

rausch

Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

ISSN 2190-443X

4. Jahrgang
Heft **1·2015**



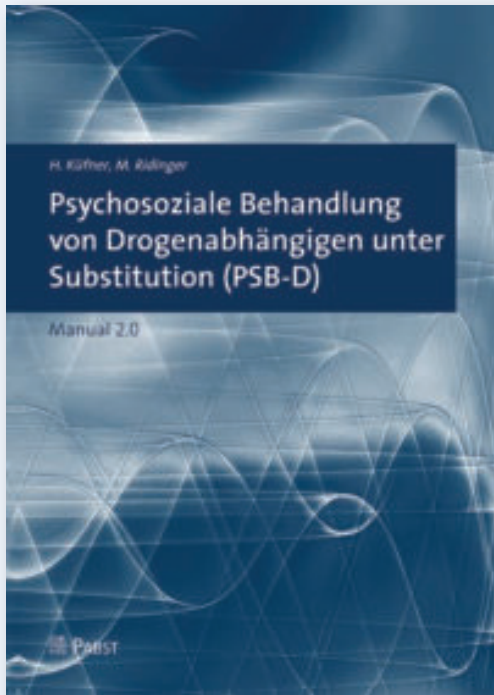
Themenschwerpunkt:

Psychosoziale Dimensionen der Suchttherapie

H. Kufner, M. Ridinger

Psychosoziale Behandlung von Drogenabhängigen unter Substitution (PSB-D)

Manual 2.0



332 Seiten, ISBN 978-3-89967-434-7
Preis: 40,- €



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28
D-49525 Lengerich
Tel. ++ 49 (0) 5484-308
Fax ++ 49 (0) 5484-550
pabst.publishers@t-online.de
www.psychologie-aktuell.com
www.pabst-publishers.de

Das Therapiemanual (PSB-D) wurde im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie zur Optimierung der substitutionsgestützten Behandlung entwickelt. Es umfasst sechs Komponenten: die Zielklärung, das Drogenmanagement, die soziale Situation, die psychische Situation, die sozialen Beziehungen sowie abschließend Bilanz und Ausblick. Schwerpunkte der Therapie sind eine Ressourcenorientierung und eine kognitiv orientierte Affektregulation. Das Therapiemanual besteht aus drei Teilen: Teil 1 ist ein allgemeiner Einführungstext in die Drogenabhängigkeit und in die Schwerpunkte der Therapie, die sich insgesamt an den Wirkfaktoren von Grawe orientiert, Teil 2 besteht aus den Checklisten mit einer genauen Strukturierung der einzelnen Sitzungen und Teil 3 besteht aus den Arbeitsmaterialien zur Durchführung mit den Patienten. In der wissenschaftlichen Studie wurde zwischen einer Basistherapie mit jetzt 18 Sitzungen und einer intensiveren indikativen Therapieform je nach Schweregrad mit zusätzlichen Sitzungen in den Bereichen Alltagsstrukturierung (3 Sitzungen), Ressourcenaktivierung (3 Sitzungen) und Interpersonelle Lösungsstrategien (5 Sitzungen) unterschieden.

Die drei Teile des Gesamtmanuals können auch unabhängig voneinander verwendet werden: So gibt Teil 1 eine generelle Einführung in die psychosoziale Therapie von Drogenabhängigen, Teil 2 hilft für die konkrete Strukturierung von Therapiesitzungen und die Arbeitsmaterialien als Teil 3 können auch frei in jeder Form der psychosozialen Therapie von Drogenabhängigen zum Einsatz kommen.

Impressum

rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

Herausgeber und Chefredakteur

Univ.-Doz. Dr. Martin Poltrum
martin.poltrum@api.or.at

Herausgeber

Prim. Univ. Prof. Dr. Michael Musalek
michael.musalek@api.or.at
Dr. Oliver Scheibenbogen
oliver.scheibenbogen@api.or.at

Redakteure

Dr. Thomas Ballhausen
t.ballhausen@gmail.com
Mag. Irene Schmutterer
irene.schmutterer@api.or.at

Bildredaktion

Sonja Bachmayer
ikarus711@hotmail.com

Verlag

Pabst Science Publishers
Eichengrund 28
D-49525 Lengerich
Tel. +49 (0)5484 308
Fax +49 (0)5484 550
www.pabst-publishers.de
www.psychologie-aktuell.com

Nachrichtenredaktion, verantw.

Wolfgang Pabst
wp@pabst-publishers.com

Administration

Silke Haarlammer
haarlammer@pabst-publishers.com

Herstellung

Armin Vahrenhorst

Urheber- und Verlagsrechte

Diese Zeitschrift einschließlich aller ihrer Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Haftungsausschluss: Der Inhalt jedes Heftes wurde sorgfältig erarbeitet, jedoch sind Fehler nicht vollständig auszuschließen. Aus diesem Grund übernehmen Autoren, Redaktion und Verlag keine Haftung für die Richtigkeit der Angaben, Hinweise und Ratschläge. Die nicht besonders gekennzeichnete Nennung von geschützten Warenzeichen oder Bezeichnungen lässt nicht den Schluss zu, dass diese nicht marken- oder patenschutzrechtlichen Bestimmungen unterliegen. Abbildungen dienen der Illustration. Die dargestellten Personen, Gegenstände oder Sachverhalte müssen nicht unbedingt im Zusammenhang mit den im jeweiligen Artikel erwähnten stehen.

Für unverlangt eingesandte Texte, Materialien und Fotos wird keine Haftung übernommen. Eine Rücksendung unverlangt eingesandter Beiträge erfolgt nur bei Erstattung der Versandkosten. Die Redaktion behält sich vor, Manuskripte zu bearbeiten, insbesondere zu kürzen, und nach eigenem Ermessen zu ergänzen, zu verändern und zu illustrieren. Zur Rezension übersandte Medien werden nicht zurückgesandt.

Abonnement und Bestellservice

rausch erscheint 4x jährlich und kann direkt über den Verlag oder eine Buchhandlung bezogen werden.

Bezugspreise:

Jahresabonnement: Inland 50,- Euro, Ausland 50,- Euro;
Einzelausgabe: 15,- Euro.
Preise inkl. Versandkosten und MwSt.

Bankverbindung:

IBAN: DE90 2658 0070 0709 7724 07
BIC: DRESDEFF265

Bestellservice:

haarlammer@pabst-publishers.com
Tel. +49 (0)5484 97234
Fax +49 (0)5484 550

Bezugsbedingungen: Soweit im Abonnementsvertrag nichts anderes vereinbart wurde, verpflichtet der Bezug zur Abnahme eines vollständigen Jahresabonnements (4 Ausgaben). Kündigung des Abonnements unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen jeweils zum Jahresende. Im Falle von Lieferhindernissen durch höhere Gewalt oder Streiks entstehen keine Rechtsansprüche des Abonnenten an den Verlag.

Titelbild: Foto v. Sonja Bachmayer

rausch

Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

4. Jahrgang · Heft 1-2015

Themenschwerpunkt:

Psychosoziale Dimensionen der Suchttherapie

Gastherausgeber:

D. Deimel, H. Stöver (Hrsg.)

Inhalt

- 3 Editorial
Daniel Deimel, Heino Stöver
- 4 Welche Kompetenzen brauchen therapeutische SozialarbeiterInnen in der Suchtrehabilitation? Sozialtherapeutische Impulse Klinischer Sozialarbeit
Dario Deloie
- 19 Psychosoziale Behandlung substituierter Opiatabhängiger – Theoretische Verortung, Behandlungspraxis und Entwicklungsaufgaben
Daniel Deimel, Heino Stöver
- 27 Therapeutische Ziele und Evidenz der psychosozialen Behandlung Opiatabhängiger
Daniel Deimel, Heino Stöver
- 37 Psychosoziale Betreuung drogensubstituierter Menschen in Berlin
Heike Drees, Heike Attinger, Anneke Groth
- 50 Psychosoziale Behandlung als Netzwerkaufgabe in der Qualifizierten Akutbehandlung Drogenabhängiger
Andreas Pin
- 54 Die psychosoziale Situation substituierter Opiatabhängiger – Implikationen für die Klinische Sozialarbeit
Daniel Deimel
- 64 Badeschluss. Die Wiener Freibäder im Winter
Sonja Bachmayer
- 65 Bildstrecke
Badeschluss. Die Wiener Freibäder im Winter
- 69 Psycho-soziale Betreuung von Menschen in Substitutionsbehandlung – Welchen Stellenwert hat die sozialpädagogische Arbeit in Aus- und Fortbildungscurricula?
Heino Stöver, Ralf Gerlach, Daniel Deimel

Ralf Demmel,
Michael Peltenburg

Motivational Interviewing: Kommunikation auf gleicher Augenhöhe



Neuland/Pabst, DVD, Lehrfilm,
ISBN 978-3-87581-253-4, Preis: 14,90 €



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28
D-49525 Lengerich
Tel. ++ 49 (0) 5484-308
Fax ++ 49 (0) 5484-550
pabst.publishers@t-online.de
www.psychologie-aktuell.com
www.pabst-publishers.de

ÄrztInnen sind nicht selten ÜberbringerInnen schlechter Nachrichten: Trotz beachtlicher Fortschritte der Grundlagenforschung vermag die Medizin häufig keine (vollständige) Heilung in Aussicht zu stellen. Darüber hinaus können die Diagnosen von ÄrztInnen in den Augen der PatientInnen eine Kränkung sein und »Widerstand« hervorrufen – eine durchaus »normale« und »gesunde« Reaktion.

So ist zum Beispiel Alkoholabhängigkeit nach wie vor ein Stigma, das ein sachliches Gespräch über »das Trinken« erschwert. Wie lässt sich dieses heikle Thema ansprechen, ohne die Arzt-Patient-Beziehung zu beschädigen? Und wie lässt sich die Veränderungsbereitschaft scheinbar »uneinsichtiger« PatientInnen erhöhen? Motivational Interviewing (MI) – ein zugleich klientenzentriertes und direktives Verfahren – ist in vielerlei Hinsicht angewandte Sozialpsychologie.

Die Behandlungsprinzipien stimmen weitgehend mit den Annahmen sozialpsychologischer Theorien der Verhaltensänderung überein. Zentrales Merkmal des erstmals von Miller und Rollnick (1991) ausführlich beschriebenen MI ist der Verzicht auf ein konfrontatives Vorgehen: Die Reaktionen »unmotivierter« PatientInnen werden nicht als »fehlende Krankheitseinsicht«, »unzureichender Leidensdruck« oder »Verleugnung«, sondern vielmehr als wichtiges Signal an die ÄrztIn bzw. TherapeutIn interpretiert: »Das geht zu schnell!«. Die Ergebnisse zahlreicher Untersuchungen belegen, dass »Abwehr« und »Widerstand« mit einer schlechteren Prognose einhergehen: Je mehr Widerstand, desto aussichtsloser die Behandlung.

Entgegen der Meinung zahlreicher ExpertInnen ist Verleugnung jedoch weniger eine typische Eigenart alkoholabhängiger PatientInnen, sondern vielmehr eine – keineswegs pathologische – Reaktion auf die vehemente Forderung nach »Krankheitseinsicht«. Der auf die PatientInnen ausgeübte Druck setzt ein Wechselspiel von Kraft und Gegenkraft in Gang. Die Abkehr von einem konfrontativen Behandlungsstil erscheint daher folgerichtig.

Zweifelsohne vermögen aufmerksame TherapeutInnen und ÄrztInnen das Verhalten ihrer PatientInnen zu »lesen«: Bin ich über das Ziel hinausgeschossen? Muss ich das Tempo drosseln? Habe ich die PatientIn missverstanden? Insbesondere vor dem Hintergrund der häufig beschriebenen Selbstüberschätzung zahlreicher ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen – »Ich muss doch nicht lernen, wie man mit PatientInnen spricht! Das kann ich schon!« – erscheint eine Ausbildung, die unter anderem Rollenspiele sowie eine detaillierte Auswertung simulierter Gespräche einschließt, dringend notwendig. Hierzu dient die DVD mit ihren Darstellungen typischer Gesprächssituationen als Lehrfilm.

Angelika Schildmeier

Vase und Bier

Geschichten erzählen
in der psycho-educativen Arbeit
mit Erwachsenen am Beispiel der
Verkehrspsychologie

Die Psychologie kennt viele Ansätze, um menschliches Verhalten zu beeinflussen. Einer der ältesten ist das Erzählen von Geschichten. Geschichten können trockenes Faktenwissen veranschaulichen, sie können schädliche Denkmuster oder Verhaltensgewohnheiten in Frage stellen und neue Sichtweisen erschließen, und das alles auf eine angenehme, weil angstfreie und unterhaltsame Weise. Durch eine gute Geschichte lassen sich Botschaften überbringen, die bei einer direkten Konfrontation vielleicht Widerstand hervorrufen würden.

Geschichten können den Zugang auch zu komplexeren Wahrheiten erleichtern, weil sie den Zuhörer nicht so sehr über den Intellekt, sondern vor allem über die Intuition erreichen.

Angelika Schildmeier ist seit vielen Jahren als Verkehrspsychologin tätig. Sie berät, schult und therapiert Autofahrer, die sich um den Erhalt bzw. um die Neuerteilung ihrer Fahrerlaubnis bemühen. Von ihrer Ausbildung her eher verhaltenstherapeutisch orientiert, hat Schildmeier schon früh den Wert des Geschichtenerzählens als ergänzende Methode entdeckt und zunächst intuitiv, dann zunehmend zielgerichtet und systematisch mit Geschichten gearbeitet. Davon berichtet sie in diesem Band, wissenschaftlich fundiert, gut verständlich und überdies auf sehr unterhaltsame Art.

Das Buch richtet sich an alle, die es sich zur Aufgabe gemacht haben, Menschen zu (be)lehren, zu motivieren oder zu heilen, sei es beruflich oder im persönlichen Umfeld, als Psychologin, Therapeutin, Lehrerin, Sozialpädagogin, Coach, Trainerin, Chef oder Eltern. Die Geschichten können zum Teil 1 : 1 übernommen werden. Vor allem aber sollen sie anregen, selbst geeignete Geschichten zu entdecken, zu sammeln und im richtigen Moment gezielt einzusetzen.

200 Seiten, ISBN 978-3-89967-689-1,
Preis: 25,- €

PABST SCIENCE PUBLISHERS
pabst.publishers@t-online.de
www.pabst-publishers.de
www.psychologie-aktuell.com



Editorial

Daniel Deimel, Heino Stöver

Neuere ätiologische Konzeptionen gehen von einem bio-psycho-sozialen Ursachengefüge aus, welches für die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Suchterkrankung bedeutsam ist (vgl. Tretter, 2008). Ebenso muss sich die Behandlung der Sucht an diesen drei Dimensionen orientieren und sie in einem abgestimmten Behandlungsprogramm integrieren. Insbesondere die psycho-soziale Dimension der Sucht war seit jeher eine Domäne der Klinischen Sozialarbeit. Sie wurde bereits in den ersten Konzeptionen und Praktiken der therapeutischen Gemeinschaften in den 1970er Jahren deutlich und etablierte sich im Zuge einer weiteren Professionalisierung und Ausdifferenzierung des Suchthilfesystems in ganz unterschiedlichen Angeboten (wie z. B. in der Suchtberatung, Präventionsarbeit, niedrigschwelligen Hilfen, Wohnhilfen, etc.) (vgl. Petzold et al., 2006). Die psychosoziale Betreuung (PSB) stellt ebenso eine feste Säule in der substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger dar. Mit dem vorliegenden Band möchten wir eine Bestandsaufnahme der Konzeptionen, Praktiken und Konfliktlinien in der psychosozialen Behandlung Opiatabhängiger darlegen und hieraus Anreize und Ideen für eine Weiterentwicklung der psychosozialen Suchtarbeit liefern. Aus unserer Perspektive sollte diese sowohl aus der Praxis, Selbsthilfe, Politik und Forschung gleichermaßen erfolgen.

Wir wünschen Ihnen eine inspirierende und anregende Lektüre.

Daniel Deimel und Heino Stöver

Literatur

- Petzold, H., Schay, P., Scheiblich, W. (2006) Integrative Suchtarbeit. Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation. Wiesbaden: VS Verlag.
Tretter, F. (2008) Suchtmedizin kompakt. Suchterkrankungen in Klinik und Praxis. Stuttgart: Schattauer.



Prof. Dr. D. Deimel
Katholische Hochschule
Nordrhein-Westfalen
Abteilung Aachen
Robert-Schuman-Str. 25
52066 Aachen
d.deimel@katho-nrw.de



Prof. Dr. H. Stöver
Frankfurt University of Applied
Science
Fachbereich Soziale Arbeit und
Gesundheit
Nibelungenplatz 1
60318 Frankfurt
hstoever@fb4.fh-frankfurt.de

Welche Kompetenzen brauchen therapeutische SozialarbeiterInnen in der Suchtrehabilitation? Sozialtherapeutische Impulse Klinischer Sozialarbeit

Dario Deloie

Fachhochschule Köln

Kurzfassung

In diesem Beitrag werden die neueren Entwicklungen der Konzeptualisierungen sozialtherapeutischen Handelns aufgezeigt, die sich theoretisch und praxeologisch aus der Klinischen Sozialarbeit entwickeln. Diese sozialtherapeutische Konzepte der Klinischen Sozialarbeit können einen Beitrag zur Professionalisierung der therapeutischen Sozialarbeit in der Suchtrehabilitation leisten und helfen den sozialarbeiterischen Suchttherapeuten mit ihren spezifischen Ansätzen der Diagnostik und Intervention, die Bedarfe von der AdressatInnenseite besser erfassen und entsprechende Maßnahmen entwickeln zu können. Insbesondere dann, wenn die Suchttherapie im „Hard-to-reach-Bereich“ agiert. Die besten gestalt- und verhaltenstherapeutischen Interventionen, das schematherapeutische Arbeiten usw. helfen nicht, wenn das psychosoziale Elend wie Arbeitslosigkeit, Armut, Marginalisierung, Ausgrenzung, Prostitution usw. vieler Suchtkranker auch in der Einzel- und Gruppentherapie der medizinischen Rehabilitation nicht entsprechend gewürdigt wird, keine ausreichenden Erklärungsmodelle diesbezüglich zur Verfügung stehen und sich daraus keine adäquaten Interventionen ableiten.

Schlüsselwörter

Kompetenzen Soziale Arbeit in der Suchthilfe
Suchtrehabilitation
Klinische Sozialarbeit
Sozialtherapie
Soziale Psychotherapie

1 Praxeologische Kompetenz und handlungstheoretische Defizite Sozialer Arbeit in der Suchthilfe

Die Leistungen der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe sind unbestritten. In den unterschiedlichsten Segmenten der Suchthilfe sind Fachkräfte der Sozialen Arbeit tätig. Als zentrale Aufgabenstellungen der Sozialen Arbeit in diesem Arbeitsfeld werden u. a. beschrieben, suchtbelastete Menschen dabei zu unterstützen, ihre Teilhabechancen zu erhöhen, diesbezügliche Hindernisse auf der individuellen, familiären und gesellschaftlichen Ebene abzubauen, ihre Lösungs- und Sozialkompetenz und lebenspraktischen Fähigkeiten zu steigern und Hilfen zur psychischen und psychosozialen Stabilisierung

anzubieten. D. h. in diesem Arbeitsfeld, wo die AdressatInnen häufig unter den Folgen prekärer Lebenslagen leiden, ist Soziale Arbeit unverzichtbar, wird gebraucht und so verwundert es nicht, dass über 60 % aller in der Suchthilfe Beschäftigten der Berufsgruppe der SozialarbeiterInnen angehören (vgl. Leune, 2013, S. 15ff.). Klein geht von über 15.000 SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen aus (vgl. Klein, 2012, S. 153). Leune (2013, S. 15) spricht in diesem Zusammenhang davon, dass die „Suchthilfe (...) (fast immer Klinische) Sozialarbeit“ ist. Diesem enormen sozialarbeiterischen praktischen Kompetenzprofil in der Suchthilfe stehen enorme handlungstheoretische Defizite gegenüber. Methodisches Handeln Sozialer Arbeit wird i.d.R. nicht aus den Theorien der Sozialen Arbeit hergeleitet, und dahinter

sind eine geringe professionelle Identität und berufliches Selbstverständnis zu vermuten. Letzteres ist auch für die therapeutische Sozialarbeit in den klinischen Arbeitsfeldern, u.a. der Suchtrehabilitation zu konstatieren, wenngleich die Ursachen hier andersartig gelagert sind. Hier wird bedauerlicherweise die soziale Dimension des Suchtkranken, insbesondere der Aspekt der sozioökonomischen Situation, in der Einzel- und Gruppentherapie nicht im ausreichenden Maße beachtet.

Zwar stellt der Teilhabeaspekt, insbesondere die Integration ins Arbeitsleben, einen zentralen Aspekt innerhalb des gesamten Behandlungspaketes der medizinischen Rehabilitation dar (vgl. DRV, 2010). Klinische Sozialarbeit bekommt hier auch einen besonderen Stellenwert im sozialtherapeutischen Setting und bei der Förderung der partizipativen Hilfen für ihre Klientele (vgl. DRV, 2007). Dennoch ist eine zu geringe Würdigung des Stellenwertes der sozialen Dimension im Bereich der Einzel- und Gruppentherapie, auch wenn sie durch therapeutische SozialarbeiterInnen erfolgt, zu konstatieren. Laut den Strukturanforderungen der DRV Bund sollen neben ärztlichen und psychologischen PsychotherapeutInnen auch SozialarbeiterInnen mit suchtspezifischen Zusatzausbildungen eingestellt werden. Auf 100 Therapieplätze in Fachkliniken für den Indikationsbereich der Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit sollen fünf, bei Drogeneinrichtungen bis zu neun Sozialarbeiterstellen vorgehalten werden (vgl. DRV 2010, S. 21). Reicht die zahlenmäßige Ausstattung mit Fachkräften der Sozialen Arbeit und sind die erworbenen beruflichen Qualifikationen der BezugstherapeutInnen der unterschiedlichen Disziplinen ausreichend, um Suchtkranken mit ihren multiplen psychosozialen Notlagen ausreichend Unterstützungsleistungen zu gewähren? Die geforderte zahlenmäßige gute Ausstattung mit therapeutischen SozialarbeiterInnen täuscht über den Sachverhalt hinweg, dass zum einen viele stationäre Suchtkliniken dazu übergehen, eher PsychologInnen einzustellen und zum anderen, dass Wissensbestände der Sozialwissenschaften in der Arbeit mit Suchtkranken in diesem Therapiebaustein zu wenig Beachtung finden.

Wallroth (2013, S. 6) hat darauf hingewiesen, dass sich in aller Regel in der Einzel- und Gruppentherapie Praxisformen finden, „(...) die für die Soziale Arbeit typisch sind (...). Wenn es stimmt, dass zunehmend auch

PsychologInnen in das Feld der Suchthilfe drängen, so ergibt sich hier die paradoxe Situation, dass offensichtlich zunehmend PsychologInnen Klinische Sozialarbeit ausüben!“ Aus meiner Sicht ist neben den von Wallroth identifizierten sozialarbeiterischen Kompetenzen in der hochschwelligen Suchthilfe, wie es die medizinische Rehabilitation darstellt, auch ein therapeutisches Rüstzeug notwendig, d. h. es ist ein Verbund von sozialen und psychologischen Interventionen unabdingbar, will man Menschen in prekären Lebenslagen eine ausreichende Hilfestellung geben.

Nun besteht meines Erachtens in der Suchtrehabilitation die kuriose Situation, dass SozialarbeiterInnen mit therapeutischer Zusatzausbildung, welche eine starke Orientierung an den klassischen psychotherapeutischen Verfahren zeigen, in der Bezugstherapie ihre „bodenständige“ sozialarbeiterische Kompetenz gar nicht einbringen, sondern ihr Handeln psychotherapeutisch im engeren Sinne ausrichten. Und die PsychologInnen verfügen über kein entsprechend profundes Wissen über die prekäre Lebenslage ihrer Klientel, da die psychologische und psychotherapeutische Ausbildung kein ausreichend sozialwissenschaftliches und pädagogisches Wissen vermittelt. Aber beide Kompetenzformen sind – wie bereits erwähnt – indiziert. Und die Situation wird noch komplizierter, denn die therapeutische Kompetenz sollte sich nicht nur an psychotherapeutischen Konzepten orientieren, sondern es sollten Wissensbestände der Sozialen Arbeit wie die Sozialtherapie (vgl. Pauls et al., 2013, Ortmann und Röh, 2014, Gahleitner et al., 2014) oder Soziale Psychotherapie (vgl. Deloie 2011, 2012, 2013) integriert werden. Mit Sozialtherapie und Sozialer Psychotherapie ist hier nicht die in die Kritik geratene individuumszentrierte, psychologische Psychotherapie gemeint, sondern Therapieformen, die zwar eine heilende Orientierung aufweisen, in Sinne Strotzka die Symptomminimalisierung bewirken sollen (vgl. Strotzka, 1975, S. 4) aber auch die soziale Integration und die Veränderung der Umweltbedingungen im Fokus haben (vgl. Pauls, 2013, S. 124ff.).

Petzold und Orth sprechen in diesem Zusammenhang von vier Aspekten der Therapie: der kurativen, der gesundheitsfördernden, der persönlichkeitsentwickelnden und der kultur- und gesellschaftskritischen Dimension (vgl. Petzold/Orth, 1999, S. 9, vgl. Deloie, 2011, S. 18).

Aus dem Gesagten können folgende Thesen abgeleitet werden:

- *These 1)* Therapeutisch ausgebildete SozialarbeiterInnen haben in ihren grundständigen Ausbildungen ein profundes sozialwissenschaftliches Wissen erworben, geben diese Kenntnisse in der Suchtrehabilitation zugunsten von psychotherapeutischem Wissen auf.
- *These 2)* Suchtmediziner und psychologische PsychotherapeutInnen verfügen zwar über ein gutes Wissen über die neurobiologischen bzw. innerpsychischen Vorgänge von Suchtkranken, haben aber kein ausreichendes sozialwissenschaftliches Wissen im Hinblick auf die soziale Dimension der Menschen mit Suchterkrankungen.
- *These 3)* Um Menschen mit Suchterkrankungen im hoch-, aber auch niederschweligen Bereich adäquate Hilfen anbieten zu können, sind therapeutische und generalistisch sozialarbeiterische Wissensbestände und Interventionsformen notwendig.
- *These 4)* Die therapeutischen Wissensbestände sollten sich aus den klassischen psychotherapeutischen Verfahren, aber auch vermehrt aus den sozialtherapeutischen Konzepten auf Basis der Klinischen Sozialarbeit speisen.
- *These 5)* Theorien und Methoden der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe inklusive der therapeutischen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation Suchtkranker sollte sich an den neueren Entwicklungen der Klinischen Sozialarbeit orientieren bzw. diese Spezialisierung als „wissenschaftliches Dach“ sehen.

2 Die soziale Dimension der Suchterkrankung: Ausgangspunkt für die therapeutische Sozialarbeit

In der Folge von Suchtproblemen, insbesondere beim Abhängigkeitssyndrom, treten zunehmend Folgeschäden im somatischen, psychischen und im sozialen Bereich auf. Die psychosozialen Folgeprobleme der Suchterkrankung werden als Resultat von einer bio-psychischen Störung aufgefasst, die mit zunehmender Chronifizierung an Bedeutung gewinnt. Als prototypische soziale Problemsituationen können zunehmende Belastungen im familiären Bereich gesehen wer-

den. Unter der Erkrankung leidet nicht nur der Betroffene selbst, sondern im zunehmenden Maße auch die unmittelbaren Angehörigen wie Eltern, Geschwister, Ehepartner und Kinder. Daneben können immer wieder Belastungen im sozioökonomischen Bereich, wie Arbeitsplatzverlust, Überschuldung, Obdachlosigkeit und im Bereich der Drogenabhängigkeit Kriminalität und Prostitution, gesehen werden.

Aus Perspektive der Klinischen Sozialarbeit wird die soziale Dimension der Sucht nicht auf ihre Folgeschäden reduziert, ihr wird auch (mit-)auslösender Charakter zugeschrieben, im Sinne einer Sozialpathologie. Während die psychosozialen Folgeschäden der Sucht nach der Klassifikation von Strotzka (vgl. auch Pauls, 2013, S. 119f.) unter der tertiären Pathogenese subsumiert werden können, d. h. „(...) dass die jeweilige soziale Umwelt, vom Milieu bis zur Einstellung aller Bezugsgruppen, sehr entscheidend auf Krankheitsbild und -verlauf einwirkt“ (Strotzka, 1965, S. 35), spricht er von indirekter Soziogenese, wenn eine primäre, psychosomatisch bedingte Erkrankung durch soziale Faktoren wie ein schlechter sozioökonomischer Status verstärkt wirkt. Von einer direkten oder primären Soziogenese wird dann gesprochen, wenn in einem multifaktoriellen Geschehen, innerhalb eines biopsychosozialen Krankheitsmodells¹, die soziale Dimension im Vordergrund steht und dadurch maßgeblich an der Entstehung und Auslösung der Sucht beteiligt ist. So kann ich aus meiner Sicht, Kruse und KollegInnen (2001) folgend, zusammenfassend sagen, dass die Alkoholabhängigkeit [aber auch alle anderen substanzassoziierten Süchte] eine „soziale Krankheit“ darstellt, die in der Entstehung, in der Ausprägung, im Krankheitsverlauf und in den Folgeschäden „eng an kulturelle, gesellschaftliche und soziale Faktoren geknüpft“ (ebd., S. 106) ist. Erst aus dieser soziogenetischen Perspektive innerhalb eines biopsychosozialen Gesundheits- und Krankheitsmodells leitet sich die Legitimation eines klinisch-sozialarbeiterischen Handelns ab – und diese ist in allen Bereichen der Suchthilfe, d.h. auch in der Einzel- und Gruppentherapie im Rahmen der Suchtrehabilitation, unabdingbar.

Pauls und Stockmann (2013, S. 11) haben zurecht darauf hingewiesen, dass „(...) die Bedeutung und Komplexität der sozialen Di-

¹ Zum biopsychosozialen Krankheitsmodell aus Sicht der Klinischen Sozialarbeit vgl. Pauls 2013.

mension in Gesundheitskontexten systematisch und erheblich unterschätzt (...)“ wird, aber die Einbeziehung dieser Dimension unerlässlich ist. Und dies ist nach meiner Auffassung insbesondere dann der Fall, wenn wir mit „Hard-to-reach“-AdressatInnen arbeiten, d. h. mit Menschen aus schwierigen, ja prekären Lebenslagen, mit einer Akkumulation von psychosozialen Problemfeldern. Diese Gruppe von AdressatInnen, worunter ja i. d. R. auch Suchtkranke zählen, kann vielfach nicht ausreichend von den Hilfeleistungen profitieren oder nicht an das Hilfesystem „andocken“ (vgl. Gahleitner, 2012, S. 38).

