft überfordert. Zudem ist ihr Selbstbewusstsein von Scham- und Schuldgefühlen geprägt (vgl. Trinkler/Spreyermann, 2002, S. 88f.). Deshalb sollen Unterstützungsangebote<sup>34</sup> nur für Frauen geschaffen werden, welche sich zusammensetzen aus einer Vernetzung von Schwangerschaftsberatung, Kindererziehung/Kinderbetreuung durch Hebammen oder FamilienhelferInnen.<sup>35</sup>

Hierzu können die Hilfsangebote aus der ländlichen Region genutzt werden. Hebammen und FamilienhelferInnen gewähren ihre Unterstützung der gesamten Bevölkerung.

### **3 Zwischenfazit**

Zusammenfassend wird deutlich, dass unterschiedliche Bedürfnisse, die jeder Mensch hat, Beachtung beim Veränderungsprozess dieser finden müssen. Die Bedürfnisse unterliegen dabei, je nach Grad der Befriedigung, einem ständigen Wandel. Zudem wird deutlich, dass es nicht *die* KonsumentInnen, *das* Substitutionsmittel oder *die* Psychosoziale Unterstützung gibt. Somit müssen substituierte PatientInnen in ihrer Individualität betrachtet werden. Zusätzlich spielen Eigeninitiative und Selbstbestimmung bei der Motivation zur Teilnahme an einer Substitutionsbehandlung eine wichtige Rolle. In Deutschland ist eine Substitutionsbehandlung noch immer gekoppelt an eine PSU. Für deren Umsetzung sind jedoch nicht immer spezialisierte Drogenhilfeeinrichtungen notwendig. Die Bedürfnisse der PatientInnen können ebenso durch vorhandene Strukturen

---

<sup>33</sup> Anm. d. Autorin: Der Rolle als Mutter nicht gerecht zu werden ist nicht ausschließlich ein Problem von Drogenkonsumentinnen.

<sup>34</sup> Anm. d. Autorin: Desweiteren sind zu nennen Gewalterfahrungen, sexueller Missbrauch, Prostitution, Diebstahl, Dealing, Seelische und körperliche Konstitution, Wirkung von Opiaten, Substanzabbau ist bei Frauen schlechter als bei Männern daraus resultieren eher Folgeerkrankungen u.v.m., diese einzelnen Facetten werden nicht näher betrachtet, da sie den Rahmen der Arbeit übersteigen (vgl. Zenker, 2006, S. 336ff.).

<sup>35</sup> Anm. Autorin: Diese Darstellung ist nur ein kleiner Ausschnitt der Probleme und den sich daraus ergebenden Bedürfnissen von Drogenkonsumentinnen. Auf weitere Aspekte soll an dieser Stelle jedoch nicht eingegangen werden. Vgl. hierzu Rasche (2005, S.175ff.), Trinkler/Spreyermann (2002, S. 87ff.).

bedient werden und Normalität schaffen. Dieser Aspekt ist vor allem für Psychosoziale Unterstützung in ländlichen Gegenden von Vorteil, denn hier ist aufgrund organisatorischer und struktureller Bedingungen ein weitgefächertes Angebot kaum möglich. Deshalb sollte hier eine Modernisierung des Hilfesystems stattfinden. Wie diese ausgestaltet werden kann, soll Thema des nächsten Kapitels sein. Dabei werden bestehende Modelle in die Überlegungen einbezogen.

### **III Umsetzungsmöglichkeiten**

Hebammen und Pflegekräfte sind in allen Regionen von Deutschland anzutreffen. Das vorhandene medizinische Wissen kann ein Grundstein für neue Handlungsfelder werden. Diese Dienstleistung ist nicht an Orte gebunden, sondern Landkreise werden mit ihrer Unterstützung bedient. Ein weiter Vorteil der Umsetzungsmöglichkeiten ist das Aufsuchen im Zuhause der NutzerInnen, die HilfeebringerInnen müssen sich an Rahmenbedingungen der Hifesuchenden anpassen. Daraus ergibt sich eine lebensnahe Zusammenarbeit.

#### **1 Hebammen-Projekt**

Die Weiterbildung von Hebammen zur Familiengesundheitshebamme (FGH) ist berufsbegleitend und dauert 2 Jahre. Der Umfang der Ausbildung gestaltet sich in 720 h Theorie, 720 h Selbststudium und 120 h Pflichtpraktika ([www.famielengesundheitspflege.de](http://www.famielengesundheitspflege.de)).

Zielgruppen der FGH sind folgende: Schwangere, schwangere Drogenkonsumentinnen, Ein-Kind-Familien, sozial/gesundheitlich benachteiligte Familien, Kinder, Jugendliche, Familien in Krisensituationen, alleinstehende ältere Menschen und Familien oder Gruppen mit erschwertem Zugang zum allgemeinen Hilfesystem. Das Aufgabenfeld der FGH ist vielfältig und umfasst folgende Bereiche:

- die Beratung und Unterstützungen in sämtlichen Phasen des Lebens der Mitglieder einer Familie
- Prävention und Gesundheitsförderung durch Hausbesuche
- das frühzeitige Erkennen möglicher und vorhandener Gesundheitsprobleme
- Gemeinsames Erarbeiten einer Prioritätenliste bezogen auf den Gesundheitszustand der Patientinnen, die Unterstützung bei Entscheidungen und gegebenenfalls das Hinzuziehen von ExpertInnen

- beraten und begleiten im Bereich der sozialen Gesundheitsfaktoren wie Schwangerschaft, Pflegebedürftigkeit, Armut, Gewalt, und Gesundheit u.v.m.
- Bindeglied zwischen Patientinnen und Hausarzt/-ärztin im Sinne von Case Management, sowie zu anderen Gesundheits- und Sozialeinrichtungen (z.B. Sozialamt, Krankenkasse)
- Unterstützung der Betroffenen und ihrer Familien im Umgang mit einer Erkrankung, Behinderung oder Stresssituation und deren Bewältigung im Alltag
- Information über bzw. Erbringen von Pflege- und Versorgungsleistungen nach einem Krankenhausaufenthalt (ebd.)

Zugang zu Familien der genannten Zielgruppen kann die FGH über deren Lebenswelten, wie z.B. Schulen, Kindergärten und Betriebe erhalten. Voraussetzung der Arbeit einer FGH ist also die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften (ebd.).

Diese verschiedenen Arbeitsgebiete lassen sich auf Drogenkonsumentinnen adaptieren. Viele der oben genannten Bedürfnisse finden Beachtung. Somit ist eine Psychosoziale Unterstützung als Voraussetzung einer Substitutionsbehandlung gesichert. Folgendes soll noch ergänzt werden, ein weiterer Zugang können Arztpraxen sein. Als Vorteil kann die Mobilität der FGH genannt werden, sie hat die Möglichkeit die PatientInnen vor Ort zu besuchen und Termine können an die Tagesabläufe der Nutzerinnen angepasst werden.

## **2 Ambulanter Pflegedienst**

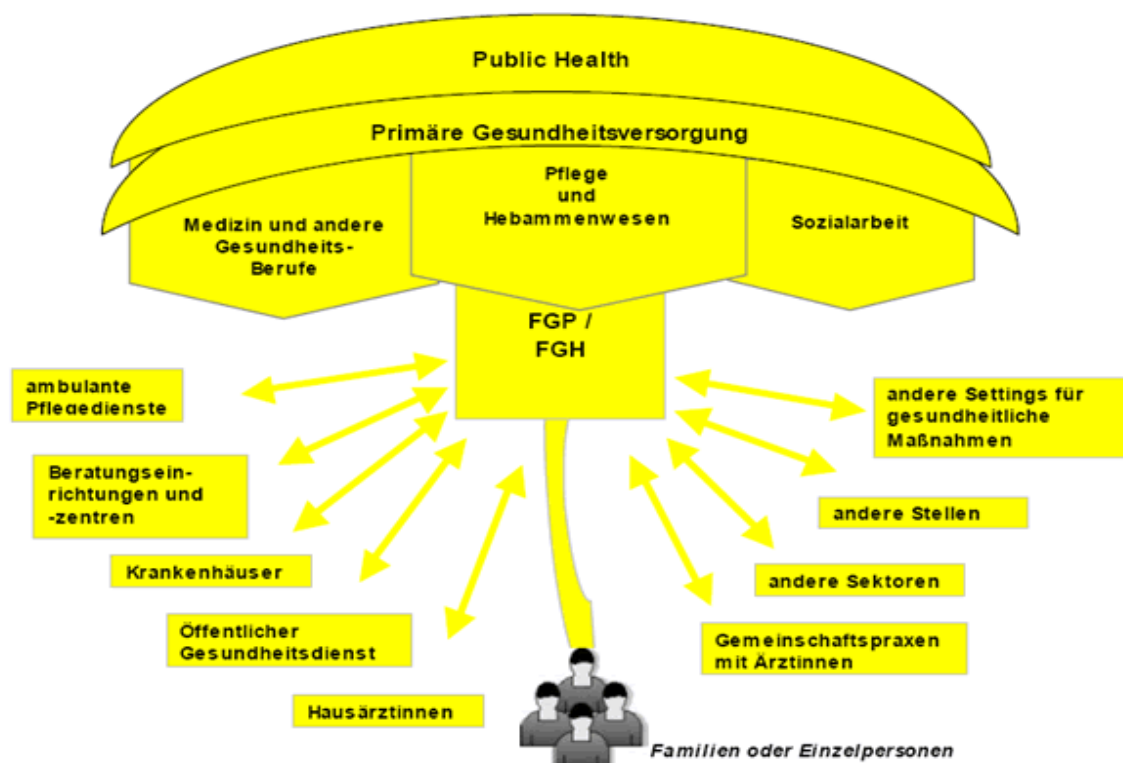
Der ambulante Pflegedienst verfügt aufgrund seiner Mobilität und medizinischen Grundausbildung über Potenziale eine Psychosoziale Unterstützung zu gewährleisten. Die Weiterbildung der Pflegekräfte zum Fachgesundheitspfleger (FGP) hat den gleichen Umfang, wie die der Familiengesundheitshebamme (FGH). Durch diese Zusatzqualifikation können sie in der flächigen Versorgungsregion Psychosoziale Unterstützung anbieten. Eine Vernetzung mit den übersichtlichen Hilfeinrichtungen, ist im ländlichen Raum besonders wichtig. Dabei können monatliche Arbeitskreise dazu dienen sich kennen zu lernen, Arbeitsbeziehungen aufzubauen/auszubauen, Informationen auszutauschen, gemeinsame Angebote zu erarbeiten und neue KooperationspartnerInnen dazu zu gewinnen. Die FGH und FGP können Versorgungslücken in der Psychosozialen Unterstützung teilweise schließen, jedoch müssen besondere Bedürfnisse, die nur von einer Drogenhilfeeinrichtung oder anderen SpezialistInnen befriedigt werden können, an die jeweiligen Einrichtungen verwiesen werden ([www.familiengesundheitspflege.de](http://www.familiengesundheitspflege.de)).

Die FGP sind durch ihre Ausbildung als Pflegefachkraft berechtigt BtM-Rezepte vom Arzt/ von der Ärztin einzuholen und können diese in der Apotheke einlösen.

„Der Arzt kann bestimmen, dass Verschreibungen über Betäubungsmittel in der ambulanten Pflege nicht dem Patienten ausgehändigt werden, sondern von ihm selbst oder durch beauftragtes Personal seiner Praxis, des Alten-, Pflegeheimes oder Hospizes in der Apotheke vorgelegt werden. In diesem Fall ist das Betäubungsmittel jedoch diesem bestimmten Patienten vom Arzt oder dem Pflegepersonal zum unmittelbaren Gebrauch zu überlassen. Der Arzt darf dieses Betäubungsmittel im Heim unter seiner Verantwortung lagern. Der Nachweis über den Verbleib und Bestand dieses Betäubungsmittels ist patientenbezogen zu dokumentieren.“ (Jelinek/ Grabs, 2007, S. 94f.)

Folgendes ist zu bedenken, da die Substitutionsbehandlung den PatientInnen eine gesundheitliche Stabilität bietet, werden diese Menschen älter. Dieser positive Effekt bringt eine neue Zielgruppe hervor: alternde SubstitutionspatientInnen. Diese Herausforderung kann von den Pflegefachkräften aufgrund der oben genannten Berechtigung BtM-Rezepte einzulösen, bewältigt werden. Zudem ist eine Psychosoziale Unterstützung dieser PatientInnen durch die Zusatzausbildung zur FGP gesichert.

**Abbildung 1:** Vernetzungsstrukturen und mögliche Kooperationspartner der FGH und in Deutschland (in Anlehnung an das WHO-Konzept, Kopenhagen 2000).



Quelle: ([www.familiengesundheitspflege.de](http://www.familiengesundheitspflege.de))

### **3 Mobile aufsuchende Sozialarbeiter**

Unter aufsuchender Sozialarbeit wird heute im Wesentlichen verstanden, dass die SozialarbeiterInnen sich in die Lebenswelt ihrer Zielgruppen begeben. Das können verschiedene Orte sein, wie Parkanlagen, Haltestellen, Jugendclubs, Bahnhof und private Wohnungen, um nur einige zu nennen. Zur Zielgruppe gehören Obdachlose, Straßenkinder, Jugendliche, Prostituierte (Männer und Frauen) oder DrogenkonsumentInnen. Diese verschiedenen Zielgruppen haben keinen Kontakt zum Hilfesystem, vermutlich weil ihnen der Zugang aus verschiedenen Gründen nicht möglich ist (Erath, 2006, S. 166).

Zu den Tätigkeitsbereiche gehören unter anderem, die Herstellung des Kontakts und einer Arbeitsbeziehung, der Aufbau eines Hilfenetzwerkes, Prävention, Beratung und Betreuung, Psychosoziale Arbeit, Abbau von Versorgungsdefiziten bezüglich der Bedürfnisse und Interessen sowie Optimierung der Hilfsangebote (ebd.).

Eine Überlegung ist die Adaptierung des Prinzips der Geh-Struktur von aufsuchenden SozialarbeiterInnen in die Arbeit auf dem Lande. In ländlichen Regionen ist die Zahl der substituierten PatientInnen, wie bereits erwähnt, überschaubar. Zur Realisierung und Sicherung dieser Unterstützung ist eine Mobilisierung der SozialarbeiterInnen notwendig. Eine Möglichkeit besteht in der Anstellung von SozialarbeiterInnen in einer Drogenhilfeeinrichtung, welche ausschließlich aufsuchend (Dienstwagen) mit substituierten PatientInnen zusammenarbeiten. Dabei wird der Hilfebedarf gemeinsam erarbeitet. Durch die (Re)aktivierung von Ressourcen werden die NutzerInnen dazu befähigt ihre Bedürfnisse zu erkennen und diese zu befriedigen. Die Arbeitszeiten sind den Lebensstilen der PatientInnen angepasst. Dies ist wichtig, da die Alltagsstrukturen durch Arbeitsverhältnisse, Kinderbetreuung, Arztbesuche bestimmt sind und die PatientInnen somit häufig erst abends Zeit und Ruhe finden. Durch diese Mobilisierung der SozialarbeiterInnen kann eine Psychosoziale Unterstützung gesichert werden. Primäres Ziel dieser Zusammenarbeit ist die Unterstützung in Form der „Hilfe zur Selbsthilfe“. So werden NutzerInnen befähigt Schwierigkeiten selbständig zu bewältigen und dadurch unabhängig vom Hilfesystem zu werden.

## Fazit

In der vorliegenden Arbeit wurde dargestellt, welche Schwierigkeiten sich für OpiatkonsumentInnen ergeben, wenn sie sich in eine Krankenbehandlung begeben wollen. OpiatkonsumentInnen die einen Veränderungsprozess mit Hilfe einer Substitutionsbehandlung anstreben, müssen vorgegebene Voraussetzungen erfüllen. Die ÄrztInnen und PatientInnen sind bestrebt die Gesundheit zu stabilisieren und mögliche Begleiterkrankungen zu behandeln. Während einer Substitution ist, mit Ausnahmefällen, eine PSU in Deutschland verpflichtend. Diese ist in verschiedenen Richtlinien fest verankert. Es gibt keine Studien die belegen können, dass *unsere* Substitution mit gekoppelter PSU effektiver ist als eine Substitution ohne PSU. Gerlach und Stöver (2009, S. 11) behaupten sogar, dass eine erzwungene PSU kontraproduktiv ist. MedizinerInnen und SozialarbeiterInnen entscheiden ohne die PatientInnen, ob eine PSU nötig ist oder nicht. Diese Aberkennung der Autonomie eines/r jeden Patienten/in ist kritisch zu bewerten.