3 Behandlungskompetenzen der Sozialen Arbeit: ein kurzer geschichtlicher Überblick

„Die Soziale Arbeit ist traditionell eine ‚behandelnde‘ Profession. Jane Addams, Mary Richmond, Alice Salomon haben in selbstverständlicher Weise sozialarbeiterisches Vorgehen in Bezug auf die Gesundheit der Menschen beschrieben und methodisch-theoretisch fundiert“ (Pauls, 2004, S. 197). Untrennbar mit der Professionsgeschichte Sozialer Arbeit sind die behandlungsspezifischen Kompetenzen verbunden. Insbesondere ist diese Entwicklung in den Vereinigten Staaten auf praxeologischer und theoretischer Ebene seit Anfang der 1900er-Jahre durchgehend gegeben. Erste Ansätze finden sich in den Ausführungen von Mary Richmond, in ihrer ersten wissenschaftlichen Ausarbeitung des Social Case Work. Sie inaugurierte damit das für die heutige Klinische Sozialarbeit konstituierende Paradigma der „Person-in-Environment-Perspektive“. Der Mensch wird immer im Bezug zu seinem Umfeld betrachtet und Soziale Arbeit setzt sich unter diesem Kernstück Klinische Sozialarbeit mit der Passung zwischen Mensch und Umfeld auseinander. Mit der Entwicklung der ersten großen Social-Case-Work-Schulen in Amerika gewannen unterschiedliche psychotherapeutische Schulen an Bedeutung für diese Soziale Arbeit. Großen Einfluss hatte in der Frühzeit dieser „sozialarbeiterischen Bewegungen“ die psychoanalytische Denkweise; später gewannen auch die psychotherapeutischen Schulen der Humanistischen Psychologie, der Verhaltenstherapie und der Systemtherapie zunehmend an Gewicht (vgl. Galuske 2013, Geißler-Piltz et al., 2005, Müller, 2006, Hahn &

Pauls, 2008, Dorfman, 1996, Deloie, 2011). Ein Professionalisierungsschub der Behandlungskompetenzen ist mit der Entwicklung des Clinical Social Work in den USA seit den 1960er-Jahren zu verzeichnen. Die National Association of Social Workers (NASW) definiert diese Fachsozialarbeit wie folgt: „Clinical social work shares with all social work practice the goal of enhancement and maintenance of psychosocial functioning of individuals, families, and small groups. Clinical social work practice is the professional application of social work theory and methods to the treatment and prevention of psychosocial dysfunction, disability, or impairment, including emotional and mental disorders. It is based on knowledge of one or more theories of human development within a psychosocial context.“

The perspective of person-in-situation is central to clinical social work practice. Clinical social work includes interventions directed to interpersonal interactions, intrapsychic dynamics, and life-support and management issues. Clinical social work services consist of assessment; diagnosis; treatment, including psychotherapy and counseling; client-centered advocacy; consultation; and evaluation. The process of clinical social work is undertaken within the objectives of social work and the principles and values contained in the NASW Code of Ethics“ (NASW). Dieser historische Kristallisationspunkt markiert die Entwicklung einer Spezialisierung Sozialer Arbeit mit einem Schwerpunkt in der „direct practice“ auf Basis der „Person-in-Environment-Perspektive“. Diese wissenschaftsorientierte Spezialisierung war an den Hochschulen primär verankert mit der Entwicklung von speziellen Masterkursen. Durch die disziplinäre Anbindung an den Hochschulen und die handlungstheoretische und praxeologische Weiterentwicklung wurden therapeutische Ansätze in den USA als zur Profession zugehörige Aspekte betrachtet, im Gegensatz zur Situation in der Bundesrepublik. Es entwickelten sich auch zunehmend berufsständige Regelungen und es wurden Berufsstandards implementiert. Zwischenzeitlich stellen die Clinical Social Worker die größte Berufsgruppe im Sektor des Mental Health Service dar. Aktuell wird von über 200.000 Clinical Social Workers in den USA ausgegangen. In den Vereinigten Staaten gilt die Psychotherapie als ein methodischer (therapeutischer) Baustein der Klinischen Sozialarbeit, neben der Sozialtherapie, Beratungsmethoden und Betreuungsfor-

men (vgl. Dorfman, 1988-2004, Brandell, 2011).

Die Entwicklung einer therapeutischen Sozialarbeit in Deutschland ist nicht so geradlinig verlaufen wie in den USA. Die soziale Einzelfallhilfe (Social Case Work) nahm zunächst eine similäre Entwicklung wie in den USA. Salomon, beeinflusst von Richmond, stellte die Relevanz der Interdependenz von individuellem Verhalten und den sozialen Umweltbedingungen hervor, die im Rahmen einer sozialen Diagnose erfasst werden sollten und die Basis für sozialarbeiterisches Handeln schafften (vgl. Hahn, 2014, S. 12). „Alle Fürsorge (Pflegschaft) strebt Wiederherstellung der wirtschaftlichen Selbständigkeit, der Gesundheit, der Fähigkeit zu verantwortlicher Lebensführung an. Aber das ist nur ein Teil der Sache. Das Ganze läuft auf ein weiteres Ziel hinaus. Man hat es genannt: ‚Persönlichkeitsentwicklung‘ – und zwar ist das Mittel dazu eine bewußte und allseitige Anpassung des Menschen an seine Umwelt – oder auch der Umwelt an die besonderen Bedürfnisse und Kräfte des betreffenden Menschen“ (Salomon, 1926, S. 51). Hier zeigt sich der doppelte Fokus der sozialen Diagnose und Intervention, d. h. die Beachtung des sozialen Verhaltens der AdressatInnen und der sozialen Verhältnisse. So soll zum einen die Lebenslage des Menschen erfasst werden und zum anderen sein Charakter, und zwar inklusive lebensgeschichtlicher Aspekte, um damit die Hilfeleistungen adäquat zu platzieren. Wronsky und der Psychoanalytiker Kronfeld entwickelten das Konzept von Salomon weiter zu einem sozialen Therapiemodell, das Erkenntnisse aus der Psychoanalyse integrierte (vgl. Geißler-Plitz et al., 2005, S. 134f.). Sie entwickelten die Soziale Diagnose elaboriert aus: mit den Elementen der sozialen Anamnese, der Persönlichkeitsforschung, der Erfassung der Interaktion zwischen der Persönlichkeit des Klienten und anderen Lebenselementen sowie der Erforschung der Komposition seiner „Lebenskräfte“ (vgl. Müller, 2006, S. 94). Dieser Entwicklungsstrang therapeutischer Sozialarbeit wurde in der Zeit des Nationalsozialismus unterbrochen und konnte nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs nicht mehr an diese Überlegungen anknüpfen. Bis zur Inauguration der Klinischen Sozialarbeit in Deutschland durch Wendt Mitte der 1990er-Jahre gab es keine enge wissenschaftliche Anbindung dieser therapeutischen Aspekte an die Soziale Arbeit. Zwar bildeten sich Sozialarbeiter vielfach in psy-

chotherapeutischen Verfahren fort, aber diese erworbenen Wissensbestände wurde eklektisch in das Methodenrepertoire Sozialer Arbeit angeordnet ohne Verknüpfung mit der Wissenschaft der Sozialen Arbeit. Die weiter unten aufgeführten neueren sozialtherapeutischen Konzepte Klinischer Sozialarbeit fußen auch auf Entwicklungssträngen, die nicht unmittelbare Ableger sozialarbeiterischer Denktraditionen darstellen, aber eine Nähe zur sozialarbeiterischen Theorie und Praxis aufweisen. Hahn macht in diesem Kontext auf Weizsäcker aufmerksam, der den Terminus Sozialtherapie für das klinische Handeln einführte. Sozialtherapie, als ärztliche Therapie, gilt als eine Methode der Psychotherapie in der Behandlung von psychischen Störungen, in der neben der Intervention auf der unmittelbaren PatientInnen-ebene auch die Soziale Umwelt als mögliches Interventionsziel gilt. „Wenn ... eine psychotherapeutische Behandlung des Patienten selbst nicht möglich ist ..., wird versucht, jene Faktoren der sozialen Umwelt des Patienten zu ändern, welche das soziodynamische Gleichgewicht dieses Menschen so ungünstig beeinflusst hatten, daß es zum Krankheitsgeschehen gekommen war“ (Schraml zit. nach Hahn, 2014, S. 12).

Bedeutsame Impulse zur Konzeptualisierung einer Sozialtherapie kamen nach Hahn, beeinflusst durch die gesellschaftlichen Umbrüche der 1960er- und 1970er-Jahre, von Gärtner (1982) und von Schwendter (2000, vgl. Hahn, 2014, S. 12). Sozialtherapie nach Auffassung von Schwendter setzt sich mit den Entfremdungs- und Leidenserfahrungen des Menschen auseinander und nimmt gleichermaßen die sozialen, gesellschaftlichen und psychischen Entstehungsursachen in seinen Fokus und setzt „(...) an materiellen, sozialen und psychischen Problemen und Konflikten sowie an Machtverhältnissen“ (Schwendter, 2000, S. 10) an.

Petzold und Sieper (2008, 2011) beziehen seit Ende der 1960er-Jahre in ihren sozialtherapeutischen Überlegungen neben klinisch-psychologischen und neurobiologischen Wissensbeständen auch philosophische, sozialwissenschaftliche und politische Überlegungen ein (vgl. Gahleitner et al., 2014). Besondere Beachtung findet bei diesen Autoren Young, die fünf Aspekte sozialer Unterdrückung – Ausbeutung, Kulturimperialismus, Machtlosigkeit, Gewalt und Marginalisierung – herausstellte. Petzold und Sieper (2008, 2011) fokussierten sich insbesondere auf die Marginalisierung, die für sie als eine

vorrangige Ursache für Erkrankungen anzusehen ist (vgl. Abb. 1). Die Integrative Sozio- bzw. Sozialtherapie wird als schulenübergreifender Ansatz verstanden, die Wissensbestände der (Klinischen) Sozialarbeit mit einbeziehen.

4 Klinische Sozialarbeit als Leitdisziplin therapeutischer Sozialarbeit

Wendt hatte im Jahre 1995 auf das Clinical Social Work, die US-amerikanische Spezialisierung der Sozialarbeit, verwiesen, die sich seit den 1960er-Jahren in den USA durch SozialarbeiterInnen entwickelte und in deren Fokus die psychosoziale Arbeit und Behandlung stand (vgl. Gahleitner & Hahn, 2008, S. 7). In Anlehnung an das amerikanische Vorbild definiert er Klinische Sozialarbeit „als Einsatz professioneller Sozialarbeit in der Behandlung psychosozialer und somatischer Beeinträchtigungen und Störungen sowie in der Teilhabe an der Heilbehandlung von Krankheiten und an der Wiederherstellung von Gesundheit generell“ (Wendt, 1998, S. 173). Als ein zentraler Aspekt wird neben der Beratung die Behandlung herausgestellt, mit einem psychosozialen Verständnis, d. h., es steht für den Autor immer die Interaktion von inter- und intrapersonellen Dimensionen im Mittelpunkt, bei Berücksichtigung der sozioökonomischen Lage (vgl. Deloie, 2011, S. 15).

Die umfangreichste und bedeutsamste Monografie zur Klinischen Sozialarbeit wurde 2004 von Pauls verfasst und ist inzwischen in der dritten Auflage erschienen (Pauls, 2013). Unter Klinischer Sozialarbeit versteht er eine auf die grundständige Soziale Arbeit basierende, beratungs- und behandlungskompetente Spezialisierung, die in unterschiedlichen Arbeitsfeldern des Gesundheits- und Sozialwesens Anwendung findet, mit dem Kerngedanken der „Person-in-Environment-Perspektive“. Dieser integrierte professionelle Ansatz trägt „(...) zur Verbesserung der psycho-sozialen Passung zwischen Klient bzw. Klientensystem und Umwelt (...)“ bei und sieht als ihre primäre Adressatengruppe Menschen in Multiproblemlagen, die unter „(...) schweren Belastungen, Krisen und psychischen, sozio- und psychosomatischen sowie chronischen Erkrankungen (...)“ (Pauls, 2013, S. 16f.) leiden, deren bio-psycho-soziale Belastungen sozial (mit-)

verursacht sind. Stimmer (2012, S. 143) sieht im Fokus der Klinischen Sozialarbeit die „(...) eigenständige Entwicklung von Theorien und Methoden der Sozialen Arbeit in Verbindung mit Nachbardisziplinen (Psychologie, Medizin, Psychotherapie, Psychiatrie ...) und ihre Anwendung bei einzelnen Personen oder Gruppen von Individuen aller Lebensalter, die unter Konflikten oder Störungen leiden (...), die sich sozial und/oder psychisch und/oder somatisch manifestieren“. Was ist nun das Besondere an dieser Spezialisierung Sozialer Arbeit? Stimmer hat mit der Entwicklung dieser Fachsozialarbeit auf die Notwendigkeit hingewiesen, dass sich spezifische Methoden, neben der Beratung, Unterstützung, Begleitung und Betreuung, d. h. die über die der grundständigen Sozialen Arbeit hinausgehen, entwickeln müssen, damit nicht nur eine Einordnung in spezifischen Arbeitsfeldern bzw. Tätigkeitsbereichen erfolgt (vgl. Stimmer, 2012, S. 143). „Die engeren Grenzen sozialpädagogischer Tätigkeit müssen überschritten werden, um den Begriff der Klinischen Sozialen Arbeit bezüglich des methodischen Handelns sinnvoll zu füllen. Das Interaktionsmedium Soziale Therapie² weist in diese Richtung“ (ebd., S. 143).

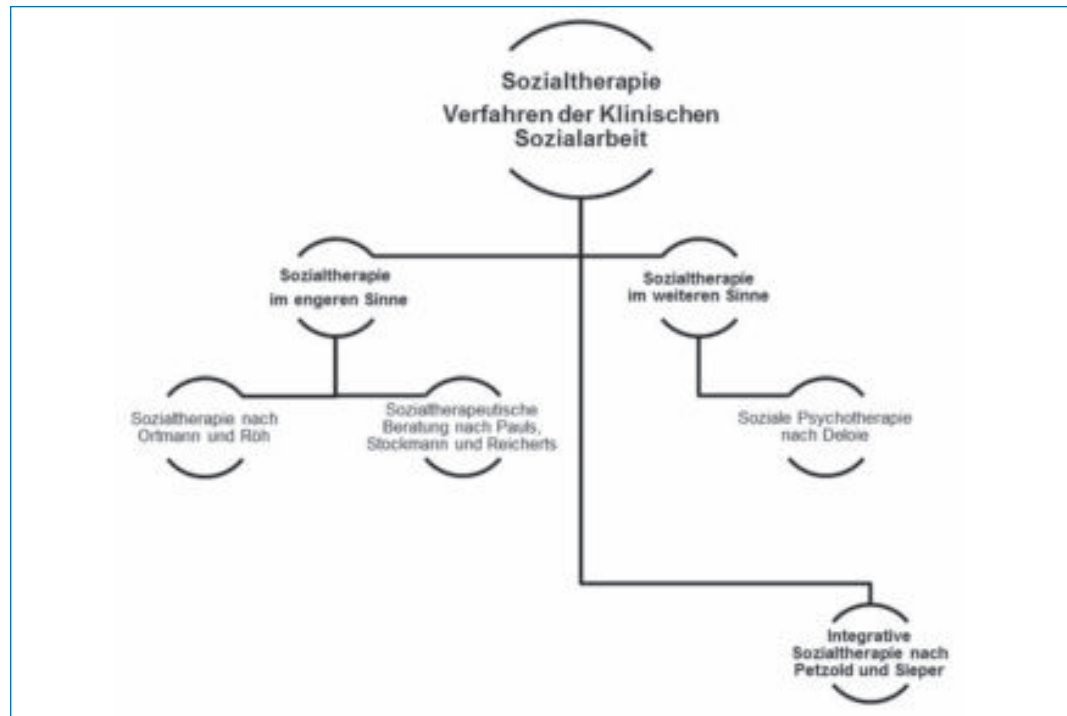
5 Sozialtherapie: methodisches Leitkonzept der Klinischen Sozialarbeit

Die Sektion Klinische Sozialarbeit der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit widmet sich seit mehreren Jahren der Entwicklung einer Sozialtherapie (vgl. Röh 2014, S. 3) und die Zeitschrift Klinische Sozialarbeit veröffentlicht in ihrer zweiten Ausgabe 2014 konzeptionelle, sozialtherapeutische Überlegungen auf Basis der Klinischen Sozialarbeit, die einen Zwischenstand des wissenschaftlichen Diskurses abbildet (vgl. Abb. 1). Es können nach meiner Auffassung drei Stränge differenziert werden: die Sozialtherapie im engeren Sinne, die Sozialtherapie im weiteren Sinne und schulenübergreifende Ansätze (Integrative Sozialtherapie, siehe Kapitel 3).

² Im weiteren Verlauf wird der Terminus Sozialtherapie bevorzugt und einheitlich benutzt, ungeachtet der Tatsache, dass andere Autoren abweichende Begriffe wie Soziale Therapie oder Soziotherapie verwenden.

Abbildung 1

Grundkonzepte der Sozialtherapie mit Bezug zur Klinischen Sozialarbeit (eigene Darstellung)



5.1 Sozialtherapeutische Konzepte im engeren Sinne

Bei allen noch vorhandenen Differenzen, die bei der konzeptuellen Entwicklung der Sozialtherapie innerhalb des oben beschriebenen Diskurses bestehen, hat Röh (2014, S. 3) folgende Gemeinsamkeiten hervorgehoben:

- Notwendigkeit der sozialen Behandlung von sozialen Problemen
- Sozialtherapeutisches Handeln ergänzt die Methoden der grundständigen Sozialen Arbeit (bildende, beratene und alltagsunterstützende Methoden, sozialräumliche Herangehensweisen)
- Sozialtherapie wird der Klinischen Sozialarbeit zugeordnet. Klinische Sozialarbeit wird dabei als wissenschaftlicher Ansatz betrachtet, der „(...) sowohl auf die personenbezogenen Zusammenhänge als auch auf die sozialen und strukturellen Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit schaut und diese in einem integrativen Sinne zu berücksichtigen weiß“ (Röh, 2014, S. 3).
- Ergänzend kann erwähnt werden, dass sich alle Ansätze der Behandlung von Menschen mit multiplen sozialen und gesundheitlichen Problemlagen widmen und verpflichtet fühlen.

Pauls (2013) hatte bereits in seiner Monographie zur Klinischen Sozialarbeit der Sozialtherapie eine Zentralstellung im Methoden-

kanon der psycho-sozialen Behandlung zugewiesen und entwirft sie als ein handlungsleitendes Grundkonzept der Klinischen Sozialarbeit, unter der die Psychosoziale Diagnostik, die psychosoziale Beratung, die soziale Therapie, die soziale Unterstützung, die Netzwerkarbeit, das Case-Management, die soziale Rehabilitation, die Krisenintervention und die sozialarbeiterische (soziale) Psychotherapie subsumiert werden. Er bleibt in seiner Betrachtung der Sozialtherapie Überlegungen der „Gründungsmütter“ der sozialtherapeutischen Gedanken treu und benennt zwei Aspekte, die in diesem Zusammenhang konstituierend sind: Zum einen basiert die sozialarbeiterische Fallarbeit auf einer tragfähigen Beziehung (vgl. Pauls, 2013, S. 290f.), zum anderen kann von einer „Integration in das strukturierte und organisierte System menschlichen Zusammenlebens“ die Rede sein (ebd., S. 290). Soziale Therapie wird als ein interdisziplinäres Konzept verstanden, das erweiterte Reflexions- und Handlungskompetenzen herausfordert und dadurch nicht mit einer grundständigen Sozialarbeit gleichzusetzen ist. In einer neueren Publikation präzisiert Pauls mit Kolleginnen sein sozialtherapeutisches Konzept, das er unter der neuen Begrifflichkeit sozialtherapeutische Beratung fortführt. Die Zusammenführung der Begriffe von Therapie und Beratung soll den oftmals fließenden Übergängen und/oder den Überschneidungen Rechnung tragen, was aus meiner Sicht aber

zu einer erneuten Sprachverwirrung beträgt. In diesem therapeutischen Arbeitsfeld – mit oftmals deutlichen inhaltlichen Gemeinsamkeiten – konkurrieren bereits unterschiedliche Begrifflichkeiten wie Soziale Therapie, Sozialtherapie, Soziotherapie miteinander.

„Von sozialtherapeutischer Beratung wollen wir immer dann sprechen, wenn gesundheitliche Beeinträchtigungen und ihre Folgen ein wesentliches Element der Problemdefinition sind und Interventionen sich auf das Problem – auch Störung und Krankheit – verursachende und/oder aufrechterhaltende soziale und psychosoziale Faktoren richten müssen“ (Pauls & Stockmann, 2013, S. 15). Ausgangspunkt und Auftrag des klinisch-sozialarbeiterischen Handelns bildet die oben bereits beschriebene Sozialpathologie. Die Interventionen richten sich auf die innerpsychischen Prozesse, auf die soziale Umwelt und auf die Passung zwischen Individuum und seiner Umwelt (vgl. Pauls & Stockmann 2013, S. 17) und soll insbesondere „Hard-to-reach-AdressatInnen“ aktivieren und Partizipation ermöglichen (vgl. Pauls & Reicherts, 2014, S. 4).

Pauls und Reicherts (ebd., S. 61ff.) schlagen ein hierarchisiertes Mehr-Ebenen-Modell sozialtherapeutischer Beratungskompetenzen vor, die in jeder beziehungs- und/oder aufgabenorientierten sozialtherapeutischen Beratung/Intervention notwendig sind. Auf der ersten Stufe (1) der Intervention werden elementare interaktionelle Kompetenzen zum Settingaufbau, zur ersten Kontaktaufnahme etc. benötigt. Als beraterische Methode benennen sie hier z. B. das aktive Zuhören. (2) In der nächsten Stufe ist der Fokus auf beziehungsorientierte Kompetenzen gerichtet, die sich in Interventionen wie positive Wertschätzung, Kongruenz, Beziehungsdialo g etc. widerspiegeln. (3) Die genannten Basisvariablen schaffen einen Boden, um weitere Interventionsformen zu initiieren, wie Fragen stellen, Konfrontieren, Informieren etc. Die Autoren sprechen in diesem Zusammenhang von notwendigen einfachen aufgabenorientierten Kompetenzen, die auf dieser Ebene notwendig sind, gefolgt von komplexen aufgabenorientierten Kompetenzen (4), die auf den bisher genannten Kompetenzen aufbauen. Hier kommen Interventionen zum Einsatz, die sich aus den klassischen psychotherapeutischen Verfahren ableiten. Die Autoren sprechen hier eher von Orientierungen und meiden die psychotherapeutischen Begrifflichkeiten. Im Fokus stehen Interventionen im Bereich des Gefühls-

lebens (z. B. Gestalttechniken), des Verhaltens (Verstärkung, Rollenspiel etc.), der Kognitionen (Reframing etc.) und des Systems (zirkuläres Fragen etc.). (5) Die komplexesten Formen der Interventionen werden als systemisch-institutionell bezeichnet. Auf dieser Interventionsebene bedarf es der Kenntnisse über institutionelle Rahmenbedingungen und relevante Netzwerke, über rechtliche und ethische Aspekte etc. Als Interventionsformen wird beispielhaft das Case-Management genannt.

Während Pauls und KollegInnen in die Sozialtherapie, bei klarer Orientierung an der Sozialen Arbeit, auch Wissensbestände der Klinischen Psychologie und Psychotherapie integrieren, beschreiben Ortmann und Röh (2013) die Sozialtherapie „(...) als zentrales Rahmenkonzept der Klinischen Sozialarbeit“ (ebd., S. 87), das bewusst auf die bezugswissenschaftlichen Quellen der Psychotherapie verzichtet und diese Behandlungsform als zweifelsfrei sozialarbeiterisch ausweist (vgl. ebd., S. 71ff.). Sie komplettiert neben der somatischen und psychotherapeutischen Behandlung die notwendige Behandlungskette innerhalb eines biopsychosozialen Modells (vgl. ebd.). Als theoretisches Grundgerüst einer Sozialtherapie schlagen sie zum einen den Capabilities Approach vor. „In der Diskussion um eine handlungstheoretische Begründung Sozialer Arbeit geraten neben normativ-gerechtigkeitstheoretischen auch akteursbezogene Zielebenen stärker in den Fokus (...). Die im Anschluss an den Capabilities Approach herausgearbeitete Gegenstand- und Funktionsbestimmung Sozialer Arbeit sieht neben der Arbeit an auskömmlicher Ausstattung im Sinne sozioonomischer und sozioologischer Ressourcen und Chancen auch die Befähigung zur Ressourcennutzung als zweite Säule vor“ (Ortmann & Röh 2014, S. 79). Zum anderen liegen dem sozialtherapeutischen Ansatz systemische Gedanken zugrunde mit dem Fokus der Interaktion zwischen Mensch und Umwelt. Auf der Interventionsebene ist nicht nur das Individuum, sondern auch das System, die Umwelt, das Ziel der Veränderung. Hier stehen die Autoren in der Tradition des doppelten Fokus, der für die (Klinische) Sozialarbeit so konstituierend ist. Sozialtherapie zeichnet sich – und damit folgen Sie den Überlegungen von Pauls, Petzold und Schwendter – durch eine Vielzahl von methodischen Zugängen aus, wie psychosoziale Beratung, Case-Management, Netzwerkarbeit, Krisenintervention, mit dem Ziel der

Teilhabe von KlientInnen an gesellschaftlichen Prozessen. Sozialtherapie zeichnet sich weiterhin durch folgende Grundhaltungen aus: Lebenswelt- und Alltagsnähe, dialogische Orientierung und Niederschwelligkeit.

5.2 Sozialtherapie im weiteren Sinne: Soziale Psychotherapie als Behandlung mit sozialen und psychologischen Mitteln

Ein mehr am klassisch amerikanischen Clinical Social Work orientiertes Modell stellt die von mir konzeptualisierte Soziale Psychotherapie dar (Deloie, 2011, 2012, 2013), die psychotherapeutisches Handeln als einen Baustein der Methodik der Klinischen Sozialarbeit betrachtet. Dorfman, eine renommierte Vertreterin des Clinical Social Work, hat in ihren Veröffentlichungen ausgeführt, dass SozialarbeiterInnen in verschiedenen Rollen agieren. Eine davon ist die der/s PsychotherapeutIn – dies wird häufig als „Therapy plus“ bezeichnet.

Die Betrachtung Sozialer Psychotherapie kann in der (Klinischen) Sozialarbeit in der Suchthilfe auf drei unterschiedlichen Ebenen erfolgen:

- Reflexionsaspekt: Um ein vertieftes Verständnis in die biografische, psychische Entwicklung und der aktuellen psychischen Befindlichkeit von AdressatInnen zubekommen, sind psychotherapeutische Konzepte mit den ihnen impliziten Menschenbildern und Krankheitslehre etc. hilfreich. Hierbei werden keine psychotherapeutischen Methoden direkt angewandt. Dieser Aspekt ist bei jeder Form der Sozialen Arbeit in allen Handlungsfeldern der Suchthilfe notwendig (vgl. Deloie, 2011, S. 20).
- Methodischer Aspekt: Soziale Psychotherapie, verstanden als systematisierte Ausdrucksform menschlicher Interaktion und Kommunikation, ist im methodischen Sinne in vielen Bereichen der Sozialen Arbeit" (Deloie, 2011, S. 20) in der Suchthilfe notwendig. Bewährt haben sich beispielsweise methodische Ansätze des Klientenzentrierten Ansatzes, um eine vertrauensvolle Basis zu den Suchtkranken aufbauen zu können. Im Rahmen der Antragstellung für eine Suchtrehabilitation in der Suchtberatung hat sich zunehmend das Verfahren der Motivierenden Gesprächsführung bewährt, um Einsicht und Motivation des Suchtkranken

zu fördern. Hier steht nicht unmittelbar der kurative Aspekt im Vordergrund (vgl. Deloie, 2011, S. 20).

- Funktionaler Aspekt: Soziale PsychotherapeutInnen übernehmen heilkundliche Aufgaben. Bei der Sozialen Psychotherapie im engeren Sinne stellt diese Funktion eine unter mehreren dar. Klinische SozialarbeiterInnen mit therapeutischen Zusatzqualifikation übernehmen ebenfalls die Beratung, Betreuung und Begleitung ihrer Klientele. Ferner sollte/kann ein abgeschlossenes Masterstudium der Klinischen Sozialarbeit eine der beruflichen Grundqualifikationen bilden für eine weiterführende psychotherapeutischen Weiterbildung. Auf Basis einer solchen Ausbildung üben Soziale PsychotherapeutInnen Psychotherapie exklusiv aus. (Vgl. Deloie, 2011, S. 20. Die Unterscheidung in einen methodischen und funktionalen Aspekt der Psychotherapie wurde von Hey (2000, S. 168) beschrieben.)

Unter der funktionalen Perspektive kann die Soziale Psychotherapie wie folgt definiert werden:

„Soziale Psychotherapie, verstanden als ein wissenschaftlich-psychotherapeutisches Rahmenkonzept, hat unter Verwendung von psychologischen und sozialen Mitteln in einer durch Intersubjektivität geprägten therapeutischen Beziehung die Zielsetzung, psychosoziale Leidenszustände zu beheben oder zu mindern. Soziale Psychotherapie wirkt ferner entwicklungs- und gesundheitsfördernd und sie nimmt präventive Aufgaben wahr. Sie erfolgt in einzel-, familien- und gruppentherapeutischen Settings und bedient sich der Netzwerktherapie. Im Zentrum der Betrachtung Sozialer Psychotherapie steht die „Person-in-Environment-Perspektive“. Die Soziale Psychotherapie basiert auf Klinischer Sozialarbeit, deren zugrunde liegenden Paradigmen und ethischen Grundsätzen. Aus der Tradition der therapeutischen Sozialen Arbeit kommend, fühlt sie sich insbesondere Menschen mit multiplen psychosozialen Notlagen verpflichtet. Die Fähigkeit zur Ausübung der Sozialen Psychotherapie wird durch eine psychotherapeutische Ausbildung erlangt, auf Basis eines wissenschaftlichen Studiums der Sozialen Arbeit mit klinischen Schwerpunkten“ (Deloie, 2011, S. 105)

Die Soziale Psychotherapie als Klinische Sozialarbeit in der Suchthilfe betont stärker als die oben genannten sozialtherapeutischen Verfahren den Aspekt der Heilung und ist ein Ansatz der direct practice, d. h. der unmittelbaren Arbeit mit den KlientInnen, und damit spielen gemeinwesenorientierte Methoden eine nur untergeordnete Rolle. Stärker werden auch psychotherapeutische Grundkonzepte einbezogen, d. h. Wissen über die unterschiedlichen Schulen, wie den tiefenpsychologischen, verhaltenstherapeutischen, humanistischen, systemisch-familien-therapeutischen, schulenübergreifenden Ansätzen, über die modernen Verfahren der Suchttherapie (z. B. Rückfallpräventionsprogramme, motivierende Gesprächsführung), aber durch Wissensbestände der Sozialwissenschaften, Gesundheitswissenschaften und Pädagogik ergänzt. Dabei sind für eine Soziale Psychotherapie auf Basis der Klinischen Sozialarbeit die folgenden Perspektiven handlungsleitend: „Person-in-Environment-Perspektive“, Patho- und Salutogenese, Resilienzorientierung, Soziogenese, Defizit- und Ressourcenorientierung, Lebensweltorientierung, „lifespan development approach“ und Netzwerkperspektive. Konstituierend für die gesamten sozialtherapeutischen Konzepte einschließlich der Sozialen Psychotherapie ist die Auftragsstellung, d. h. die Arbeit mit „Hard-to-reach-AdressatInnen“.