Der Vergleich zeigte, dass in der Schweiz die PSU als Ergänzung zur Substitution angeboten wird. Die PatientInnen entscheiden eigenständig ob sie Unterstützung benötigen. In Deutschland dagegen hat die PSU einen Verpflichtungscharakter. Dieser Aspekt veranlasste mich die Gesetze und damit verbunden das Gesetzgebungsverfahren der beiden Länder zu untersuchen. In der Schweiz wurden alle maßgeblichen Akteure von Anfang an in den Gesetzgebungsprozess eingebunden. Die Beteiligung der einzelnen Kantone zeugen von einem höheren Grad der Partizipation des Volkes. Daraus ergeben sich praxisnahe Empfehlungen für die SGB und die PSU. In Deutschland hingegen ist der Prozess eher technisch und die Richtlinien werden von der Bundesärztekammer und/oder dem gemeinsamen Bundesausschuss erarbeitet und erlassen. Der Vorgang ist von den eigentlich Betroffenen somit entkoppelt. Zudem werden die Richtlinien von substituierenden ÄrztInnen kritisiert, da ihnen der Aufwand zu hoch und die Honorierung zu gering ist. Diese Punkte tragen nicht sonderlich zur Attraktivität der Substitutionsbehandlungen bei.

Es wurden Versuche angestellt dem Ärztemangel auf dem Land entgegen zu wirken und die Substitutionsbehandlung interessanter zu gestalten. Diese blieben bis heute leider erfolglos. Die flächendeckende medizinische Versorgung ist nicht die einzige

Schwierigkeit. In ländlichen Regionen ist das Hilfesystem meist übersichtlich angeordnet. Das bedeutet eine PSU kann häufig nicht lebensnah erbracht werden. KonsumentInnen müssen lange Wege zurücklegen und viel Zeit/Geld investieren um eine Drogenhilfeeinrichtung zu erreichen. Aus diesem Grund wurden einige Bedürfnisse von PatientInnen näher beleuchtet. Es konnte belegt werden, dass nicht alle Bedürfnisse nur in das Aufgabengebiet der Drogenhilfe fallen, sondern ebenso durch vorhandene Strukturen auf dem Land aufgegriffen werden können. Wichtig ist, dass die individuellen Bedürfnisse Beachtung finden und jeder Mensch in seiner konkreten Situation betrachtet wird. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt werden diese Aspekte jedoch noch nicht umgesetzt.

Damit werden Menschen die eine Unterstützung benötigen und diesen Bedarf signalisieren, in ihren Möglichkeiten beschränkt, obwohl sie laut SGB V § 27 das Recht auf eine PSU und eine Substitution haben

Aufgrund dessen wurden im letzten Teil dieser Arbeit Lösungsvorschläge für eine flächendeckende PSU durchdacht. Diese zeigen, dass PatientInnen nicht immer zur PSU *gehen* müssen, sondern die PSU auch zu PatientInnen *kommen* kann.

## Literaturverzeichnis

AMG (Arzneimittelgesetz) (2009): Beck Juristischer Verlag, 3. Auflage

Ärztekammer Westfalen-Lippe (Hrsg.) (2007): ASTO-Handbuch. Handbuch zur Qualitätssicherung in der ambulanten Substitutionstherapie Opiatabhängiger

Backmund, M.: Die Geschichte der Substitutionstherapie, Drogenkurier-Magazin des JES-Bundesverbands, Juni 2011, Nr. 86

BAG (Bundesamt für Gesundheit) (2009): Broschüre: Substitutionsgestützte Behandlungen bei Opiatabhängigkeit, [http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00629/00798/index.html?lang=de#sprungmarke0\\_6](http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00629/00798/index.html?lang=de#sprungmarke0_6), Download am 20.08.2011

Baier, C. (2004): Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger im ländlichen Bereich. Eine qualitative Interview-Studie mit Patienten und Ärzten, Verlag für Wissenschaft und Bildung

Baier, C. (2005): Substitutionsbehandlungen in ländlichen Regionen. In: Gerlach, R.; Stöver, H. (Hrsg.): Vom Tabu zur Normalität. 20 Jahre Substitution in Deutschland Zwischenbilanz und Aufgaben für die Zukunft, Lambertus-Verlag, S. 134-139

BÄK (Bundesärztekammer) (2010) : Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger

Barsch, G. (2010): Substitution in einer flächigen Versorgungsregion. Das Beispiel „Saalekreis“ in Sachsen-Anhalt, unveröffentlichte Manuskripte, Hochschule Merseburg

Behle, H./Heimchen J. (2010): Substitutionsbehandlung und „PSB“ in Deutschland - eine unendliche Geschichte. PSB-Psychoziale Betreuung oder Praxisnahe-Soziale Begleitung. Akzeptanzorientierte Drogenarbeit/Acceptance-Oriented Drug Work 2010; 7: 33-36, <http://www.indro-online.de/Behle2010.pdf>, Download am 10.08.2011,

BerHG (Beratungshilfegesetz): In: SGB II Grundsicherung für Arbeitssuchende und SGB XII Sozialhilfe (2009), 24 BerHG §§ 1-14, Beck-Texte, 6. Auflage

BetmG (Betäubungsmittelgesetz Schweiz) (2007): Orell Füssli Verlag, 1. Auflage

BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) (2011): Bericht zum Substitutionsregister, [http://www.bfarm.de/cae/servlet/contentblob/1010620/publicationFile/65966/Subst\\_Bericht\\_2010.pdf](http://www.bfarm.de/cae/servlet/contentblob/1010620/publicationFile/65966/Subst_Bericht_2010.pdf), Download am 18.08.2011

BtMG (Betäubungsmittelgesetz Deutschland): In: Strafgesetzbuch (2011), 8 BtMG, Beck-Texte, 48. Auflage

BtMVV (Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung) (1998) In: Strafgesetzbuch (2011), 8a BtMVV, Beck-Texte, 48. Auflage

Bühringer, G./Wittchen, H.-U. In: Kufner, H./Ridinger M. (2008): Psychosoziale Behandlung von Drogenabhängigen unter Substitution (PSB-D), Pabst Science Publishers, S. 5- 6

Bundesagentur für Arbeit: Die Entwicklung des Arbeits- und Ausbildungsmarktes im Juli 2011, <http://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Monatsbericht-Arbeits-Ausbildungsmarkt-Deutschland/Monatsberichte/Generische-Publikationen/Monatsbericht-201107.pdf> Download am 07.08.2011,

Bundesamt für Justiz: <http://www.gl.admin.ch/de/gesetz/vorinformationen-zum/uebersicht-ueber-den/die-massgeblichen-akteure.html>, Zuletzt gesichtet am 21.08.2011

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe: Kompetenzzentrum Familiengesundheitspflege, [www.familiengesundheitspflege.de](http://www.familiengesundheitspflege.de), Zuletzt gesichtet am 19.08.2011

Deter, G./Markovski G. (2010): Aktueller Begriff-Ärztmangel in Deutschland, Deutscher Bundestag, Fachbereich Wissenschaftliche Dienste 9: Gesundheit, Familie, Senioren, Frauen und Jugend, <http://www.bundestag.de/dokumente/analysen/2010/aerztmangel.pdf>, Download am 03.08.2011

Die Welt-Atlas kompakt (2009), Kunth-Verlag

Drugscouts: <http://drugscouts.de/de/lexikon/heroin>, Zuletzt gesichtet am 13.08.2011

Dyckman, M: Drogenbeauftragte der Bundesregierung im Bundesministerium für Gesundheit, <http://www.drogenbeauftragte.de/drogen-und-sucht/illegale-drogen/heroin-und-andere-drogen/substitution.html>, Zuletzt gesichtet am 19.08.2011

Erath, P. (2006): Sozialarbeitswissenschaft. Eine Einführung, Kohlhammer Verlag

G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2011): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (RMvV), Bundesanzeiger Nr. 56 (S. 1342) vom 08.04.2011

Gerlach, R. (2003): Konzepte in der psychosozialen Beratung/Betreuung von Substituierten. Denn sie wissen nicht, was sie tun? <http://www.indro-online.de/psb.pdf>, Download am 15.08.2011

Gerlach, R./Stöver, H. (Hrsg.) (2005): Vom Tabu zur Normalität. 20 Jahre Substitution in Deutschland Zwischenbilanz und Aufgaben für die Zukunft, Lambertus-Verlag

Gerlach, R./Stöver, H. (Hrsg.) (2009): Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Praxis und Bedeutung, Lambertus-Verlag

Gerlach R./Stöver H. (2010): Geschichte und aktuelle Problembereiche der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger. Vom „Glaubenskrieg“ zur Standardtherapie. In: Konturen. Fachzeitschrift zu Sucht und sozialen Fragen, Titelthema: Substitution, Ausgabe 2- 2010, S. 8-13

Gölz, J.: Behandlung von Drogenabhängigen in einer Suchtschwerpunktpraxis. In: Gerlach, R.; Stöver, H. (Hrsg.) (2005): Vom Tabu zur Normalität. 20 Jahre Substitution in Deutschland Zwischenbilanz und Aufgaben für die Zukunft, Lambertus- Verlag, S. 102-108

Heinz, W./Poehlke, T./Stöver, H. (Hrsg.) (2010): Glossar Substitutionstherapie bei Drogenabhängigkeit, Springer-Verlag

Heroinstudie (2006): [http://heroinstudie.de/ergebnisse\\_bericht\\_klaus.html](http://heroinstudie.de/ergebnisse_bericht_klaus.html), Zuletzt gesichtet am 08.08.2011

Heroinstudie Chronologie (2006): <http://heroinstudie.de/chrono.html>, Zuletzt gesichtet am 19.08.2011

Herwig-Lempp, J. (Hrsg.) (1994): Von der Sucht zur Selbstbestimmung. Drogenkonsumenten als Subjekte, borgmann publishing

Henkel, D./Zemlin, U. (2008): Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis, Fachhochschulverlag

Hosek, M. (2006): Substitutionsbehandlungen in der Schweiz. Fortsetzung einer Erfolgsgeschichte, In: „Substitution-Methadon, Heroin, Nikotin“, SuchtMagazin Schweiz 1/06, S. 3-9

Hölmann, C. (2004): Ist Case Management/Motivational Interviewing (CM/MI) mit den Grundsätzen der akzeptanzorientierten Drogenarbeit vereinbar? – Eine Diskussion zur Betreuungsmethode CM/MI im bundesdeutschen Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger. In: Akzeptierende Drogenarbeit/Acceptance-Oriented Drug Work 1, S. 12-16, [http://www.indro-online.de/Hoelzmann\\_1\\_04.pdf](http://www.indro-online.de/Hoelzmann_1_04.pdf), Download am 11.08.2011

Hüllinghorst, R. (2010): Drogenpolitik in Europa und Deutschland. Institution, Befugnisse, Aufgaben und Ziele. In: KONTUREN. Fachzeitschrift zu Sucht und sozialen Fragen, Titelthema: Drogenpolitik, Ausgabe 1-2010, S. 14-18

Hurrelmann, K. (2006): Einführung in die Sozialisationstheorie, Beltz Verlag

Jelinek, A./Grabs, S. (Hrsg.) (2007): Pflege konkret-Arzneimittel, Urban & Fischer Verlag

JES-Journal (2010): Nicht überall gibt es ärztliche Hilfe, [http://www.jesbielefeld.de/jesjournal/netdokter\\_26.01.10.html](http://www.jesbielefeld.de/jesjournal/netdokter_26.01.10.html), Zuletzt gesichtet am 06.08.2011

Jungbluth, G. (2011): Stellungnahme zur Deckelung extrabudgetärer Leistungen, insbesondere der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger. In: Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e.V., [http://www.dgsuchtmedizin.de/uploads/media/Stellungnahme\\_zur\\_Deckelung\\_extra\\_budget\\_\\_138\\_aerer\\_Leistungen\\_insbesondere\\_\\_der\\_Substitution.pdf](http://www.dgsuchtmedizin.de/uploads/media/Stellungnahme_zur_Deckelung_extra_budget__138_aerer_Leistungen_insbesondere__der_Substitution.pdf), Download am 16.08.2011

Kreuzer, A.: Neue Forschungsergebnisse zur Substitution. Kriminologische Betrachtungen unter besonderer Berücksichtigung des deutschen Modellprojekts zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger. In: Haller, R., Jehle J.-M. (Hrsg.) (2009): Drogen-Sucht-Kriminalität, Forum Verlag Godesberg, S.145

Koethner, U.: Finanzierung und Organisationsformen von PSB in Nordrhein-Westfalen. In: Gerlach, R./Stöver, H. (Hrsg.) (2009): Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Praxis und Bedeutung, Lambertus-Verlag, S. 76f.

Landesärztekammer Hessen. Körperschaft des öffentlichen Rechts, Zuletzt gesichtet am 07.08.2011, URL: [http://www.laekh.de/front\\_content.php?idart=2085](http://www.laekh.de/front_content.php?idart=2085)

Lutz, S.: Über die Standardisierung zur Differenzierung-Psychosoziale Betreuung im ländlichen Sozialraum. In: Gerlach, R./Stöver, H. (Hrsg.) (2009): Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Praxis und Bedeutung, Lambertus-Verlag, S. 216f.

Marenz, D.: Beratungsstelle für Drogenprobleme e. V. & Fachstelle für Suchtvorbeugung Wuppertal, Information, Substitution <http://www.drobs-wtal.de/information.php#top>, Zuletzt gesichtet am 06.07.2011

Puls, W./Mümken, S.: Zum Einfluss der Arbeitsplatzsicherheit auf dem Alkohol-, Tabak- und Medikamentenkonsum. Stand der internationalen Forschung. In: Henkel, D./Zemlin, U. (Hrsg.) (2008): Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis, Fachhochschulverlag, S. 70-90

Quensel, S.: Vorwort In: Baier, C. (2004): Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger im ländlichen Bereich. Eine qualitative Interview-Studie mit Patienten und Ärzten, Verlag für Wissenschaft und Bildung, S. 7-8

Rasche, E.: Frauenspezifische Aspekte der Substitutionsbehandlung. In: Gerlach, R./Stöver, H. (Hrsg.) (2005): Vom Tabu zur Normalität. 20 Jahre Substitution in Deutschland Zwischenbilanz und Aufgaben für die Zukunft, Lambertus-Verlag

Schäffer, D.: Stellenwert und Notwendigkeit von „PSB“ aus Sicht der Betroffenen. In: Gerlach, R./Stöver, H. (Hrsg.) (2009): Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Praxis und Bedeutung, Lambertus-Verlag, S. 260f.

Schubert, K./Klein, M. (2006): Das Politiklexikon, Lizenzausgabe für die Bundeszentrale für politische Bildung, Schriftreihe Band 497

Schweizerische Eidgenossenschaft (2011): [http://www.bk.admin.ch/dokumentation/02070/index.html?lang=de&download=M3wBPgDB\\_8ull6Du36WenojQ1NTTjaXZnqWfVpzLhmfhnappmc7Zi6rZnqCkkIZ5gH97bKbXrZ6lhuDZz8mMps2gpKfo](http://www.bk.admin.ch/dokumentation/02070/index.html?lang=de&download=M3wBPgDB_8ull6Du36WenojQ1NTTjaXZnqWfVpzLhmfhnappmc7Zi6rZnqCkkIZ5gH97bKbXrZ6lhuDZz8mMps2gpKfo), Download am 20.08.2011

Sozialgesetzbuch (2009), SGB Bücher I-XII, Beck-Texte, 37. Auflage

SSAM (Schweizerischen Gesellschaft für Suchtmedizin): [http://www.ssam.ch/SSAM/sites/default/files/Substitutionsempfehlungen\\_070619\\_de.pdf](http://www.ssam.ch/SSAM/sites/default/files/Substitutionsempfehlungen_070619_de.pdf), Download am 20.08.2011

Stöver, H. (2010): Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger: IMPROVE-Eine Befragung unter Drogenkonsumenten, Patienten und Ärzten. Ansätze zur Verbesserung einer erfolgreichen Therapieform, [http://www.akzept.org/experten\\_gespraech/pdf/IMPROVE\\_kurzfinal.pdf](http://www.akzept.org/experten_gespraech/pdf/IMPROVE_kurzfinal.pdf), Download am 06.08.2011,

Trinkler, J./Spreyermann, C. (2002): Es braucht frauenspezifische und frauengerechte Drogenpolitik, weil... In: Böllinger, L., Stöver, H.: Drogenpraxis Drogenrecht Drogenpolitik. Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen, Fachhochschulverlag, S. 87-93

Vereinigung der Kontonsärztinnen und Kanonsärzte der Schweiz: <http://www.vks-amcs.ch/index.php?id=496>, Zuletzt gesichtet am 23.08.2011

Vertheim, U./Farnbach, G.: Arbeit und Diamorphinsubstitution: Ergebnisse aus dem Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger. In: Henkel, D./Zemlin, U. (Hrsg.) (2008): Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis, Fachhochschulverlag, S. 267-283

Weber, B./Schroeder-Printzen, J. (Hrsg.) (2009): Substitution und Recht. Ein rechtlicher Leitfaden für die substitutionsgestützte Behandlung in Deutschland, ecomed Medizin

Wiedemeier, I.: Ein Polizeipräsident gegen Drogenprävention, news, 12.03.2011, <http://www.news.de/gesellschaft/855141223/ein-polizeipraesident-gegen-drogenpraevention/1/>, Zuletzt gesichtet am 16.08.2011

Wittchen, H.-U./Soyka, M./Apelt, S./Bernert, B./Siegert, J. (2006): Substitutionstherapie in Deutschland-Ergebnisse der COBRA-Studie, COBRA Presse slides Vortrag 2006 [http://www.premos-studie.de/COBRA%20Presse%20slides%20Vortrag%20\(final\).ppt](http://www.premos-studie.de/COBRA%20Presse%20slides%20Vortrag%20(final).ppt), Download am 21.08.2011

WHO (World Health Organization) (1986): Ottawa for Charter Health, [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf), Download am 10.08.2011

Zenker, C.: Gender und Suchtkrankenhilfe. In: Zander, M. et al (Hrsg.) (2006): Geschlecht Nebensache? Zur Aktualität einer Gender-Perspektive in der sozialen Arbeit. Verlag für Sozialwissenschaften, S. 331-346

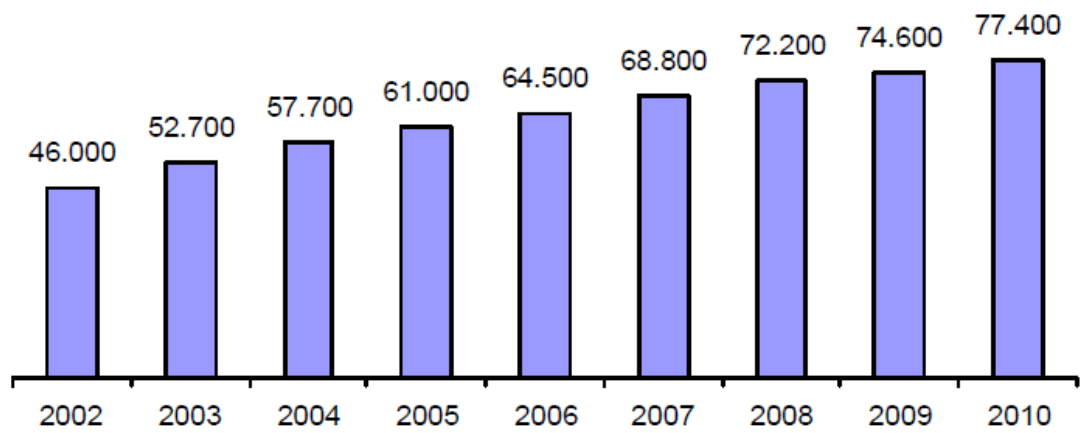
Zimbardo, P. G./Gerrig, R. J. (1999): Psychologie, 7. neu übersetzte und bearbeitete Auflage, 1999, Springer Verlag

## Abbildungen

**Abbildung 2:** Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten in Deutschland

---

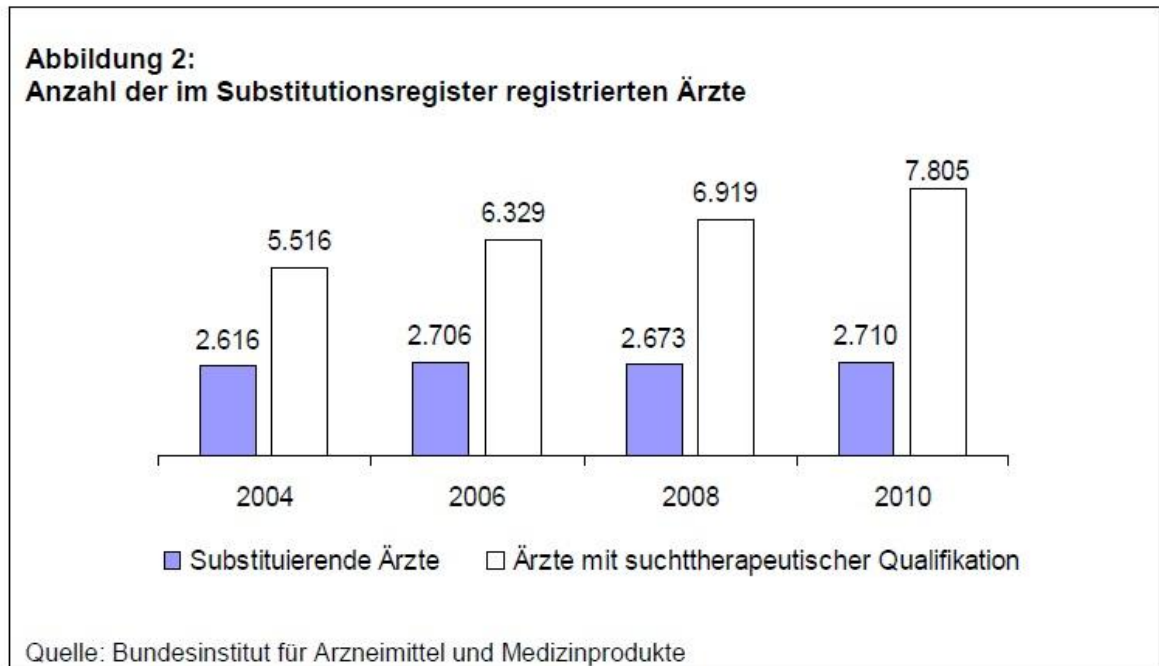
**Abbildung 1:**  
**Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten in Deutschland**  
**(jeweils Stichtag 01. Juli)**



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

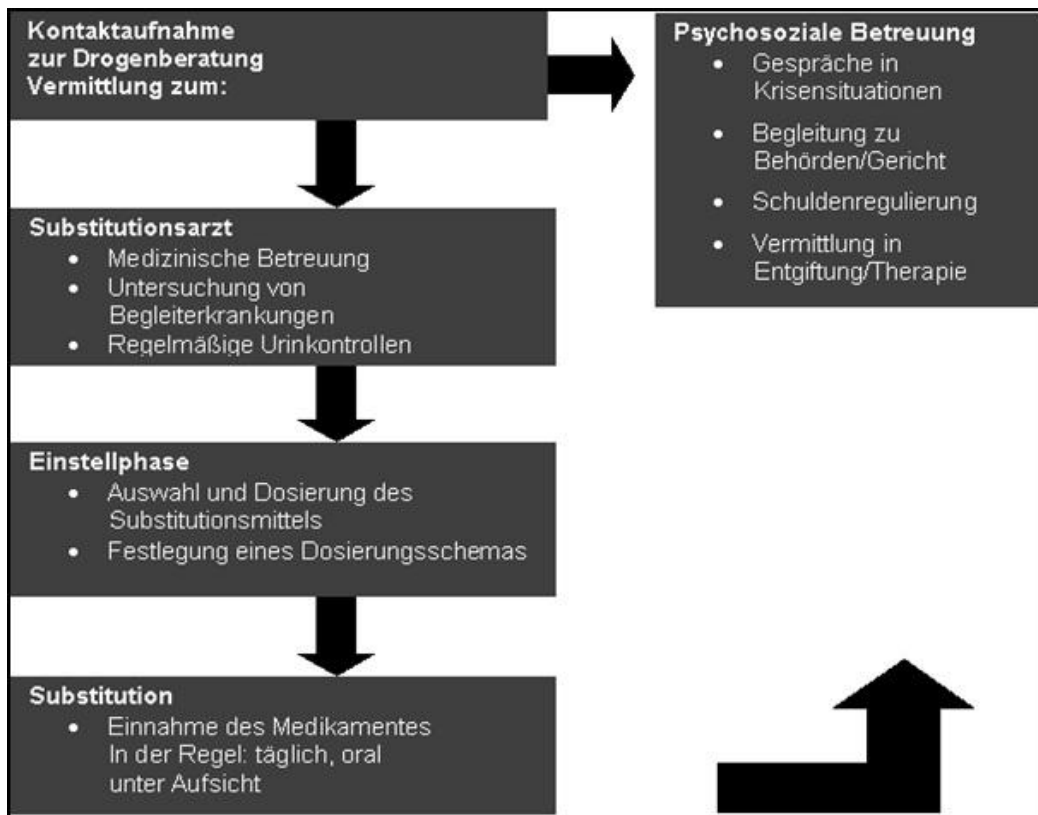
---

**Abbildung 3:** Anzahl der im Substitutionsregister registrierten Ärzte



**Abbildung 4:** Der Einstieg in die Substitution

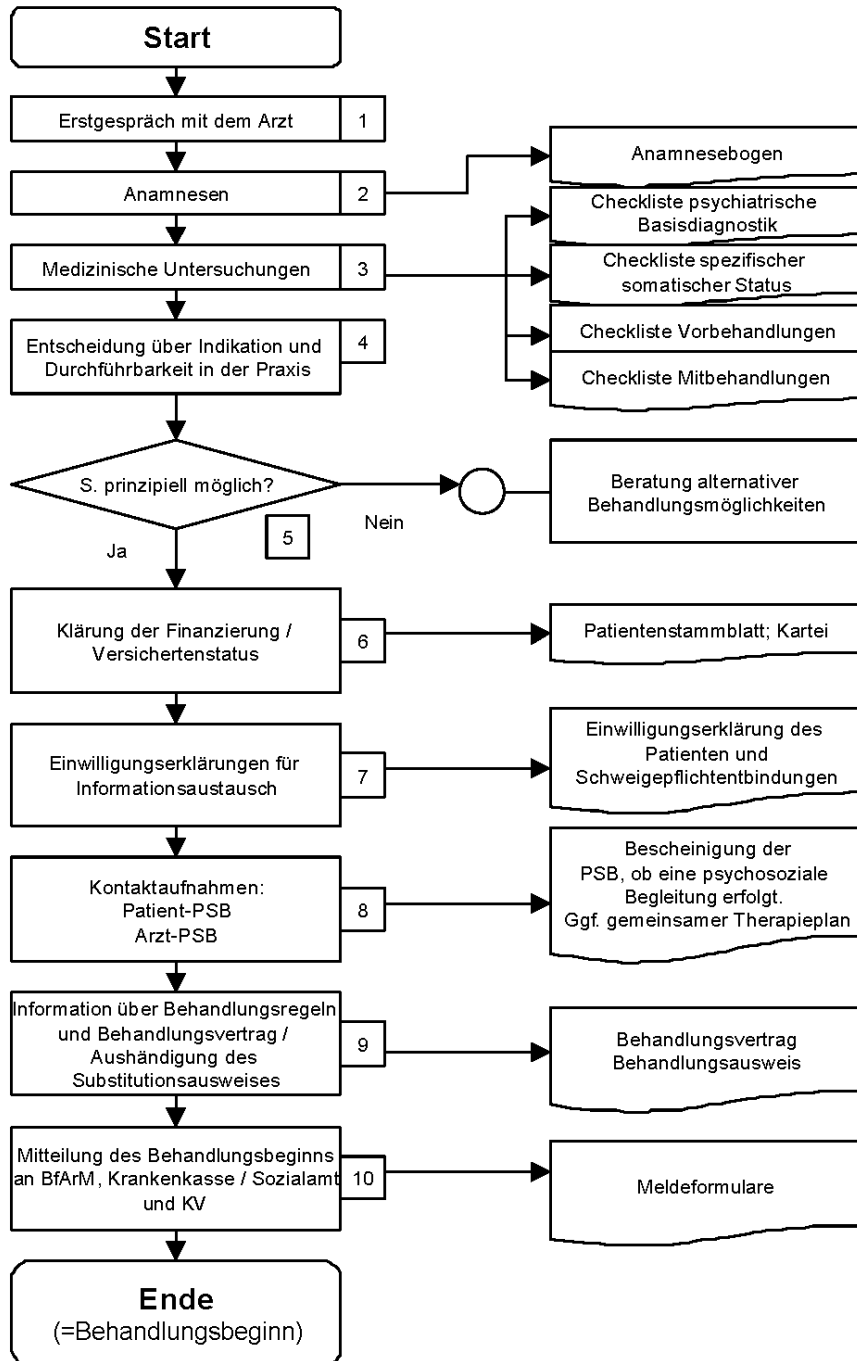
(Beratungsstelle für Drogenprobleme e. V. & Fachstelle für Suchtvorbeugung Wuppertal)



In Abbildung 3 und 4 soll grafisch verdeutlicht werden, dass es verschiedene Wege zur Substitutionsbehandlung führen können. In beiden Darstellungen ist für den medizinischen Teil, ein Arzt und für den psychosozialen Bereich, eine Drogenhilfe vertreten.

Abbildung 5: Neuaufnahme

Prozess: <b>Neuaufnahme</b>	Dokument-Nr.: 4.5	Praxis: <b>Dr. med. Muster</b>					
<b>Flow-Chart</b>	Erstellt		Freigegeben		Check	Version	Seite
	am	von	am	von	am	von	01 1 von 1



(Quelle: ASTO-Handbuch, Teil Q, QM- Handbuch, Q 4.2)

## Abbildung 6: Neuaufnahme, Verfahrensweise

Prozesse: Neuaufnahme

Q.4.2

Prozess: <b>Neuaufnahme</b>	Dokument-Nr.: 4,6	Praxis: <b>Dr. med. Muster</b>						
<b>Verfahrensanweisung</b>	Erstellt		Freigegeben		Check		Version	Seite
	am	von	am	von	am	von	01	1 von 2

**Ziel:** Rasche und vollständige Prüfung der Indikation und Durchführbarkeit einer Substitutionsbehandlung sowie zuverlässige Abwicklung der notwendigen Formalien.

Nr.	Was	Wie	Dokument/ Aufzeichnung	Wer
1	Erstgespräch	Mit allen Patienten führt der Arzt ein Erstgespräch zwecks Klärung der Grundvoraussetzungen und Information des Patienten über das Substitutionsprogramm der Praxis. Falls eine Substitution grundsätzlich in Betracht kommt, wird ein Termin für die Aufnahmeuntersuchungen vergeben.		
2+3	Anamnese und medizinische Untersuchungen	Medizinische Untersuchungen und Anamneserhebung werden an einem gesonderten Termin durchgeführt.	Anamnesebogen, Checkliste psychiatrische Basisdiagnostik, Checkliste spezifischer somatischer Status, Checkliste Vorbehandlungen, Checkliste Mitbehandlungen	
4+5	Entscheidung über Indikation und Durchführbarkeit in der Praxis	Die Entscheidung über die Durchführbarkeit in der Praxis wird auf der Grundlage der Untersuchungsergebnisse (Schritt 2 und 3) sowie nach einem Gespräch mit den Praxismitarbeiterinnen und ggf. dem psychosozialen Betreuer getroffen.  Falls der Patient aufgenommen wird, wird eine Patientenakte angelegt.  Falls Indikation oder Durchführbarkeit verneint werden (z.B. unrealistische Patientenwünsche, Wunsch nach rascher Entgiftung, Ablehnung einer Langzeittherapie, Alter unter 18 Jahren, Suchtanamnese unter 2 Jahren, unkontrollierbarer polytoxikomaner Drogenkonsum, Opiate nur als Nebenkonsument bei Vorherrschen anderer Suchstoffe u.a.), wird der Patient gemeinsam mit der Drogenberatung Musterstadt bezüglich einer anderen Behandlungsmöglichkeit beraten.		