Rauchfleisch hat diese AdressatInnengruppe als Menschen in psychosozialer Not bezeichnet, die unter primär schweren psychischen Krankheiten leiden, wie beispielsweise Menschen mit Suchtkrankheiten oder Persönlichkeitsstörungen, und die immer wieder in schwere soziale Schwierigkeiten, Problemlagen geraten. „Das Charakteristische bei ihnen ist, dass es im Verlauf der Jahre zu einer unheilvollen Verquickung zwischen psychischen und sozialen Problemen und zu einer zunehmenden Eskalation beider Störungsbereiche kommt“ (Rauchfleisch, 2006, S. 4). Daraus leitet er die Notwendigkeit ab, dass die Behandlung auf die psychische und soziale Problematik gleichzeitig und -gewichtig ausgerichtet sein muss. Mit einer eingleisigen psychotherapeutischen Behandlung oder sozialarbeiterischen Intervention wird diesen Menschen nicht ausreichend geholfen und es erfordert ein berufliches Anforderungsprofil, das in Theorie und Methodik beides integriert. Ein solch verstandenes Berufsbild entspricht nahezu der hier beschriebenen Fachsozialarbeit Klinische Sozialarbeit. Hat Rauchfleisch Men-

schen mit sogenannten frühen Störungen im Blick, können meiner Erfahrung nach auch Menschen von einem solchen Vorgehen profitieren, die keine psychischen Vorerkrankungen aufweisen und primär durch soziale Problemlagen dekomensieren. In der Praxis der Suchtbehandlung zeigt sich beispielsweise häufig ein zeitlicher Zusammenhang zwischen dem Eintreten von Arbeitslosigkeit und damit einhergehender oder befürchteter Armut und dem Auftreten von Suchtproblemen (Henkel, 2008).

Die Soziale Psychotherapie, als ein auf dem (bio-)psychosozialen Ansatz basierendes Behandlungsverfahren, versucht entlang der Überlegungen von Rauchfleisch (1996, 2006) eine trifokale Behandlung bei multiplen psychosozialen, krankheitsrelevanten Störungen zu konzipieren. In der diagnostischen Erhebung und in der Intervention werden psychotherapeutische und genuin sozialarbeiterische Elemente parallel oder intermittierend indikationsspezifisch eingesetzt. In Erweiterung zu Rauchfleisch wird die soziale Dimension differenziert betrachtet. Soziale Psychotherapie differenziert zwischen der intrapersonellen, interpersonellen und sozioökonomischen Dimension³ und interveniert in allen drei Ebenen. In Abbildung 2 sind den jeweiligen Dimensionen exemplarisch einzelne Theorien, diagnostische Instrumente und Interventionsformen bzw. Methoden zugeordnet.

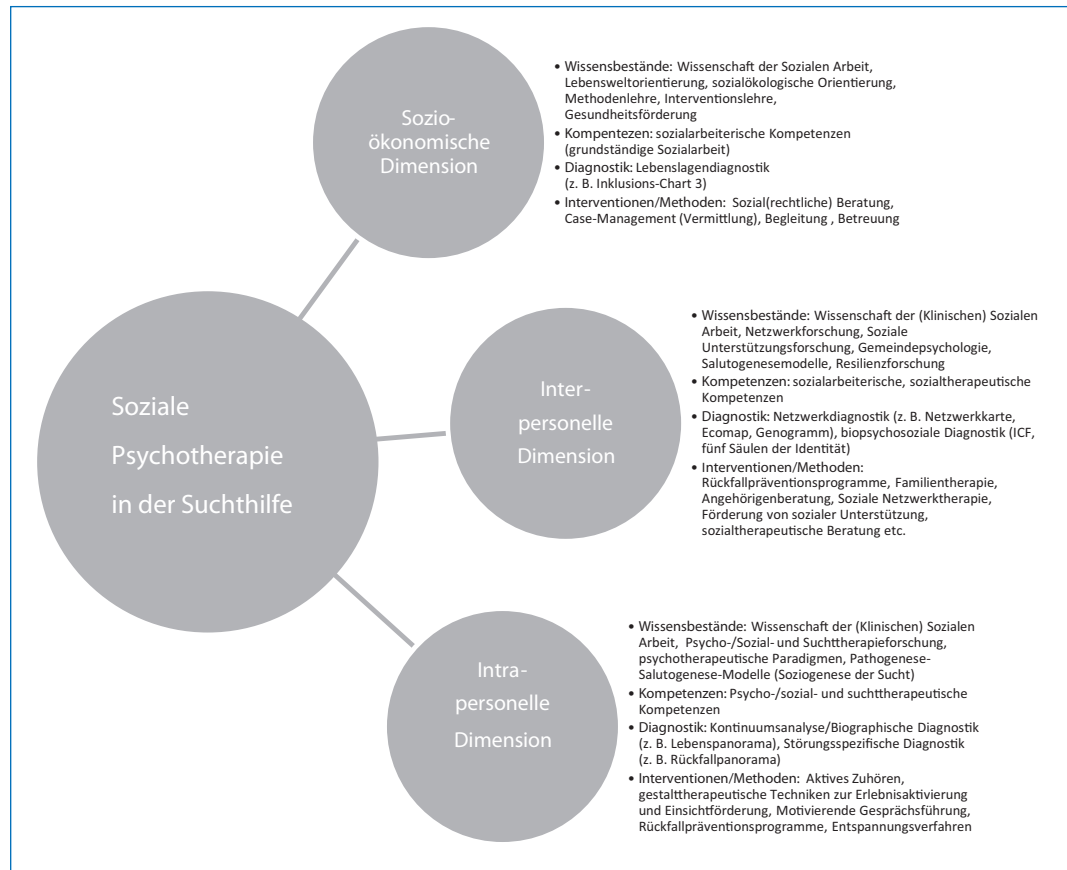
Fallvignette (aus Deloie, 2011, S. 199ff.)

Herr B., Anfang 40, kam zu seiner ersten stationären Entwöhnungsbehandlung auf eine Station für medizinische Rehabilitation für Alkoholabhängige. Bei der Aufnahme berichtete er, dass er vor mehreren Monaten seine erste stationäre Entzugsbehandlung gemacht habe. Er sei anschließend nur kurz abstinenter geblieben, die stationäre Therapie habe nicht angeschlagen. An seiner Arbeitsstelle, wo er in einer Werkstatt als Facharbeiter tätig sei, sei er dann mit »Alkoholgeruch« aufgefallen. Der bei Herr B. festgestellte »Restalkohol« habe zu keinen Konsequenzen am Arbeitsplatz geführt – dies ist sicher dem geschuldet, dass er als guter, motivierter Ar-

³ Rauchfleisch spricht von einer bifokalen Behandlung. Aufgrund der differenzierten Betrachtung der sozialen Dimension wird hier von einem trifokalen Vorgehen gesprochen.

Abbildung 2

Trifokale Behandlung –
multidimensionaler Fokus
Sozialer Psychotherapie in
der Suchthilfe (eigene Dar-
stellung)



beiter geschätzt wird und sich nie etwas zuschulden kommen lassen hat. Er habe sich dann dennoch an die Suchtberatung seines Betriebes gewandt. Man legte Herrn B. eine stationäre Behandlung in der Fachklinik nahe. Er berichtete weiter, dass er zuletzt bis zu acht Liter Bier am Tag getrunken habe. Der Konsum habe sich über einen langen Zeitraum hinweg ohne für ihn ersichtliche Gründe gesteigert. Nennenswerte Konflikte und Probleme könne er nicht aufführen. Er fühle sich am Arbeitsplatz wohl, ist hier seit der Ausbildung beschäftigt und anerkannt. Er sei gleichermaßen bei seinen Kollegen und Vorgesetzten angesehen. Zuletzt wurde ihm auch eine Leitungsposition angeboten. Herr B. war im Kontakt freundlich zugewandt, wirkte aber aufgrund seines zunehmenden Alkoholabusus irritiert, diesbezüglich war er nahezu sprachlos. Trotz guter affektiver Schwingungsfähigkeit blieb der Zugang zu eigenen Gefühlen im Hinblick auf seine Alkoholabhängigkeit deutlich reduziert. Um seine aktuelle Lebenssituation, seine Persönlichkeit und seine Identität zu erfassen, wurde Herr B.

motiviert und aufgefordert, eine bildliche Darstellung seiner »fünf Säulen der Identität« zu erstellen. Petzold (1993, S. 275ff.) unterscheidet hier fünf Dimensionen der Identität, die im Sinne einer Diagnostik erhoben werden können. Diese können verbal erhoben werden oder, wie in diesem Falle, die/der PatientIn/KlientIn wird angeregt, ein Bild zu den fünf Dimensionen zu zeichnen. Die eher kreative Variante bedarf zum einen einer inneren Aufgeschlossenheit der/s PatientIn zu diesem Medium und einer soliden Einführung des Therapeuten. In der Regel stimme ich die KlientInnen mit »kleinen« Vorübungen auf diese Technik ein. Leiblichkeit: Die Säule Leiblichkeit wurde von Herr B. als fragile Identitätsdimension dargestellt. Es zeigte sich ein Raubbau durch den chronischen Alkoholabusus am eigenen Körper/Leib, ferner zunehmende Befürchtungen vor einem weiteren somatischen »Verfall«. Soziales Netzwerk: Das Soziale Netzwerk wurde als »Fundament« seiner Identität gezeichnet. Herr B. berichtete, dass er über einen großen Freundes- und Bekanntenkreis verfüge. Das Verhältnis zu den

Kollegen wurde auch als tragfähig beschrieben. Herr B. ist ein Mensch, der eine »gewinnende Art« hat. Insgesamt zeigte er adäquate Kommunikationsfähigkeiten. Zuletzt habe er sich jedoch sukzessive, aufgrund von Schamgefühlen, zurückgezogen. Ein Vakuum zeigte sich beim Thema Partnerschaft. Arbeit, Leistung, Freizeit: Herr B. identifizierte diesen Identitätsbereich ebenfalls als tragfähige Säule. Im Berufsleben habe er sich immer ausgefüllt gefühlt. Seine aktuelle berufliche Beschäftigung würde ihm nach all den Jahren noch Freude bereiten. Er sei auch mit Stolz erfüllt, dass man ihm die Position des Schichtleiters in Aussicht gestellt habe. Seine Freizeitgestaltung habe durch die Sucht stark gelitten. Zuletzt habe er nur Bier getrunken und Musik »konsumiert«. In der Vergangenheit habe er in seiner Freizeit viel mit Freunden unternommen. Materielle Sicherheiten: Dieser Identitätsbereich ist stark in Mitleidenchaft gezogen. Mit Scham berichtete er, dass er sich in letzter Zeit finanziell übernommen habe. Er habe sich stark verschuldet und diesbezüglich den Überblick verloren. Die näheren Umstände bleiben bei der Besprechung des Bildes unklar. Bei seiner Narration wirkte er eigentümlich betroffen, eine Atmosphäre der Sprachlosigkeit breitete sich aus. Werte und Normen: Durch den sozialen Rückzug sei dieser Identitätsbereich verkümmert. In der Vergangenheit sei er in der Jugendarbeit ehrenamtlich aktiv gewesen. Das »Soziale« habe für ihn eine besondere Bedeutung gehabt. Im Weiteren berichte ich über eine kurze Therapiesequenz, in der die intrapersonelle und die sozio-ökonomische Dimension im Vordergrund standen. Die interpersonelle Ebene wurde erst im weiteren Behandlungsverlauf angesprochen, als er eine Partnerschaft eingegangen war. Nachdem in der initialen Phase der Behandlung die Bearbeitung der biografischen und suchtspezifischen Anamnese im Vordergrund stand, wurde im Weiteren das Thema Schuldenregulierung bedeutsam. Zunächst imponierte, dass die Stimmung von Herrn B. sich zunehmend depressiv »eintrübte«. Er wurde ruhiger, brachte sich nicht mehr mit eigenen Themen in die Gruppentherapie ein. Bei der näheren Besprechung in der Einzeltherapie zeigte

sich ein Patient, der zunehmend mit einer depressiven Symptomatik auf seine ungeklärte Schuldensituation reagierte. Ausgelöst wurde die Niedergeschlagenheit durch ein Schreiben seiner Bank, in dem man ihn aufforderte, mit ihnen in Kontakt zu treten. Dies löste bei ihm größte Ängste und Sorgen aus, da er befürchtete, dass man ihm den Dispositionskredit einschränken könnte und er dadurch bedingt seinen finanziellen Verpflichtungen nicht mehr nachkommen könnte. Es setzten Katastrophenfantasien ein vor einem sozialen »Absturz« (Gerichtsvollzieher, Wohnungsverlust etc.). Er hatte das Schreiben zunächst nicht geöffnet und mit Passivität reagiert. Den Hintergrund bildeten stärker werdende Gefühle der Scham. Er entwertete sich selbst, bezeichnete sich als Versager. Normalerweise würde er sonst seinen Verpflichtungen immer nachkommen. Gerade im Arbeitsfeld sei er immer korrekt gewesen, habe in schwierigen Situationen den Überblick behalten und sei als Organisationstalent bekannt. Er habe Arbeitsprobleme angepackt und sei immer direkt auf Leute zugegangen. Und dies bis zuletzt, also auch in seiner akuten Trinkphase. Aus der Scham heraus falle es ihm jetzt schwer, auf die Bank zuzugehen. Herr B. verfügt über ausreichende Ressourcen, d. h. adäquate soziale Kompetenzen, auf die er aber aktuell im privaten Bereich jedoch nicht zugreifen konnte. Es ging nun um die Er- und Bearbeitung des Problems, um die Re-Aktivierung von Ressourcen und um emotionale Entlastung. In einer Therapiestunde wurde der gesamte »Schuldenberg« auf ein Plakat aufgeschrieben. Durch die »Visualisierung« fühlte sich Herr B. unmittelbar entlastet, da er nun sah, dass die Schuldensituation nicht so groß war, wie zunächst angenommen. Es zeigte sich, dass er in der Lage sein könnte, die Schulden trotz knapperer materieller Ressourcen abzutragen. In den darauffolgenden Einzeltherapiestunden wurde sukzessive das weitere Prozedere besprochen. Er erwog zunächst, eine Schuldnerberatungsstelle zu konsultieren. Dies schien in seinem Falle jedoch aus meiner Sicht nicht indiziert, da es nur eine Verschiebung von Verantwortung bedeutet hätte. Vielmehr ging es darum, seine vorhandenen Ressourcen behutsam zu aktivieren und ihm Möglich-

keiten des Handelns aufzuzeigen und in Rollenspielen einzuüben (interpersonelle Ebene). Herr B. konnte sich nach anfänglichen Bedenken auf Rollenspiele im Rahmen eines sozialen Kompetenztrainings einlassen und alte Ressourcen wiederentdecken. Es gelang dann auch ein Transfer des in der Behandlung Gelernten ins Private. Er suchte nun offensiv das Gespräch mit dem Geldinstitut. Er konnte seine Interessen einbringen und fand mit seiner Bank eine realistische Finanzlösung. In den weiteren Gesprächen wurden die gemachten Erfahrungen, die Verwirrungen, die Blockierungen und der Umgang damit reflektiert und analysiert (intrapersonelle Ebene).

Die Interventionen im Bereich der sozio-ökonomischen Ebene, in diesem Fallbeispiel die Klärung und Konsolidierung der Schuldensituation, war für das "Therapie-Outcome" von besondere Bedeutung; die Behandlung der innerpsychischen und Beziehungsebene (intra- und interpersonelle Dimension) erfolgte eher flankierend. In einer klassisch psychotherapeutisch-psychologisch orientierten Behandlung hätte man den Klienten ggf. auf eine Schuldnerberatungsstelle verwiesen und sich in der Therapie auf das depressive Leiden fokussiert und damit wäre letztlich eine Chance des Zugangs, der Vertrauensbildung und der emotionalen Entlastung vertan worden. (Vgl. Deloie, 2011, S. 202). „Wo immer es Therapeuten gelingt, die Probleme ihrer Patienten ernst zu nehmen und ihnen für die Lösung dieser Probleme (...) Hilfen für realitätsgerechte Lösungen an die Hand zu geben, gelingen therapeutische Beziehungen“ (Petzold 1993, S. 316).

6 Fazit

Im Anschluss an Rometsch (2012), dem damaligen Vorsitzenden der DG SAS, wäre es wünschenswert „(...) dass Sozialarbeiter ihre Tätigkeiten sichtbarer machen und ihre Konzepte und Kompetenzen vermehrt in die fachliche Diskussion einbringen“ (Rometsch, 2012, S. 152). Für den Bereich der Suchtrehabilitation sollte sich die Soziale Arbeit an der Leitdisziplin der Klinischen Sozialarbeit orientieren und die neueren Konzepte der Sozialtherapie auf Basis dieser Spezialisierung

sukzessive adaptieren. Ebenso sich selbstbewusst als eine entscheidende und tragende Säule der Behandlung von Suchtkranken positionieren und ihr therapeutisches Handeln nicht als „kleine psychologische Psychotherapie“ sehen, als etwas aus einer anderen Disziplin Entliehenes. Sozialtherapeutisches Handeln auf Grundlage der Wissenschaft der Sozialen Arbeit kann auf eine lange Geschichte zurückblicken. Sie verfolgt eigene Logiken, eigene Verstehens- und Handlungsmuster in Diagnostik, Intervention und in ihrer Zielsetzung, ohne sich gegenüber den Nachbardisziplinen „abzuschotten“. Die vorgestellten sozialtherapeutischen Konzepte mit ihren meta- und handlungstheoretischen Überlegungen, ihrer Interventionslehre, sollten zunehmend auch in die sozialtherapeutischen Weiterbildungen zur Suchttherapie Eingang finden und um diese eher psychosuchttherapeutischen Ausbildungsgänge ergänzen und erweitern.

7 Literatur

- Brandell, J. R. (Hrsg.) (2011). *Theory & practice in clinical social work*. 2nd ed. Los Angeles: SAGE.
- Deloie, D. (2011). *Soziale Psychotherapie als Klinische Sozialarbeit. Traditionslinien - theoretische Grundlagen - Methoden*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Deloie, D. (2012). Konzeption für eine Soziale Psychotherapie – Klinisch-sozialarbeiterische Perspektiven. *Klinische Sozialarbeit*, 8 (4), 4-5.
- Deloie, D. (2013). Konzeption für eine Soziale Psychotherapie für den Indikationsbereich der Abhängigkeitserkrankungen. *Klinische Sozialarbeit*, 9 (1), 6-10.
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2007). *KTL – Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation*. 5. Auflage. Deutsche Rentenversicherung Bund. Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation (2010). *Strukturqualität von Reha-Einrichtungen - Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung. Stationäre Reha-Einrichtungen*. 1. Auflage. Berlin.
- Dorfman, R. A. (Hrsg.) (1988-2004). *Paradigms of clinical social work*. 3 Bände. New York: Brunner/Mazel.
- Dorfman, R. A. (1996). *Clinical social work. Definition, practice, and vision*. New York: Brunner/Mazel.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2008). *Drugs and Vul-*

- nerable Groups of Young People. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Gahleitner, S. B. (2012). »Und wenn es schwierig wird«? Therapeutische Beziehungsgestaltung im »hard to reach«-Bereich. *Integrative Therapie*, 38 (1), 37-59.
- Gahleitner, S. B., Deloie, D. & Stitz, A. (2014). *Integrative Sozialtherapie. Klinische Sozialarbeit*, 10 (2), 8-9.
- Gahleitner, S. B. & Hahn, G. (Hrsg.) (2008). *Klinische Sozialarbeit. Zielgruppen und Arbeitsfelder*. 1. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Gahleitner, S. B., Hahn, G. & Glemser, R. (Hrsg.) (2014). *Psychosoziale Interventionen. Klinische Sozialarbeit*. 1. Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Gahleitner, S. B. & Hahn, G. (Hrsg.) (2012). *Klinische Sozialarbeit. Übergänge gestalten, Lebenskrisen begleiten*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Galuske, M. (2013). *Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung*. 10. Auflage. Weinheim: Beltz Juventa.
- Geißler-Piltz, B., Mühlum, A. & Pauls, H. (2005). *Klinische Sozialarbeit*. 1. Auflage. Stuttgart: UTB.
- Hahn, G. (2014). Sozialtherapie – Begriffsgeschichte und Gegenstandsbestimmung. *Klinische Sozialarbeit*, 10 (2), 12–15.
- Hahn, G. & Pauls, H. (2008). Bezugspunkte Klinischer Sozialarbeit. In S. B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Zielgruppen und Arbeitsfelder*. 1. Auflage (S. 22-43). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Henkel, D. (2008). Stand der internationalen Forschung zur Prävalenz von Substanzproblemen bei Arbeitslosen und zur Arbeitslosigkeit als Risikofaktor für die Entwicklung von Substanzproblemen: Alkohol, Tabak, Medikamente. In D. Henkel & U Zemlin (Hrsg.), *Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis* (S. 10-69). Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Henkel, D. & Zemlin, U. (Hrsg.) (2008). *Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis*. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag (21).
- Hey, G. (2001). Perspektiven der sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. Personenbezogene Dienstleistungen als habilitative Ressourcen. 2. Auflage. Lage: Jacobs (Schriftenreihe Gesundheit - Pflege - soziale Arbeit, 10).
- Interview der Zeitschrift Suchttherapie (M. Klein mit dem (damaligen) Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (DG SAS), W. Rometsch (2012). »Nur multidisziplinär kann Suchthilfe geleistet werden«. *Suchttherapie*, 13 (4), 152.
- Klein, M. (2012). Soziale Arbeit in der Suchthilfe – verkannt, unbekannt, unverzichtbar oder was? *Suchttherapie*, 13 (4), 153-154.
- Kruse, G., Körkel & J. & Schmalz, U. *Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln. Mit literarischen Beispielen*. 2. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Leune, J. (2013). »Hier sind Sie richtig« – Klinische Sozialarbeit und ihre Schlüsselfunktion in der Suchthilfe. *Klinische Sozialarbeit*, 9 (1), 15-16.
- Müller, C. W. (2006). *Wie Helfen zum Beruf wurde. Eine Methodengeschichte der Sozialen Arbeit*. 4., erweiterte und aktualisierte Auflage. Weinheim, München: Juventa (Edition Sozial).
- National Association of Social Workers (NASW). *NASW Standards for the Practice of Clinical Social Work*. Prepared by the NASW Provisional Council on Clinical Social Work Approved by the NASW Board of Directors June 1984 Prepared by the NASW Provisional Council on Clinical Social Work. Approved by the NASW Board of Directors June 1984. Revised April 1989. (Currently under Revision). Definitions. Online verfügbar unter https://www.socialworkers.org/practice/standards/clinical_sw.asp, zuletzt geprüft am 06.03.2014.
- Ortmann, K. & Röh, D. (2014). Sozialtherapie – Soziale Teilhabe ermöglichen und soziale Ressourcen erschließen. *Integrative Therapie*, 10 (2), 10-11.
- Ortmann, K. & Röh, D. (2014). Sozialtherapie als Konzept der Klinischen Sozialarbeit - eine sozialarbeitswissenschaftliche Fundierung. In S. B. Gahleitner, G. Hahn & R. Glemser (Hrsg.), *Psychosoziale Interventionen* (S. 71-91). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Pauls, H. (2004). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*. Weinheim: Juventa-Verlag.
- Pauls, H. (2013). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*. 3. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Pauls, H. & Reicherts, M. (2013). Allgemeine Basiskompetenzen für sozialtherapeutische Beratung - ein Konzept zur Systematisierung. In H. Pauls, P. Stockmann & M. Reicherts (Hrsg.), *Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit. Ein sozialtherapeutisches Profil* (S. 57-78). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Pauls, H. & Stockmann, P. (2013). Sozialtherapeutische Beratung - eine Begriffsbestimmung. In H. Pauls, P. Stockmann & Michael Reicherts (Hrsg.), *Beratungskompetenzen für*

- die psychosoziale Fallarbeit. Ein sozialtherapeutisches Profil (S. 11-20). Freiburg im Breisgau: Lambertus,.
- Pauls, H., Stockmann, P. & Reicherts, M. (Hrsg.) (2013). Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit. Ein sozialtherapeutisches Profil. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Petzold, H. G. (1993). Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. G. & Orth, I. (1999). Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. G. & Sieper, J. (2008). Integrative Soziotherapie – zwischen Sozialarbeit, Agogik und Psychotherapie. Zur Konnektivierung von Modellen der Hilfeleistung und Entwicklungsförderung für optimale Prozessbegleitung. Polyloge, 8 (1).
- Rauchfleisch, U. (1996). Menschen in psychosozialer Not. Beratung, Betreuung, Psychotherapie. Göttingen, Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rauchfleisch, U. (2006). Psychoanalytische Sozialarbeit mit dem bifokalen Behandlungsmodell. Klinische Sozialarbeit, 2 (3), 4-7.
- Röh, D. (2014). Editorial. Klinische Sozialarbeit, 10 (2), 3.
- Salomon, A. (126). Soziale Diagnose. Berlin: C. Heymann Verlag.
- Schwendter, R. (2000). Einführung in die Soziale Therapie. Tübingen: dgvt Verlag.
- Sieper, J. & Petzold, H. G. (2011). Soziotherapie / Sozialtherapie – ein unverzichtbares Instrument gegen soziale Exklusion und für die psychosoziale Hilfeleistung in »prekären Lebenslagen«. Polyloge, 11 (3).
- Stimmer, F. (2012). Grundlagen des Methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit. 3., völlig überarb. und erw. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Strotzka, H. (1965). Einführung in die Sozialpsychiatrie. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Strotzka, H. (1975). Psychotherapie. Grundlagen, Verfahren, Indikation. München: Urban und Schwarzenberg.
- Wallroth, M. (2013). Stärken und Chancen Klinischer Sozialarbeit: das Beispiel der Suchthilfe. Klinische Sozialarbeit, 9 (1), 4-6.
- Wendt, W. R. (1998). Behandeln können. Klinische Kompetenzen in Praxisfeldern Sozialer Arbeit. Blätter der Wohlfahrtspflege, 145 (9/10), 173-175.



Dario Deloie, M.A.

Fachsozialarbeiter für Klinische Sozialarbeit (ZKS)
 Integrative Therapie/Gestalttherapie (FPI)
 Fachhochschule Köln
 Fakultät für Angewandte
 Sozialwissenschaften
 Institut für Geschlechterstudien
 Ubiering 48
 50678 Köln
 dario.deloie@fh-koeln.de

Modernes Antiquariat

50-90% Preisvorteil

für Bücher aus: Belletristik, Mathematik, Medizin, Musik, Philosophie, Politik, Psychologie, Recht, Religion, Soziologie, Wirtschaft und Zeitgeschichte.

Bücher zum Teil Raritäten in bibliophiler Ausstattung.

Versandkostenfrei bei Bestellwert über 20,- Euro, bei geringerem Bestellwert Versandkostenpauschale von 2,- Euro.

www.modernes-antiquariat.net

Psychosoziale Behandlung substituierter Opiatabhängiger – Theoretische Verortung, Behandlungspraxis und Entwicklungsaufgaben

Daniel Deimel¹, Heino Stöver²

¹ Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Aachen

² Frankfurt University of Applied Sciences, Frankfurt/M.

Kurzfassung

Die psychosoziale Behandlung ist ein festgeschriebener und integraler Bestandteil der Substitution Opiatabhängiger. Es herrscht ein Konsens über die Notwendigkeit psychosozialer Interventionen. In der Praxis lassen sich mehrere Konfliktlinien in der Trias Sozial- und Gesundheitspolitik, Suchtforschung und Suchtkrankenhilfe identifizieren, welche die psychosoziale Versorgung und Behandlung der Patienten erschweren. Die strukturelle und konzeptionelle Weiterentwicklung psychosozialer Betreuungsmaßnahmen würde zu einer Optimierung der Behandlungspraxis führen.

Schlüsselwörter

Psychosoziale Betreuung
Substitutionsbehandlung
Klinische Sozialarbeit
Opiatabhängigkeit

1 Ausgangslage

Von den geschätzten 200.000-350.000 Opiatabhängigen in Deutschland (Langer et al., 2011) befanden sich im Jahr 2012 rund 75.400 in einer substitutionsgestützten Behandlung (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2013). Diese Behandlungsform gilt nach ihrer Einführung vor 25 Jahren heute als Regelbehandlung und Goldstandard in der Therapie opiatabhängiger Menschen in Deutschland. Dies zeigt sich, wie in Abbildung 1 dargestellt, in den kontinuierlich gestiegenen Patientenzahlen.

Neben einer umfangreichen medizinischen Versorgung beinhaltet die Substitutionstherapie eine psychosoziale Behandlung¹. In den Richtlinien der Bundesärztekammer (Bundesärztekammer, 2010) zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger wird die psychosoziale Be-

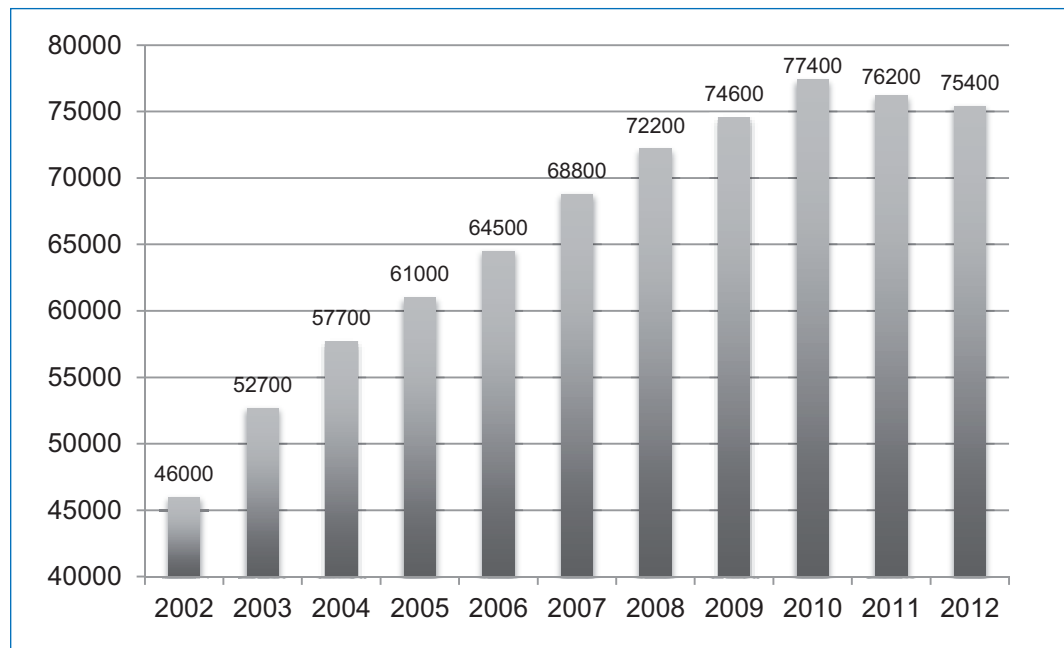
treuung wie folgt definiert: „Gegenstand der psychosozialen Maßnahmen ist es, die Erreichung der individuellen Therapieziele durch geeignete Hilfen zu befördern. Dies erfordert die Einbeziehung von Einrichtungen und Professionen des Suchthilfesystems. Eine psychosoziale Betreuung (PSB) erfolgt nach den 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.“ (Bundesärztekammer, 2010, S. 512)

Die Lebenssituationen und die Krankheitsverläufe der Klienten sind in der Regel hoch belastet, langwierig und haben eine ungünstige Prognose hinsichtlich einer Abstinenz (Scherbaum, 2012). So sind etwa 70-90% der intravenös konsumierenden Drogenabhängigen mit dem Hepatitis C Virus (HCV) infiziert. Sie ist damit die Gruppe mit den meisten HCV-Neuinfektionen (Maier, 2002, Backmund, 2008). Rund 15% der HIV infizierten Personen sind intravenös Drogen-

¹ Die Begriffe psychosoziale Betreuung und psychosoziale Behandlung werden im Folgenden synonym verwendet.

Abbildung 1

Anzahl der substituierten Opiatabhängigen in Deutschland (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2013).



konsumierende. Somit gehören sie auch hier zu einer Hochrisikogruppe (Marcus, 2005, Robert-Koch-Institut, 2007). Die psychiatrische Komorbiditätsrate wird mit 50-70% angegeben (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2006). Nach Lieb und Isensee (2007) kommt es zu einem gehäuftem Auftreten von Depressionen, generalisierten Angststörungen, sozialen Phobien, posttraumatischen Belastungsstörungen und antisozialen Persönlichkeitsstörungen bei Drogenabhängigen. In einer Szenebefragung von Thane et al. (2008) hatten 78% der befragten Opiatabhängigen bereits Hafterfahrungen. Eine Analyse der Hafterfahrungen Opiatabhängiger in mehreren deutschen Studien ergibt eine durchschnittliche Haftdauer von ca. 4 Jahren (Stöver, 2012a). Von den etwa 80.000 Inhaftierten in Deutschland sind 10.000-15.000 opiatabhängig. Hiervon setzen ca. 30-40% den Konsum in Haft fort (Niemann & Soyka, 2007, Stöver, 2012b). Die Schul- und Berufsbiografien von Opiatabhängigen sind häufig brüchig. 56% der Opiatabhängigen verfügen über einen Haupt- oder Volksschulabschluss, 19% haben einen Realschulabschluss und 16% verließen die Schule ohne Schulabschluss. Die Arbeitslosenquote beträgt 63% (Künzel, et al. 2012). Bei 58% der Drogenabhängigen ist von einer problematischen Überschuldung auszugehen (Institut für Therapieforchung, 2012). Der Aufenthalt in der Drogenszene, Gewalterfahrungen sowie Prostitution stellen zudem weitere, die Lebenssituation belastende, Gefahrenquellen dar. Zudem verfügen Opiatabhängige

über ein geringeres Ausmaß an sozialer Unterstützung als nicht Drogenabhängige (Deimel, 2013). Diese komplexen physischen und psychosozialen Belastungssituationen machen sowohl einen medizinischen als auch sozialarbeiterischen Zugang notwendig und eine Kooperation von unterschiedlichen Professionen ist daher zwingend erforderlich (Richter, 2001). Die in der Praxis tätigen Kliniker stehen dabei vor einem Dilemma: Sie blicken auf ein hochkomplexes System aus unterschiedlichen Belastungen, welche hinsichtlich der Ursache-Wirkungszusammenhänge kaum zu überblicken, geschweige denn zu kontrollieren sind. Darüber hinaus findet die Behandlungspraxis unter äußerst heterogenen konzeptionellen und strukturellen Bedingungen statt (Gerlach & Stöver 2005, 2009, 2010). Im Folgenden werden einige sich hieraus entwickelnde Fragestellungen erörtert.

2 Fragestellungen

- Wie definiert sich die psychosoziale Behandlung Substituierter?
- Welche Zielsetzung und Inhalte hat die psychosoziale Behandlung?
- Wie realisiert sich die psychosoziale Betreuung- und Behandlungspraxis?
- Welche Konfliktlinien sind durch die bestehende Praxis identifizierbar?
- Welche Entwicklungsbedarfe und Handlungsaufgaben lassen sich für die Politik, Praxis und Forschung erkennen?

3 Rechtliche Grundlage der Psychosozialen Behandlung

Nach § 5 der BtMVV muss eine Substitutionsbehandlung erforderliche psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosoziale Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen einbeziehen (BtMVV, 1998). Sind psychiatrische und psychotherapeutische Maßnahmen relativ klar umrissen, existiert für den psychosozialen Interventionszweig der substitutionsgestützten Behandlung eine theoretische und praktische Diffusion bezüglich der Verortung, Aufgaben und methodischen Zugänge. Psychotherapie ist nach Wittchen et al. (2011a, S. 453) ein „bewusster und geplanter Interaktionsprozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen“. Grundlage für die Therapie stellen wissenschaftlich fundierte Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens dar. Die rechtliche Grundlage für die Berufsausübung stellt das Psychotherapeutengesetz (1998) dar. Die psychiatrische Versorgung zielt auf das medizinische Fachgebiet ab, welches sich mit der Erkennung und Behandlung seelischer Störungen befasst.

4 Definition und Gegenstand der Psychosozialen Beratung

Nach Pauls (2011) beinhaltet psychosoziale Beratung einen dialogischen Interaktionsprozess mit Orientierungs-, Planungs-, Entscheidungs- und Handlungshilfe. Sie fußt in der Klinischen Sozialarbeit auf der Perspektive der Hilfe bei sozialen und psychischen Krisen, bei Orientierungs- und Handlungsdefiziten, Belastungen und Konflikten, welche oft im Zusammenhang mit schweren gesundheitlichen Problemen stehen. Die psychosoziale Beratung bezieht explizit notwendige Veränderungen der Lebensbedingungen sowie der funktionalen und strukturellen Merkmale der Lebenssituation mit ein. Psychosoziale Behandlung orientiert sich dabei am Alltag der Klienten und ist durch eine Nähe der konkreten Lebensrealität gekennzeichnet. Der Alltag stellt den Schnittpunkt der gesellschaftlichen Strukturen und der individuellen Biografie der Klienten dar. Im Alltag der Betroffenen zeigen sich unmittelbar die gesellschaftlichen Widersprüche und in ihren bio-psycho-sozialen Schwierigkeiten (Ningel, 2011, Thiersch, 2012). Das Ziel der

psychosozialen Beratung liegt somit in der Verbesserung der Lebensbewältigung und -gestaltung, der Persönlichkeitsentfaltung, der psychosozialen Gesundheit und der Orientierung in der (Lebens-) Welt und dem (Lebens-) Umfeld (Gahleitner, 2011).

5 Spezifika der Psychosozialen Behandlung Substituierter

Anhand einer Analyse von 10 Betreuungskonzepten (Deimel, 2012) wurden die Charakteristika der psychosozialen Behandlung Substituierter herausgearbeitet. Grundsätzlich lässt sich die psychosoziale Betreuung in die drei Phasen Motivations- oder Anfangsphase, Konsolidierungs-, Behandlungs- oder Stabilisierungsphase und Abschlussphase gliedern. In allen drei Phasen kann es zu Kriseninterventionen kommen, die sehr individuell verlaufen können. Über die Dauer der Behandlung existieren sehr unterschiedliche Angaben. Sie schwanken von sechs bis zu 24 Monaten. Grundsätzlich findet die psychosoziale Behandlung im Rahmen von Einzelgesprächen statt. Gruppenangebote, erlebnisorientierte Maßnahmen sowie Paar- oder Familiengespräche werden ergänzend angeboten. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die einzelnen Bereiche und Inhalte der psychosozialen Behandlung.

Hieraus wird deutlich, dass die psychosoziale Behandlung in vielen Lebensbereichen der Opiatabhängigen aktiv sein kann. Sie versucht, der Lebenssituation der Klienten gerecht zu werden, was bei einer äußerst begrenzten Ressourcenlage geschieht. Psychosoziale Behandlung kann im Sinne des Case Managements Bedarfe feststellen, Hilfen organisieren, strukturieren und evaluieren. Je nach individuellem Hilfebedarf und Störungsbild des Klienten, konzeptioneller Ausrichtung der Suchthilfeeinrichtung sowie Ausbildungshintergrund des betreuenden Sozialarbeiters, findet die psychosoziale Behandlung auf einem Kontinuum zwischen niedrigschwelliger Begleitung, Beratung und therapeutischer Intervention statt (Deimel, 2013). Durch eine psychosoziale Behandlung im Rahmen der Substitutionsbehandlung soll eine verbesserte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, wie es im § 1 SGB IX (2001) definiert wird, erzielt werden, auch wenn sie nicht explizit in dem Leistungskatalog des SGB IX fällt.

Die Richtlinien der Bundesärztekammer zur Substitutionsbehandlung (2010) geben vor,

dass eine psychosoziale Betreuung sich an den Standards der Drogenhilfe orientieren soll. Diese allgemeingültigen Standards existieren bis heute nicht, Leitlinien von Fachverbänden sind oft veraltet und den heutigen Bedarfen nicht angepasst. Wie aus Tabelle 2 deutlich wird, gibt viel mehr eine Fülle von Positionspapieren und Leitlinien verschiedener Fachverbände, Bundesländer und Träger der Suchthilfe.

Neben dieser Vielfalt an fachlichen Empfehlungen und Leitlinien existiert keine bundeseinheitliche Refinanzierung der psychosozialen Betreuung. Die Folge ist eine divergente Behandlungspraxis in den einzelnen Bundesländern die durch verschiedenste Kostenträger, Leistungsanbieter und konzeptionelle Ausrichtungen gekennzeichnet ist. Darüber hinaus existieren deutliche Differenzen in der psychosozialen Versorgung zwischen dem urbanen und ländlichen Raum sowie inhaftierter Substituierter.

6 Bestehende Konfliktlinien in der Versorgung und Behandlung

Neben dieser heterogenen Betreuungslandschaft können folgende Konfliktlinien identifiziert werden, die in der Versorgung und Behandlungspraxis substituierter Opiatabhängiger auftauchen und hinderlich sind:

1. Ausbildungsniveau und Berufssozialisation der behandelnden Fachkräfte

Das Ausbildungsniveau, der fachliche Hintergrund sowie der elaborierte Kode der Fachkräfte sind sehr heterogen. So sind Fachkräfte mit dem Abschluss BA Soziale Arbeit bis hin zu Sozialarbeitern mit suchttherapeutischen Ausbildungen gemäß den Richtlinien der DRV Bund in der psychosozialen Betreuung tätig. Ebenso ist das Ausbildungsniveau der substituierenden Ärzte divergent. Die Fachkunde Sucht gilt als normative Größe. Eine weitergehende Facharztausbildung kann in unterschiedlichen Richtungen erfolgen – nicht alle substituierenden Mediziner sind Psychiater. Die an der Behandlung be-

Tabelle 1

Typologie der psychosozialen Behandlung (Deimel, 2012)

Bereich	Inhalt
Arbeit/Qualifizierung	Integration in den Beruf; Vorbereitung auf Arbeit, Schule und Ausbildung; Arbeitssuche; Hilfe bei Arbeitslosigkeit; Hilfe bei Arbeitsproblemen; Vermittlung in Arbeitsintegrationsmaßnahmen; Unterstützung bei der Klärung der beruflichen Situation
Finanzen	Geldverwaltung; Schuldnerberatung; Hilfe bei Mietschulden; Schwierigkeiten im Umgang mit Finanzen; Sicherung des Lebensunterhalts
Justiz	Beratung und Unterstützung in Justizangelegenheiten; Hilfe bei juristischem Druck & gerichtlichen Auflagen; Verhinderung von Beschaffungskriminalität; Vermeidung von Prostitution
Beziehungen	Unterstützung bei Beziehungsstress; Probleme im Umgang mit Kindern oder Familienangehörigen; Fehlende Kontakte jenseits der Szene; Familienberatung; Entwicklung von Beziehungsfähigkeit
Sucht/Krankheit/Gesundheit	Gesundheitliche Aufklärung; Beratung und Unterstützung in Suchtfragen; Hilfe bei der körperlichen und psychischen Stabilisierung; Hilfe bei dem Einstellen des Beikonsums; Vermittlung in Entgiftung und Therapie; Depressionen und andere psychische Probleme; Selbstzweifel und Unsicherheit; Ängste; Probleme im Umgang mit der eigenen Gesundheit; Entwicklung von Coping-Strategien; Vermeidung von Prostitution; AIDS- und Hepatitisprophylaxe; Auseinandersetzung mit der Suchtdynamik und den Ursachen des problematischen Drogenkonsums
Wohnen	Wohnungssuche; Sicherung des eigenen Wohnraums; Hilfe bei Obdachlosigkeit; Hilfe bei Mietschulden
Freizeit	Aufbau einer Tagesstruktur; Freizeitgestaltung
Soziale Kompetenzen & Unterstützung	Beratung und Unterstützung in sozialen Angelegenheiten; Hilfe beim Umgang mit Behörden; Vermittlung im Beziehungsgefüge Arzt/Patient; Entwicklung sozialer Kompetenz

teiligten Kliniker haben eine unterschiedliche Berufssozialisation durch ihre jeweilige Disziplin und Profession erfahren. Die Medizin hat historisch bedingt eine starke naturwissenschaftliche Prägung. Die Empirie bietet eine normative Größe und Leitlinien bieten eine Handlungsorientierung. Der Fokus liegt in der Behandlung des Individuums. Soziale Arbeit hat in ihrer Historie einen starken gesellschaftspolitischen Hintergrund. Der Fokus liegt in der Verbesserung einer psycho-sozialen Passung Einzelner und Gruppen sowie in der Auflösung von individuellen und gesellschaftlichen Konfliktlinien. Es existiert eine gewachsene rekonstruktive Forschungstradition. Soziale Arbeit als Profession hat einen hohen Anteil an selbst-reflexivem Hintergrund. Dies führt zu unterschiedlichen Haltungen, Kommunikationsstilen und Arbeitsweisen. Im günstigsten Fall

ergänzen sich diese Perspektiven konstruktiv. Die unterschiedlichen Zugänge zum gemeinsamen Arbeitsfeld können aber auch in den Konflikt führen, wer das Recht und die Hoheit über die „richtige“ Behandlung hat.

2. Psychosoziale Diagnostik und Bedarfsfeststellung

In den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (2013) zu den Methoden vertragsärztlicher Versorgung heißt es, dass eine Substitutionsbehandlung ein umfassendes Therapiekonzept beinhalten soll. Dieses Therapiekonzept bedarf der Ermittlung des Hilfebedarfs im Rahmen der psychosozialen Betreuung durch eine psychosoziale Drogenberatungsstelle. Somit liegt die Hoheit über die psychosoziale Diagnostik und Bedarfsfeststellung bei der Klinischen Sozialarbeit. Ihr kann diesbezüglich – zumindest

Organisation	Autoren	Jahr	Titel
Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik	Scholz et al.	1995	Leitlinien für eine psycho-soziale Begleitung im Rahmen einer Substitutionsbehandlung
Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer, Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie, Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren	Bühringer et al.	1995	Methadon-Standards
Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis	Tretter et al.	2001	Empfehlungen für die psychosoziale Betreuung substituierter opiatabhängiger Frauen und Männer
Fachverband Drogen und Rauschmittel & Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe	Ackermann et al.	2003	Leitlinien der psychosozialen Betreuung Substituierter
Liga der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege. Fachgruppe: Landesstelle für Suchtfragen		2003	Standards für die psychosoziale Begleitung substituierter Drogenabhängiger in Rheinland-Pfalz
Arbeitsgemeinschaft Drogenarbeit und Drogenpolitik in NRW	Schay et al.	2004	Finanzierung psychosozialer Betreuung substituierter Drogenabhängiger
Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales Bremen		2008	Gemeinsame Empfehlungen zur Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger im Land Bremen
Weltgesundheitsorganisation	Davoli et al.	2009	Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence
Landesstelle für Suchtfragen der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg		2009	Landeseinheitliche Standards der Suchthilfe in Baden-Württemberg für die psychosoziale Betreuung bei Substitutionsbehandlung
Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen		2010	Positionspapier Psychosoziale Betreuung Substituierter
Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren	Bunde et al.	2010	Sächsische Empfehlungen für die psychosoziale Betreuung substituierter Drogenabhängiger

Tabelle 2

Standards und Empfehlungen zur psychosozialen Behandlung Substituierter

theoretisch – eine fachliche Expertise zugesprochen werden. Klinische Sozialarbeit hat über die kategoriale Diagnostik der ICD-10 oder DSM-IV hinaus weitergehende, prozessorientierte und dynamische Diagnostikverfahren entwickelt (Gahleitner, 2008, Gahleitner & Pauls, 2013). Ein gängiger Konflikt besteht in der Zuständigkeit der Bedarfsfeststellung zwischen Medizin und Sozialarbeit. Zudem existieren keine Standards der psychosozialen Diagnostik sowie Kriterien, an denen der Hilfebedarf erhoben wird. Es liegen auch keine validen Grenzwerte vor, ab wann eine Betreuung notwendig bzw. nicht erforderlich ist. Darüber hinaus besteht keine gesicherte Finanzierung der psychosozialen Diagnostik, Bedarfsfeststellung und Behandlung durch die Gesetzliche Krankenversicherung. Eine Kommunikation zwischen Medizin und Sozialarbeit über diagnostische Verfahren bei der Bedarfsfeststellung der PSB besteht häufig nicht.

3. Föderalismus und Refinanzierung der psychosozialen Behandlung

Es besteht ein politisches Vakuum hinsichtlich einer bundeseinheitlichen Refinanzierung der psychosozialen Behandlung, da die PSB keine Regelleistung der gesetzlichen Krankenversicherung ist. Auf Grund dieser Sachlage sind die jeweiligen Bundesländer und Kommunen gefordert auf lokaler Ebene entsprechende Angebote vorzuhalten bzw. diese zu finanzieren, obwohl diese Leistung explizit in den vertragsärztlichen Behandlungsrichtlinien auftauchen. Neben dieser heterogenen Versorgungslage existieren Parallelstrukturen für inhaftierte Opiatabhängige, welche sich je nach Bundesland unterscheiden können. Heterogene Finanzierungsmodelle mit unterschiedlichen Kostenträgern erschweren den Weg zu einer Entwicklung von fachlichen Standards, da die jeweiligen Kostenträger eigene Interessen und Vorstellungen von einer psychosozialen Betreuung haben.

4. Junktim Substitution nur mit psychosozialer Betreuung

Die festgeschriebene Verordnung von medikamentöser Substitution mit psychosozialer Behandlung ist inhaltlich nicht begründbar und daher nicht zwingend erforderlich. Das Junktim birgt ein deutliches Konfliktpotenzial zwischen den beteiligten Parteien in der Praxis. Ein Wegfall dieser kausalen Beziehung könnte im Behandlungssystem Kräfte freisetzen. Eine freiwillige, sich an den Be-

dürfnissen orientierende und zieloffene psychosoziale Suchthilfe wird auch weiterhin von Klienten genutzt. Solche Bedingungen dürften zu weniger Frustrationen und Diskussionen der „Freiwilligkeit“ bei Klienten und Klinikern führen. Über die Rückmeldepraxis der SozialarbeiterInnen bei den Ärzten über eine Nicht(mehr)-Inanspruchnahme der PSB gibt es keine Daten, lediglich anekdotische Berichte.

5. Unzureichende Forschungsergebnisse

Obwohl die Notwendigkeit einer psychosozialen Behandlung im Rahmen der Opiatsubstitution unstrittig ist, kann die Forschungslage zur psychosozialen Betreuung insgesamt als gering eingeschätzt werden. Unklar ist, welchen Stellenwert und Einfluss die psychosoziale Behandlung auf die Therapieergebnisse haben und welche Betreuungsformate sowie Umfang der Behandlung bei einzelnen Klientengruppen wirksam sind (Degkwitz, 2009, Drummond & Perryman, 2007, Wittchen et al., 2011b). Wünschenswert wäre eine weitergehende evidenzbasierte Forschung. Unter den momentanen Behandlungsbedingungen ist dies allerdings nur schwer zu realisieren und ein Transfer von Studienergebnissen in die Praxis äußerst aufwendig. Eine erste Verbesserung des Status quo könnte die Entwicklung von good clinical practice-Kriterien bieten, durch die eine Evaluation der Behandlungspraxis erfolgen und somit ein Innovationstransfer erzielt werden könnte.

7 Empfehlungen und Entwicklungsaufgaben

Aus Sicht der Autoren tragen die folgenden Empfehlungen zu einer qualitativen Optimierung der psychosozialen Behandlung und Versorgung substituierter Opiatabhängiger bei.

Eine Interdisziplinarität in der Praxis bedarf einer entsprechenden Berücksichtigung in den Curricula der jeweiligen Aus- und Fortbildungsgänge. Zudem ist ein hohes Maß an Reflexionsvermögen der Behandler sowie eine respektvolle Kommunikationskultur zwischen den Professionen notwendig.

Die Entwicklung von Diagnostikkriterien und Definition von Messgrößen, an denen ein Hilfebedarf festgemacht werden kann, schafft eine Orientierungshilfe sowie Transparenz für Patienten und Kliniker gleichermaßen.

Die psychosoziale Diagnostik, Bedarfsfeststellung und Behandlung Substituierter sollte als Regelleistung der gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden.

Ein fachpolitischer Diskurs unter der Beteiligung der Klienten sollte bezüglich der Zielsetzung und des Zwecks der psychosozialen Behandlung im Hinblick einer gesellschaftlichen Partizipation und Teilhabe erfolgen.

Weitergehende evidenzbasierte Forschung zur psychosozialen Behandlung ist dringend erforderlich, um bessere Aussagen über die Effekte der jeweiligen Methodiken und der Allokation einzelner Klientengruppen treffen zu können.

Die Entwicklung von Qualitätskriterien für die PSB sowie die Identifizierung entsprechender Projekte ist ein möglicher Weg, Orientierungshilfen für die Praxis zu liefern und somit einen Innovationstransfer zu schaffen.

8 Fazit für die Praxis

Die substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger ist im Versorgungssystem fest verankert. Unbestritten ist die Notwendigkeit psychosozialer Unterstützung für diese Patientengruppe. Es besteht jedoch ein deutlicher Entwicklungsbedarf in der psychosozialen Behandlung Opiatabhängiger, der sowohl durch politische, konzeptionelle als auch Forschungsdefizite verursacht wird. Eine Optimierung der Behandlung kann zu einer erhöhten Handlungssicherheit für psychosoziale Kliniker und Patienten führen.

9 Literatur

- Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) vom 20.01.1998. Im Internet: http://www.gesetze-im-internet.de/btmvv_1998/BJNR008000998.html; Stand: 22.07.2013
- Backmund, M. (2008). Heroinabhängigkeit – Hepatitis C – HIV. Bedeutung für die Substitution. Landsberg: ecomed Medizin.
- Bundesärztekammer (2010). Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger vom 19.02.2010. Deutsches Ärzteblatt, 107, 511-516.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2013). Bericht zum Substitutionsregister. Im Internet: <http://www.bfarm.de/>; Stand: 20.06.2013
- Degkwitz, P. (2009). Der aktuelle Stand der Forschung zur Wirksamkeit psychosozialer Unterstützungsangebote bei Substitutionsbehandlung. In R. Gerlach & H. Stöver (Hrsg.), Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung (S. 47-55). Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Deimel, D. (2012). Die Versorgungspraxis der psychosozialen Behandlung substituierter Opiatabhängiger – die PSB-Studie. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 25, 88-97.
- Deimel, D. (2013). Psychosoziale Behandlung in der Substitutionstherapie. Praxis Klinischer Sozialarbeit. Marburg: Tectum.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2006). Drogenabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe Band 4. Hamm.
- Drummond, D. C. & Perryman K. (2013). Psychosocial interventions in pharmacotherapy of opioid dependence: a literature review. Background Document, Development group for the WHO Guidelines for „Psychosocially Assisted Pharmacotherapy“ Geneva (2007) Im Internet: http://www.who.int/substance_abuse/activities/psychosocial_interventions.pdf; Stand vom 29.07.2013.
- Gahleitner, S. B. (2008). Psycho-soziale Diagnostik im Suchtbereich. SuchtMagazin, 15-20.
- Gahleitner, S. B. (2011). Psychosoziale Beratung. In Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.), Fachlexikon der sozialen Arbeit (S. 681-682). Baden-Baden: Namos.
- Gahleitner, S. B. & Pauls, H. (2013). Biopsychosoziale Diagnostik als Voraussetzung für eine klinisch-sozialarbeiterische Interventionsgestaltung: Ein variables Grundmodell. In S. B. Gahleitner, G. Hahn & R. Glemser (Hrsg.), Psychosoziale Diagnostik (S. 61-77). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Gemeinsamer Bundesausschuss Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung. (11.05.2013) Im Internet: <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/7/>; Stand: 25.07.2013
- Gerlach, R. & Stöver, H. (2005). Vom Tabu zur Normalität. 20 Jahre Substitution in Deutschland. Zwischenbilanz und Aufgaben für die Zukunft. Freiburg i.Br.: Lambertus.
- Gerlach, R. & Stöver, H. (2009). Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Praxis und Bedeutung. Freiburg i.Br.: Lambertus.
- Gerlach, R. & Stöver, H. (2010). Zur Bedeutung und zum Stellenwert der psycho-sozialen Betreuung in der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger. Suchtmedizin, 12, 63-73.

- Institut für Therapieforschung (2012). Deutsche Suchthilfestatistik 2011. Tabellenbände. Im Internet: www.suchthilfestatistik.de; Stand: 24.07.2013
- Künzel, J., Steppan, M. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2012). Hauptdiagnose Opioide: Klienten in ambulanter Substitutions- und in stationärer Entwöhnungsbehandlung. Deutsche Suchthilfestatistik 2011. Im Internet: www.suchthilfestatistik.de; Stand: 24.07.2013
- Langer, K., Wittchen, H.-U., Bühringer, G. & Rehm, J. T. (2011). Die Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger: Grundlagen, Versorgungssituation und Problembereiche. Suchtmedizin, 13, 202-212.
- Lieb, R. & Isensee, B. (2007). Häufigkeiten und zeitliche Muster von Komorbidität. In F. Moggi (Hrsg.), Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht (S. 27-58). Bern: Hans Huber.
- Maier, K.-P. (2002). Hepatitis C – Hepatitisfolgen. Stuttgart: Thieme.
- Marcus, U. (2005). Drogenkonsum und HIV/Aids in Deutschland: Zur Epidemiologie. In J. Klee & H. Stöver (Hrsg.), Drogen, HIV/Aids, Hepatitis. Ein Handbuch (S. 53-86). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe.
- Niemann, Th. & Soyka, M. (2007). 6. Parlamentarischer Abend: Substitutionsbedingungen in Haft. Ärzte diskutieren mit Politikern über aktuelle Probleme in der Substitutionsbedingungen Heroinabhängiger. Tagungsbericht. Suchtmedizin, 29, 228-231.
- Ningel, R. (2011). Methoden der Klinischen Sozialarbeit. Bern: Haupt.
- Pauls, H. (2011). Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. Weinheim: Juventa.
- Psychotherapeutengesetz (PsychThG) vom 16.06.1998. Im Internet: <http://www.gesetze-im-internet.de/psychthg/>; Stand: 22.07.2013
- Richter, E. A. (2001). Mehr Kooperationen erforderlich. Suchtkranke sollten gleichermaßen durch Ärzte, Psychologen und Sozialarbeiter betreut werden. Deutsches Ärzteblatt, 98, A3092.
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2007). Epidemiologisches Bulletin. Sonderausgabe B 2007. HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland. Aktuelle epidemiologische Daten. Halbjahresbericht II/2005. Berlin.
- Scherbaum, B. (2012). Opiate. In A. Batra & O. Bilke-Hentsch (Hrsg.), Praxisbuch Sucht. Therapie der Suchterkrankung im Jugend- und Erwachsenenalter (S. 143-160). Stuttgart: Thieme.
- Sozialgesetzbuch Neun (SGB IX) vom 19.06.2001. Im Internet: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9/; Strand: 21.07.2013
- Stöver, H. (2012). HCV und Gefängnisse. Studienaufakttreffen Druck-Studie, 15./16. Mai 2012a, Robert-Koch-Institut, Berlin.
- Stöver, H. (2012b). Drogenabhängige in Haft – Epidemiologie, Prävention und Behandlung in Totalen Institutionen. Suchttherapie, 13, 74-80.
- Thane, K., Wickert, C. & Verthein, U. (2009). Abschlussbericht Szenebefragung in Deutschland 2008. Institut für Interdisziplinäre Sucht- & Drogenforschung – ISD. Hamburg.
- Thiersch, H. (2012). Lebensweltorientierte Soziale Arbeit: Weinheim: Juventa.
- Wittchen, H.-U., Hoyer, J., Fehm, L., Jacobi, F. & Junge-Hoffmeister, J. (2011). Klinische-psychologische und psychotherapeutische Verfahren in Überblick. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), Klinische Psychologie & Psychotherapie (S. 449-475). Heidelberg: Springer.
- Wittchen, H.-U., Träder, A. & Klotsche, J. et al. (2011). Die Rolle der Psychosozialen Begleitung in der langfristigen Substitutionsbehandlung. Suchtmedizin, 13, 258-262.



Prof. Dr. Daniel Deimel

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Abteilung Aachen
Robert-Schuman-Str. 25
52066 Aachen
E-Mail: d.deimel@katho-nrw.de



Prof. Dr. Heino Stöver

Frankfurt University of Applied Sciences
Institut für Suchtforschung (ISFF)
Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit
Nibelungenplatz 1
60318 Frankfurt
hstoeve@fb4.fh-frankfurt.de

Therapeutische Ziele und Evidenz der psychosozialen Behandlung Opiatabhängiger

Daniel Deimel¹, Heino Stöver²

¹ Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Aachen

² Frankfurt University of Applied Sciences, Frankfurt/M.

Kurzfassung

Die psychosoziale Betreuung stellt ein wesentliches Merkmal der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger dar. Bis heute existieren jedoch keine verbindlichen Standards für dieses Behandlungssegment. Zudem gilt sie als wenig gut evaluiert. Es stellt sich daher die grundsätzliche Frage, was die Ziele einer psychosozialen Betreuung sind und welchen Nutzen sie für die Betroffenen und das Versorgungssystem hat. Dieser Artikel nimmt neben einer theoretischen Verortung der psychosozialen Betreuung eine Analyse mehrerer internationaler Cochrane Reviews vor, sowie mehrerer nationaler Studien. Es zeigt sich, dass die analysierten psychosozialen internationalen Interventionen keine Verbreitung in Deutschland haben und die verwendeten Outcome-Kriterien in diesen Studien sich überwiegend auf somatische, psychische und versorgungsspezifische Faktoren beziehen. Hieraus werden Bedarfe für eine umfassende Diskussion über die Zielsetzung psychosozialer Maßnahmen sowie die Entwicklung entsprechender Outcome-Kriterien hergeleitet.

Schlüsselwörter

Psychosoziale Betreuung
Substitutionsbehandlung
Klinische Sozialarbeit
Opiatabhängigkeit
Outcome-Kriterien

1 Einführung

Seit ihrer Einführung vor 25 Jahren hat sich die medikamentengestützte Behandlung Opiatabhängiger zur Regelbehandlung und zum Goldstandard in der Therapie opiatabhängiger Menschen in Deutschland entwickelt. Im Jahr 2012 befanden sich von den geschätzten 200.000-350.000 Opiatabhängigen rund 75.400 in einer Substitutionstherapie (Langer et al., 2011, Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2013). Diese beinhaltet gemäß den Richtlinien der Bundesärztekammer (2010) neben einer umfangreichen medizinischen Versorgung eine psychosoziale Betreuung der Patienten.