Prozess: <b>Neuaufnahme</b>	Dokument-Nr.: 4.6	Praxis: <b>Dr. med. Muster</b>					
<b>Verfahrensanweisung</b>	Erstellt	Freigegeben	Check	Version	Seite		
	am	von	am	von	am	von	01

Nr.	Was	Wie	Dokument/ Aufzeichnungen	Wer
6	Klärung der Finanzierung	Wird die Indikation zur Substitutionsbehandlung festgestellt, klärt die Praxis den Versichertenstatus, ggf. durch Rückfrage bei der angegebenen Krankenversicherung oder beim örtlichen Sozialamt.	Patientenstammblatt, Kartei	
7	Einwilligungserklärungen für Informationsaustausch	Mit der Unterzeichnung des Behandlungsvertrages und der Einwilligungserklärung gemäß BUB-Richtlinien erklärt der Patient sein Einverständnis zur Weitergabe von Behandlungsdaten in erforderlichem Umfang an Krankenkasse und KV sowie die gemeinsame Qualitätssicherungskommission im Rahmen der Qualitätssicherung, das BfArM sowie den Psychosozialen Betreuer im Rahmen der PSB.	Einwilligungserklärung, Schweigepflichtentbindungen	
8	Kontaktaufnahmen Patient – PSB und Arzt – PSB	Bei Patienten, die neu aufgenommen werden erfolgt ein Abstimmungsgespräch (ggf. auch telefonisch) mit dem psychosozialen Berater, in dem die ersten und dringenden Maßnahmen vereinbart werden. Ferner wird ein Termin für eine ausführliche Therapieplanung ausgemacht.		
9	Behandlungsregeln, Behandlungsausweis	Der Arzt und die zuständige Praxismitarbeiterin klären den Patienten über die Durchführung der Behandlung auf und erläutern die Behandlungsregeln anhand des Behandlungsvertrages. Hierbei wird insbesondere auf die Abbruchkriterien verwiesen. Der Patient erhält einen Substitutionsausweis.	Behandlungsvertrag, Behandlungsausweis	
10	Mitteilungen über Behandlungsbeginn	Spätestens am ersten Arbeitstag nach Behandlungsbeginn erfolgt Meldung an das BfArM, Krankenkasse bzw. Sozialamt sowie die KV erhalten ebenfalls eine Mitteilung über den Beginn der Substitutionsbehandlung. Wenn der Patient noch keine 18 Jahre ist oder die Opiatabhängigkeit noch keine 2 Jahre besteht oder die Substitution mit DHC erfolgen soll, wird zusätzlich die patientenbezogene Dokumentation bei der Qualitätssicherungskommission der KVWL eingereicht.	Meldebogen BfArM; Anzeige über den Beginn einer Substitutionsbehandlung; Patientenbezogene Dokumentation nach § 7 Anlage A Nr. 2 BUB-Richtlinien	

(Quelle: ASTO-Handbuch, Teil Q, QM- Handbuch, Q 4.2)

## Abbildung 7: Vergabe des Substitutionsmittels

Prozesse: Vergabe

Q.4.4

Prozess: <b>Vergabe des Substitutionsmittels</b>	Dokument-Nr.: 4.28	Praxis: <b>Dr. med. Muster</b>						
<b>Stammblatt</b>	Erstellt		Freigegeben		Check		Version	Seite
	am	von	am	von	am	von	01	1 von 1

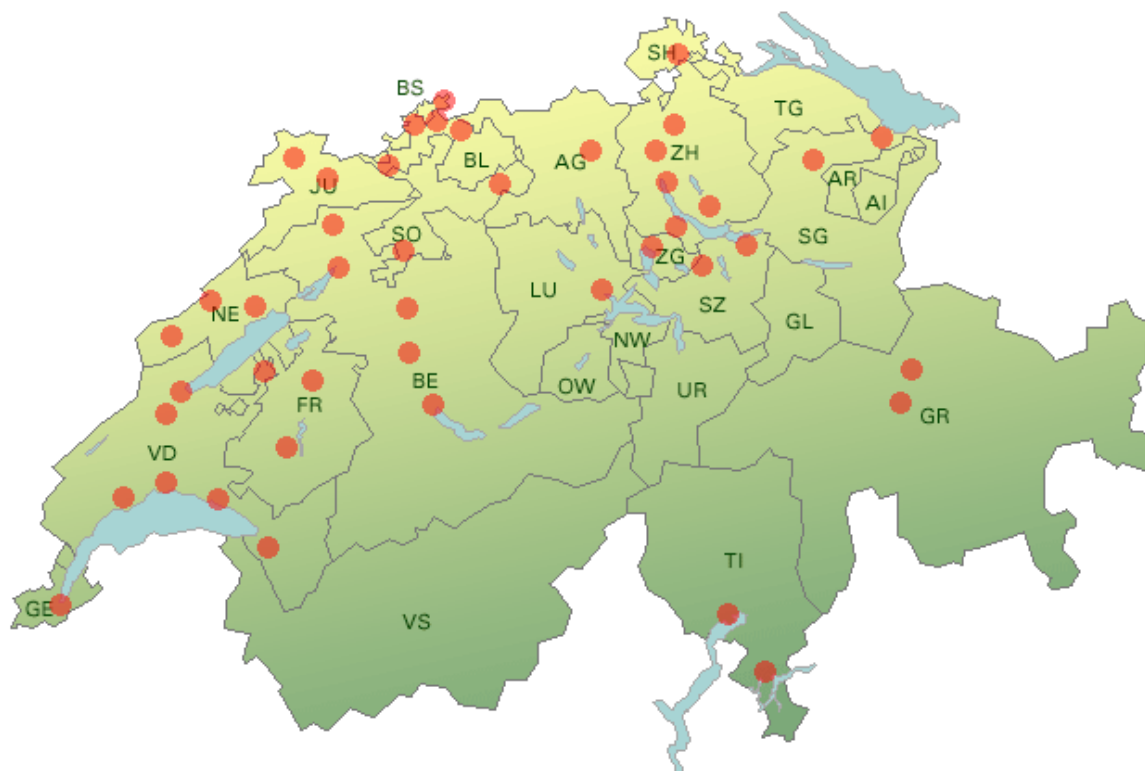
**Ziel / Zweck:** Gewährleistung einer sicheren und den gesetzlichen Vorschriften entsprechenden Vergabe des Substitutionsmittels.

<b>Steuerung des Prozesses:</b>	
<b>Kriterien</b>	<b>Nachweise</b>
Wird jede Vergabe ordnungsgemäß dokumentiert?	Substitutionsdokumentation
Erfolgt die Vergabe nur durch autorisierte Personen?	Substitutionsdokumentation; Vereinbarung Wochenendvergabe
Sind die mit der Vergabe betrauten Personen ausreichend eingewiesen?	Verfahrensweisung: Durchführung der Vergabe; Arbeitsanweisung Durchführung der Vergabe am Wochenende
<b>Mitgeltende Unterlagen:</b>	Vergabemodalitäten der Praxis Arbeitsanweisung zur Durchführung der Vergabe Arbeitsanweisung Vergabe am Wochenende durch Kooperationspartner Substitutionsdokumentation BtM-Vernichtungsprotokoll Vereinbarung zur Substitutionsmittelvergabe durch Kooperationspartner Patienteninformation Vergabe
<b>Verweise auf therapeutische Leitlinien:</b>	ASTO-Leitlinie „Beikonsum im Therapieverlauf“ ASTO-Leitlinie „Wahl des Substitutionsmittels und Dosiseinstellung“
<b>Verweise auf Vorschriften:</b>	§ 2 Abs. 1 BtMVV (Höchstmengen) § 5 Abs. 4 BtMVV (nicht zur parenteralen Anwendung bestimmt) § 5 Abs. 6 und 7 BtMVV (zur Vergabe berechnete Personen, Stellen) § 5 Abs. 10 BtMVV (Dokumentation) §§ 13, 14 BtMVV (Nachweis von Verbleib und Bestand der Betäubungsmittel) Nr. 8 und 14 der BÄK-Richtlinien

(Quelle: ASTO-Handbuch, Teil Q, QM-Handbuch, Q 4.4)

**Abbildung 8:** Übersichtskarte der Substitutionszentren in der Schweiz

Die ausgewiesenen Zahlen beziehen sich auf die Anzahl Methadon-Klienten und Klientinnen in Zentren, Kliniken, Apotheken, im Strafvollzug und bei Privatärzten und Privatärztinnen. Diamorphin-Behandlungen werden nur in spezialisierten Zentren durchgeführt. Die Methadon-Zahlen stammen aus dem Jahr 2006 der nationalen Substitutionsstatistik.



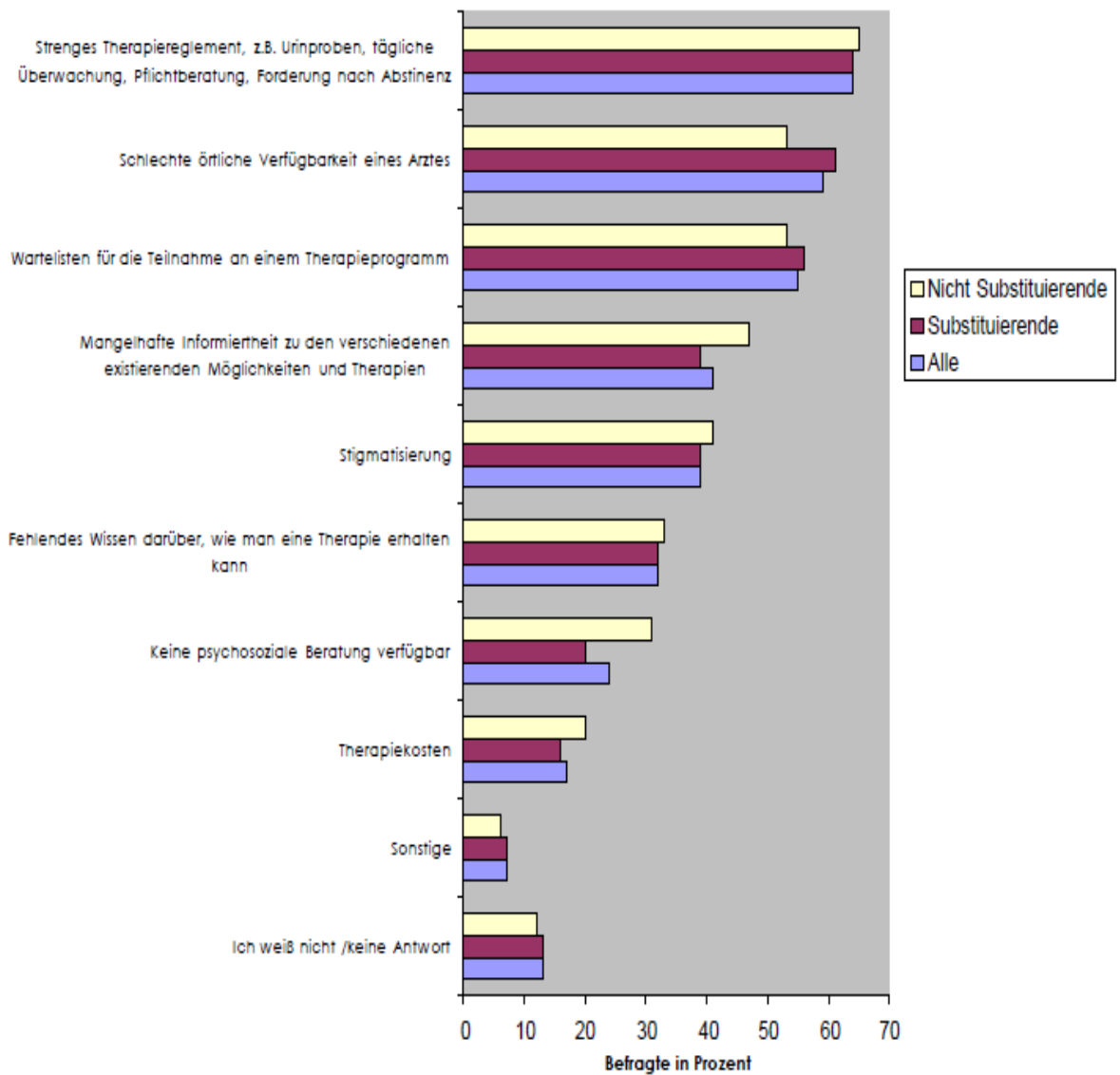
Kanton	Substitutionsmittel (Methadon usw.).	Diamorphinsubstitution Juni 2008
AG= Kanton Aargau Königsfelden, Brugg	812	22 belegte Plätze (von 50 bewilligten Plätzen)
SH= Kanton Schaffhausen	130	24 belegte Plätze (von 25 bewilligten Plätzen)
SG= Kanton St. Gallen MSH 1 Medizinisch-soziale Hilfsstelle 1 MSH 2 Medizinisch-soziale Hilfsstelle 2	897	73 belegte Plätze (von 75 bewilligten Plätzen)
GR= Kanton Graubünden Chur, Gefängnis Realta	301	34 belegte Plätze (von 42 bewilligten Plätzen)
TI= Kanton Tessin Antenna Icaro, Locarno Fondazione Ingrado, Lugano	914	keine Diamorphinsubstitutionen

ZH= Kanton Zürich Winterthur (Ikarus), Bülach, Wetzikon, ARUD Zürich, Poliklinik Zok11, Poliklinik Zok12, Polikliniken Lifeline und Crossline, PUK Psychiatrische Universitätsklinik DROP-IN	3634	377 belegte Plätze (von 417 bewilligten Plätzen)
ZG= Kanton Zug HeGeBe ZOPA	80	28 belegte Plätze (von 30 bewilligten Plätzen)
SZ= Kantons Schwyz Goldau	70	keine Diamorphinsubstitution
GL= Kanton Glarus	88	keine Diamorphinsubstitution
UR= Kanton Uri	18	keine Diamorphinsubstitution
NW= Kanton Nidwalden	32	keine Diamorphinsubstitution
VS= Kanton Wallis	230	keine Diamorphinsubstitution
LÜ= Kanton Luzern Drop-In Luzern	499	89 belegte Plätze (von 90 bewilligten Plätzen)
FR= Kanton Fribourg Fribourg, Bulle	439	keine Diamorphinsubstitution
NE= Kanton Neuenburg Drop-In de Neuchâtel, Centre de prévention et de traitement (CPTT), Centre d'aide, de prévention et de traitement de la toxicomanie (CAPTT)	693	keine Diamorphinsubstitution
GE= Kanton Genf Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)	1481	47 belegte Plätze (von 50 bewilligten Plätzen)
VD= Kanton Waadt Morges, Lausanne, Montreux, Bex, Payerne	1561	keine Diamorphinsubstitution
AI= Kanton Appenzell Innerrhoden	2	keine Diamorphinsubstitution
AR= Kanton Appenzell Ausserrhoden	77	keine Diamorphinsubstitution
JU= Kanton Jura trans-AT Porrentruy, trans-AT Delémont	146	keine Diamorphinsubstitution
SO= Kanton Solothurn SuGeBe Zentrum Gourrama, SuGeBe Zentrum Herol	646	74 belegte Plätze (von 90 bewilligten Plätzen)
BL= Kanton Basel-Landschaft Laufen, Reinach, Liestal	679	17 belegte Plätze (von 20 bewilligten Plätzen)
BS= Kanton Basel- Stadt	763	145 belegte Plätze (von 150 bewilligten Plätzen)
	Gesamt = ca. 15000	

(Quelle: Vgl. Übersichtskarte der Substitutionszentren in der Schweiz, BAG, 2009)