Bis heute existieren allerdings keine einheitlichen Standards, welche die Finanzierung, Strukturen, Umfang und Inhalte der psychosozialen Betreuung (PSB) festlegen. Infolge dessen hat sich eine heterogene und diver-

gente Behandlungspraxis entwickelt (Gerlach & Stöver, 2005, 2009, 2010). Darüber hinaus existiert eine geringe wissenschaftliche Evidenz über die Wirksamkeit der gängigen psychosozialen Interventionsformen (Degkwitz, 2007; Deimel, 2013). Bislang kreist die Fachdiskussion über die Standards der psychosozialen Betreuung vornehmlich um das Junktim Substitutvergabe nur in Kombination mit einer psychosozialen Betreuung. Dieser Disput erinnert an die Auseinandersetzungen abstinenzorientierter und akzeptierender Suchtarbeit in den 1980er und 1990er Jahren. Für eine Weiterentwicklung der PSB wäre eine Diskussion über die Behandlungsziele sowie eine Orientierung an der wissenschaftlichen Evidenz für Patienten, Behandler und Kostenträger gleichermaßen deutlich ertragreicher. Im Folgenden wird auf diese beiden Aspekte eingegangen, um hieraus weitergehende Frage-

stellungen und Entwicklungsaufgaben für die Forschung, Praxis und Suchtpolitik zu entwickeln.

2 Methodik

Es wurde eine theoretische Verortung der PSB aus sozialarbeitswissenschaftlicher Sicht vorgenommen. Die Frage nach der wissenschaftlichen Evidenz der psychosozialen Betreuung wurde mit Hilfe mehrerer internationaler Cochrane-Reviews beantwortet. Unter Berücksichtigung der Versorgungssituation in Deutschland wurden zudem nationale Studien herangezogen, welche nicht zwangsläufig den Standards von RCT's entsprechen. Aus dieser Standortbeschreibung werden Konsequenzen für zukünftige Forschungsvorhaben und eine Fortschreibung der Theorieentwicklung abgeleitet.

3 Ziele der medikamentengestützten Behandlung

Nach Küfner und Rösner (2005) können folgende Ziele benannt werden, an denen der Erfolg der substitutionsgestützten Behandlung festgemacht werden kann:

- Erreichungsquote des Therapieangebotes
- Die Haltekraft der Behandlung
- Die Reduktion der Mortalitätsquote
- Die Reduktion des illegalen Opiatkonsums sowie des Beikonsums
- Die gesundheitliche und soziale Stabilisierung
- Kosten-Nutzen-Relation der Behandlung.

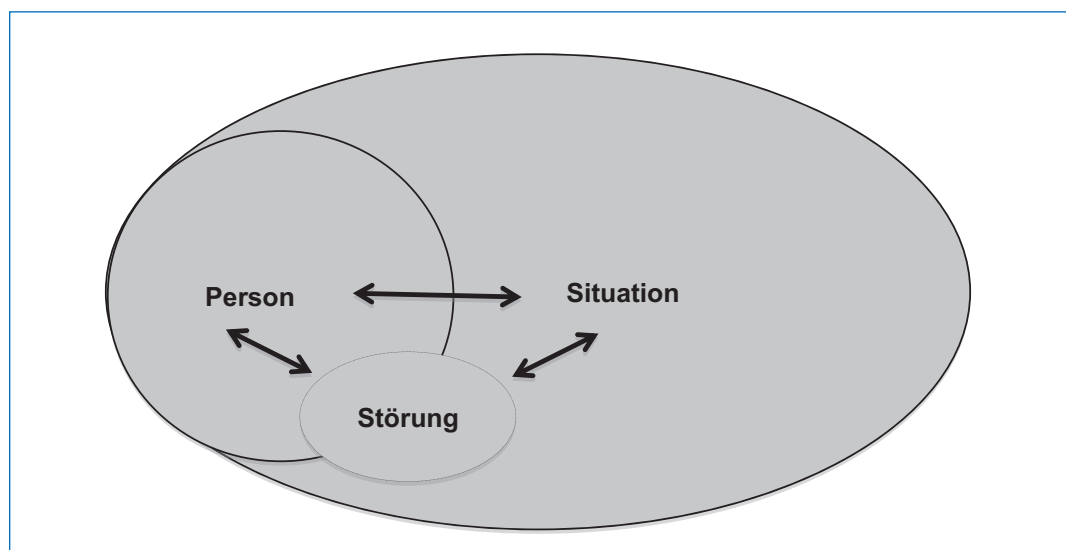
Diese Zielkriterien beziehen sich auf die medikamentengestützte Therapie insgesamt. Sie sollen sowohl durch den medizinischen als auch durch den psychosozialen Behandlungsteil realisiert werden. Es wird deutlich, dass hier insbesondere gesundheitsbezogene, medizinische und versorgungsbezogene Zielindikatoren benannt werden. Die PSB fokussiert insbesondere auf die psychische und soziale Stabilisierung der Patienten. Hier bedarf es einer differenzierten Betrachtung der Zielsetzung.

4 Therapeutische Ziele und Konzeption der psychosozialen Betreuung und Beratung

Die psychosoziale Betreuung bzw. Beratung hat im Sinne des bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells der Sucht eine psychosoziale Reintegration zum Ziel (Kielholz & Ladewig, 1973). Psychosoziale Beratung als Einzelfallhilfe stellt eine Kernaufgabe der klinischen Sozialarbeit dar (Ehrhardt, 2010; Pauls, 2011; Gahleitner 2011). Sie fußt auf dem transaktionalen Konzept der „Person in der Situation“ (vgl. Abb. 1). Diese soziale Perspektive individueller Problemlagen meint das Verständnis psychischer Probleme und Störungen in ihrer sozialen Verwurzelung, bezogen auf die Entwicklung und Symptomatik, wahrzunehmen und entsprechend zu intervenieren (DeLoie, 2011; Ningel, 2011). Laut Gahleitner (2011, S. 682) ist das Ziel der psychosozialen Beratung „die Verbesserung der Lebensbewältigung und -gestaltung, der Persön-

Abbildung 1

Psychosoziale Perspektive der Suchterkrankung



lichkeitsentfaltung, der psychosozialen Gesundheit und der Orientierung in der (Lebens-)Welt und dem (Lebens-)Umfeld. Psychosoziale Beratung erfordert die Gleichzeitigkeit von Theorie und Fallorientierung.“ Erforderliche fachliche Kompetenzen sieht sie vor allem in

- der psychosozialen Diagnostik,
- der professionellen Bindungs- und Beziehungsgestaltung,
- Gesprächsführungskompetenzen,
- Wissen über individuelle, klinische und lebensweltbezogene Veränderungsmodelle
- bis zu System-, Vernetzungs- und Fallmanagementkompetenzen.

Wie in Abbildung 2 dargestellt, befinden sich Opiatabhängige in verschiedener Hinsicht in hochbelasteten Lebenssituationen: So erleben sie wiederkehrend Rausch- und Intoxikationszustände, leiden an schwerwiegenden Begleit- und Folgeerkrankungen (HCV- und HIV-Infektionen, weitere STIs, Abszesse, etc.) und weisen eine erhöhte Rate an psychiatrischen Komorbiditäten wie Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen und PTBS auf (Wittchen et al., 2008). Die Suchtdynamik ist durch immer wiederkehrende individuelle konsumauslösende Risikosituationen gekennzeichnet. Diese werden durch inkonsistente Le-

bensbedingungen verstärkt. Hierzu zählen insbesondere soziale Notsituationen wie prekäre Wohnsituationen, Obdachlosigkeit, Schulden, juristische Problemlagen, Prostitution und Arbeitslosigkeit. Die Erkrankung nimmt im Verlauf zudem Einfluss auf das soziale Umfeld der Betroffenen. Stabile supportive Beziehungen zerfallen und es kommt zu einer verstärkten Ausweitung pathogener Sozialbeziehungen, wie sie in der Drogenszene zu finden sind.

Im Rahmen der substitutionsgestützten Behandlung wird diesen mannigfaltigen Problemlagen mit Hilfe eines integrativen Therapieansatzes begegnet. Die Drogenwirkung wird überwiegend durch die pharmakologische Behandlung mittels Substitutvergabe behandelt. Sie fällt sowohl in den Aufgabenbereich der behandelnden Ärzte und der Pflegekräfte. Die medizinische Versorgung beinhaltet sowohl die Behandlung der somatischen als auch der psychiatrischen Begleit- und Folgeerkrankungen. Eine Verbesserung des psychischen Wohlbefindens sowie eine Auseinandersetzung hinsichtlich der Suchtdynamik soll sowohl durch die medizinische als auch durch die psychosoziale Behandlung realisiert werden. Eine Stabilisierung und Verbesserung der sozialen Situation sowie des sozialen Umfeldes hat die psychosoziale Betreuung zum Ziel. Je nach konzeptioneller Ausrichtung der betreuenden Ein-

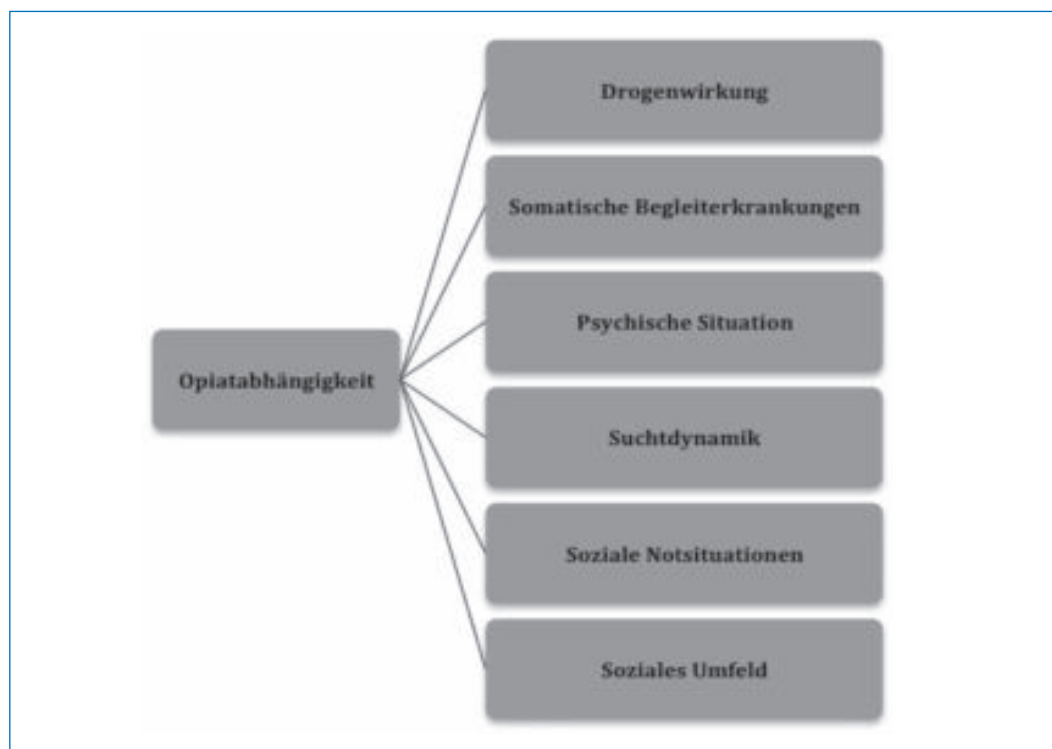


Abbildung 2

Problembereiche in der Behandlung Opiatabhängiger

richtung sowie dem Ausbildungsniveau und Behandlungsverständnis des betreuenden Sozialarbeiters findet die psychosoziale Betreuung Substituierter auf einem Kontinuum zwischen begleitender sozialer Unterstützung und psychosozialer Behandlung im Sinne einer sozialen Psychotherapie, wie sie Deloie (2012) in seiner Konzeption dargestellt hat, statt. Diese Konzeption fokussiert auf die psychosoziale Not der Patienten und integriert psychotherapeutische sowie sozialarbeiterische Interventionen gleichermaßen. Ihre Wirkbereiche liegen auf den Ebenen der intrapersonellen, interpersonellen und sozioökonomischen Dimension. Psychosoziale Betreuung unterscheidet sich daher deutlich von psychotherapeutischen Interventionen, welche ihren Schwerpunkt auf die Behebung intrapsychischer Störungen und pathogener Verhaltensweisen legt, da sie über die Störungsperspektive deutlich hinausgeht.

Küfner und Ridinger (2008) schlagen ein strukturiertes Vorgehen in der psychosozialen Behandlung wie folgt vor:

1. Phase: Eine Ziel- und Aufgabenklärung (Aktuelle Lage, Bedrohungssituationen, Zielklärung, Motivation und Zielplanung).
2. Phase: Selbstmanagement des Substanzkonsums (Funktionale Analyse des Substanzkonsums, Auslösesituationen des Drogenkonsums, Strategien zur Bewältigung des Drogenverlangens etc.).
3. Phase: Affektregulation, Partnerbeziehung und Freizeitaktivitäten (Umgang mit negativen Gefühlen, prägende soziale Beziehungen, Alltagsgestaltung etc.).
4. Phase: Rückblick und Ausblick (Bilanz ziehen, Ausblick hinsichtlich einer Weiterbehandlung oder Nachsorge).

5 Wissenschaftliche Evidenz der psychosozialen Betreuung

Zur Beantwortung der Frage nach der wissenschaftlichen Evidenz der psychosozialen Interventionen wurden die Ergebnisse aus bestehenden internationalen Reviews sowie nationalen Studien herangezogen. Im Zentrum standen hierbei drei Reviews der Cochrane Collaboration (Mayet et al., 2010; Amato et al., 2011a & 2011b) sowie 5 Studien aus Deutschland, welche psychosoziale Maßnahmen zum Gegenstand hatten.

5.1 Internationale Reviews

Das Review von Mayet et al. (2010) fokussiert auf die grundsätzliche Wirksamkeit psychosozialer Interventionen in der Behandlung Opiatabhängiger. Diese Interventionen fanden alle außerhalb einer Substitutionsbehandlung statt. In dieser Übersichtsarbeit konnten fünf Studien mit insgesamt 389 Probanden eingeschlossen werden. Vier der Studien stammen aus den USA, eine aus Großbritannien. Hierbei wurden sechs unterschiedliche Interventionsformen analysiert, welche überwiegend verhaltenstherapeutisch orientiert waren:

1. Das *Reinforcement-based intensive outpatient treatment* (RBT) basiert auf dem Ansatz des community reinforcement approach. Es handelt sich um eine Einbindung von Angehörigen des Abhängigen in die Behandlung. Sie sollen verstärkend und unterstützend wirken. RBT beinhaltet zudem eine Verstärkung über monetäre Anreize bei anhaltender Abstinenz.
2. Das *Contingency-based monetary incentive program* fokussiert sehr ähnlich dem RBT auf die Verstärkung abstinenter Verhaltens (negative Urinkontrollen) durch die Vergabe von Gutscheinen (für Lebensmittel, Transport etc.) und kleineren Geldbeträgen.
3. *Abstinence reinstatement incentive* verstärkt eine anhaltende Abstinenz durch die Teilnahme an Freizeit- oder Gruppenaktivitäten. Bei einer Rückfälligkeit wird dieser Verstärker ausgesetzt und auf eine Klinik oder Beratung orientiert. Bei Wiedererlangen der Abstinenz setzen die Verstärker wieder ein.
4. Das *Enhanced Outreach-Counseling Program* richtet sich an rückfällige ehemalige substituierte Patienten, welche wieder in die Behandlung eingebunden werden sollen. Das Vorgehen der betreuenden Case Manager verläuft manualisiert und beinhaltet unter anderem eine Problemanalyse, Beziehungsgestaltung, Motivationsarbeit, Kurzinterventionen und eine Behandlungsarbeit.
5. Das alternative Programm für *Methadone Maintenance Treatment Program drop-outs* (MMTP) ähnelt dem vorbenannten Programm. Für eine Dauer von drei Monaten beinhaltet es aufsuchende Arbeit von Drogenabhängigen, Rückfallprävention durch kognitiv-behaviorale Gruppenangebote sowie individuelle Bera-

tung mit dem Ziel, Klienten wieder in die Behandlung einzubinden.

6. Die *Cue Exposure therapy* basiert auf klassischen und sozialen Lerntheorien. Die Patienten erlernen im Rahmen dieser Behandlung Rückfall auslösende Hinweisreize zu erkennen und mit ihnen konstruktiv umzugehen. Im Rahmen dieser Studie wurden 6 Sitzungen innerhalb von 2-3 Wochen den Patienten angeboten.

Alle psychosozialen Interventionen wurden gegen eine kontrollierte Standardbehand-

lung (pharmakologische Behandlung, Placebo oder unbehandelte Kontrollgruppe) getestet.

Die Outcome Kriterien, an denen der Erfolg der Maßnahme bemessen wurde, beziehen sich überwiegend auf medizinische und psychologische Dimensionen (vgl. Tab. 1). Lediglich das Kriterium „Lebensqualität“ schließt psychosoziale Kriterien (juristische Probleme, soziale und familiäre Beziehungen) mit ein.

Sowohl *Enhanced Outreach Counselling* als auch *RBT in Kombination mit Kontingenz-*

Tabelle 1

Übersicht über die Cochrane-Reviews

Cochrane Review	Anzahl der RCT's	Studienherkunft & Anzahl	Anzahl der Studienteilnehmer	Untersuchte psychosoziale Interventionsform	Outcome Kriterien
Mayet et al., 2010	5	USA (4) UK (1)	389	1. Reinforcement-based intensive outpatient treatment. 2. Contingency-based monetary incentive program 3. Abstinence reinstatement incentive 4. Enhanced Outreach-Counselling Program 5. Alternative Program for Methadone Maintenance Treatment Program drop-outs (MMTP) 6. Cue Exposure therapy	1. Gebrauch der primären abhängigen Substanz 2. Suchtdruck 3. Haltekraft 4. Compliance 5. Rückfall zum follow-up 6. Mortalität 7. Körperliche Gesundheit 8. Lebensqualität
Amato et al., 2011a	35	USA (31) Schottland (1) China (1) Malaysia (1) Deutschland (1)	4319	1. Verhaltenstherapeutisch (5) 2. Psychoanalytisch orientiert (3) 3. Beratende Interventionen (3) 4. Sonstige Interventionsformen (2)	Primäre Outcomes 1. Haltekraft 2. Opioid Abstinenz in den letzten 3 Wochen 3. Abstinenz zum follow-up Sekundäre Outcomes 1. Compliance 2. Suchtdruck 3. Psychiatrische Symptomatik/psychische Belastung 4. Lebensqualität 5. Grad der Abhängigkeit 6. Mortalität
Amato et al., 2011b	11	USA (10) UK (1)	1592	1. Verhaltenstherapeutisch (2) 2. Strukturierte Beratung (5) 3. Familientherapie (1)	Primäre Outcomes 1. Dropout-Rate in der Entzugbehandlung 2. Gebrauch von Opioiden während der Behandlung 3. Gebrauch von Opioiden zum follow-up Sekundäre Outcomes 1. Compliance 2. Konsum weiterer Drogen 3. Mortalität 4. Einbindung in weitergehende Behandlungen

management haben signifikant bessere Ergebnisse (Rückfälligkeit, Rückkehr in die Behandlung) erbracht als die Standardbehandlungen. Zum follow-up (1 bzw. 3 Monate) konnten keine andauernden Effekte im Bezug auf das RBT festgestellt werden. Das *alternative Programm für MMTP Drop-outs, Verhaltenstherapeutische Interventionen, Cue Exposure und Kontingenzmanagement* sind alleine genommen den Standardbehandlungen nicht überlegen. Es konnte nicht herausgefunden werden, welche psychosoziale Behandlung die größte Effektivität erzielt hat.

Aus Sicht der Gutachter limitieren die heterogenen Programme, die unterschiedlichen Behandlungssettings, die divergente Behandlungsdauer, die geringe Teilnehmerzahl sowie die geringe Studienlage insgesamt die Güte der Evidenz.

Das zweite Cochrane-Review (Amato et al., 2011a) bezieht sich auf die psychosoziale Behandlung Opiatabhängiger im Rahmen einer Substitutionstherapie. In diesem Review konnten 35 RCT's mit 4.319 Teilnehmern eingeschlossen werden. Auch hier stammt der überwiegende Teil der Studien aus den USA (31 Studien). Lediglich die Untersuchung von Scherbaum et al. (20) stammt aus Deutschland. Die 13 analysierten psychosozialen Therapien lassen sich wie folgt gliedern:

1. Verhaltenstherapeutische Interventionen (z. B. *kognitiv-behaviorale Therapie, Kontingenzmanagement, Motivations- und Skilltraining*)
2. Psychoanalytisch orientierte Interventionen (z. B. *supportive-expressive Therapie, interpersonale Kurzzeittherapie*)
3. Beratende Interventionen (z. B. *customized employment support, enhanced pharmacy services*)
4. Sonstige Interventionen (z. B. *relational psychotherapies mother's group, twelve step facilitation therapy*).

Die psychosozialen Behandlungen fanden in Kombination mit pharmakologischen Behandlungen (Methadon, Buprenorphine oder LAAM) statt.

Die kombinierten psychosozial-pharmakologischen Behandlungen wurden gegen rein medikamentöse Standardbehandlungen getestet.

Auch hier fokussierten die primären Outcome-Kriterien auf eine Opioidabstinenz und die Haltekraft der Behandlung. Weitere sekundäre Outcome-Kriterien bezogen sich

auf innerpsychische (Suchtdruck, psychische und psychiatrische Belastung) und somatische Faktoren (Grad der Abhängigkeit, Mortalität). Auch wird das Spektrum psychosozialer Faktoren lediglich über das Kriterium „Lebensqualität“ abgedeckt.

Die Ergebnisse machen deutlich, dass eine Kombination psychosozialer Interventionen, wie sie hier dargestellt wurden, in Kombination mit einer Substitutvergabe einer ausschließlichen Pharmakotherapie hinsichtlich der Haltekraft, Opiatabstinenz, Compliance und psychiatrischer Symptomatik nicht überlegen sind. Es konnte keine psychosoziale Interventionsform gefunden werden, welche hinsichtlich ihrer Effektivität den anderen psychosozialen Maßnahmen überlegen ist.

Als limitierende Faktoren wurden die Evaluationszeiträume benannt. Die Studiendauern waren zu kurz, um weitere Kriterien wie die Mortalität hinreichend zu analysieren. Zudem limitiert die große Spannweite der Konfidenzintervalle, bei einer geringen Studienanzahl mit wenigen Studienteilnehmern, die Analyse der sekundären Outcome-Kriterien. Auch hier stammen die überwiegenden Studien aus den USA, so dass ein Transfer in andere Regionen mit einer anderen Gesundheitsversorgung nicht ohne weiteres möglich ist.

Das dritte Cochrane Review (Amato et al., 2011b) befasst sich mit der Wirksamkeit von psychosozialen Maßnahmen in Kombination mit einer Substitutvergabe im Vergleich zu einer ausschließlichen Pharmakotherapie im Rahmen einer Opioidentzugsbehandlung. Das Review schließt 11 Studien mit 1.592 Teilnehmern ein. Es wurden 3 unterschiedliche psychosoziale Interventionsformen analysiert:

1. Verhaltenstherapeutische Interventionen (*Contingency Management, Community Reinforcement*)
2. Beratende Unterstützungsformen (*Psychotherapeutic Counseling, Intensive Role induction with or without case management, Counseling and education on high risk behavior, Therapeutic Alliance Intervention*)
3. Familientherapie (*Family therapy*).

Die Studien stammen auch hier überwiegend aus den USA (10), eine stammt aus Großbritannien.

Die primären Outcome-Kriterien bezogen sich auf die Haltekraft (Dropout-Quote) der Behandlung, Opioid-Abstinenz während der Behandlung sowie zur Follow-up-Erhebung.

Die sekundären Erfolgskriterien bezogen sich überwiegend auf verhaltensbezogene und versorgungsspezifische Faktoren (Compliance während der Studie, Konsum weiterer Drogen, Mortalität sowie die Einbindung in weitergehende Behandlungsmaßnahmen).

Es wurde deutlich, dass die Patienten überwiegend von einer Kombination von einer psychosozialen und pharmakologischen Therapie profitieren und diese Behandlung einer reinen medikamentösen Behandlung hinsichtlich der primären Outcome-Kriterien überlegen ist.

Gemäß den Autoren limitiert die Heterogenität der Bemessung der Outcome-Kriterien die Güte der Review-Ergebnisse.

5.2 Nationale Studienlage

Auf nationaler Ebene war die psychosoziale Betreuung in mehreren Studien Gegenstand der Untersuchung. So wurden im Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger im Rahmen einer kontrollierten randomisierten Studie ($n = 1.015$) die zwei Interventionsformen Gruppen-Psychoedukation in Kombination mit klassischer Drogenberatung sowie Case Management in Kombination mit Motivierender Gesprächsführung evaluiert (Kuhn et al., 2007). Beide Interventionsformen fanden sowohl in einer mit Methadon substituierten Kohorte sowie einer Patientengruppe mit Diamorphinbehandlung statt. Eine Nicht-Teilnahme an der Betreuung wurde im Rahmen der Studie nicht sanktioniert. Es zeigte sich, dass sich die beiden Interventionsformate hinsichtlich der Studienziele „Verbesserung des Gesundheitszustandes“ sowie „Reduktion des illegalen Drogenkonsums“ nicht signifikant unterschieden. Es zeigten sich jedoch Differenzen gegenüber den Nicht-Nutzern der psychosozialen Betreuung. So verbesserten die Nutzer der psychosozialen Betreuung ihren Gesundheitszustand gegenüber den Nicht-Nutzern signifikant. Hinsichtlich der Reduktion des Drogenkonsums zeigten die Nutzer der Betreuung tendenziell bessere Werte im Verlauf der Behandlung. Die Autoren ziehen das Fazit, dass weniger die durchgeführte Methode als ihre professionelle und strukturierte Umsetzung für den Behandlungserfolg verantwortlich ist.

Die Premos-Studie um die Arbeitsgruppe von Wittchen et al. (2011a, 2011b) hatte das Ziel, den langfristigen Verlauf der Substitui-

onsbehandlung zu beschreiben und somit die Grundlage für eine zielgruppenspezifische und bedarfsgerechte Optimierung der Versorgung zu schaffen. Insgesamt wurde der Verlauf und das Outcome von Substitutionsbehandlungen von 2.284 Patienten in 223 Behandlungszentren über einen Zeitraum von sechs Jahren dokumentiert und analysiert. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass es im Betreuungsverlauf zu einer deutlichen Reduktion der PSB sowie ihrer Intensität kommt. Die substituierenden Ärzte sehen offenbar bei jedem zweiten Patienten unter Berücksichtigung des Machbaren die PSB als nicht mehr oder nur in geringem Umfang als notwendig an. Bei dieser Entscheidung spielen Kapazitäts- bzw. Versorgungsdefizite aus der Sicht der Substitutionseinrichtungen nur eine untergeordnete Rolle. Zudem konnten keine Hinweise gefunden werden, dass eine hohe PSB zur Baseline noch zu einem der Follow-ups einen nachweisbaren systematischen Einfluss auf ein bedeutsam positiveres Outcome-Muster hat. Wenn es Zusammenhänge gibt, dann weisen diese tendenziell dahin, dass Substituierte dann mehr PSB-Maßnahmen erhalten, wenn sie akut oder chronisch gehäuft Probleme haben.

Ferner lassen sich weitere nicht-randomisierte kontrollierte deutschsprachige Studien finden, welche eine Evaluation der PSB auf kommunaler Ebene zum Gegenstand hatten. So wurden in einer Bonner Untersuchung (Deimel, 2009) der psychosoziale Hilfebedarf und psychosoziale Belastungsfaktoren von 30 substituierten Opiatabhängigen sowie ihre Zufriedenheit mit der psychosozialen Behandlung analysiert. Es zeigte sich, dass die betreuten Substituierten einen deutlichen psychosozialen Hilfebedarf in den evaluierten Lebensbereichen Arbeit, Finanzen, soziale Beziehungen und strafrechtliche Problemlagen aufwiesen. Die subjektiv stärkste Belastung wurde in den Bereichen Arbeit und Justiz ermittelt. Es konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen der psychosozialen und der psychischen Situation der Substituierten gezeigt werden. Patienten ohne eine psychische komorbide Störung und Patienten in tagesstrukturierenden Maßnahmen erzielten bessere Behandlungsergebnisse als Patienten, welche sich in keiner solchen Struktur befanden. Die psychosoziale Betreuung wurde von den Patienten als gut bewertet. Patienten mit einer psychiatrischen Komorbidität bewerteten die Betreuung im Durchschnitt um eine Note schlech-

ter als Patienten ohne eine solche zusätzlich diagnostizierte Störung. Es gab einen hochsignifikanten negativen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der psychischen Belastung und der Zufriedenheit mit der Betreuung. Dieser zeigte sich ebenso im Zusammenhang zwischen der psychosozialen Belastung und der Zufriedenheit mit der Betreuung.

In einer Folgeuntersuchung (Deimel, 2012 & 2013) im Raum Köln-Bonn wurden 100 substituierte Opiatabhängige im Rahmen einer quasi-experimentellen Untersuchung hinsichtlich ihrer sozialen, psychischen und körperlichen Situation befragt. Es erfolgte eine Analyse der Zufriedenheit mit den psychosozialen Maßnahmen unter Berücksichtigung des Behandlungssettings (integrierte Versorgung in Substitutionsambulanzen versus getrennte medizinische und psychosoziale Versorgung). Es zeigte sich, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen der sozialen, psychischen und körperlichen Situation der Klienten existiert. Die substituierten Patienten unterschieden sich signifikant von einer nicht behandelten Referenzgruppe hinsichtlich des Drogenkonsums, des Realitätsbezuges sowie in der Belastung im familiären Umfeld. Eine geringere Belastung, jedoch nicht signifikant, wurde bei den Substituierten in den Bereichen Alltagssituation, juristische Situation, Partnerbeziehung, Selbstkontrolle und Selbstwertgefühl ermittelt. Insgesamt wurde die PSB durch die Patienten als gut bis sehr gut bewertet. Als Prädiktoren für eine hohe Zufriedenheit mit der PSB konnten das Geschlecht (Männer), Alter (junge Patienten) und das Behandlungssetting (individualisierte Behandlungsformen) identifiziert werden. Negativ-Kriterien für eine Nutzerzufriedenheit waren ein hohes Stressniveau der Patienten, eine gute soziale Integration sowie Gedanken an den Tod und das Sterben.

Eine weitere Evaluation der PSB fand in Düsseldorf statt (Boywitt et al., 2013). Im Rahmen eines Eingruppen-Messwiederholungsdesigns wurden 101 Patienten im Abstand von 12 Monaten in die Untersuchung eingeschlossen. Als Evaluationskriterien wurden die psychosoziale Belastung der Klienten, das Beikonsumverhalten sowie die individuelle Zielerreichung hinsichtlich der PSB aus Klienten- und Betreuersicht herangezogen. Es zeigte sich, dass es zu einer signifikanten Reduktion der psychosozialen Belastung führte, welche eine kleine bis mittlere Effektstärke aufwies. Die Einschätzung der psy-

chosozialen Belastung unterschied sich durch die Klienten und Betreuer nicht signifikant von einander. Ebenso hatten Klienten und Betreuer eine ähnliche Wahrnehmung in der Veränderung der psychosozialen Belastung zwischen den Messzeitpunkten T1 und T2. Die Klienten gaben an, dass sie ihre Therapieziele im Verlauf der Behandlung zumindest teilweise realisieren konnten. Die Einschätzung der Betreuer fiel hier weniger optimistisch aus. Eine signifikante Reduktion des Beikonsums konnte im Studienverlauf nicht festgestellt werden.

6 Schlussfolgerungen

Die in den Reviews einbezogenen RCT's kommen überwiegend aus den USA und Großbritannien. Die Versorgungsbedingungen dort sind nicht generalisierbar und auf das System in Deutschland zu übertragen. Ferner haben die evaluierten strukturierten Programme eine starke psychotherapeutische Prägung. In dieser Form findet die PSB in der deutschen Betreuungslandschaft faktisch nicht statt. Die in Deutschland etablierte PSB wird aus einer anderen, nämlich psychosozialen Perspektive heraus betrieben, welche einer sozialarbeitswissenschaftlichen Maxime unterliegt. Die Studiendauer in dem Review von Amato et al. (2011a) betrug durchschnittlich 17 Wochen (SD 6-48 Wochen). Die mit diesen Behandlungszeiträumen einhergehende Dauer der psychosozialen Interventionen dürfte nicht ausreichen, um den hochkomplexen manifestierten psychosozialen Belastungssituationen von opiatabhängigen Menschen adäquat begegnen zu können.

Studien, welche die Analyse bestehender kommunaler Angebote zum Ziel haben, entsprechen stärker der Versorgungssituation und der etablierten psychosozialen Vorgehensweise in Deutschland. Sie haben jedoch auf Grund ihres naturalistischen Studiendesigns nur eine bedingte Aussagekraft, da auch hier eine starke Heterogenität in der Bandbreite psychosozialer Interventionen vorliegt.

Es bleibt festzuhalten, dass die vorliegenden Studien eine äußerst geringe Aussagekraft über den Behandlungserfolg der PSB besitzen. Somit besteht ein dringender Forschungsbedarf hinsichtlich der Evidenz der bestehenden Angebote psychosozialer Interventionen für substituierte Opiatabhängige.

7 Fazit für die Praxis

Die Frage der Evidenz der PSB geht unweigerlich mit der Frage der Zielsetzung psychosozialer Interventionen einher. Eine klare Zielelaboration ist hierfür unerlässlich. Hierzu bedarf es eines breiten Konsenses aller beteiligten Parteien (Patienten, Behandler, Leistungsträger, Forscher und Politik) über die zu realisierenden Ziele psychosozialer Maßnahmen. Das Menschenbild dient hierbei als Wertematrix. Es stellt die wesentliche Grundlage für die Entwicklung von Therapiezielen dar. Diese grundsätzliche Diskussion muss im Kontext eines sich wandelnden transformierten Sozialstaates von einer Wohlfahrtsorientierung hin zu einer aktivierenden Ausrichtung geschehen. Daraus abgeleitet bedarf es der Entwicklung entsprechender Qualitätsindikatoren, anhand derer der Erfolg von Betreuungsleistungen bemessen wird.

8 Literatur

- Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M. & Vecchi, S. (2011a). Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, Art. No.: CD004147.
- Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M. & Vecchi, S. (2011b). Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, Art. No.: CD005031.
- Boywitt, C. D., Zwingmann, Ch., Behrendt, R. & Schneitler, H. (2013). Evaluation der psychosozialen Betreuung Opiatabhängiger in Substitutionsbehandlung. *Sucht*, 58, 269-276.
- Bundesärztekammer (2010). Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger vom 19.02.2010. *Deutsches Ärzteblatt*, 107, 511-516.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2013). Bericht zum Substitutionsregister. http://www.bfarm.de/SharedDocs/1_Downloads/DE/Bundesopiumstelle/BtM/substit-reg/Subst_Bericht.pdf?__blob=publicationFile. Zugriff am 20.06.2013
- Degkwitz, P. (2007). Der Aktuelle Stand der Forschung zur Wirksamkeit der psychosozialen Unterstützungsangebote bei Substitutionsbehandlung. In R. Gerlach & H. Stöver, *Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung*. Praxis und Bedeutung (S. 47-55). Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Deimel, D. (2009). Die psychosoziale Situation und Behandlung substituierter Opiatabhängiger. Eine Analyse der psychosozialen Betreuung Substituierter. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 22, 207-211.
- Deimel, D. (2012). Die Versorgungspraxis der psychosozialen Behandlung substituierter Opiatabhängiger – die PSB-Studie. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 25, 88-97.
- Deimel, D. (2013). Psychosoziale Behandlung in der Substitutionstherapie. *Praxis Klinischer Sozialarbeit*. Marburg: Tectum.
- DeLoie, D. (2011). Soziale Psychotherapie als Klinische Sozialarbeit. *Traditionslinien – Theoretische Grundlagen – Methoden*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- DeLoie, D. (2012). Konzeption für eine Soziale Psychotherapie – Klinisch-sozialarbeiterische Perspektiven *Klinische Sozialarbeit*, 8, 4-5.
- Ehrhardt, A. (2010) *Methoden der Sozialen Arbeit*. Schwalbach: Wochenschau.
- Gahleitner, S. B. (2011). Psychosoziale Beratung. In: *Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.), Fachlexikon der sozialen Arbeit* (S. 681-682). Baden-Baden: Namos.
- Gerlach, R. & Stöver H. (2005). Vom Tabu zur Normalität. 20 Jahre Substitution in Deutschland. *Zwischenbilanz und Aufgaben für die Zukunft*. Freiburg i.Br.: Lambertus.
- Gerlach, R. & Stöver, H. (2009). Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. *Praxis und Bedeutung*. Freiburg i.Br.: Lambertus.
- Gerlach, R. & Stöver, H. (2010). Zur Bedeutung und zum Stellenwert der psycho-sozialen Betreuung in der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger. *Suchtmedizin*, 12, 63-73.
- Kielholz, P. & Ladewig, D. (1973). *Die Abhängigkeit von Drogen*. München: dtv.
- Küfner, H. & Rösner, S. (2005). Forschungsstand 2005 zur Substitutionsbehandlung: Ergebnisse zur Evaluation und Indikation. In R. Gerlach & H. Stöver (Hrsg.), *Vom Tabu zur Normalität* (S. 29-63) Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Küfner, H. & Ridinger, M. (2008). Psychosoziale Behandlung von Drogenabhängigen unter Substitution (PSB-D). Pabst: Lengerich.
- Kuhn, S., Schu M., Vogt I., Schmidt M., Simmendinger R., Schlanstedt G., Farnbacher G., Verthein U. & Haasen Ch. (2007). Die psychosoziale Behandlung im bundesdeutschen Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger. *Sucht*, 53, 278-287.
- Langer, K., Wittchen, H.-U., Bühringer, G. & Rehm, J. T. (2011). *Die Substitutionsbehandlung*. Praxis und Bedeutung (S. 47-55). Freiburg i. Br.: Lambertus.

- lung Opiatabhängiger: Grundlagen, Versorgungssituation und Problembereiche. Suchtmedizin, 13, 202-212.
- Mayet, S., Farrell, m., Amato, L. & Davoli, M. (2004). Psychosocial treatment for opiate abuse and dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews, 4, Art. No.: CD004330.
- Ningel, R. (2011). Methoden Klinischer Sozialarbeit. Bern: Haupt.
- Pauls, H. (2011). Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. Weinheim: Juventa.
- Scherbaum, N., Kluwig, J., Specka, M., Krause, D., Merget, B., Finkbeiner T. & Gastpar, M. (2005). Group psychotherapy for opiate addicts in methadone maintenance treatment – a controlled trial. European Addiction Research, 11, 163-171.
- Wittchen, H.-U., Apelt, S. M., Soyka, M., Gastpar, M., Backmund, M., Götz, J. et al. Feasibility and outcome of substitution treatment of heroin-dependent patients in specialized substitution centers and primary care facilities in Germany: a naturalistic study in 2694 patients. Drug Alcohol Depend, 95, 245-257.
- Wittchen, H.-U., Bühringer G. & Rehm, J. (2011a). Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatments – Effekte der langfristigen Substitution Opioidabhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcome. Schlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit. Im Internet zu finden unter: http://drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien/dba/DrogenundSucht/Illegale_Drogen/Heroin_andere/Downloads/Abschlussbericht_PR EMOS.pdf. Zugriff am 01.11.2013
- Wittchen, H.-U., Träder A., Klotsche, J., Backmund M., Bühringer G. & Rehm J. T. (2011b). Die Rolle der psychosozialen Begleitung in der langfristigen Substitutionsbehandlung. Suchtmedizin, 13, 258-262.

Prof. Dr. Daniel Deimel

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Abteilung Aachen
Robert-Schuman-Str. 25
52066 Aachen
d.deimel@katho-nrw.de

Prof. Dr. Heino Stöver

Frankfurt University of Applied Sciences
Institut für Suchtforschung (ISFF)
Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit
Nibelungenplatz 1
60318 Frankfurt
hstoeve@fb4.fh-frankfurt.de

Otto Schmid & Thomas Müller

Heroin – von der Droge zum Medikament

Eine Chronik zur heroingestützten Behandlung in Basel von 1994 –2008

„Das Experiment der offenen Szenen war gescheitert und andere niederschwellige Angebote waren notwendig geworden.“ (Ruth Dreifuss)

Als eines der ersten Länder der Welt konzipierte die Schweiz Anfang der 1990er-Jahre als Antwort auf die eskalierenden offenen Drogenszenen sowie die Ausbreitung des HI-Virus eine Behandlung für Heroinabhängige, die nachweislich für die Betroffenen, das soziale Umfeld, die Volksgesundheit sowie die Volkswirtschaft wirksam und effizient ist. Diese Behandlungsform, die heroingestützte Behandlung, wird im Kanton Basel-Stadt im Rahmen der Abteilung Janus der Psychiatrischen Klinik seither mit großem Erfolg durchgeführt. „Wir konnten die Mortalitätsrate einer ganzen Bevölkerungsgruppe senken und ein Stück weit die Lebensqualität erhöhen, das sind zwei wesentliche Punkte.“ (Christoph Cassidy)

Die Konzeption und Einführung dieses neuen Ansatzes in der Drogenpolitik verlangten von allen Beteiligten ein großes Maß an Visionen, Engagement und die Bereitschaft, sich einer unbequemen Frage zu stellen: Gibt es eine wirksame Intervention bei Heroinabhängigkeit? „Was sich eben auch zeigt, ist, dass jene, die wirklich von Heroin abhängig sind, dies auch bleiben – und zwar für den Rest ihres Lebens.“ (Rudolf Stohler)

Mittels Interviews mit Initianten, Begründern und politisch Verantwortlichen sowie mit erklärenden Zusatztexten und historischem Bildmaterial zeichnen Otto Schmid und Thomas Müller den Weg nach, den es in der Schweiz und insbesondere in Basel vom umstrittenen und visionären ‚Projekt Janus – Pilotprojekt für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln‘ (1994) bis zur etablierten und im regulären medizinischen Versorgungsangebot eingebundenen ‚Abteilung Janus – Zentrum für heroingestützte Behandlung der Psychiatrischen Klinik Basel‘ (2008) zu absolvieren galt.

196 Seiten, ISBN 978-3-89967-514-6, Preis: 20,- €



PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28, D-49525 Lengerich

Tel. ++ 49 (0) 5484-308, Fax -550 * pabst.publishers@t-online.de

www.pabst-publishers.de * www.psychologie-aktuell.com

Psychosoziale Betreuung drogensubstituierter Menschen in Berlin

Heike Drees¹, Heike Attinger², Anneke Groth²

¹ Paritätischer Wohlfahrtsverband Berlin e.V., Berlin

² vista gGmbH, Berlin

Kurzfassung

Seit 15 Jahren werden Leistungen der Psychosozialen Betreuung (PSB) und des Betreuten Wohnens für drogensubstituierte Menschen in Berlin im Rahmen des SGB XII, §§ 53, 54 finanziert. Den Rahmen bildet der Berliner Rahmenvertrag und die darin geregelten einrichtungsindividuellen Leistungs-, Prüfungs- und Vergütungsvereinbarungen nach § 75 ff SGB XII. Auf dieser Grundlage können Freie Träger für die Leistungsbereiche PSB und Betreutes Wohnen mit dem Land Berlin Verträge nach § 53/54 SGB XII schließen. Berlin ist das einzige Bundesland, das Leistungen zur Teilhabe im Rahmen der Sozialgesetzgebung für die Zielgruppe drogensubstituierter Menschen finanziert. Die Teilhabeplanung erfolgt auf der Basis eines ganzheitlichen Gesundheitsverständnisses und schließt eine individuelle Lebensweltorientierung im Sinne personenzentrierter Hilfen ein. Dazu gehören auch besondere Herausforderungen, beispielsweise Elternschaft, Kinderschutz, komorbide Störungen. Die Qualitätsstandards der PSB umfassen bestimmte Formen der Kommunikation und Kooperation, eine kontinuierliche Qualifikation der Fachkräfte und die Verknüpfung wissenschaftlicher Erkenntnisse mit der Praxis.

Schlüsselwörter

Psychosoziale Betreuung
Klinische Sozialarbeit
Suchthilfe Berlin
Opiatabhängigkeit

1 Sozialrechtliche Grundlagen, organisatorische und strukturelle Voraussetzungen

In Berlin sind laut Kassenärztlicher Vereinigung Berlin (KVB) 164 Ärztinnen und Ärzte zur Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger zugelassen, davon sind zwischen 130 und 140 Ärztinnen und Ärzte aktiv substituierend tätig. Zum Stichtag 31.12.2013 verzeichnet die KV Berlin knapp über 5.000 Drogensubstituierte in Berlin. Rund 4.600 Patientinnen und Patienten werden in der ambulanten Versorgung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) substituiert und rund 400 Patientinnen/Patienten werden in Berlin unter Haftbedingungen oder in der stationären Versorgung oder privat finanziert substituiert. Etwa 50 Prozent der in der ambulanten Versorgung der GKV substituierten Opiatabhängigen haben eine regelmäßige Anbindung an das professionelle Hilfesystem, beispielsweise in der ambulanten Psy-

chosozialen Betreuung (PSB) und in betreuten Wohnformen.

Nach Angaben der KVB verstarben 2013 in Berlin 122 Menschen infolge Opiatkonsums. Davon waren 34 Personen der KVB bekannt, d.h. bereits einmal substituiert. 16 Personen sind 2013 unter Beteiligung von Methadon verstorben, von denen 12 Personen erhebliche somatische Begleiterkrankungen aufwiesen. In diesem Kontext wäre der Einsatz bzw. die Vergabepaxis von Naloxon zur Vermeidung von Drogennotfällen/Drogentodesfällen dringend zu überprüfen.

Seit 2013 wird in Berlin eine Behandlung schwerstkranker Opiatabhängiger mit Diamorphin durchgeführt. Patienten, die mit Diamorphin substituiert werden, können eine Psychosoziale Betreuung nach §§ 53, 54 SGB XII beantragen.

An der Substitutionsbehandlung sind in Berlin neben niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten auch Schwerpunktpraxen und Ambulanzen beteiligt. In den Ambulanzen kann eine psychosoziale Betreuung integriert wer-

den, die von Freien Trägern durchgeführt wird. Substituierende Ärztinnen und Ärzte und die in der Psychosozialen Betreuung tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei den Freien Trägern der Drogenhilfe und bei den Wohlfahrtsverbänden haben in Berlin zweckmäßige und funktionierende kommunikative Strukturen aufgebaut und eine nachhaltige Zusammenarbeit entwickelt.

Als einziges Bundesland finanziert Berlin Leistungen der Psychosozialen Betreuung substituiert drogenabhängiger Menschen auf der Grundlage einrichtungsindividueller Leistungs-, Prüfungs- und Vergütungsvereinbarungen nach § 75 ff SGB XII. Die Einrichtungsträger, die Leistungen für drogensubstituierte Menschen erbringen – Betreutes Wohnen und PSB (Ambulanter Dienst) – schließen für diese Leistungsbereiche entsprechende Verträge nach § 53 / 54 SGB XII. Die Psychosoziale Betreuung drogensubstituierter Menschen wurde 1999 in Berlin erstmals in den „Berliner Rahmenvertrag gemäß § 93d Abs. 1 Nr. 2 BSHG, seit 1.1.2005 § 79 Abs. 1 SGB XII für Hilfen in Einrichtungen einschließlich Diensten im Bereich Soziales (BRV)“ aufgenommen.

Der Berliner Rahmenvertrag regelt Grundsätze zu Inhalt, Umfang und Qualität für die im Sinne des SGB XII zu erbringenden Leistungen für ambulante Dienste, vollstationäre und teilstationäre Einrichtungen. Der Rahmenvertrag beschreibt leistungsgerechte Vergütungen und ein Verfahren zur Prüfung von Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen sowie Abrechnungs- und Verfahrensfragen. Für den Personenkreis der drogensubstituierten Menschen existiert in Berlin außerdem der Leistungstyp „Betreutes Wohnen für Substituierte“ nach §§ 53/54 SGB XII. Dafür sind aktuell 388 Plätze mit der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales vereinbart (Stand 01.01.2014).

Der Leistungstyp „Psychosoziale Betreuung substituiert Drogenabhängiger“ gehört zu den ambulanten Diensten, die Hilfen nach §§ 53/54 SGB XII leisten. Der Begriff „Leistungstyp“ entspricht hierbei einer „Gruppe für Leistungsberechtigte mit vergleichbarem Bedarf“ nach § 76 Abs. 2 SGB XII. Auf eine weitergehende Differenzierung in unterschiedliche Hilfebedarfsgruppen wurde verzichtet. In Berlin haben fünf Freie Träger bzw. Verbände Vereinbarungen für die Erbringung von Leistungen zur psychosozialen Betreuung abgeschlossen.

Dem heute existierenden „Berliner Modell“ der Psychosozialen Betreuung drogensubsti-

tuierter Menschen ging ein mehrjähriger, kontinuierlicher und gemeinsamer Entwicklungsprozess der Wohlfahrtsverbände mit der fachlich zuständigen Senatsverwaltung unter Beteiligung der Freien Träger voraus. In einem ersten Schritt entstand die Leistungsbeschreibung für den Leistungstyp „Psychosoziale Betreuung substituiert Drogenabhängiger (ambulanter Dienst)“. Es folgten Vergütungsverhandlungen und die Entwicklung des Hilfeplaninstrumentes.

Die aktuelle Fassung der Leistungsbeschreibung datiert aus dem Jahr 2009. Die Leistungsbeschreibung besagt, dass volljährige drogensubstituierte Menschen zum Personenkreis des § 53 SGB XII gehören. Sie sind in existentiellen Lebensbereichen wesentlich beeinträchtigt bzw. behindert und haben einen daraus resultierenden besonderen Hilfe- bzw. Teilhabebedarf (im Folgenden Hilfebedarf genannt) und somit einen Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe gemäß §§ 53/54 SGB XII. „Die psychosoziale Betreuung Substituierter ist erforderlich, um neben der somatischen Stabilisierung den Prozess einer Reintegration zu betreiben, Fähigkeiten zur Teilhabe an der Gemeinschaft und zur Überwindung der süchtigen Lebensweise zu entwickeln und auf dieser Basis eine drogenfreie Lebensperspektive aufzubauen“ (Leistungsbeschreibung vom September 2009).

Ziel der Psychosozialen Betreuung ist es, den Leistungsberechtigten, d.h. drogensubstituierte Menschen, in der Persönlichkeitsentwicklung zur Teilhabe am Gemeinschaftsleben zu unterstützen, ein neues Lebensumfeld und eine drogenfreie Lebensperspektive zu ermöglichen. Die konkreten Teilhabeziele müssen in der individuellen Hilfeplanung beschrieben und mit dem Leistungsberechtigten abgestimmt werden. Die aktive Beteiligung des Leistungsberechtigten und die Berücksichtigung seiner Interessen bei der Teilhabeplanung sowie bei der Entwicklung und Festlegung der Teilhabeziele war anfangs eine völlig neue Erfahrung auf Seiten der Freien Träger in ihrer Rolle als Leistungserbringer. Umfang und Dauer der Maßnahme werden mittels eines individuellen Hilfeplans festgelegt und der quantitative individuelle Hilfebedarf ist zielgenau zu ermitteln. Die Dauer der Maßnahme soll sechs Monate nicht überschreiten, richtet sich grundsätzlich aber nach dem individuellen Hilfebedarf.

In der Leistungsbeschreibung sind Art, Inhalt und Umfang der Leistungen festgelegt. Die

einzelnen Hilfebereiche sind benannt und die Voraussetzungen zur Leistungserbringung geregelt. Inhalt und Umfang der Leistungen sind in fünf Leistungsbereichen hinterlegt: Hilfen in den Bereichen Selbstversorgung, Wohnen, Wirtschaften/ Tagesgestaltung/ Persönliche und soziale Beziehungen/ Beschäftigung, Arbeit, Ausbildung und schließlich Sucht, Beikonsum. 75 Prozent der Leistungen werden als direkt personenbezogene Tätigkeiten erbracht, z.B. Einzelgespräche, intensive sozialpädagogische Gruppenbetreuung, sozialpädagogisches Training, Fallbesprechungen und Kooperation mit anderen Diensten. Ein Anteil von 25 Prozent wird als indirekte Leistungen erbracht, z.B. Teambesprechungen, Qualitätszirkel, Supervision, Fortbildung.

Die Leistungen werden im Sinne des Case-Managements erbracht. Die Fachleistungsstunde für die Psychosoziale Betreuung wird seit 1.1.2014 vergütet mit einem Stundensatz von 39,70 € bis 45,23 €. Die Anzahl der Betreuungsstunden richtet sich nach dem Hilfebedarf des einzelnen Leistungsberechtigten. Die fachliche Anbindung der Betreuungsmaßnahme nach § 53, 54 SGB XII an eine durch das Land Berlin geförderte Drogenberatungsstelle ist Voraussetzung für den Abschluss einer Leistungsvereinbarung.

Zur Leistungserbringung muss der Antragsteller, d.h. der Freie Träger, bestimmte Voraussetzungen erfüllen. Die Konzeption ist in regelmäßigen Abständen zu überprüfen und anzupassen. In der Psychosozialen Betreuung sind ausschließlich ausgebildete Fachkräfte mit zum Teil suchtspezifischen Zusatzausbildungen und mehrjähriger Erfahrung in der Suchtarbeit oder angrenzenden Tätigkeitsfeldern einzusetzen, insbesondere SozialpädagogInnen mit staatlicher Anerkennung, Diplom-PädagogInnen und Fachkräfte aus vergleichbaren Berufsgruppen. Darüber hinaus sind in der Leistungsbeschreibung zum Leistungstyp „Psychosoziale Betreuung substituierter Drogenabhängiger (ambulanter Dienst)“ Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität genannt, die der Leistungsträger zu erfüllen hat. Dazu gehören Aussagen zur fachlichen Konzeption und zu den beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, eine ständige Klientinnen-/Klientendokumentation als Verlaufsdokumentation, eine jährliche einrichtungsbezogene Dokumentation und der Abschlussbericht.

Für die Feststellung des individuellen Hilfebedarfs und zur Planung und Dokumentati-

on der Hilfen steht ein EDV-gestütztes Hilfeplaninstrument zur Verfügung, das gemeinsam mit Freien Trägern und Wohlfahrtsverbänden entwickelt wurde. Dieses beinhaltet einen Antrag an die Qualitätssicherungskommission der KVB, einen Erfassungsbogen zur aktuellen Lebenssituation mit Einschätzung über den Hilfebedarf, je ein Formblatt für die sozialanamnestische Erhebung sowie für die Planung von Teilzielen und Prioritäten, ein Situationseinschätzungsbogen des Leistungsempfängers, das Antragsformular zur Beantragung der Kostenübernahme nach §§ 53/54 SGB XII an den Sozialleistungsträger, Informationen an den Sozialpsychiatrischen Dienst, ein Erhebungsbogen zur Fortschreibung des individuellen Hilfebedarfs im Rahmen der Hilfeplanung, den Bogen zur Verlaufsdokumentation und schließlich das Formblatt zum Abschlussbericht.

Die Klientinnen-/Klientendokumentation umfasst das Stammblatt, die Sozialanamnese, den Hilfeplan mit Aussagen zu den fünf Hilfebereichen, Selbsthilfepotenziale und Defizite, kurz- und mittelfristige Ziele sowie die Festlegung einzelner Maßnahmen und Vereinbarungen. Diese Form der individuellen Dokumentation unterliegt datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Die Entwicklungsberichte enthalten dokumentierte Ergebnisse des Betreuungsprozesses und werden regelmäßig dahingehend überprüft, ob die Betreuung fortgesetzt, beendet oder ob der bzw. die Leistungsberechtigte in eine weiterführende Maßnahme vermittelt werden kann. Im Abschlussbericht werden die erreichten Ziele und die weitere Lebensperspektive des bzw. der Leistungsberechtigten in der näheren Zukunft nachvollziehbar bewertet.

In der Psychosozialen Betreuung werden gemeinsam mit dem bzw. der Leistungsberechtigten Zielsetzungen und Zielhierarchien der Psychosozialen Betreuung sowie die konkrete Betreuungsplanung erarbeitet, wobei die Punkte benannt sein müssen, bei denen es keine Übereinstimmung zwischen der/dem Leistungsberechtigten und Fachkraft gibt. Spätestens drei Monate nach Leistungsbeginn wird der Hilfeplan – wiederum unter Mitwirkung des bzw. der Leistungsberechtigten – erstellt und ab dann regelmäßig überprüft, angepasst und weiterentwickelt.

In der Psychosozialen Betreuung von Eltern und alleinerziehenden Eltern, die in einer Substitutionsbehandlung sind, findet das Thema Elternschaft und Unterstützung von Eltern eine zunehmende Berücksichtigung.

Freie Träger haben sich 2006 auf „Handlungsempfehlungen für die psychosoziale Betreuung substituierter Eltern“¹ geeinigt, die mit Kind(ern) in einem Haushalt leben. 2009 haben sämtliche Wohlfahrtsverbände und die damaligen, für Gesundheit und für Jugend zuständigen Fachverwaltungen bei der Senatsverwaltung von Berlin die „Rahmenvereinbarung zum Schutz von Kindern suchtkranker Eltern vor der Gefährdung des Kindeswohls“ unterzeichnet. In der Sozialanamnese wird die familiäre Situation differenziert erfasst und in allen Phasen der Betreuungsmaßnahme das Kindeswohl berücksichtigt. Falls erforderlich, erfolgen im Rahmen der Psychosozialen Betreuung Hausbesuche bei Eltern und/oder die Kontaktaufnahme zum Jugendamt.

Zum Ende der Maßnahme wird ein Abschlussbericht erstellt mit Einschätzung der erreichten Ziele und des Erfolgs der Maßnahme sowie eine Bewertung der weiteren Lebensperspektive des bzw. der Leistungsberechtigten in der näheren Zukunft. Der Sozialhilfeträger hat das Recht auf Einblick in den Hilfeplan.

In den gesamten Prozess sind Drogenberatungsstellen, substituierende Ärztinnen und Ärzte bzw. Schwerpunktpraxen/Ambulanzen, die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, der Leistungserbringer/Maßnahmeträger, der Leistungsträger/Sozialhilfeträger und nicht zuletzt der/die Leistungsberechtigte eingebunden. Darüber hinaus sind solche Maßnahmen von Bedeutung, die eine Substitutionsbehandlung und Psychosoziale Betreuung flankieren, insbesondere Beschäftigung, Qualifizierung und Integration in Arbeit.

Drogenberatungsstellen wägen im Rahmen ihrer Aufgaben und bei Bedarf sorgfältig ab, ob im Einzelfall eine substitutionsgestützte Behandlung oder andere Hilfen der individuell passende Weg für einen drogenabhängigen Menschen sind. Sie motivieren zur Inanspruchnahme weiterführender Hilfen und unterstützen die Klientinnen und Klienten bei notwendigen Vorbereitungen. In die Berliner Drogenberatungsstellen kommen zahl-

reiche Klientinnen und Klienten mit einer ärztlichen Bestätigung über eine aus medizinischer Sicht notwendige Substitutionsbehandlung, um sich über Möglichkeiten der psychosozialen Betreuung beraten zu lassen, dafür notwendige Voraussetzungen zu klären bzw. um in eine individuell passende Psychosoziale Betreuung eines ambulanten Dienstes vermittelt zu werden.

Die Inanspruchnahme einer Psychosozialen Betreuung hat das Ziel der Teilhabe, die die Substitutionsbehandlung in einem therapeutischen Gesamtkonzept nachhaltig stärkt und fördert. Für die Vermittlung einer individuell passenden Psychosozialen Betreuung spielt zum Beispiel eine Rolle, welche Belastungen von einem Menschen mit Opiatabhängigkeit aktuell selbständig bewältigt werden können. So erfolgt die Psychosoziale Betreuung eher integriert in einer Schwerpunktpraxis, wenn individuelle Hindernisse, z.B. lange Wegezeiten die Durchführung oder Inanspruchnahme gefährden.

Wenn alle Voraussetzungen erfüllt und sämtliche Prüfungen abgeschlossen sind, können Leistungsberechtigte eine Kostenübernahme für die Psychosoziale Betreuung beim Sozialhilfeträger beantragen. Dieser stellt fest, ob ein Hilfebedarf nach §§ 53/54 SGB XII vorliegt.

Dabei wird sowohl das Votum der Qualitätssicherungskommission bei der KVB als auch eine Einschätzung der Drogenberatungsstelle über den individuellen Hilfebedarf einbezogen. Stellt der Leistungsträger einen Hilfebedarf fest und erhält die Antragstellerin bzw. der Antragsteller Leistungen nach dem SGB XII, so besteht eine Verpflichtung zur Mitwirkung des Leistungsberechtigten nach §§ 60 ff SGB I.

Mit Beginn einer Substitutionsbehandlung kann die Kassenärztliche Vereinigung Berlin eine Psychosoziale Betreuung empfehlen. Die Notwendigkeit einer Psychosozialen Betreuung kann sich im Laufe der Substitutionsbehandlung verändern. Wenn eine Klientin oder ein Klient eine Psychosoziale Betreuung aktuell sogar ablehnt oder diese augenblicklich als nicht erforderlich eingeschätzt wird, wird dies in Form einer Negativbescheinigung durch eine Drogenberatungsstelle an die substituierende Ärztin, den substituierenden Arzt weitergeleitet und von dort an die Kassenärztliche Vereinigung Berlin vermittelt, so dass die ärztliche Substitutionsbehandlung fortgesetzt werden kann. Wird eine Psychosoziale Betreuung beendet bzw. abgebrochen, führt dies nicht zur Be-

¹ Handlungsempfehlungen für die psychosoziale Betreuung substituierter Eltern“, unveröffentlichtes Manuskript, entstanden 2006. Autorinnen: Wessel, Stefanie / Rietenberg, Sylvia / Mollemer, Birgit / Preuß de Vieira, Barbara / Erben, Ulrike / Schumacher, Kati / Attinger, Heike. Zu beziehen über vista gGmbH, ABO-Office (Bürokommunikation), Stromstraße 47, 10551 Berlin. Beteiligte Träger: vista gGmbH, Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V., Notdienst für Suchtmittelgefährdete und -abhängige e.V.

endigung der ärztlichen Substitutionsbehandlung. Der Maßnahmeträger, der die Psychosoziale Betreuung durchgeführt hat, vermittelt dann wieder in eine Drogenberatungsstelle, die der Klientin bzw. dem Klienten in jedem Fall ein Gesprächs- bzw. Beratungsangebot macht.

Die ärztliche Substitutionsbehandlung nach SGB V und die Psychosoziale Betreuung mit einem dafür qualifizierten Fachpersonal nach dem SGB XII sind eigenständige und voneinander unabhängige Kreisläufe. Beide Leistungsbereiche entfalten ihre spezifischen Wirksamkeiten aber im Zusammenspiel und durch die aktive Mitwirkung des bzw. der Leistungsberechtigten.