**Abbildung 9:** Ergebnisse der ÄrztInnen

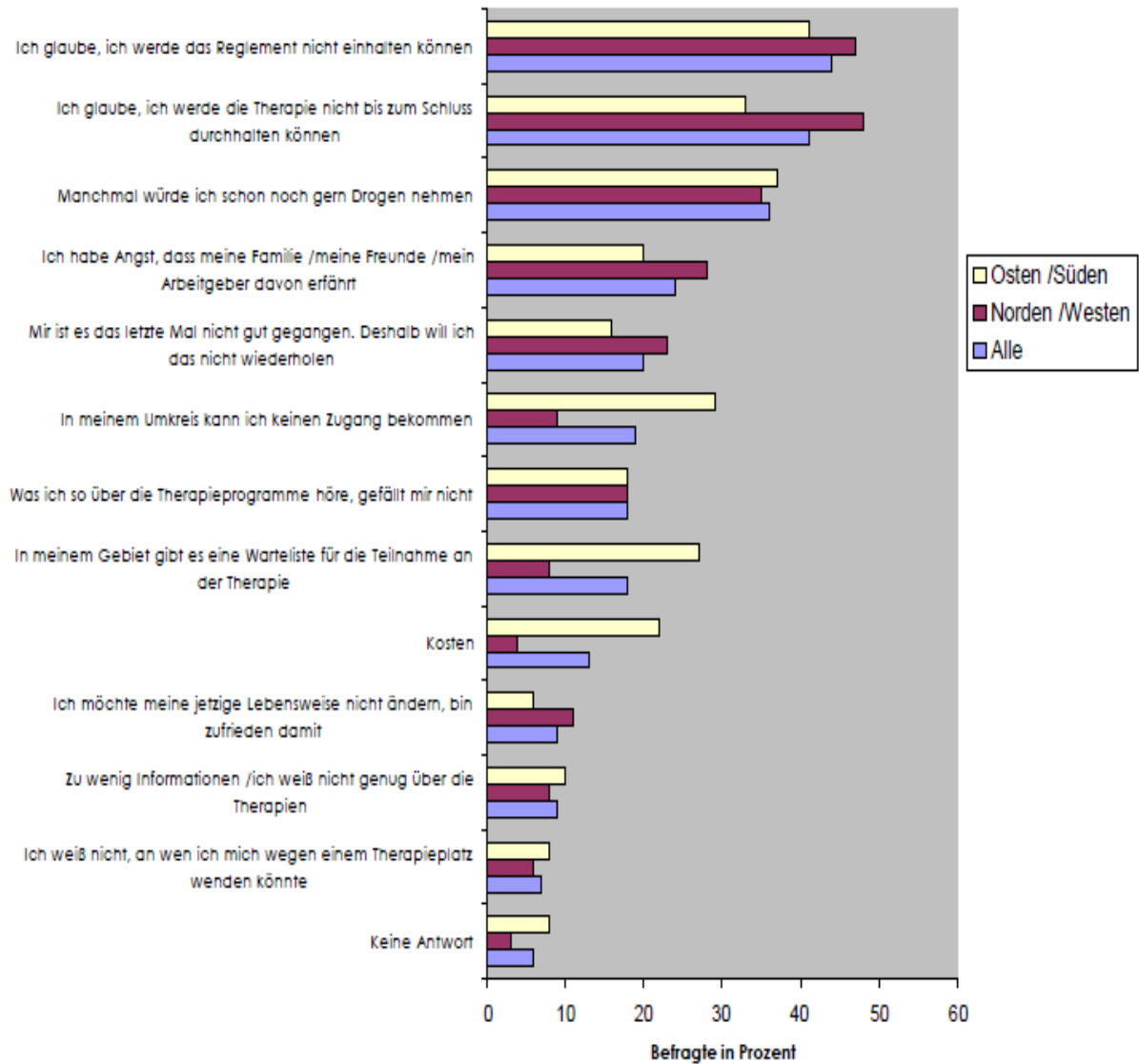
Abb. 1. Ärzte: Einschätzung der Hindernisse, die Patienten vom Beginn einer OST abhalten



(Quelle: Vgl. Stöver, H.; Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger: IMPROVE-Eine Befragung unter Drogenkonsumenten, Patienten und Ärzten-Ansätze zur Verbesserung einer erfolgreichen Therapieform, 2009/2010)

**Abbildung 10:** Ergebnisse der OpioidkonsumentInnen

Abb. 2. Opioidkonsumenten: Gründe, keine OST zu machen



(Quelle: Vgl. Stöver, H.; Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger: IMPROVE-Eine Befragung unter Drogenkonsumenten, Patienten und Ärzten-Ansätze zur Verbesserung einer erfolgreichen Therapieform, 2009/2010)

## **Anhangsverzeichnis**

<b>Anhang A:</b> Richtlinien der Bundesärztekammer, Stand: 19.02.2010 .....	I
<b>Anhang B:</b> RMvV .....	XVII
<b>Anhang C:</b> Auszüge aus dem BetmG-Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelgesetz, BetmG).812.121 .....	XXV
<b>Anhang D:</b> Hippokratischer Eid und Genfer Gelöbnis .....	XXVII
<b>Anhang E:</b> Eidesstattliche Erklärung .....	XXVIII

## **Anhang A:** Richtlinien der Bundesärztekammer, Stand: 19.02.2010

### **Präambel**

Die Bundesärztekammer legt hiermit gemäß § 5 Abs. 11 Betäubungsmittel Verschreibungsverordnung (BtMVV) auf Grundlage des allgemein anerkannten Standes der Wissenschaft Richtlinien zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger vor.

Die substitutionsgestützte Behandlung stellt eine wissenschaftlich evaluierte Therapieform der manifesten Opiatabhängigkeit dar.

Opiatabhängigkeit ist eine behandlungsbedürftige, schwere chronische Krankheit.

Die Substitution dient

1. ihrer Behandlung mit dem Ziel der schrittweisen Wiederherstellung der Betäubungsmittelabstinenz einschließlich der Besserung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes,
2. der Unterstützung der Behandlung einer neben der Opiatabhängigkeit bestehenden schweren Erkrankung oder
3. der Verringerung der Risiken einer Opiatabhängigkeit während einer Schwangerschaft und nach der Geburt.

Ihre Umsetzung bedarf eines umfassenden Therapiekonzeptes. Ziele und Ebenen der Behandlung sind:

- Sicherung des Überlebens,
- Reduktion des Gebrauchs anderer Suchtmittel,
- Gesundheitliche Stabilisierung und Behandlung von Begleiterkrankungen,
- Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und am Arbeitsleben,
- Opiatfreiheit.

Das Erreichen dieser Ziele hängt wesentlich von der individuellen Situation des Opiatabhängigen ab.

### **1. Geltungsbereich der Richtlinien**

Bei der substitutionsgestützten Behandlung der Opiatabhängigkeit sind die Regelungen des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG), der Betäubungsmittel Verschreibungsverordnung (BtMVV) und des Arzneimittelgesetzes (AMG) zu beachten. Die Richtlinien gelten unter Beachtung des ärztlichen Berufsrechtes für alle Ärzte<sup>1</sup>, die diese Behandlung durchführen.

Soweit die substitutionsgestützte Behandlung als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung gewährt wird, sind die Vorschriften des SGB V und die entsprechenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

## **2. Indikation**

Indikation für eine substitutionsgestützte Behandlung ist die manifeste Opiatabhängigkeit.

Diese liegt gemäß der International Classification of Diseases (ICD).F11.2 in der jeweils geltenden Fassung dann vor, wenn drei oder mehr der folgenden Kriterien über einen Zeitraum von zwölf Monaten gleichzeitig vorhanden sind:

1. starker bis übermäßiger Wunsch, Opiate zu konsumieren,
2. verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums,
3. Nachweis einer Toleranzentwicklung,
4. ein körperliches Entzugssyndrom,
5. fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zu Gunsten des Substanzkonsums; erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen,
6. anhaltender Substanzkonsum trotz des Nachweises eindeutig schädlicher Folgen.

Für die Einleitung einer Substitutionsbehandlung müssen insbesondere die aufgeführten Anzeichen einer körperlichen Abhängigkeit erfüllt sein.

Bei Vorliegen einer manifesten Opiatabhängigkeit ist eine substitutionsgestützte Behandlung indiziert, wenn diese in Abwägung aller entscheidungsrelevanten Gesichtspunkte gegenüber primär abstinenzenorientierten Therapieformen die erfolgsversprechendere Behandlung darstellt.

In begründeten Einzelfällen kann eine Substitutionsbehandlung auch nach ICD F11.21 (Opiatabhängigkeit, gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung – wie z. B. Krankenhaus, therapeutische Gemeinschaft, Gefängnis).eingeleitet werden.

Besondere Sorgfalt bei der Indikationsstellung ist bei jüngeren und erst kürzer abhängigen Patienten geboten. Erweist sich eine substitutionsgestützte Behandlung bei diesen Patientengruppen als indiziert, sollte diese in der Regel nur als Übergangsmaßnahme in Erwägung gezogen werden.

Bei bestehender Schwangerschaft ist die Substitutionstherapie die Behandlung der Wahl, um Risiken für Mutter und Kind zeitnah zu vermindern und adäquate medizinische und soziale Hilfemaßnahmen einzuleiten.

Ein die Substitution gefährdender Gebrauch weiterer psychotroper Stoffe muss bei Einleitung der Substitution berücksichtigt und je nach Ausmaß behandelt werden. Bei komorbiden substanzbezogenen Störungen ist darauf zu achten, dass die Substitution keine Erhöhung der Gefährdung darstellt.

Gemäß § 5 Abs. 9a 2.-4. BtMVV muss für eine diamorphingestützte Substitutionsbehandlung der Patient das 23. Lebensjahr vollendet haben, seine Opiatabhängigkeit seit mindestens fünf Jahren bestehen und von schwerwiegenden somatischen und psychischen Störungen begleitet sein. Der derzeitige Konsum muss überwiegend intravenös erfolgen. Darüber hinaus muss ein Nachweis über zwei erfolglos beendete Behandlungen der Opiatabhängigkeit vorliegen, von denen eine mindestens über sechs Monate mit einem anderen Substitut gemäß § 5 Abs. 2, 6 und 7 BtMVV einschließlich begleitender psychosozialer Betreuungsmaßnahmen erfolgt sein muss.

### **3. Therapiekonzept**

Eine Opiatabhängigkeit wird in der Regel von psychischen und somatischen Erkrankungen sowie psychosozialen Problemlagen begleitet. Sie erfordert daher für ihre Behandlung die Vorhaltung sowie Einbeziehung entsprechender Maßnahmen.

Die substitutionsgestützte Behandlung dient der Therapie einer Opiatabhängigkeit und schafft Voraussetzungen für die Behandlung von Begleit- und Folgeerkrankungen. Sie erfordert ein umfassendes individuelles Konzept, das sich an den jeweiligen Ebenen und Zielen orientiert und darauf abgestimmt ist.

Das umfassende Therapiekonzept beinhaltet

- die Abklärung somatischer Erkrankungen und ggf. Einleitung entsprechender Behandlungen,
- die Abklärung weiterer psychischer Störungen und Einleitung entsprechender Behandlungen,
- die Vermittlung in psychosoziale Maßnahmen.

Gegenstand der psychosozialen Maßnahmen ist es, die Erreichung der identifizierten Therapieziele durch geeignete Hilfen zu befördern. Dies erfordert die Einbeziehung von Einrichtungen und Professionen des Suchthilfesystems. Eine psychosoziale Betreuung (PSB) erfolgt nach den von der Drogenhilfe erarbeiteten Standards. Art und Umfang richten sich nach der individuellen Situation und dem Krankheitsverlauf des Patienten. Ihre Verfügbarkeit ist von den zuständigen Kostenträgern sicherzustellen.

Der Arzt hat darauf hinzuwirken, dass der opiatabhängige Patient mit der entsprechenden Einrichtung Kontakt aufnimmt, in der der Bedarf an psychosozialer Betreuung in Absprache mit dem behandelnden Arzt abgeklärt wird. Kommen Arzt und Drogenberatungsstelle zu dem Ergebnis, dass derzeit keine psychosoziale Betreuung erforderlich ist, ist dies schriftlich zu dokumentieren. Bei einer Substitution mit Diamorphin ist gemäß § 5 Abs. 9c BtMVV eine begleitende psychosoziale Betreuung während der ersten sechs Monate der Behandlung verpflichtend.

Psychosoziale Betreuung und ärztliche Behandlung sollen laufend koordiniert werden. Der substituierende Arzt wirkt darauf hin, dass die aktuell erforderlichen begleitenden Maßnahmen in Anspruch genommen werden.

Zur Abwehr akuter gesundheitlicher Gefahren kann die Substitution ausnahmsweise auch dann erfolgen, wenn und solange eine psychosoziale Betreuung nicht möglich ist. Eine eventuell erforderliche psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung kann eine erforderliche PSB nicht ersetzen.

Zur Überprüfung des Therapieverlaufs ist in der Regel ein Arzt- Patienten-Kontakt wöchentlich sinnvoll. Das umfassende Therapiekonzept mit den darin festgelegten Ebenen und Zielen sowie psychosozialen Betreuungsmaßnahmen sind zu dokumentieren.

#### **4. Einleitung der substitutionsgestützten Behandlung**

Folgende ärztliche Maßnahmen sind vor Einleitung einer Substitutionsbehandlung erforderlich:

- gründliche Erhebung der Vorgeschichte des Patienten,
- eingehende Untersuchung des Patienten,
- ggf. Austausch mit Vorbehandlern,

- Ausschluss einer Mehrfachsubstitution,
- Durchführung eines Drogenscreenings zur Feststellung des Opiatgebrauchs und des Gebrauchs weiterer Substanzen,
- Feststellung der Opiatabhängigkeit und Indikationsstellung,
- Formulierung des umfassenden Therapiekonzeptes sowie Festlegung der Therapieebenen und -ziele,
- Aufklärung des Patienten, dass bei einer Substitutionstherapie die Opiatabhängigkeit erhalten bleibt,
- Wahl des geeigneten Substitutionsmittels,
- Aufklärung über die Gefahren einer nicht bestimmungsgemäßen Applikationsform,
- ausführliche Aufklärung des Patienten über das Substitutionsmittel und dessen Wirkungen, Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit psychoaktiven Substanzen wie z. B. Alkohol und Benzodiazepinen,
- Aufklärung über eine eventuelle Einschränkung des Reaktionsvermögens bzw. Fahruntüchtigkeit (gemäß Richtlinie der Bundesanstalt für Straßenwesen – BASt),
- Abklärung einer evtl. bestehenden Schwangerschaft,
- Aufklärung über eine i. d. R. verbesserte Fertilität unter Substitution und geeignete Verhütungsmaßnahmen,
- Abschluss einer Vereinbarung mit dem Patienten,
- Meldung in codierter Form an das Substitutionsregister bei der Bundesopiumstelle gemäß § 5a BtMVV.

Bei der Substitution mit Diamorphin sind die erhöhten gesetzlichen Anforderungen zu beachten. Z. B. sind Informationen über erfolgte Vorbehandlungen der Opiatabhängigkeit zwingend einzuholen. Der Patient ist hierüber aufzuklären.

Der Patient ist über die besondere Pharmakokinetik des Diamorphins, möglichen Nebenwirkungen, Wechselwirkungen mit anderen Substanzen sowie die Besonderheiten der Applikation aufzuklären.

Bei einer Substitutionsbehandlung auf der Grundlage von ICD F11.21 ist wegen des unklaren Toleranzstatus nach Abstinenz unter geschützten Bedingungen besondere Vorsicht geboten.

## **5. Wahl und Einstellung des Substitutionsmittels**

Zur Substitution dürfen nur die in der BtMVV zugelassenen Substitutionsmittel eingesetzt werden. Diese haben unterschiedliche Wirkungs- und Nebenwirkungsprofile, die zu beachten und in ein umfassendes Therapiekonzept einzupassen sind. Der Arzt ist verpflichtet, sich fortlaufend und umfassend über Wirkungen und Nebenwirkungen sowie Interaktionen der von ihm eingesetzten Substitutionsmittel zu informieren.

Die Einstellung auf die erforderliche Dosis des jeweiligen Substituts muss mit besonderer Sorgfalt und ggf. fraktioniert erfolgen. Einstiegsdosis und Dosisfindung sind so zu wählen, dass auch bei nichtbestehender Opiattoleranz eine Überdosierung ausgeschlossen ist. In besonders schwierigen Einzelfällen sollte die Dosisfindung stationär erfolgen.

Bei einer Substitution mit Diamorphin kann ergänzend auch mit einem anderen Substitut behandelt werden.