Das in Berlin praktizierte Finanzierungs- und Organisationsmodell der Psychosozialen Betreuung drogensubstituierter Menschen nach §§ 53/54 SGB XII hat sich bewährt. Es hat sich ein Verständnis darüber entwickelt, dass Drogenabhängige einen Anspruch auf Teilhabe nach der Sozialgesetzgebung haben. Wenn man berücksichtigt, dass der Aufbau von Leistungsstrukturen eine gewisse Entwicklungszeit brauchte, ist die Drogenhilfe in Berlin einen wichtigen Schritt bei der Durchsetzung individueller Rechtsansprüche von Drogenabhängigen vorangekommen. Die Entwicklung der Psychosozialen Betreuung in der Substitutionsbehandlung hin zum Leistungsrecht hat zudem zu einer Entideologisierung und damit zu einer Versachlichung der Debatte um die Substitution beigetragen. Eine weitere Auseinandersetzung über die Ziele der Substitutionsbehandlung und der Psychosozialen Betreuung muss weiterhin stattfinden.

Seit fünfzehn Jahren wird in Berlin die Psychosoziale Betreuung drogensubstituierter Menschen im Rahmen der Leistungserbringung gemäß §§ 53/54 SGB XII durchgeführt. Es ist wünschenswert, dass die Ergebnisse bewertet und notwendige Weiterentwicklungen vorgenommen werden. Die Realisierung weiterer Leistungsstrukturen für die Zielgruppe, insbesondere Angebote der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Möglichkeiten des Zuverdienstes ist dringend notwendig. Nicht nur in Berlin werden differenzierte und aufeinander abgestimmte Leistungsbausteine der Hilfen für opiatabhängige Menschen auf der Grundlage der Sozialgesetzbücher dringend gebraucht. Die Entwicklung und Verwirklichung einer individuellen Lebensqualität haben im Rahmen der personenzentrierten Hilfen und der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft eine hohe Priorität.

2 Psychosoziale Betreuung in der Praxis: Hilfeplanung auf der Grundlage eines ganzheitlichen Gesundheitsverständnisses

In der Beratungsstelle kann mit der umfassenden schriftlichen Bearbeitung der Formulare, der biographischen Anamnese und der Hilfebedarfserhebung begonnen werden, wenn die Klientin bzw. der Klient alle Unterlagen eingereicht hat. Diese Vorgehensweise hat sich aus Gründen der finanziellen Risikominimierung für die Freien Träger bewährt. Die Bedarfsanalyse sowie die spätere Hilfeplanung erfolgen auf der Grundlage eines ganzheitlichen Gesundheitsverständnisses. Die zu erfassenden fünf Hilfebereiche erinnern an das Identitätsmodell nach Hilarion Petzold, des Mitbegründers der Integrativen Therapie. Nach dessen Vorstellung ist die Identität eines Menschen getragen von den fünf Säulen 1. Körperwahrnehmung und Gesundheit, 2. Arbeit und Leistung, 3. Soziales Netzwerk und Familie, 4. Materielle Sicherheit sowie 5. Werte und Zugehörigkeit. Um einen stabilen Stand im Leben zu haben, sollten idealerweise alle Säulen tragfähig sein. Ist eine Säule brüchig, destabilisiert sich die Identität, die das Dach auf den Säulen dargestellt.

Wie weiter oben beschrieben, sind gemäß der Leistungsbeschreibung der Psychosozialen Betreuung die fünf wesentlichen Hilfebereiche benannt. Der Bereich **Selbstversorgung**: In diesem Bereich soll die Klientin/der Klient unterstützt werden, ein Mindestmaß an materieller Sicherheit zu erlangen und zu bewahren. Im Bereich **Tagesgestaltung** geht es um die (Wieder-)Entfaltung persönlicher Interessen und einer selbstorganisierten, aktiven Freizeit sowie die Fähigkeit, einen geregelten Tagesablauf herzustellen, um notwendige Verpflichtungen einhalten zu können. Der Hilfebereich **persönliche und soziale Beziehungen** beinhaltet weitreichende Aspekte. Hier kann die Klientin/der Klient Unterstützung in allen sozialen Bezügen und Rollen erhalten, wobei biographische Fakten einbezogen werden können. Ein weiterer Schwerpunkt in diesem Bereich liegt auf der Erweiterung sozialer Kompetenzen. Der Bereich **Beschäftigung/Arbeit/Ausbildung** zielt darauf ab, die Klientin/den Klienten dabei zu unterstützen, eine sinnstiftende Tätigkeit auszuführen, sich beruflich zu orientieren, ihre bzw. seine Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen und in den primären bzw. sekundären

Arbeitsmarkt einzutreten. Der Bereich **Sucht/Beikonsum** umfasst sämtliche Hilfen, die Substitutionsbehandlung zu stabilisieren, den Suchtmittelkonsum zu reduzieren und die Gesundheitsfürsorge zu erhöhen. Rückfallprophylaxe und die Etablierung eines konsumalternativen Verhaltens sind hier zentral. Die Abstinenz ist für einen maßgeblichen Anteil schwerstabhängiger Menschen nicht das vorrangige Ziel. Hilfen zum Ausstieg sind selbstverständlich zu jedem Zeitpunkt möglich. In Anbetracht der zunehmenden komorbiden Begleiterkrankungen sind in diesem Bereich Hilfen möglich, um den genannten Problemen entgegenzutreten. Die Hilfebereiche sind nur formal klar abgrenzbar, in der Praxis greifen sie ineinander und beeinflussen sich gegenseitig.

Beim Eintritt in die Psychosoziale Betreuung werden in einer ersten Bedarfsanalyse der Ist-Zustand und der Hilfebedarf in jedem Hilfebereich grob festgehalten. Eine detaillierte Hilfeplanung mit kurz-, mittel- und langfristigen Zielen unter Berücksichtigung der Ressourcen und Defizite der Klientin/des Klienten erfolgt nach etwa drei Monaten und wird in regelmäßigen Abständen, meist im Zusammenhang mit der Folgebeantragung der Kostenübernahme für die Leistungen, überprüft und modifiziert. Hier ist die Klientin/der Klient maßgeblich beteiligt und bestätigt den Hilfeplan mit ihrer/seiner Unterschrift. Haben Betreuerin/Betreuer und Klientin/Klient unterschiedliche Problemdefinitionen und/oder Zielvorstellungen, wird dies im Hilfeplan vermerkt.

Drogensubstituierte Klientinnen und Klienten nehmen sich in der Regel als eher defizitär wahr. Selbstbeschreibungen wie „Ich bin ein Versager!“, „Ich bekomme nichts auf die Reihe!“ sind ebenso typisch wie ein geringes Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten. Zahlreiche Klientinnen/Klienten sind in der Vergangenheit an ihren Zielen gescheitert. Rückfälle, Kindesherausnahmen, Inhaftierungen und abgebrochene Ausbildungen beschädigen das Selbstvertrauen nachhaltig und verringern die Hoffnung, zukünftige Aufgaben meistern zu können. Viele Suchtkarrieren von Klientinnen/Klienten beginnen bereits in deren später Kindheit. Dies hat zur Folge, dass entscheidende Kompetenzen nicht erworben oder gefestigt werden können, z.B. die Fähigkeit, Konflikte zu lösen oder schwierige Lebenssituationen und Anforderungen durchzuhalten. Viele Klientinnen/Klienten hatten schlechte Startbedingungen und waren bereits in der Kindheit mali-

gnen Lebensumständen ausgesetzt wie z.B. Trennungserfahrungen, Missbrauch, Vernachlässigung, fortgesetzten Abwertungen. Kumulativ auf die Vulnerabilität für psychische und somatische Krankheiten wirken sich negative Begleiterscheinungen der Suchterkrankung aus, z.B. Prostitution, Gewalt, Stress aufgrund polizeilicher Verfolgung.

Erfahrungsgemäß erleben sich viele Klientinnen/Klienten in einem endlosen Kreislauf von Stabilisierungsversuchen und der Demontage ihrer Erfolge. Dieses Muster, das sich u.a. an häufigen Wiederaufnahmen in PSB-Einrichtungen zeigt, frustriert und erschöpft Beraterinnen/Berater und Klientinnen/Klienten oft gleichermaßen. Klientinnen/Klienten können ihren Stabilisierungsprozess selten linear gestalten. Die Verarbeitung von Rückschlägen gehört dazu.

2.1 Die Ausgestaltung der Psychosozialen Betreuung

In der Praxis zeigt sich, dass Klientinnen/Klienten überproportional profitieren, wenn Betreuungen einen längeren Zeitraum umfassen. Die Betreuung kann dann vielfältiger individuell ausgestaltet werden. Neben der Unterstützung der Alltagspraxis, z.B. durch Briefwechsel, Telefonate und Recherchen, können ergänzend zu den üblichen Einzelgesprächen Begleitungen, Hausbesuche, nachgehende Hilfen, Paar- und Angehörigengespräche sowie Gruppen mit verschiedenen Schwerpunkten angeboten werden. In vielen Fällen arbeitet die/der psychosoziale Betreuerin/Betreuer im Sinne des Casemanagements und koordiniert verschiedene Hilfen, die sie/er zuvor installiert hat. Der zeitliche Umfang richtet sich nach der tatsächlich benötigten Hilfe und wird auf Grundlage des Hilfeplans ermittelt. Sollte sich der Bedarf, z.B. aufgrund einer Krisensituation, plötzlich verändern, kann eine begründete Aufstockung beantragt werden. Jede Betreuungsleistung wird einzeln in Rechnung gestellt, bewilligte und nicht genutzte Zeitkontingente verstreichen ohne Konsequenzen. Erfahrungsgemäß haben die meisten Klientinnen/Klienten den höchsten Hilfebedarf im ersten Jahr der Betreuung, bis die wirtschaftliche Situation geklärt ist, Haftstrafen abgewendet wurden und die Substitutionsbehandlung durch die Betreuung abgesichert wurde. Dies gilt im Übrigen auch für Klientinnen und Klienten, die der PSB an-

fangs skeptisch gegenüberstehen und lediglich auf Druck des Substitutionsarztes/der Substitutionsärztin die Hilfe beantragen. Zu Beginn erleben Klientinnen/Klienten die lebenspraktische Unterstützung als besonders hilfreich. Denn nicht wenige Klientinnen/Klienten kapitulieren angesichts komplexer Probleme und stehen vor gravierenden Schwierigkeiten wie Wohnungsverlust, Kindesherausnahme, Verlust der Substitutionsbehandlung.

2.2 Lebensweltorientierung und Methodenvielfalt

In die Psychosoziale Betreuung kommen Klientinnen/Klienten häufig mit ungeöffneten Schreibern von Gerichten und Justiz und sie haben wenig Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten. Eine im Hilfesystem verankerte Einrichtung verfügt über fachliche Kompetenz und Methodenwissen. In kurzer Zeit können die Angelegenheiten des Klienten/der Klientin meist geregelt werden. Selbstverständlich besteht ein Ziel darin, Klientinnen und Klienten zu befähigen, ihre/seine Belange wieder selbst regeln zu können. Im Idealfall wird dies mit Hilfe der Betreuung sukzessiv auch erreicht. Dafür ist die Vermittlung basaler Fertigkeiten und allgemeiner Informationen notwendig, so etwa Anleitungen zur Kommunikation mit Behörden. Selbstverständlich gibt es auch zahlreiche drogensubstituierte Klientinnen und Klienten, die die bürokratische Seite ihres Lebens kompetent regeln und dennoch psychotherapeutische Anliegen haben. Beziehungsschwierigkeiten und emotionale Probleme stehen hierbei meist im Vordergrund. Viele dieser Klientinnen leiden unter Einsamkeit, sie haben sich bereits erfolgreich von Drogenkontakten gelöst, sind stabil substituiert und leben in geordneten Verhältnissen. Trotzdem haben sie den Eintritt in die Gesellschaft nicht geschafft, was eng verknüpft ist mit der fehlenden Berufsperspektive.

Das beschriebene Spektrum zeigt, dass sowohl die methodische Ausgestaltung der Betreuung als auch die Rolle des Betreuers/der Betreuerin stark variieren. Im Regelfall steht dem Klienten/der Klientin ein Bezugsbetreuer/eine Bezugsbetreuerin zur Verfügung. Allerdings findet die Zusammenarbeit oftmals in einem spannungsgeladenen Kontext statt, da an den Betreuer/die Betreuerin von verschiedenen Seiten Anliegen herangetragen

werden, die möglicherweise den Arbeitsaufträgen des Klienten/der Klientin widersprechen. Die Arbeit mit verschiedenen Kooperationspartnern, z.B. Substitutionsarzt oder Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des Jugendamts, mit Gutachterinnen und Gutachtern der PSB, z.B. Sozialpsychiatrischer Dienst und mit dem Fallmanagement der Eingliederungshilfe, erfordert Transparenz und Professionalität. Insbesondere bei der Zusammenarbeit mit Eltern sind eine offene Darlegung der therapeutischen Haltung und die Vermittlung des institutionellen Wertesystems hilfreich. Drogensubstituierte Klientinnen und Klienten kommen nicht immer aus eigenem Antrieb in die psychosoziale Betreuung, sondern werden vom Substitutionsarzt/der Substitutionsärztin „geschickt“. Eine entspannte Atmosphäre in der Betreuungseinrichtung und eine gelungenes Joining² des Beraters/der Beraterin in der Anfangsphase der Betreuung erleichtern die Zusammenarbeit mit dem Klienten/der Klientin erheblich.

Bewährt hat sich eine konsequente Ressourcenorientierung verbunden mit Angeboten, die die individuellen Möglichkeiten und Ressourcen durch Kompetenzzuwachs erweitern. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass jeder Mensch über die notwendigen Ressourcen verfügt, die zur Lösung der individuellen Probleme erforderlich sind. Ziel der Hilfe ist daher, diese Ressourcen zu aktivieren, zumal die meisten Klientinnen und Klienten einen eingeeengten Blick auf die eigenen Fähigkeiten, Kontakt- und Entfaltungsmöglichkeiten haben und ihr Selbstbewusstsein stark eingeschränkt ist. Das Denken folgt typischerweise einer „Schwarz-Weiß-Logik“, emotional stehen Ängste und Niedergeschlagenheit im Vordergrund. Suizidgedanken und -absichten liegen weit über dem Bevölkerungsdurchschnitt, die Selbstfürsorge wird meist vernachlässigt. Besonders aufgrund dieser offensichtlichen Ressourcenarmut bietet sich eine Gesprächsführung an, die den Klienten/die Klientin aktiviert und dessen Potentiale fördert. Systemi-

² Joining, ein Begriff aus der systemischen Therapie, basiert auf der Vorstellung, dass ein Berater/eine Beraterin nicht von außen Veränderungen initiieren kann, sondern am Klientensystem „andocken“ muss und Veränderungen nur aus dem somit neu entstandenen System heraus möglich werden. Die Akzeptanz von Wertvorstellungen, Lebensstilen und familiären Organisationsformen der Klientinnen/Klienten sowie die Würdigung ihrer Versuche, Lebensaufgaben zu bewältigen, sind dabei zentral.

sche Ansätze sowie die Methode des Motivational Interviewing bieten hierfür zahlreiche Interventionsmöglichkeiten. Es sollte jedoch nicht übersehen werden, dass die Klientinnen/Klienten oft nicht über die Fähigkeit verfügen, ihre Ressourcen selbstständig zu nutzen. Verhaltenstherapeutisch orientierte Interventionen, z.B. Verhaltensanalysen im Rahmen einer Rückfallbearbeitung, Aufstellung von Tages- und Wochenplänen und gezielte, meist modular aufgebaute Trainings mit hohen psychoedukativen Anteilen wie Programme zur Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum (KISS), Eltern- und soziale Kompetenztrainings erweitern die Handlungsmöglichkeiten der Klientinnen/Klienten und führen im Idealfall zu einer verbesserten Selbstwirksamkeitserwartung. Da nicht alle Klientinnen und Klienten offen für Gruppenangebote sind, können viele Elemente dieser Manuale auch im Einzelsetting angewendet werden.

2.3 Besondere Herausforderungen: Elternschaft und Kinderschutz

Eine besondere Herausforderung an den Berater/die Beraterin und an die Betreuungseinrichtung stellt der Umgang mit drogensubstituierten Eltern dar. Ca. 30-50 % der Klienten sind Eltern³, wobei viele nicht (mehr) mit ihrem Kind zusammenleben. Trotz zahlreicher Positivbeispiele scheitern viele Klientinnen und Klienten an den Belastungen der Elternschaft, die subjektiv als sehr hoch erlebt werden. Bei vielen Eltern kommt es temporär zu Krisen, in denen die Kinder unzureichend versorgt sind. Hinzu kommen weitere und zusätzlich gravierende Belastungen wie Armut, fehlende berufliche Integration sowie mangelnde soziale Ressourcen. Für eine positive Entwicklung benötigen Eltern eine effektive und zielgerichtete Unterstützung. Die PSB ist oft der erste oder einzige kontinuierliche Kontakt zum Hilfesystem und eine akzeptierte Hilfe. Die Zufriedenheit⁴ der Klientinnen und Klienten mit der Betreuung ist deshalb hoch. Durch die vorhandenen und vielfältigen An-

gebote kann eine umfassende Unterstützung geleistet werden und die Kooperation mit dem Jugendamt gefördert sowie – falls erforderlich – auch ergänzende Hilfen für Kinder und Eltern initiiert werden.

Vor allem in Krisensituationen sind Betreuerinnen/Betreuer erheblichen Belastungen ausgesetzt und benötigen Orientierung bei der Betreuung der Eltern. Es ist daher unverzichtbar, Standards zum Thema Elternschaft und Kinderschutz zu verabschieden.

In Berlin wurden 2006 in einem trägerübergreifenden Arbeitskreis „Handlungsempfehlungen für die psychosoziale Betreuung substituierter Eltern“ erarbeitet, die gewährleisten sollen, dass den Kindern ein erhöhtes Maß an Aufmerksamkeit entgegengebracht wird. Die Erfahrung der letzten Jahre hat gezeigt, dass die betroffenen Eltern Verständnis für die Selbstverpflichtung der Träger haben, die Situation des Kindes in die Betreuung einzubeziehen. In der Regel ist es heute problemlos, den Handlungsempfehlungen zu folgen und zu Beginn der Betreuung eine erweiterte Anamnese mit Klärung der Fremdunterbringung, Erziehungsbeteiligten, Konsumstatus, Partnerschaft, Kontakt zum Jugendamt sowie weiteren Helfern, Kita, Hort etc. – und in den ersten Wochen einen Hausbesuch – durchzuführen. Meist bietet es sich bei dieser Gelegenheit an, das Kind kennenzulernen und Näheres über dessen Situation zu erfahren, d.h. Hygiene, Schutz vor Gefährdung des Kindes durch das Substitut bzw. durch Rückfälle, Qualität der Zuwendung, häusliche Gewalt etc. Natürlich bleibt das Kind während der gesamten PSB im Fokus der Betreuung. In der Praxis hat sich gezeigt, dass die PSB als flexible Hilfe besonders in kritischen Phasen, z.B. beim Beigebruch, bei finanziellen Schwierigkeiten ein wichtiges und unverzichtbares Segment für den Kinderschutz ist.

Durch die enge Kooperation mit dem Substitutionsarzt/der Substitutionsärztin kann in der Regel eingeschätzt werden, ob die Klientin/der Klient in der Lage ist, das Kind zu betreuen. Fast alle drogensubstituierten Eltern hatten oder haben Kontakt mit dem Jugendamt. Das Jugendamt begleitet Familien meist nur über einen bestimmten Zeitraum, insbesondere nach der Geburt eines Kindes. Ist die Situation z.B. nach einem erfolgreichen Einsatz einer Familienhilfe stabil, ist die Familie erneut auf sich allein gestellt. Verschlechtert sich die Situation, existiert keine gesicherte Kontrolle, ob es dem Kind gut geht. Besonders in solchen Fällen kann eine

³ Klein, Michael, „Kinder drogenabhängiger Eltern: Fiktion, Tabu und Realität“, in: *Report Psychologie*, 6/2003, S. 358-371, hier S. 358.

⁴ Kalinna, Vera, „Akzeptanz von PsB, Auswertung einer aktuellen Zufriedenheitsbefragung in Notdienst- und Vista-Einrichtungen“ (2008). http://vistaberlin.de/fileadmin/Presse/Fachtagung_-_Vortraege_01.pdf (Zugriff am 1.4.2014)

PSB den Kontakt – und im Idealfall in Kooperation mit den Eltern – zum Jugendamt wiederherstellen, bei einer Kindeswohlgefährdung auch ohne deren Einverständnis. Für viele Eltern ist es deshalb sehr hilfreich, jemanden an der Seite zu haben, der sie im Kontakt mit dem oft als „feindlich“ wahrgenommenen Jugendamt unterstützt. Nicht selten findet sich der Betreuer in einer komplexen Situation wieder, da er die Interessen der Jugendamtskollegen, des Kindes und die seines Klienten gleichzeitig berücksichtigen muss. Es erfordert ein hohes Maß an Transparenz hinsichtlich Aufgabenverteilung und Rolle, Informationsweitergabe und Schweigepflicht. Besonders beim Thema Beigebruch und Rückfallbearbeitung wünschen sich betroffene Eltern einen kompetenten Ansprechpartner, der eine solche Unterstützung leistet, die es ermöglicht, zur Stabilität zurückzukehren. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Jugendämtern haben oft das Bedürfnis, den exakten Konsumstatus zu erfahren, und möchten, dass Betreuerinnen/Betreuer entsprechende Informationen weitergeben. Mithin besteht so ein komplexes Verhältnis unter den beteiligten Parteien, die allesamt ein berechtigtes Interesse an der Weitergabe von Information bzw. an deren Verweigerung haben.

Der Betreuer/die Betreuerin benötigt seitens des Arbeitgebers besondere Unterstützung und muss jederzeit einen klaren Kopf bei dem häufig emotional aufgeladenen Thema Kinderschutz bewahren. Regelmäßige Fallbesprechungen, Co-Betreuungen (4-Augen-Prinzip), das Hinzuziehen einer Fachkraft für Fragen des Kinderschutzes und eine trägerinterne Systematik bei Kindeswohlgefährdung muss der Träger zwingend vorhalten.

2009 wurde die „Rahmenvereinbarung zum Schutz von Kindern suchtkranker Eltern vor der Gefährdung des Kindeswohls“ von der damaligen Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, der damaligen Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung und den Verbänden in der LIGA der Freien Wohlfahrtspflege in Berlin verabschiedet. In Berlin bedarf es einer Konkretisierung hinsichtlich der genauen Zusammenarbeit der Beteiligten. Wünschenswert ist darüber hinaus eine Evaluation, eine Auswertung der Ergebnisse und Bewertung der Erfolge.

2.4 Komorbide Störungen

Es ist davon auszugehen, dass ein hoher Anteil drogensubstituierter Klientinnen und Klienten auch psychisch beeinträchtigt ist. Einem Bericht des Amtes für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaft zufolge weisen 80% der Abhängigen eine komorbide Störung auf, davon haben 50-90% eine Persönlichkeits- und 20-60% eine depressive Störung, 15-20% gelten als psychotisch. 50% aller Klienten sind, zumindest latent, suizidgefährdet⁵. Die PREMOS Studie⁶ kommt ebenfalls auf Werte in dieser Größenordnung.

Suchterkrankung und psychische Auffälligkeiten bedingen und verstärken sich häufig wechselseitig, was zu erheblichen existentiellen Problemen und einer Zunahme der Beigebruchsproblematik führen kann. Betreuungsverläufe sind meist langwieriger und krisenreicher (suizidale Krisen, plötzliche Abbrüche, Schwierigkeiten, sich in den Praxisalltag einzugliedern etc.). Oft können die betroffenen Klientinnen/Klienten trotz behandlungsbedürftiger psychischer Erkrankungen nicht angemessen psychiatrisch bzw. psychotherapeutisch versorgt werden. Laut Auskunft der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin gibt es aktuell in Berlin lediglich fünf Psychiater, die eine Substitutionsbehandlung durchführen und 17 Substitutionsärztinnen und -ärzte mit psychotherapeutischer Zusatzqualifikation (Stand 1.4.2014). Niedergelassene Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sind oft nicht bereit, drogensubstituierte Klientinnen/Klienten aufzunehmen. Hinzu kommt, dass viele Klientinnen und Klienten nicht die notwendige Termintreue für eine Psychotherapie aufbringen. Insbesondere die meist vorhandene Beigebruchsproblematik ist ein Ausschlusskriterium für eigentlich notwendige Maßnahmen, die vom psychiatrischen Versorgungssystem angeboten werden. Gerade für diese Klientel bietet die psychoso-

⁵ Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaft (Hg.), Drogen im Blickpunkt: Briefing der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Komorbidität – Drogenkonsum und psychische Störungen, Lissabon 2004. Der Text ist im Internet verfügbar: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_44768_DE_Dif14DE.pdf (Zugriff am 1.4.2014)

⁶ [Hans-Ulrich Wittchen, Gerhard Bühringer, Jürgen Rehm und die PREMOS Gruppe, Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie Center of Clinical Epidemiology and Longitudinal Studies (CELOS) Technische Universität Dresden, 2013

ziale Betreuung eine zuverlässige und kontinuierliche Unterstützung an, zumindest wenn die Eingangshürden (s.u.) genommen worden sind.

2.5 Flexible Betreuung – aber mit Hürden

Die psychosoziale Betreuung in Berlin soll drogensubstituierten Menschen eine flexible und umfassende Hilfe bieten. Allerdings treten bereits bei der Antragstellung Hürden auf, die es erschweren, diese Unterstützung zu gewährleisten. Die Klientin/der Klient muss zum einen seine finanzielle Situation offenlegen und seine Mittellosigkeit nachweisen, zum anderen ist er verpflichtet, unterhaltspflichtige Angehörige anzugeben. Um in den Bezug der Leistung zu kommen, sind daher Unterlagen über sein meist nicht vorhandenes Vermögen und seine möglichen Unterhaltsverpflichtungen bzw. -ansprüche einzureichen, also Einkommensnachweise, polizeiliche Anmeldung, Mietvertrag, Kontoauszüge der letzten drei Monate, letztes Scheidungsurteil usw. Hier werden bereits Kompetenzen gefordert, die einige Klientinnen/Klienten erst im Verlauf einer erfolgreichen PSB (wieder)erlernen. Besonders Klienten in einer ungesicherten sozialen Situation verfügen selten über abgeheftete Kontoauszüge oder einen gesicherten Bezug von Transferleistungen. Statt beispielsweise illegaler Einkünfte oder nicht angemeldeter Unterkunft bei Bekannten müssten Klientinnen/Klienten also zunächst in das soziale Sicherungssystem eintreten. In der Realität benötigen sie aber bereits dringend Unterstützung, bevor eine Hilfe überhaupt beantragt werden kann. Freie Träger, die Klientinnen und Klienten in dieser schwierigen Lebenssituation und im Vorfeld einer Antragstellung Unterstützung geben, tun dies häufig unentgeltlich oder treten in Vorleistung ohne Sicherheit auf eine Refinanzierung ihrer Kosten.

Erste Erfahrungen mit der begleitenden PSB zur diamorphingestützten Behandlung zeigen, dass besonders Schwerstabhängige aus den genannten Gründen enorme Schwierigkeiten haben, eine PSB zu erhalten, da dieser Personenkreis in sehr instabilen sozialen Verhältnissen lebt.

Eine weitere Hürde ist die obligatorische Angabe der Eltern und erwachsenen Kinder. Viele Klientinnen und Klienten wünschen weder Kontakt noch eine Information der El-

tern über ihre Hilfsbedürftigkeit. Besonders schambesetzt ist die Vorstellung, dass die eigenen Kinder der Klientinnen und Klienten für diese bezahlen und für die Finanzierung von Leistungen aufkommen müssen. Die Eingliederungshilfe weist zwar darauf hin, dass es sich nur um einen Pauschalbetrag von ca. 31 € im Monat handelt, der erst ab einem bestimmten Einkommen geleistet werden muss, Berechnungsgrundlage hierfür ist die sogenannte Düsseldorfer Tabelle. Für die Klientinnen/Klienten ist die bloße Forderung aber ein grundsätzliches Problem. Ein Härtefallantrag kann zwar gestellt werden, in der Praxis wird diesem aber nicht regelhaft stattgegeben.

3 Qualitätsstandards der PSB

Für den Leistungstyp „Psychosoziale Betreuung substituierten Drogenabhängiger“ im Berliner Rahmenvertrag (BRV) nach § 75 SGB XII haben die Freien Träger der Suchthilfe und Wohlfahrtsverbände im Rahmen des „Berliner Modells“, eine Reihe von Maßnahmen entwickelt, die der Qualitätssicherung dienen. Neben üblichen Standards, wie z.B. die Teilnahme an monatlichen Supervisionssitzungen, wöchentlichen Fallbesprechungen und Co-Betreuungen, sind die nachfolgenden Punkte besonders hervorzuheben.

3.1 Netzwerke knüpfen und Kommunikation mit allen Beteiligten

Kooperationen mit substituierenden Ärztinnen und Ärzten

Ein wichtiger Baustein in der Substitutionsbehandlung mit psychosozialer Betreuung ist die gute Kooperation zwischen Klient/in, PSB-Berater/in und substituierenden Ärztinnen und Ärzten. Die Sicherung dieser interdisziplinären Zusammenarbeit erfolgt durch regelmäßige Fallbesprechungen, in der die zuvor festgelegten Hilfeplanziele besprochen werden. Eine besonders wirksame Kooperationsform ist das Ambulanz-Modell, bei dem die PSB-Beraterinnen und Berater direkt vor Ort, d.h. in der Arztpraxis, ihr Büro haben. Die Arbeit „unter einem Dach“ erleichtert den regelmäßigen Informationsaustausch und die wechselseitige Ansprechbarkeit und gewährleistet damit eine konkrete Zusammenarbeit.

Kooperation mit Diensten der Jugendhilfe

Im Jahr 2006 haben verschiedene Freie Träger und Verbände in Berlin Leitlinien entwickelt, die in den „Handlungsempfehlungen für die psychosoziale Betreuung substituierter Eltern“ veröffentlicht worden sind. Daran anknüpfend wurde dann 2009 die „Rahmenvereinbarung zum Schutz von Kindern suchtkranker Eltern vor der Gefährdung des Kindeswohls“ in Berlin geschlossen, die die Kooperation zwischen Suchthilfe und Jugendhilfe verbindlich regelt.

Die vista gGmbH hat verschiedene Materialien entwickelt, die in der Arbeit mit substituierten Eltern angewendet werden können. Eine erste Einschätzung kann z.B. mit dem Fragebogen „Elternselbstcheck“⁷ von den Eltern selber vorgenommen werden. Eine interne Monitoringliste erfasst alle Kinder der betreuten Personen und gibt einen Überblick darüber, welche Hilfesysteme und Personen unterstützend tätig sind und wann der letzte Hausbesuch stattfand. In jeder Teamsitzung wird die Situation der betreuten Familien unter den Gesichtspunkten finanzielle Engpässe der Eltern, Konsumsituation der Eltern und Versorgungssituation der Kinder besprochen. Daraus wird der Handlungs- und Unterstützungsbedarf abgeleitet und dementsprechend umgesetzt.