## **6. Vereinbarungen mit dem Patienten**

Für die Durchführung der geplanten Therapiemaßnahmen ist die ausdrückliche Einwilligung des Patienten einzuholen. Dazu ist er über folgende Modalitäten der geplanten Behandlung aufzuklären:

- anzuwendende Substitutionsmittel und mögliche Neben- und Wechselwirkungen,
- Organisation der täglichen Vergabe sowie an Wochenenden, Feiertagen und in Urlaubszeiten,
- Take-home-Regelungen,
- Einnahme unter Sicht,
- Verzicht auf Konsum anderer Stoffe, die den Zweck der Substitution sowie die Gesundheit gefährden,
- Kontrollen auf den Konsum weiterer Substanzen einschließlich Alkohol, z. B. mit Urinscreening, Atemalkoholtest,
- Abbruchkriterien,
- erforderliche psychosoziale Betreuung,
- Aufklärung über eine eventuelle Einschränkung des Reaktionsvermögens und Fahrtüchtigkeit,

- Erforderlichkeit einer Schweigepflichtsentbindung gegenüber den beteiligten Institutionen (z.B. Ärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung, psychosoziale Betreuungsstelle, Apotheke, vorbehandelnde Stellen),
- Zentrale Meldeverpflichtung in codierter Form zur Verhinderung von Doppelvergaben.

Über die wichtigsten Regularien der Behandlung soll eine schriftliche Vereinbarung (Behandlungsvertrag) abgeschlossen werden.

Die Besonderheiten einer Substitution mit Diamorphin sind in der Vereinbarung mit dem Patienten zu berücksichtigen.

### **7. Zusammenarbeit mit der Apotheke**

Um einen reibungslosen Ablauf der substitutionsgestützten Behandlung zu garantieren, sollen rechtzeitig mit den Apotheken die Lieferungs- und Vergabemodalitäten besprochen werden.

Für die Substitution mit Diamorphin gilt der Sondervertriebsweg nach § 47b Abs. 1 AMG.

### **8. Verabreichung unter kontrollierten Bedingungen**

Die Verabreichung der oralen Substitutionsmittel darf nach den Bestimmungen der BtMVV nur in den jeweils pro Tag erforderlichen Dosen erfolgen.

Das Substitutionsmittel ist dem Patienten durch den Arzt, dessen Vertreter oder – wo rechtlich zulässig – durch den Apotheker oder von dem Arzt beauftragtes, entsprechend qualifiziertes Fachpersonal zum unmittelbaren Verbrauch zu überlassen.

Hinsichtlich der Dosisfindung sind bei einer Substitution mit Diamorphin aufgrund der schnelleren Anflutung und kürzeren Halbwertszeit besondere Vorkehrungen zu treffen.

Nach jeder Applikation des Diamorphins ist vom behandelnden Arzt eine Bewertung des klinischen Zustandes des Patienten vorzunehmen.

Vergabe, Injektion und Rückgabe der Injektionsutensilien müssen durch den Arzt, dessen Vertreter oder von ihm beauftragtes medizinisches Personal überwacht werden.

Der Arzt oder die verabreichende Person muss sich von der ordnungsgemäßen Einnahme überzeugen.

Für Vertretungen (Urlaub, Krankheit) soll ein anderer Arzt mit der erforderlichen Qualifikation gemäß § 5 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 BtMVV mit der Durchführung der Substitutionsbehandlung beauftragt werden. Steht als Vertreter kein Arzt mit dieser Qualifikation zur Verfügung, so kann für einen Zeitraum von bis zu 4 Wochen und längstens insgesamt 12 Wochen im Jahr auch ein Arzt ohne diese Qualifikation die Substitution gemäß § 5 Abs. 3 Sätze 4 bis 9 BtMVV durchführen.

Der Vertreter ist durch den behandelnden Arzt oder durch eine beauftragte Person mit der entsprechenden Qualifikation über relevante Inhalte der BtMVV sowie anderer Bestimmungen zur Substitution bei Opiatabhängigkeit aufzuklären.

Wird die Behandlung durch einen Vertreter ohne die erforderliche Qualifikation weitergeführt, muss sie mit dem behandelnden oder mit einem konsiliarisch hinzugezogenen Arzt, der die erforderliche Qualifikation besitzt, abgestimmt werden. Die Voraussetzungen zur Substitution gemäß § 5 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 bis 5 BtMVV gelten gleichermaßen.

Bei einem Wechsel in eine Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme, Inhaftierung oder andere Form einer stationären Unterbringung ist die Kontinuität der Behandlung durch die übernehmende Institution sicherzustellen.

Die Vergabe von Diamorphin erfolgt nur in solchen Einrichtungen, für die die zuständige Landesbehörde eine Erlaubnis erteilt hat. Eine qualifizierte ärztliche Versorgung ist in diesen Einrichtungen durchgängig sicherzustellen.

## **9. Verschreibung zur eigenverantwortlichen Einnahme des Substitutionsmittels**

### **(„Take-home-Verordnung“)**

Eine „Take-home-Verordnung“ ist eine Verschreibung des Substitutionsmittels zur eigenverantwortlichen Einnahme. Sie ist mit einer Ausgabe des Rezeptes an den Patienten verbunden. Eine Mitgabe von Substitutionsmedikamenten aus dem Praxisbestand ist hingegen strafbar. Eine Ausnahme sieht die BtMVV lediglich für die in § 5 Abs. 6 Satz 3 genannten Voraussetzungen vor (Substitution mit Codein oder Dihydrocodein).

Eine „Take-home-Verordnung“ setzt voraus, dass

- die Einstellung auf das Substitutionsmittel abgeschlossen ist,
- der bisherige Verlauf der Behandlung zu einer klinischen Stabilisierung des Patienten geführt hat,
- Risiken der Selbstgefährdung soweit wie möglich ausgeschlossen sind,
- der Patient stabil keine weiteren Substanzen konsumiert, die zusammen mit der Einnahme des Substitutionsmittels zu einer gesundheitlichen Gefährdung führen können,
- der Patient die erforderlichen Kontakte zum Arzt und zur PSB wahrgenommen hat,
- die psychosoziale Reintegration fortgeschritten ist und
- für eine Fremdgefährdung durch Weitergabe des Substitutionsmittels keine Hinweise bestehen.

Wegen des Missbrauchsrisikos von „Take-home-Verordnungen“ obliegt dem behandelnden Arzt eine besondere Verantwortung. In der Regel sollte eine „Take-home-Verordnung“ zunächst für kurze Zeiträume erfolgen. Der durch die BtMVV gesetzte Rahmen für eine „Take-home-Verordnung“ liegt bei bis zu 7 Tagen. Die Verordnung unterliegt der Entscheidung und Verantwortung des behandelnden Arztes.

In Fällen, in denen die Kontinuität der Substitutionsbehandlung nicht anderweitig gewährleistet werden kann, kann eine Verschreibung des Substitutionsmittels für einen Zeitraum von bis zu 2 Tagen pro Woche erfolgen, sobald der Verlauf der Behandlung dies zulässt und Risiken der Selbst-oder Fremdgefährdung soweit wie möglich ausgeschlossen sind.

Die gemäß § 5 Abs. 8 BtMVV in begründeten Ausnahmefällen (zur Sicherstellung der Versorgung bei Auslandsaufenthalten).mögliche Verschreibung des Substitutionsmittels beträgt maximal 30 Tage im Jahr. Diese Verschreibung ist gemäß § 5 Abs. 8 Satz 9 umgehend der zuständigen Landesbehörde anzuzeigen.

Im Rahmen der „Take-home-Verordnung“ soll der Arzt mindestens einmal pro Woche persönlichen Kontakt mit dem Patienten haben und bei Bedarf eine klinische Untersuchung sowie eine Urinkontrolle durchführen, um den Behandlungsverlauf angemessen beurteilen

und ggf. darauf reagieren zu können. In diesem Zusammenhang soll auch die kontrollierte Einnahme des Substitutionsmittels für diesen Tag stattfinden.

Insbesondere im Hinblick auf eine „Take-home-Verordnung“ muss der behandelnde Arzt den Patienten umfassend aufklären über:

- den bestimmungsgemäßen Gebrauch des Substitutionsmittels,
- die Risiken einer eigenmächtigen Dosisänderung,
- das Verbot der Überlassung des Substitutionsmittels an Dritte,
- die Gefahren, die von dem Substitutionsmittel für andere Personen ausgehen können, besonders die Gefahr für Kinder und opiatnaive Personen,
- die (kinder-)sichere Lagerung des Substitutionsmittels.

Die Entscheidungsgründe und Voraussetzungen für eine „Take-home-Verordnung“ sowie die Aufklärung des Patienten darüber sind zu dokumentieren. Eine „Take-home-Verordnung“ von Diamorphin ist strafbar.

## **10. Behandlungsausweis**

Der behandelnde Arzt stellt dem Patienten einen Behandlungsausweis aus, in dem das entsprechende Substitutionsmittel und die aktuelle Tagesdosis in Milligramm (mg) aufgeführt sind. Die letzte Eintragung sollte nicht älter als drei Monate sein.

## **11. Therapiekontrolle**

Der substituierende Arzt muss sich im gesamten Behandlungsverlauf anhand klinischer und laborchemischer Parameter ein genaues Bild davon machen, ob der Patient das Substitut in der verordneten Weise einnimmt und ob bzw. in welchem Umfang ein Konsum anderer psychotroper Substanzen besteht.

Die Kontrollintervalle sind dem Behandlungsverlauf anzupassen. Sie sollten während der Eindosierungsphase enger gesetzt werden. Bei stabilem Verlauf können größere Intervalle gewählt werden, die in schwierigen Behandlungssituationen ggf. wieder zu verkürzen sind.

Je nach Lage des Einzelfalles ist der Konsum von Opiaten, Benzodiazepinen, Kokain, Amphetaminen und Alkohol sowie ggf. weiterer Stoffe zu prüfen. Die Untersuchungsergebnisse bilden die Entscheidungsgrundlage für die Einleitung der „Take-home-Verordnung“ sowie die Festlegung der Verordnungsintervalle.

Hat der Patient akut andere psychotrope Stoffe konsumiert, die in Kombination mit dem Substitut zu einer gesundheitlichen Gefährdung führen können, ist das Substitut in angepasster Dosierung zu verabreichen oder ggf. von einer Verabreichung vollständig abzusehen. Insbesondere ist der Patient darauf hinzuweisen, dass eine Einnahme des Substituts in Kombination mit Alkohol und/oder Sedativa zu Atemdepressionen mit tödlichem Ausgang führen kann.

Der behandelnde Arzt ist zu einer sorgfältigen Dokumentation der Untersuchungsergebnisse sowie der daraus folgenden Überlegungen und Konsequenzen verpflichtet.

Bei vorliegendem Konsum weiterer psychotroper Substanzen sollte zunächst die Ursache eruiert und nach Möglichkeiten ihrer Beseitigung gesucht werden. Dabei ist insbesondere an folgende Gründe zu denken:

- eine erfolgte Destabilisierung der individuellen Lebenssituation,
- eine inadäquate Dosierung oder Wahl des Substitutionsmittels,
- eine komorbide psychische oder somatische Erkrankung.

Die Ergebnisse der sich daraus ergebenden Überlegungen sind in das Therapiekonzept einzubeziehen. Hierbei ist die Zusammenarbeit mit der psychosozialen Beratungsstelle angeraten.

Liegt ein die Substitution gefährdender Konsum weiterer psychotroper Substanzen vor, ist deren Entzug (ggf. unter stationären Bedingungen) einzuleiten.

## **12. Beendigung und Abbruch der substitutionsgestützten Behandlung**

Eine reguläre Beendigung der Substitution kann in Abstimmung zwischen Arzt und Patient erfolgen, wenn sie nicht mehr erforderlich oder seitens des Patienten nicht mehr gewünscht ist.

Eine Substitutionstherapie ist zu beenden, wenn

- sie sich als nicht geeignet erweist,
- sie mit einem fortgesetzten, problematischen Konsum anderer gefährdender Substanzen einhergeht.

Ein Abbruch der Behandlung durch den Arzt ist dann begründet, wenn der Patient sich wiederholt und anhaltend nicht an getroffene Vereinbarungen hält oder gegen die Regeln der Einrichtung verstößt. Insbesondere ist dies der Fall wenn er

- gegenüber anderen Patienten oder Einrichtungsmitarbeitern Gewalt ausübt oder androht,
- Suchtstoffe weitergibt oder Handel mit ihnen betreibt,
- vereinbarte Termine nicht wahrnimmt,
- erforderliche Therapiekontrollen verweigert,
- an vereinbarten psychosozialen Begleitmaßnahmen nicht teilnimmt.

Aufgrund des hohen Gefährdungspotenzials, das mit einem Behandlungsabbruch verbunden ist, ist anzustreben, den Patienten auch bei Verstößen möglichst weiter in der Behandlung zu halten. Vor einem Abbruch ist daher immer zunächst zu prüfen, ob die Non Compliance Resultat der zu behandelnden Suchterkrankung oder komorbider Störungen ist.

Bevor eine Behandlung beendet wird, sollten alle anderen Interventionsmöglichkeiten ausgeschöpft worden sein. Hierzu gehören insbesondere Optimierungen des Therapiekonzeptes, z. B. durch Dosisanpassungen, sowie Versuche eines Wechsels des Patienten in ein anderes ambulantes oder stationäres Therapieangebot.

Ein Therapieabbruch sollte nicht allein aus einer akuten Situation heraus erfolgen, sondern in einem wiederholten Fehlverhalten begründet sein. Zuvor müssen möglicher Nutzen und Schaden eines Therapieabbruchs gegeneinander abgewogen worden sein. Bei vorliegender Schwangerschaft sind Behandlungsabbrüche nach Möglichkeit zu vermeiden, da in diesen Fällen eine besondere Gefährdung für das ungeborene Leben besteht.

Kommt es zu einem Abbruch der Behandlung, soll der Patient über die körperlichen, psychischen und sozialen Folgewirkungen aufgeklärt und ihm die Möglichkeit zu einem geordneten Entzug vom Substitutionsmittel gegeben werden. Dazu gehört, dass das Absetzen des Substitutionsmittels ausschleichend in vereinbarten Schritten erfolgt. Gegebenenfalls sollte die Überweisung an einen weiterbehandelnden Arzt oder in eine stationäre Entzugsbehandlung erfolgen.

Die Gründe für eine Beendigung oder einen Abbruch der Therapie sind zu dokumentieren.

### **13. Arztwechsel**

Vor einer geplanten Übernahme eines bereits in substitutionsgestützter Behandlung befindlichen Patienten muss sich der weiterbehandelnde Arzt mit dem vorbehandelnden Kollegen in Verbindung setzen. Eine Schweigepflichtsentbindung ist einzuholen.

### **14. Dokumentationspflicht**

Die Dokumentationspflicht ergibt sich aus dem bestehenden Berufsrecht, der BtMVV sowie besonderen Anforderungen an die substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger. Hierbei sind folgende Aspekte zu dokumentieren:

- die Anamnese und die Untersuchungsergebnisse,
- die Indikation, die Diagnose, die Therapieziele,
- erforderliche Begleitmaßnahmen entsprechend des Therapiekonzeptes,
- die Meldung des Patienten in anonymisierter Form an das zentrale Substitutionsregister,
- durchgeführte Drogenscreenings und Ergebnisse der Beigebrauchskontrollen,
- jeweils personengebundene Entbindung der Schweigepflicht durch den Patienten,
- Behandlungsvereinbarung mit dem Patienten,
- der Vermerk über die erfolgte Aufklärung des Patienten über Gefahren und Nebenwirkungen zusätzlich gebrauchter psychotroper Substanzen,
- die Aufklärung über eine mögliche Fahruntauglichkeit und über eine mögliche Einschränkung beim Bedienen von Maschinen und schwerem Gerät,
- Art, Dosis und Vergabemodalitäten des Substitutionsmittels,
- im Fall der "Take-home-Verordnung": Begründung für die "Take-home-Verordnung" und der Stand der erreichten Behandlung, der eine "Take-home-Verordnung" zulässt, sowie Dokumentation des Aufklärungsgesprächs mit dem Patienten,
- die Ausstellung eines Behandlungsausweises,
- im Fall des Abbruchs der Behandlung die Begründung (möglichst in Zusammenarbeit mit der für die psychosoziale Betreuung zuständigen Stelle).und Dokumentation des Aufklärungsgesprächs – sofern dies möglich ist – mit dem Patienten,
- Gesundheitszustand des Patienten bei Beendigung der Behandlung sowie ggf. eingeleitete weitere Maßnahmen,
- Bei einer Substitution mit Diamorphin ist ergänzend auch die Erfüllung der vom Gesetzgeber vorgegebenen Indikationskriterien zu dokumentieren.

Befunde und Maßnahmen, die im Rahmen der substitutionsgestützten Behandlung dokumentiert wurden, sind zum Zweck der Auswertung der Qualitätssicherungsmaßnahmen auf Verlangen der zuständigen Landesärztekammer und/oder der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung in anonymisierter Form zur Verfügung zu stellen.

## **15. Qualitätssicherung**

Der Arzt soll ein kontinuierliches Qualitätsmanagement durchführen, welches ihn in die Lage versetzt, fortwährend die Qualität der substitutionsgestützten Behandlung selbstständig zu verbessern.

Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung umfassen insbesondere

- die Sicherung der Diagnose „manifeste Opiatabhängigkeit“ und der Substitutionsindikation,
- die Erstellung eines individuellen Therapieplanes für jeden Substituierten mit Festlegung der Therapieziele und -ebenen, der Verlaufs- und Ergebniskontrollen,
- Festlegung der psychosozialen Betreuung,
- die Festlegung von Kontrollen zum Gebrauch psychotroper Substanzen,
- die Festlegung von Abbruchkriterien.

Zur internen Qualitätssicherung empfiehlt sich die Nutzung eines Qualitätsmanagement-Handbuches, in dem Qualitätsziele, Qualitätsindikatoren und Vorgehensweisen zur Erreichung der Qualitätsziele konkretisiert werden (interne Qualitätssicherung z. B. durch das ASTO-Handbuch). Darüber hinaus wird die Teilnahme an einem Qualitätszirkel oder einer Supervision empfohlen.

Für die externe Qualitätssicherung treffen die Landesärztekammern und die Kassenärztlichen Vereinigungen besondere Regelungen.

Die Anzahl der substituierten Patienten sollte sich nach den Gegebenheiten und Möglichkeiten der Praxis richten, um eine qualifizierte Behandlung zu gewährleisten. Praxen oder spezielle Einrichtungen, die mehr als 50 Opiatabhängige substituieren, sollen im Rahmen einer geregelten Kooperation die psychosozialen Betreuungsmaßnahmen integrieren.

In Einrichtungen zur Substitution mit Diamorphin soll die PSB in der Einrichtung selber vorgehalten werden – unabhängig von der Zahl der zu substituierenden Patienten.

Zum Zwecke der Qualitätssicherung gemäß § 5 M-BO und zur konsiliarischen Beratung substituierender Ärzte werden bei den zuständigen Landesärztekammern Beratungskommissionen eingerichtet. Diesen gehören in der Sucht- und Substitutionsbehandlung erfahrene Ärzte an. Bei entsprechenden Fragestellungen werden Vertreter des Drogenhilfesystems oder andere Experten zu den Beratungen hinzugezogen. Eine enge Zusammenarbeit mit der zuständigen Qualitätssicherungskommission der Kassenärztlichen Vereinigung ist anzustreben.

Die Beratungskommission erfüllt insbesondere folgende Aufgaben:

- Beratung von substituierenden Ärzten zu allen Aspekten und Problemen der substitutionsgestützten Behandlung (z. B. Indikationsstellung, notwendige Begleitmaßnahmen, Einleitung der Substitution, Probleme bei der Auswahl und Einstellung des Substitutionsmittels, Indikation zum Abbruch und Durchführung des Entzuges),
- Beratung von substituierenden Ärzten, die im Rahmen einer Konsiliar- oder Vertretungsregelung tätig sind und denen eine Kontaktaufnahme mit dem originär substituierenden Arzt aktuell nicht möglich ist,
- Festlegung von Kriterien zur Qualitätssicherung der substitutionsgestützten Behandlung und deren Überprüfung,
- Sicherstellung einer Zweitbegutachtung von Patienten, die mit Diamorphin substituiert werden, nach zwei Jahren durch einen entsprechend qualifizierten Arzt.

## **16. Qualifikation des behandelnden Arztes**

Die Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger darf nur von solchen Ärzten übernommen werden, die die Mindestanforderungen an eine suchttherapeutische Qualifikation erfüllen, die von den Ärztekammern festgelegt wurde.

Im Rahmen der Konsiliar- und Vertretungsregelung gemäß § 5 Abs. 3 BtMVV kann im Ausnahmefall eine Substitution auch ohne eine entsprechende suchttherapeutische Qualifikation durchgeführt werden. Für diesen Fall gelten die in Kapitel 8 aufgeführten Bedingungen.

Für die Diamorphingestützte Substitutionsbehandlung sind zusätzliche Qualifikationsanforderungen gemäß den Regelungen der zuständigen Ärztekammer zu berücksichtigen. Darüber hinaus wird die kontinuierliche Teilnahme an anerkannten Fortbildungsveranstaltungen im Bereich der Sucht-oder Notfallmedizin empfohlen.

## **Anhang B: RMvV**

Die Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Anlage I).(kurz: Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung)

### 2. Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger

#### **Präambel**

Krankenbehandlung im Sinne des §27 SGB V umfasst auch die Behandlung von Suchterkrankungen. Das alleinige Auswechseln des Opiats durch ein Substitutionsmittel stellt jedoch keine geeignete Behandlungsmethode dar und ist von der Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).nicht umfasst. Oberstes Ziel der Behandlung ist die Suchtmittelfreiheit. Ist dieses Ziel nicht unmittelbar und zeitnah erreichbar, so ist im Rahmen eines umfassenden Therapiekonzeptes, das auch, soweit erforderlich, begleitende psychiatrische und/oder psychotherapeutische Behandlungs-oder psychosoziale Betreuungs-Maßnahmen mit einbezieht, eine Substitution zulässig. Eine Leistungspflicht der Krankenkassen für die begleitende psychiatrische und/oder psychotherapeutische Betreuung besteht nur insoweit, als diese zur Krankenbehandlung erforderlich ist. Die nach der Betäubungsmittel Verschreibungsverordnung (BtMVV).vorgesehene psychosoziale Betreuung fällt nicht unter die Leistungspflicht der GKV.

#### **§1 Inhalt**

Die Richtlinie regelt die Voraussetzungen zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung (im folgenden „Substitution“).bei manifest Opiatabhängigen in der vertragsärztlichen Versorgung. Die Richtlinie gilt für alle Substitutionen, unabhängig davon, mit welchen nach der BtMVV zugelassenen Substitutionsmitteln sie durchgeführt werden. Als manifest opiatabhängig im Sinne dieser Richtlinie gelten auch solche Abhängige, die bereits mit einem Drogensatzstoff substituiert werden. Neben den Vorgaben dieser Richtlinie sind die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG).und der Betäubungsmittel Verschreibungsverordnung (BtMVV).zu beachten.

#### **§2 Genehmigungspflicht für Ärzte und Einrichtungen**

- (1) In der vertragsärztlichen Versorgung dürfen Substitutionen nur von solchen Ärzten durchgeführt werden, die gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung (KV).ihre fachliche Befähigung gemäß § 5 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 BtMVV oder die Erfüllung der

Voraussetzungen gemäß § 5 Abs. 3 BtMVV nachgewiesen haben und denen die KV eine Genehmigung zur Substitution erteilt hat. Für die Substitution mit Diamorphin gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass sich die Befähigung nach § 5 Abs. 2 Nr. 6 BtMVV auf die Behandlung mit Diamorphinerstrecken muss und diese nur durch eine mindestens sechsmonatige Tätigkeit im Rahmen des Modellprojekts „Heroingestützte Behandlung Opiatabhängiger“ ersetzt werden kann.

- (2) Substitutionen mit Diamorphin dürfen nur in Einrichtungen durchgeführt werden, in denen eine Behandlung nach den Anforderungen dieser Richtlinie gewährleistet ist, denen die zuständige KV nach diesen Kriterien eine Genehmigung erteilt hat und die von der zuständigen Landesbehörde eine Erlaubnis gemäß § 5 Abs. 9b BtMVV erhalten haben.

### **§ 3 Indikation**

- (1) Die Substitution kann nur als Bestandteil eines umfassenden Therapiekonzeptes durchgeführt werden zur
- a. Behandlung einer manifesten Opiatabhängigkeit mit dem Ziel der schrittweisen Wiederherstellung der Betäubungsmittelabstinenz einschließlich der Besserung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes,
  - b. Unterstützung der Behandlung einer neben der Opiatabhängigkeit bestehenden schweren Erkrankung oder
  - c. Verringerung der Risiken einer Opiatabhängigkeit während einer Schwangerschaft und nach der Geburt.
- (2) Bei Vorliegen einer manifesten Opiatabhängigkeit ist eine Substitution dann indiziert, wenn die Abhängigkeit seit längerer Zeit besteht und
- a. wenn Abstinenzversuche unter ärztlicher Kontrolle keinen Erfolg erbracht haben oder
  - b. wenn eine drogenfreie Therapie derzeit nicht durchgeführt werden kann oder
  - c. wenn die substitutionsgestützte Behandlung im Vergleich mit anderen Therapiemöglichkeiten die größte Chance zur Heilung oder Besserung bietet.

Für die Substitution mit Diamorphin gelten zusätzlich die Voraussetzungen nach Absatz 3a.

- (3) Bei einer erst kürzer als zwei Jahre bestehenden Opiatabhängigkeit sowie bei Opiatabhängigen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erfolgt eine

Überprüfung nach § 9 Abs.4. In diesen Fällen ist die Substitution in der Regel nur als zeitlich begrenzte Maßnahme zum Übergang in eine drogenfreie Therapie zulässig.

(3a). Wird hier nicht aufgeführt.

(4) Das umfassende Therapiekonzept beinhaltet:

1. eine ausführliche Anamnese (insbesondere Suchtanamnese).mit Erhebung relevanter Vorbefunde, insbesondere über bereits erfolgte Suchttherapien, sowie über parallel laufende Mitbehandlungen bei anderen Therapeuten,
2. eine körperliche Untersuchung (einschließlich Urinanalyse).zur Sicherung der Diagnose der manifesten Opiatabhängigkeit und zur Diagnostik des Beigebrauchs,
3. die einleitende und begleitende Abklärung ggf. vorliegender Suchtbegleit- und Suchtfolgeerkrankungen,
4. eine sorgfältige Abwägung, ob für den individuellen Patienten eine drogenfreie oder eine substitutionsgestützte Behandlung angezeigt ist,
5. die Ermittlung des Hilfebedarfs im Rahmen der psychosozialen Betreuung durch eine psychosoziale Drogenberatungsstelle,
6. bei einer Substitution mit Diamorphin während der ersten 6 Monate der Substitution zwingend Maßnahmen der psychosozialen Betreuung. Nach Ablauf der ersten 6 Monate ist die psychosoziale Betreuung am individuellen Krankheitsverlauf des Patienten auszurichten. Ist nach den ersten 6 Monaten in begründeten Fällen keine psychosoziale Betreuung mehr erforderlich, ist dies durch den Arzt in Zusammenarbeit mit der psychosozialen Beratungsstelle schriftlich zu bestätigen,
7. die Erstellung eines individuellen Therapieplans, der enthält
  - a) die zeitliche und qualitative Festlegung der Therapieziele,
  - b) die Auswahl und die Dosierung des Substitutionsmittels,
  - c) ein Dosierungsschema, das ggf. auch die Art der Reduktion und den Zeitraum des allmählichen Absetzens des Substitutionsmittels festlegt,

- d) sowie die im Einzelfall erforderlichen psychosozialen  
Betreuungsmaßnahmen und/oder ggf. psychiatrische und  
psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen,
  - 8. Verlaufs- und Ergebniskontrollen einschließlich unangekündigter  
Beigebrauchskontrollen,
  - 9. den Abschluss einer Behandlungsvereinbarung mit dem Patienten.
- (5) Der substituierende Arzt überprüft und dokumentiert regelmäßig die Fortschritte des Patienten hinsichtlich der Ziele der Substitutionsbehandlung sowie der weiteren medizinischen Maßnahmen des vorgesehenen Therapiekonzeptes und nimmt ggf. erforderliche Anpassungen vor. Insbesondere ist kritisch zwischen den Vor- und Nachteilen einer Fortführung der Substitution gegenüber dem Übergang in eine drogenfreie Behandlung abzuwägen. Bei Beigebrauch ist wegen der damit möglicherweise verbundenen lebensbedrohlichen Gefährdung eine sorgfältige individuelle Risikoabwägung zwischen Fortführung und Beendigung der Substitution vorzunehmen.
- (6) Die Substitution mit Diamorphin ist nach jeweils spätestens zwei Jahren Behandlungsdauer daraufhin zu überprüfen, ob die Voraussetzungen für die Behandlung noch gegeben sind und ob die Behandlung fortzusetzen ist. Die Überprüfung erfolgt durch Einholung einer Zweitmeinung durch einen Arzt, der die Qualifikation gemäß § 5 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 BtMVV besitzt und der nicht der Einrichtung angehört. Ergibt diese Überprüfung, dass die Voraussetzungen für die Behandlung nicht mehr gegeben sind, ist die diamorphingestützte Behandlung zu beenden.

#### **§ 4 Ausschlussgründe**

Eine Substitution darf nicht durchgeführt werden, wenn und solange

1. der Substitution medizinisch allgemein anerkannte Ausschlussgründe entgegenstehen, wie z.B. eine primäre/hauptsächliche Abhängigkeit von anderen psychotropen Substanzen (Alkohol, Kokain, Benzodiazepine etc.) oder
2. der Patient Stoffe gebraucht, deren Konsum nach Art und Menge den Zweck der Substitution gefährdet.

## **§ 5 Meldeverfahren zur Vermeidung von Mehrfachsubstitution**

Der substituierende Arzt hat gemäß § 5a BtMVV zur Vermeidung von Mehrfachsubstitutionen dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte nach einem dazu von diesem festgelegten Verfahren unverzüglich Meldung über Substitutionen zu erstatten.

## **§ 6 Zugelassene Substitutionsmittel**

Zur Substitution in der vertragsärztlichen Versorgung darf der Arzt nur solche Substitutionsmittel verwenden, die gemäß BtMVV für diesen Bestimmungszweck zugelassen sind. Zur Wahrung des Wirtschaftlichkeitsgebotes hat der Arzt gemäß den Arzneimittel-Richtlinien grundsätzlich das kostengünstigste Substitutionsmittel in der preisgünstigsten Darreichungsform zu verwenden. In den von der BtMVV vorgesehenen anders nicht behandelbaren Ausnahmefällen kann von diesem Grundsatz abgewichen werden.

## **§ 7 Dokumentation, Anzeigeverfahren**

- (1) Bei Einleitung einer Substitution dokumentiert und begründet der Arzt die festgestellte medizinische Indikation und die im Rahmen des umfassenden Therapiekonzepts vorgesehenen weiteren medizinischen Behandlungsmaßnahmen gemäß § 3. Darüber hinaus ist in der Dokumentation anzugeben, durch welche Stelle die begleitende psychosoziale Betreuung durchgeführt wird. Eine aktuelle schriftliche Bestätigung der psychosozialen Beratungsstelle über die Aufnahme oder die Fortführung einer psychosozialen Betreuung ist der Dokumentation beizufügen. Ist ausnahmsweise keine psychosoziale Betreuung erforderlich, ist dies durch die psychosoziale Beratungsstelle schriftlich zu bestätigen. Bei der Substitution mit Diamorphin ist eine Ausnahme nach Satz 4 während der ersten 6 Monate unzulässig.
- (2) Beginn und Beendigung einer Substitution hat der Arzt unverzüglich der zuständigen KV und der leistungspflichtigen Krankenkasse anzuzeigen. Hierzu hat der Arzt zu Beginn der Behandlung eine schriftliche Einverständniserklärung des Patienten einzuholen.
- (3) Liegen einer Krankenkasse oder einer KV Informationen vor, dass ein Patient durch mehrere Ärzte substituiert wird, so benachrichtigen sie alle beteiligten Ärzte sowie die Qualitätssicherungskommission, um eine Mehrfachsubstitution zu verhindern. Die Ärzte legen unter Beteiligung des Patienten schriftlich fest, welcher Arzt die Substitution durchführt. Die leistungspflichtige Krankenkasse und die Beratungskommission der KV sind entsprechend zu benachrichtigen.

## **§ 8 Abbruchkriterien zur Substitution**

Bei Vorliegen folgender Voraussetzungen ist die Substitution zu beenden:

1. gleichzeitige Substitution durch einen anderen Arzt, sofern die Mehrfachsubstitution nicht nach § 7 Abs. 3 einvernehmlich eingestellt wird,
2. nicht bestimmungsgemäße Verwendung des Substitutionsmittels,
3. Ausweitung oder Verfestigung des Gebrauchs von Suchtstoffen neben der Substitution,
4. dauerhafte Nicht-Teilnahme des Substituierten an erforderlichen psychosozialen Betreuungsmaßnahmen,
5. Feststellung der Kommission nach § 9, dass die Voraussetzungen des § 3 nicht oder nicht mehr vorliegen.

## **§ 9 Qualitätssicherung**

- (1) Die KVen richten fachkundige Kommissionen zur Beratung bei der Erteilung von Genehmigungen für Substitutionsbehandlungen nach § 2 sowie für die Qualitätssicherung und die Überprüfung der Indikation nach § 3 durch Stichproben im Einzelfall (Qualitätssicherungskommissionen). Die Kommissionen bestehen aus sechs Mitgliedern. Drei in Fragen der Opiatabhängigkeit fachkundige Mitglieder werden von der KV benannt, darunter sollen zwei Ärzte mit besonderer Erfahrung in der Behandlung von Suchtkranken sein. Zwei in Drogenproblemen fachkundige Mitglieder werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und ein in Drogenproblemen fachkundiges Mitglied von den Verbänden der Ersatzkassen benannt. Die Krankenkassen können sich in den Kommissionen auch durch Ärzte des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen vertreten lassen.
- (2) Die Qualitätssicherungskommission kann von Vertragsärzten zu allen Problemen der qualifizierten substitutionsgestützten Behandlung (z. B. Indikationsstellung, notwendige Begleitmaßnahmen, Beigebrauchsprobleme, Indikation zum Abbruch). mit der Bitte um Beratung angerufen werden.
- (3) Die Kommissionen nach Abs. 1 haben die Qualität der vertragsärztlichen Substitution und das Vorliegen der Voraussetzungen des § 3 durch Stichproben im Einzelfall zu überprüfen. Pro Quartal sind mindestens 2% der abgerechneten Behandlungsfälle im Rahmen einer Zufallsauswahl zu prüfen. Auf Beschluss der Kommission können zusätzlich einzelne Ärzte für eine umfangreichere Prüfung aus-gewählt werden. Zum Zweck der Prüfung der Qualität der substitutionsgestützten Behandlung haben die

substituierenden Ärzte auf Verlangen der KV die patientenbezogenen Dokumentationen gem. § 7 mit den jeweiligen umfassenden Therapiekonzepten und den Behandlungsdokumentationen mit Zwischenergebnissen der Qualitätssicherungskommission vorzulegen.

- (4) Bei allen Substitutionsbehandlungen gemäß § 3 Abs. 3 sowie bei allen Substitutionsbehandlungen mit Diamorphin, Codein oder Dihydrocodein hat der Arzt unverzüglich mit der Aufnahme der Substitutionsbehandlung die patientenbezogenen Dokumentationen gem. § 7 mit den jeweiligen umfassenden Therapiekonzepten sowie den Behandlungsdokumentationen an die Qualitätssicherungskommission zur Prüfung zu übermitteln.
- (5) Bei allen Substitutionsbehandlungen gemäß diesen Richtlinien hat der Arzt mit Ablauf von jeweils 5 Behandlungsjahren die patientenbezogenen Dokumentationen gem. § 7 mit den jeweiligen umfassenden Therapiekonzepten und den Behandlungsdokumentationen an die Qualitätssicherungskommission zur Prüfung zu übermitteln.
- (6) Die Qualitätsprüfungen nach Abs. 3 bis 5 umfassen die Einhaltung aller Bestimmungen dieser Richtlinien.
- (7) Das Ergebnis der Überprüfung ist dem substituierenden Arzt schriftlich mitzuteilen, er ist ggf. auf Qualitätsmängel in der Substitution hinzuweisen. In gemeinsamer Beratung ist darauf hinzuwirken, dass diese Mängel behoben werden. Gelingt es trotz wiederholter Anhörung und Beratung des Arztes nicht, eine richtliniengemäße Substitutionsbehandlung zu erreichen, kann dem Arzt die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Substitution durch die KV entzogen werden.
- (8) Die Qualitätssicherungskommission erstattet alle zwei Jahre der KV und den Landesverbänden der Krankenkassen einen zusammenfassenden Bericht über die Ergebnisse ihrer Arbeit und die bisherigen Erfahrungen mit der Substitutionsbehandlung in ihrem Zuständigkeitsbereich.

## **§ 10 Anforderungen an Einrichtungen zur Substitution mit Diamorphin**

Wird hier nicht aufgeführt.

## **§ 11 Genehmigung der Leistungserbringung, Genehmigungsumfang**

- (1) Die Durchführung und Abrechnung der Substitution im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung setzt eine Genehmigung der KV nach § 2 für den substituierenden Arzt und, soweit danach erforderlich, für die Einrichtung voraus.

- (2) Der Antrag des Arztes oder der Einrichtung auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Substitution ist an die zuständige KV zu stellen. Die erforderlichen Nachweise (z.B. Zeugnisse und Bescheinigungen) über die fachliche Befähigung gemäß § 2 sind dem Antrag beizufügen. Dem Antrag einer Einrichtung zur Substitution mit Diamorphin sind außerdem die Erlaubnis der Landesbehörde gemäß § 5 BtMVV sowie eine Erklärung beizufügen, dass sie die Anforderungen gemäß § 10 dieser Richtlinie vollständig erfüllt. Über den Antrag entscheidet die KV.
- (3) Die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Substitution ist einem Arzt zu erteilen, wenn aus den vorgelegten Zeugnissen und Bescheinigungen hervor-geht, dass die in § 2 genannten Voraussetzungen an die fachliche Befähigung erfüllt sind. Die Genehmigung ist einer Einrichtung zur Substitution mit Diamorphin zu er-teilen, wenn die in § 2 genannten Voraussetzungen an die fachliche Befähigung den gemäß § 10 Nr. 1 an der Substitution beteiligten Ärzten, sowie die Anforderungen gemäß § 10 erfüllt werden und die Erlaubnis der Landesbehörde gemäß § 5 BtMVV vorliegt.
- (4) Die Anzahl der vertragsärztlich durchzuführenden Substitutionsbehandlungen sind je Arzt begrenzt. Ein Arzt soll in der Regel nicht mehr als fünfzig Opiatabhängige gleichzeitig substituieren. Die KV kann in geeigneten Fällen zur Sicherstellung der Versorgung den Genehmigungsumfang erweitern.
- (5) Die Kassenärztlichen Vereinigungen können die zuständigen Kommissionen gemäß § 9 dieser Richtlinie beauftragen, die apparativen, räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten in der substituierenden Praxis bzw. Einrichtung daraufhin zu über-prüfen, ob sie den Bestimmungen dieser Richtlinie entsprechen. Die Genehmigung zur Substitution in der vertragsärztlichen Versorgung wird nur erteilt, wenn der Arzt bzw. die Einrichtung im Antrag sein Einverständnis zur Durchführung einer solchen Überprüfung erteilt.

**§ 12 Übergangsregelung** Wird hier nicht aufgeführt.

**Anhang C:** Auszüge aus dem BetmG-Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelgesetz, BetmG).812.121

**Art. 2a** Verzeichnis (In Kraft seit 1.Juli 2011)

Das Eidgenössische Departement des Innern führt ein Verzeichnis der Betäubungsmittel, der psychotropen Stoffe sowie der Vorläuferstoffe und der Hilfschemikalien. Es stützt sich hierbei in der Regel auf die Empfehlungen der zuständigen internationalen Organisationen.

**Art. 3d** Betreuung und Behandlung

- 1 Die Kantone sorgen für die Betreuung von Personen mit suchtbedingten Störungen, die ärztliche oder psychosoziale Behandlung oder fürsorgerische Massnahmen benötigen.
- 2 Diese Behandlungen erfolgen mit dem Ziel, die therapeutische und soziale Integration von Personen mit suchtbedingten Störungen zu gewährleisten, deren körperliche und psychische Gesundheit zu verbessern sowie Bedingungen zu schaffen, die ein drogenfreies Leben ermöglichen.
- 3 Die Kantone fördern zudem die berufliche und soziale Wiedereingliederung solcher Personen.
- 4 Sie schaffen die für die Behandlung und die Wiedereingliederung notwendigen Einrichtungen oder unterstützen private Institutionen, die den Qualitätsanforderungen entsprechen.
- 5 Der Bundesrat erlässt Empfehlungen über die Grundsätze zur Finanzierung von Suchttherapien und Wiedereingliederungsmassnahmen.

**Art. 3e** Betäubungsmittelgestützte Behandlung (in Kraft seit 01.Januar 2010)

- 1 Für die Verschreibung, die Abgabe und die Verabreichung von Betäubungsmitteln zur Behandlung von betäubungsmittelabhängigen Personen braucht es eine Bewilligung. Die Bewilligung wird von den Kantonen erteilt.
- 2 Der Bundesrat kann Rahmenbedingungen festlegen.
- 3 Für die heroingestützte Behandlung braucht es eine Bewilligung des Bundes.
- 4 Der Bundesrat erlässt besondere Bestimmungen. Er sorgt insbesondere dafür, dass:
  - a. Heroin nur betäubungsmittelabhängigen Personen verschrieben wird, bei denen andere Behandlungsformen versagt haben oder deren Gesundheitszustand andere Behandlungsformen nicht zulässt;

- b. Heroin nur von spezialisierten Ärzten in hierfür geeigneten Einrichtungen verschrieben wird;
- c. Durchführung und Verlauf der heroingestützten Behandlungen periodisch überprüft werden.

**Art. 3g** Aufgaben der Kantone

Zur Verhinderung oder Verminderung von gesundheitlichen und sozialen Schäden bei Personen mit suchtbedingten Störungen treffen die Kantone Massnahmen zur Schadenminderung und Überlebenshilfe. Sie schaffen die dazu notwendigen Einrichtungen oder unterstützen private Institutionen, die den Qualitätsanforderungen entsprechen.

**Art. 3l** Empfehlungen zur Qualitätssicherung

Der Bund entwickelt in Zusammenarbeit mit den Kantonen Empfehlungen zur Qualitätssicherung in den Bereichen der Prävention, Therapie und Wiedereingliederung sowie Schadenminderung und Überlebenshilfe.

**Art. 10** Abschnitt: Medizinalperson (in Kraft seit 01. Juli 2011)

- 1 Selbstständige Ärzte und Tierärzte im Sinne des Medizinalberufegesetzes vom 23. Juni 2006 (811.11). sind zum Verordnen von Betäubungsmitteln befugt.
- 2 Die auf Grund internationaler Abkommen zur Berufsausübung in den schweizerischen Grenzgebieten berechtigten ausländischen Ärzte und Tierärzte können die dabei benötigten Betäubungsmittel verwenden und verordnen; entsprechende Rezepte sind von einer Apotheke des betreffenden Grenzgebietes auszuführen.
- 3 Die weiteren Voraussetzungen, unter denen ein von einem ausländischen Arzt oder Tierarzt ausgestelltes Rezept über Betäubungsmittel in der Schweiz ausgeführt werden kann, bestimmt der Bundesrat.

**Art. 16** Kapitel: Kontrolle (in Kraft seit 01. Juli 2011)

Für jede Lieferung von Betäubungsmitteln ist ein Lieferschein zu erstellen und dem Empfänger mit der Ware zu übergeben. Die Lieferung ist dem Institut mit separater Meldung mitzuteilen. Ausgenommen ist die Abgabe durch die dazu befugten Medizinalpersonen (Arzneimittel-Bewilligungsverordnung vom 17. Okt. 2001 (SR 812.212.1))

## **Anhang D: Hippokratischer Eid und Genfer Gelöbnis**

### **Hippokratischer Eid**

Schwurformel nach Hippokrates, die in Abwandlungen auch heute noch für Ärzte gültig ist:

"Ich schwöre, Apollon den Arzt und Asklepios und Hygieia und Panakeia und alle Götter und Göttinnen zu Zeugen anrufend, daß ich nach bestem Vermögen und Urteil diesen Eid und diese Verpflichtung erfüllen werde: den, der mich diese Kunst lehrte, meinen Eltern gleich zu achten, mit ihm den Lebensunterhalt zu teilen und ihn, wenn er Not leidet, mitzuversorgen; seine Nachkommen meinen Brüdern gleichzustellen und, wenn sie es wünschen, sie diese Kunst zu lehren ohne Entgelt und ohne Vertrag; Ratschlag und Vorlesung und alle übrige Belehrung meinen und meines Lehrers Söhnen mitzuteilen, wie auch den Schülern, die nach ärztlichem Brauch durch den Vertrag gebunden und durch den Eid verpflichtet sind, sonst aber niemandem. Meine Verordnungen werde ich treffen zu Nutz und Frommen der Kranken, nach bestem Vermögen und Urteil; ich werde sie bewahren vor Schaden und willkürlichem Unrecht. Ich werde niemandem, auch nicht auf seine Bitte hin, ein tödliches Gift verabreichen oder auch nur dazu raten. Auch werde ich nie einer Frau ein Abtreibungsmittel geben. Heilig und rein werde ich mein Leben und meine Kunst bewahren. Auch werde ich den Blasenstein nicht operieren, sondern es denen überlassen, deren Gewerbe dies ist. Welche Häuser ich betreten werde, ich will zu Nutz und Frommen der Kranken eintreten, mich enthalten jedes willkürlichen Unrechtes und jeder anderen Schädigung, auch aller Werke der Wollust an den Leibern von Frauen und Männern, Freien und Sklaven. Was ich bei der Behandlung sehe oder höre oder auch außerhalb der Behandlung im Leben der Menschen, werde ich, soweit man es nicht ausplaudern darf, verschweigen und solches als ein Geheimnis betrachten. Wenn ich nun diesen Eid erfülle und nicht verletze, möge mir im Leben und in der Kunst Erfolg zuteil werden und Ruhm bei allen Menschen bis in ewige Zeiten; wenn ich ihn übertrete und meineidig werde, das Gegenteil."

### **Genfer (Ärzte-)Gelöbnis**

Vom Weltärztebund 1948 in Genf beschlossene Neufassung der ärztlichen Berufspflichten (in Anlehnung an den Hippokratischen Eid; vom Dtsch. Ärztetag modifiziert):

"Bei meiner Aufnahme in den ärztl. Berufsstand gelobe ich feierlich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen.

Ich werde meinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben. Die Erhaltung u. Wiederherstellung der Gesundheit meiner Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein. Ich werde alle mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod des Patienten hinaus wahren. Ich werde mit allen meinen Kräften die Ehre und die edle Überlieferung des ärztlichen Berufes aufrechterhalten und bei der Ausübung meiner ärztlichen Pflichten keinen Unterschied machen weder nach Religion, Nationalität, Rasse noch nach Parteizugehörigkeit oder sozialer Stellung. Ich werde jedem Menschenleben von der Empfängnis an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztlichen Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden. Ich werde meinen Lehrern u. Kollegen die schuldige Achtung erweisen. Dies alles verspreche ich feierlich auf meine Ehre."

Artikel vom 18.5.2006

(Quelle: Vgl. Landesärztekammer Hessen. Körperschaft des öffentlichen Rechts)

## **Anhang E:** Eidesstattliche Erklärung

Hochschule Merseburg (FH)  
University of Applied Sciences  
Fachbereich Bachelor Soziale Arbeit



Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Matrikelnummer:

Geburtsort:

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die heute von mir vorgelegte Bachelorarbeit selbständig angefertigt und keine andere als die angegebenen Quellen, Hilfen und Hilfsmittel benutzt habe.

Leipzig, den