Kooperation mit Arbeits- und Beschäftigungsprojekten

Um eine Teilhabe zu verwirklichen, kommt dem Thema Arbeit und Beschäftigung eine besondere Bedeutung zu. Freie Träger der Suchthilfe haben spezielle Projekte für Substituierte geschaffen, deren Finanzierung aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds (ESF) und über einzelne Jobcenter des Landes Berlins erfolgt. Die Finanzierung dieser Projekte ist nicht gesichert, aktuell mussten mehrere Projekte durch eine Absenkung der Fördermittel schließen. Es besteht ein großer Handlungsbedarf, um für diese Zielgruppe adäquate Angebote der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Möglichkeiten des Zuverdienstes zu konzipieren und im Rahmen der Sozialgesetzbücher, z.B. SGB II und SGB XII, zu finanzieren.

Kooperation mit Diensten der Justiz

Bei Inhaftierungen wird auf ein „gutes“ Schnittstellenmanagement zwischen PSB und Anstaltsarzt/-ärztin geachtet, nach der Haft wird die Organisation der Entlassungsvorbereitung übernommen. In Berlin ist die Maßnahme der PSB nach §§ 35,36 BTMG anerkannt und es besteht in diesen Fällen eine Kooperation mit den Diensten der Staatsanwaltschaft.

3.2 Fachliche Qualifizierung und interkulturelle Öffnung

Um eine wirksame psychosoziale Betreuung durchführen zu können, bedarf es geschulter Fachkräfte. Methoden wie Case-Management, Motivational Interviewing, KISS und Psychoedukation sind fachlich anerkannt und haben sich bewährt (vgl. Gerlach, Stöver 2009). Die Freien Träger der Suchthilfe in Berlin bieten ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Fortbildungen bei der Umsetzung der genannten Methoden – mittlerweile als Inhouse-Schulungen – an.

Viele der Berliner Substituierten haben einen Migrationshintergrund. Eine kultursensible Beratung und Betreuungsangebote in verschiedenen Sprachen sind notwendig, um diese Zielgruppe adäquat zu beraten. Zentrale Punkte sind hierbei ein interdisziplinäres Team qualifizierter Fachkräfte, die Einbeziehung von Angehörigen in die Beratung, ein sehr persönlich gehaltener Beratungskontakt, praktische Hilfen in Alltagsfragen und ein besonders sensibler Umgang mit persönlichen Daten im therapeutischen Setting.

3.3 Empowerment und Teilhabe

Die psychosoziale Betreuung von Substituierten sollte nicht nur Symptomreduktion zum Ziel haben, wie z.B. die Reduktion des Beikonsums, vielmehr steht im Mittelpunkt die konsequente Steigerung der Lebenszufriedenheit und des Befindens der betroffenen Personen, also deren Lebensqualität. Anhand von drei Praxisbeispielen soll verdeutlicht werden, wie dieses Vorhaben konkret umgesetzt werden kann.

- Seit 2008 finden im Zentrum für integrative Suchthilfe in Berlin-Mitte der vista gGmbH regelmäßig Kunstausstellungen von substituierten Klientinnen und Klienten statt. Bei jeder neuen Ausstellung

⁷ Der Elternselbstcheck ist im Internet verfügbar: <http://www.vistaberlin.de/fileadmin/pdf/Elternfragebogen.pdf>

wird zur Vernissage geladen, in der die Künstler ihr Werk vorstellen können. Die Einladungen zu diesen Vernissagen gehen an die Kooperationspartner und Initiativen aus dem Wohngebiet, zusätzlich gibt es einen Vermerk auf der Homepage der vista gGmbH.

- Ein substituierter Mann wird durch das Wohnprojekt für Substituierte der vista gGmbH betreut. Er ist 44 Jahre alt und kann weder lesen noch schreiben. Ein Betreuer, der begeisterter Radsportler ist, motiviert den Klienten mit ihm zu trainieren. Nach vielen gemeinsamen Trainingsfahrten nehmen der Klient und dessen Betreuer am Berliner Velothon teil und er belegt einen Platz im mittleren Feld. Dieses persönliche Erfolgserlebnis wirkt sich positiv auf den weiteren Betreuungsverlauf aus, der Klient ist zuversichtlich, weitere Herausforderungen anzunehmen.
- Die Freizeitgruppen für die substituierten Klientinnen und Klienten sind seit Jahren schlecht besucht. Eine Fokusgruppenbefragung der Substituierten ergibt, dass sie nicht als Gruppe mit den Betreuerinnen/ den Betreuern ins Kino oder zu Sportangeboten gehen wollen, sondern selbstständig als Gruppe oder mit ihren Freunden. Zukünftig sollen Freikarten an einzelne Bewohnerinnen und Bewohner ausgegeben werden, damit sie selber entscheiden können, wen sie mitnehmen. Gruppenaktivitäten werden selbstständig organisiert und die Bewohnerinnen und Bewohner erhalten das für die Aktivitäten erforderliche Geld direkt. Anschließend müssen die Ausgaben im Projekt abgerechnet werden.

3.4 Verknüpfung von Wissenschaft und Praxis

Die beiden Freien Träger Notdienst für suchtmittelgefährdete und abhängige Berlin e.V. und vista gGmbH haben 2008 und 2010 trägerübergreifend zwei bundesweite Kongresse zum Thema Psychosoziale Betreuung mit Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis organisiert (Mai 2008 „Psychosoziale Betreuung von Substituierten – Wirksamkeit, Akzeptanz, Perspektiven“ und Juni 2010 „Teilhabe von Substituierten am Leben in der Gesellschaft: Aufträge, Leistungen und Netzwerke psychosozialer Betreuung“).

Im Rahmen des Kongresses von 2008 wurden die Ergebnisse einer Kunden-/Kundinnenbefragung präsentiert, die die beiden Träger in ihren Einrichtungen zur psychosozialen Betreuung Substituierter durchgeführt haben. 2012 haben beide Einrichtungen diese Befragung wiederholt. Ziel der Kunden-/Kundinnenbefragung ist es, sowohl die Kundenzufriedenheit zu erheben als auch mögliche Hinweise zur Angebotsoptimierung zu erhalten. Die substituierten Klientinnen/ Klienten beider Träger wurden anonym mittels eines kurzen Fragebogens mit 8 Items befragt. Der Bogen basiert auf dem Messinstrument ZUF-8, einem wissenschaftlich anerkannten Fragebogen zur Erfassung der Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten. 2008 wurden ca. 1100 Substituierte befragt und die Ergebnisse zeigen, dass mehr als 90% der befragten Personen mit den Betreuungsleistungen sehr zufrieden sind und von der sehr guten Qualität des Angebotes profitieren.

Ohne die Aussagekraft einer „Kunden-/Kundinnenbefragung“ zu überwerten, lässt sich anhand der Ergebnisse deutlich erkennen, dass das Berliner Modell der PSB eine hohe Akzeptanz bei den substituierten Klientinnen und Klienten genießt und sich ganz offensichtlich bewährt hat.

4 Schlussfolgerungen/Fazit

§ 1 Abs. 1 des XII. Sozialgesetzbuches besagt, dass Menschen dann behindert sind, „wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.“

In § 3 der Verordnung nach § 60 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (Eingliederungshilfe-Verordnung) ist der Begriff der Behinderung näher beschrieben. Dazu gehören beispielsweise auch die seelischen Behinderungen. „Seelische Störungen, die eine wesentliche Einschränkung der Teilhabefähigkeit im Sinne des § 53 Abs. 1 Satz 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch zur Folge haben können, (...)“ sind unter anderem „Suchtkrankheiten“. Drogensubstituierte Menschen gehören demnach, wie andere Menschen mit einer Suchterkrankung auch,

zum Personenkreis der „seelisch wesentlich behinderten Menschen“.

In Berlin wird seit 15 Jahren die Eingliederungshilfe für drogensubstituierte Menschen im Sinne des XII. Sozialgesetzbuches umgesetzt, auf die der Personenkreis einen Anspruch hat. Drogenabhängige Menschen erhalten auf dieser Grundlage personenzentrierte und auf ihren individuellen Hilfebedarf bzw. Teilhabebedarf abgestimmte Leistungen. Die Umsetzung einer Teilhabe im Sinne des SGB XII bedeutet für substituiert drogenabhängige Menschen Chancengleichheit beim Zugang zu Leistungen der Eingliederung und bei der Stabilisierung ihrer gesundheitlichen sowie sozialen Situation.

Arbeit, Beschäftigung, Qualifizierung und Tagesstrukturierung steigern nach Meinung von Experten die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Psychosozialen Betreuung um ein Vielfaches. In Berlin besteht ein vielseitiges Hilfesystem für Menschen mit Suchtproblemen und Suchterkrankungen. Das Hilfesystem für suchtkranke Menschen muss so ausgebaut und weiterentwickelt werden, dass es – entsprechend der Hilfen für andere Personenkreise – differenzierte und aufeinander abgestimmte Leistungen enthält. Dazu gehören in erster Linie die Ergänzung durch tagesstrukturierende Angebote und Möglichkeiten für Beschäftigung, Zuverdienst und Arbeit.

Seit Mitte der 80er Jahre wird nicht nur in Berlin mit Methadon, Polamidon und Buprenorphin substituiert. Aktuell ist auch eine Substitution mit Diamorphin möglich. Für zahlreiche Drogenabhängige ist eine langjährige und möglicherweise lebenslange Substitution die einzige Möglichkeit zu überleben. Diese Menschen werden unter Substitution ein höheres Lebensalter erreichen und haben sehr häufig gravierende somatische Störungen bzw. Begleiterkrankungen. Auf den Personenkreis älterer und pflegebedürftiger Menschen, die substituiert drogenabhängig sind, sind ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen meist nicht vorbereitet. Eine häusliche Pflege erfordert zudem den Transport des Substituts und möglicherweise einen höheren Wege- und Zeitaufwand, der in der Vergütungsstruktur bisher nicht vorgesehen ist.

Drogensubstituierte Menschen weisen gravierende komorbide Störungen auf. Handlungsempfehlungen für die Betreuung drogensubstituierter Klientinnen und Klienten mit komorbiden Störungen wurden in Zusammenarbeit von Freien Trägern entwickelt. Als eine wesentliche Forderung wird die Weiterentwicklung der Ausstattung und

der Ressourcen formuliert, insbesondere „(...) ein multiprofessionelles Team, dessen Mitglieder sich in ihren Kompetenzen gegenseitig ergänzen.“⁸ Der Anteil psychotherapeutischer Betreuung liegt weit unter dem Bedarf, der von den Klientinnen und Klienten häufig selbst formuliert wird. Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter verfügen in der Regel nicht über eine psychotherapeutische Qualifikation. Wenn Therapeutinnen und Therapeuten in einem Team vorhanden sind, ist deren Unterstützung wertvoll, deren Leistungen werden aber bislang nicht finanziert.

5 Literatur

- Gerlach, R. & Stöver, H. (Hrsg.) (2009). Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung Praxis und Bedeutung. Freiburg: Lambertus Verlag, S.143-157
- Wright, M. T. (Hrsg.) (2010). Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Huber.

Dipl.-Psych. Heike Drees

Referat Suchthilfe, HIV/Aids, Gesundheit
Paritätischer Wohlfahrtsverband Berlin e.V.
Brandenburgische Str. 80
10777 Berlin
drees@paritaet-berlin.de



Dipl.-Psych. Heike Attinger

Psychologische Psychotherapeutin
Einrichtungsleitung PSB/BEW der
vista gGmbH in Berlin Mitte
Stromstr. 47
10551 Berlin
heike.atinger@vistaberlin.de



Dipl.-Soz.päd. Anneke Groth, MPH

Bereichsleitung Wohnen und Betreuung
vista gGmbH
Donastr. 83
12043 Berlin

⁸ „Handlungsempfehlungen für die psychosoziale Betreuung drogensubstituierter Klienten mit komorbiden Störungen“ (S. 20), AutorInnen: Attinger, Heike / Dirks, Gudula / Phol, Sabine / Scardigno, Mike / Schumacher, Kati, unveröffentlichtes Manuskript, entst. 2010. Zu beziehen über vista gGmbH, ABO-Office (Bürokommunikation), Stromstraße 47, 10551 Berlin. Beteiligte freie Träger: vista gGmbH, Stiftung SPI, Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V.

Psychosoziale Behandlung als Netzwerkaufgabe in der Qualifizierten Akutbehandlung Drogenabhängiger

Andreas Pin

Psychosomatische Klinik Bergisch-Gladbach

Kurzfassung

Die psychosoziale Betreuung (PSB) suchtkranker Menschen während einer stationären Entzugsbehandlung stellt neben der medikamentösen Behandlung und der pflegerischen Betreuung die dritte Säule der Maßnahmen dar, welche es erleichtern sollen, einen Entzug konstruktiv und entwicklungsorientiert durchlaufen zu können. Im vorliegenden Artikel werden die Tätigkeiten, die Probleme und die Vorteile einer intensiven PSB während stationärer Behandlung dargestellt, sowie insbesondere ihre Netzwerkfunktion im Fallmanagement betrachtet.

Schlüsselwörter

Sozialdienst
Qualifizierte Akutbehandlung Drogen
Motivationsbehandlung
Harm Reduction
PEPP

1 Ausgangslage

Im folgenden Beitrag wird die psychosoziale Betreuung drogenabhängiger Menschen während einer qualifizierten Akutbehandlung dargestellt, wie sie in der Psychosomatischen Klinik Bergisch-Gladbach praktiziert wird. Die Klinik befindet sich in Bergisch-Gladbach, an der Stadtgrenze zu Köln und ist in die regionale Pflichtversorgung des Rheinisch-Bergischen Kreises sowie der Stadt Köln eingebunden. Die Qualifizierte Akutbehandlung findet in einer Abteilung, bestehend aus drei Stationen mit je 14 Behandlungsplätzen statt und ist eingebettet in das Angebot einer Institutsambulanz, einer Abteilung zur medizinischen Rehabilitation Drogen mit adaptiver Phase, einer Abteilung zur medizinischen Rehabilitation Alkohol/Medikamente, einem Soziotherapeutischen Wohnheim für chronisch Suchtkranke mit psychiatrischer Komorbidität, einem aufsuchenden ambulant betreuten Wohnen incl. einer „Clean WG“ und einem Beratungsangebot im Auftrag des Jobcenters Köln, welches in einem Trägerbündnis erbracht wird. Die Entzugsbehandlung, im Folgenden Akut-

behandlung genannt, ist im Sinne einer Intensivbehandlung zu verstehen. Hierbei ist wesentlicher Bestandteil, dass, konzeptionell verankert, ein niedrigschwelliger Zugang zu dieser Behandlung gewährleistet werden soll. Jede der drei Akutstationen hält einen Stationssozialdienst vor, welcher ganztägig die Station betreut.

2 Qualifizierte Akutbehandlung und Sozialdienst

Im Rahmen einer Behandlung beginnt die psychosoziale Behandlung der Patienten bereits vor der stationären Aufnahme, da es aufgrund von Kapazitätsdifferenzen in Bezug auf die Nachfrage leider immer wieder zu Wartezeiten kommt.

Insbesondere hier ist es notwendig, durch regelmäßigen telefonischen Kontakt die Motivation zu festigen und durch Netzwerkarbeit Schaden minimierend tätig zu werden.

Beispiel: Evtl. Vermittlung einer Substitutionsbehandlung zur Überbrückung der Wartezeit.

Die Themen der PSB sind hier deckungsgleich mit denen einer PSB im ambulanten Setting. Es handelt sich stets um die Lebensbereiche Wohnen, medizinische Versorgung/Gesundheit, soziale Beziehungen, juristische Angelegenheiten, Behördenangelegenheiten.

Die intensive Zusammenarbeit mit den zuständigen Krankenkassen, Arbeits- und Sozialämtern sowie Gerichten und Staatsanwaltschaften sind zur Klärung des rechtlichen Status der Patienten unabdingbar. Dabei sind die jeweiligen Patienten im Rahmen ihrer Möglichkeiten im Sinne des Prinzips „Hilfe zur Selbsthilfe“ einzubeziehen.

Die Beantragung von Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation sowie die Suche nach anderen geeigneten Anschlusslösungen für Patienten, welche keine ambulante oder stationäre Therapie anstreben, sind Aufgaben des Sozialdienstes. Das klassische Antragsverfahren für Entwöhnungsbehandlungen einschließlich der Erstellung von Sozialberichten und die Therapievorbereitung der Patienten sowie die Zusammenarbeit mit Drogenberatungsstellen, niedrigschwelligen Einrichtungen, Bewährungs- und AIDS-Hilfe sowie Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation, den Gesundheitsämtern, Institutsambulanzen, Schwerpunktpraxen/Substitutionsambulanzen und Anbietern der Eingliederungshilfe im Bereich des ambulant betreuten Wohnens gehören ebenfalls zu diesem Arbeitsbereich. Abbildung 1 zeigt die Kooperationspartner in der Arbeit mit suchtkranken Patienten.

Die PSB im stationären Behandlungssetting bewegt sich bzgl. notwendiger Regelung von Leistungen im SGB II, SGB V, SGB IX, SGB XII und zunehmend auch SGB XI.

Aufgrund der vielschichtigen und intensiv notwendigen Aufgaben im Bereich der PSB ist es unabdingbar, um den aus den Konzepten der Qualifizierten Akutbehandlung hervorgehenden Aufgaben der PSB gerecht werden zu können, dass in diesem Behandlungsrahmen eine sozialarbeiterische/sozialpädagogische Fachkraft für jede Behandlungseinheit zur Verfügung gestellt ist. Im Rahmen der Qualifizierten Akutbehandlung ist die Motivationsbehandlung integraler Bestandteil, welche jedem Patienten angeboten wird, auch dem, der evtl. zunächst ohne weiteres Behandlungsansinnen die Entzugsbehandlung begonnen hat. Dies macht u.a. eine stetige Überprüfung der vereinbarten Ziele mit dem Patienten notwendig. Auftretende Ambivalenzen können zu Veränderungen in der Behandlungsplanung führen. Grundsätzliches Ziel der qualifizierten Akutbehandlung ist, zunächst einmal, das Überleben zu sichern. Im Weiteren wird eine Verbesserung der individuellen Lebenssituation angestrebt, bis hin zu Erreichung und Unterstützung von Abstinenz. Vorrangig gilt es, während der Behandlung, welcher das bio-psycho-soziale Modell als Verstehensmodell zugrunde liegt, insbesondere dem „sozialen“ Teil Rechnung zu tragen, welcher in einer Entgiftungsbehandlung im Vergleich zur Entzugsbehandlung unterdurchschnittlich bis gar nicht behandelt wird. Gerade

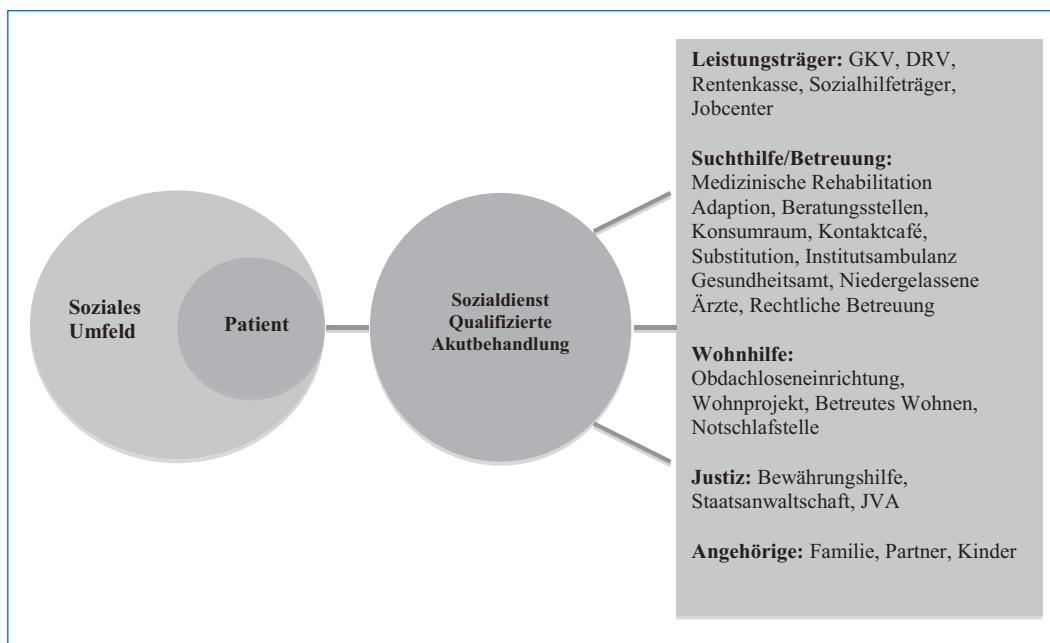


Abbildung 1

Gängige Netzwerkpartner in der psychosozialen Behandlung Suchtkranker

hier entstehen jedoch in den ersten Tagen, bei zunehmender somatischer und psychischer Stabilisierung und Weichen von Intoxikationen, bei Bewusstwerden der vielfältigen sozialen Probleme, Ambivalenzkonflikte. Es erscheint häufig sinnlos eine Entzugsbehandlung durchzuführen, da Partnerkonflikte, juristische Konflikte u.v.m. als unattraktive Realität bewusst wahrgenommen werden. Gerade hier lässt sich durch eine empathische Grundhaltung, welche Unterstützungsangebote im sozialen Lebensbereich vorhält, die Motivation stabilisieren, entwickeln und häufig gar weitergehende Ziele anstreben, als ursprünglich angenommen. Das allgemein anerkannte bio-psycho-soziale Krankheitsmodell erfährt in der stationären qualifizierten Akutbehandlung eine konsequente Beachtung durch gleichzeitige Behandlung aller Bereiche in der Zusammenarbeit multiprofessioneller Teams. Durch den täglichen Informationsaustausch von Ärzten, Pflegekräften, Sporttherapeuten, Ergotherapie und Sozialarbeitern gelingt es eine effiziente umfassende Behandlung in allen Bereichen der bei Suchterkrankungen wirkenden Faktoren vorzuhalten.

Beispiel: Ein von einer Beratungsstelle für eine Entwöhnungsbehandlung vorbereiteter Patient, welcher zuvor Opiate konsumierte, kann seinen ursprünglichen Plan aus verschiedensten Gründen nicht realisieren. Häufig werden hier genannt: plötzlich auftretende Probleme in der Partnerschaft/Probleme mit dem Wohnraum/„Suchtdruck“, Ängste vor dem Komplettentzug u.v.m. Hier gilt es rasch und konstruktiv in Absprache mit dem vorbetreuenden Hilfesystem und dem Patienten nach neuen Lösungen zu suchen, welche zum einen schadensmindernd wirken, und zum anderen den Kontakt zum Patienten aufrechterhalten lassen. Oberstes Maxim aller Beziehungsarbeit und Maßnahmen im Rahmen der PSB muss immer die Verbesserung, mindestens jedoch die Stabilisierung und der Erhalt der aktuellen Situation sein. Insbesondere, da das Hilfesystem heute einen Großteil der Menschen mit einer Suchterkrankung erreicht, ist eine Vernetzung der Hilfen, um ein Fortkommen des Patienten hilfreich unterstützen zu können, zwingend notwendig.

Beispiel: Es gelingt durch niedrigschwellige Hilfen in Konsumräumen, Notschlafstellen, Kontaktcafes, Streetwork u.a Kontakt herzustellen. Hier ist es häufig erfreulich gelungen zu dem Patienten eine Beziehung im beratenden Sinne aufzubauen. Wenn jetzt der

Patient seine Lebens- oder Konsumsituation ändern möchte, ist es notwendig, dass vertrauensvoll gewachsene Arbeitsbeziehungen eine passgenaue, schnell verfügbare und verlässliche Hilfe bereitstellen. Um begonnen PSB-Maßnahmen während der stationären Behandlung nicht zu beschädigen, sondern gegebenenfalls zu unterstützen, fortzuführen oder gar weiterzuentwickeln, ist ein offener und reger Austausch der involvierten Fachkräfte notwendig. PSB als Netzwerkarbeit im Rahmen der stationären Behandlung heißt konkret die aktive Kommunikation mit dem Patienten und dem gesamten Hilfesystem im Einzelfall, wie auch die Teilnahme an regionalen Gremien, welche sich mit der Entwicklung der Hilfen für Suchtkranke beschäftigen, sowie Gremien, die der Qualitätssicherung dienen.

Psychosoziale Behandlung im stationären Setting einer Qualifizierten Akutbehandlung bietet die Chance, Patienten in einer konsum- und drogenfreien Atmosphäre intensiv zu erleben und Verhaltensweisen in unterschiedlichen Situationen durch ein multidisziplinäres Team zu reflektieren. Der Patient kann somit Rückmeldungen erhalten, welche er in kurzen und meist langintervalligen Kontakten, wie sie im ambulanten Setting üblich sind, nicht erhalten kann. Gleichzeitig können somit evtl. belastete ambulante Vorsituationen anders verstanden und erklärt werden. Hier gilt es in engem Austausch mit den Kooperationspartnern diese Beobachtungen zu besprechen, da u.U. im ambulanten Setting durch Konsum und Mischkonsum etwaige psychiatrische Phänomene kaschiert und verdeckt werden.

3 Aktuelle Konfliktlinien

Eine zunehmende Herausforderung stellt im Rahmen der PSB im stationären Setting die Gruppe der so genannten „älteren“ Suchtkranken dar, welche aus den gängigen Hilfesystemen nicht mehr ausreichend hilfreich unterstützt werden können. Konkret bedeutet dies, dass die Einrichtung von Pflegestufen, das Anregen rechtl. Betreuungen u.Ä. häufiger in Erscheinung treten. Neben den behördlichen Kontakten, welche hier gepflegt und aufgebaut werden müssen, ist hier ein vernetztes Agieren sinnvoll und notwendig, da diese Themen auch bei nicht Suchtkranken häufig belastet sind. Da dies bei „vorgealterten“ Menschen zudem in einer Lebensphase als Thema auftaucht, wo es un-

üblich ist, sind hier das Gefühl des Gekränktheits, Minderwertigkeit und Scham sowie Abwehr vorrangig zu beachten und zu bearbeiten. Gleichzeitig erweist es sich als notwendig Netzwerke auszuweiten in Hinblick auf soziotherapeutische Wohnheime, Pflegekassen, den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und Pflegebegutachtungsstellen, sowie Kontakte zur Altenhilfe aufzubauen. Die Teilnahme an Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften (PSAG) ist hier sicherlich von hervorzuhebender Bedeutung, auch außerhalb des primären Arbeitsschwerpunktes Sucht.

Inwieweit die Einführung des neuen Entgeltsystems PEPP die Behandlung beeinflussen wird, wird sicherlich regional und von Krankenhaus zu Krankenhaus unterschiedlich ausfallen, jedoch unstrittig stattfinden. Es ist davon auszugehen, dass durch die Einführung des neuen Entgeltsystems die Anforderung und der Bedarf an psychosozialen Fachkräften im Sinne der Netzwerkarbeit steigen wird. Bei evtl. kürzer werdenden Behandlungszeiten oder weniger raschen Wiederaufnahmen (dies sind Befürchtungen, welche aus dem System geäußert werden) ist eine vernetzte medizinische und psychosoziale Behandlung die einzige Maßnahme, welche evtl. schädliche Effekte mildern kann. Insbesondere Maßnahmen der Eingliederungshilfe, wie das ambulant betreute Wohnen, werden sicherlich an Bedeutsamkeit weiter zunehmen und aufgrund der Anbietervielfalt eine Herausforderung bzgl. der Vernetzungsaufgaben von PSB bleiben.



Dipl.-Sozialarbeiter Andreas Pin

Psychosomatische Klinik Bergisch-Gladbach
Schloddericher Weg 23a
51469 Bergisch-Gladbach
apin@psk-bg.de

Hans-Peter Steingass (Hrsg.)

Geht doch! Soziotherapie chronisch mehrfach beeinträchtigter Abhängiger

Geht nicht ... so lautete lange Zeit die Grundhaltung in der Behandlung chronisch mehrfach beeinträchtigter Alkoholabhängiger. Heute haben sich die Erkenntnisse, Einstellungen und Ergebnisse grundlegend gewandelt. »Geht doch!« heißt deshalb dieser Tagungsband der Remscheider Gespräche, der verschiedene Aspekte der Behandlung chronisch mehrfach beeinträchtigter Alkoholabhängiger zum Inhalt hat. Deren Behandlung ist differenzierter, individualisierter und effektiver geworden. Inzwischen stehen bessere und überprüfte Diagnoseinstrumente und ein breiteres Behandlungsrepertoire zur Verfügung. Viele Studien konnten die Wirksamkeit der Behandlung der lange als »therapieresistent«, »unmotiviert«, »hoffnungslos« und »depraviert« beschriebenen Abhängigen belegen. (Es) geht doch!

H. Hesse: Wirkfaktoren in der Soziotherapie

H. Hesse, E. Möller: Das Heimgesetz

H.-P. Steingass: Neuropsychologische Methoden in der Arbeit mit chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigen

K. Schmidtke, P. Calabrese: Kognitive Störungen bei Wernicke-Korsakow-Syndrom und Alkohol-Enzephalopathie

L. Isebaert: Eine Anatomie der Gewohnheiten und die Kunst zu wählen – der lösungsorientierte Ansatz bei Menschen mit Alkoholproblemen

M. Vogelgesang: Sexueller Missbrauch und Substanzabhängigkeit

F. Löhrer: Abhängigkeit und Depression – eine unterschätzte Komorbidität

H.C. Buschmann: Alkohol und Krebs

J. Kappetein: »Hilf mir, dass ich gehen kann« – die Herausforderung, Sterbenden beizustehen

J. Fengler: Süchtige und Tüchtige – Erkennen und Bewältigen von Burnout in der Arbeit mit Abhängigen

Neuland/Pabst, 120 Seiten, ISBN 978-3-87581-242-8 €



PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28, D-49525 Lengerich

Tel. ++ 49 (0) 5484-308, Fax -550 • pabst.publishers@t-online.de

www.pabst-publishers.de • www.psychologie-aktuell.com

Die psychosoziale Situation substituierter Opiatabhängiger – Implikationen für die Klinische Sozialarbeit

Daniel Deimel

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Aachen

Kurzfassung

Im Rahmen der vorliegenden quasiexperimentellen Untersuchung wurden 100 substituierte Opiatabhängige hinsichtlich ihrer psychischen und psychosozialen Situation sowie ihres chronischen Stress- und Inkonsistenzniveaus, ihrer wahrgenommenen sozialen Unterstützung sowie ihrer Zufriedenheit mit der psychosozialen Betreuung befragt. Zudem wurden suchtanamnestiche und biografische Daten der Klienten erhoben. Die klinische Stichprobe differenzierte sich anhand der beiden Behandlungssettings „Integrierte psychosoziale und medizinische Versorgung“ sowie „getrennte psychosoziale und medizinische Behandlung“. Die Ergebnisse machen deutlich, dass sich die Klienten in hochkomplexen psychischen, sozialen und körperlichen Belastungssituationen befanden. Die psychosoziale Behandlung wurde aus Sicht der Klienten überwiegend als gut bis sehr gut bewertet. Eine konzeptionelle Weiterentwicklung und Flexibilisierung der bestehenden Behandlungsangebote auf der Grundlage der Lebenssituation und Bedarfe spezifischer Klientengruppen (ältere Klienten, Frauen, etc.) scheint dringend angezeigt.

Schlüsselwörter

Opiatabhängigkeit
Suchttherapie
Substitutionsbehandlung
Psychosoziale Betreuung
Klinische Sozialarbeit
Behandlungsevaluation

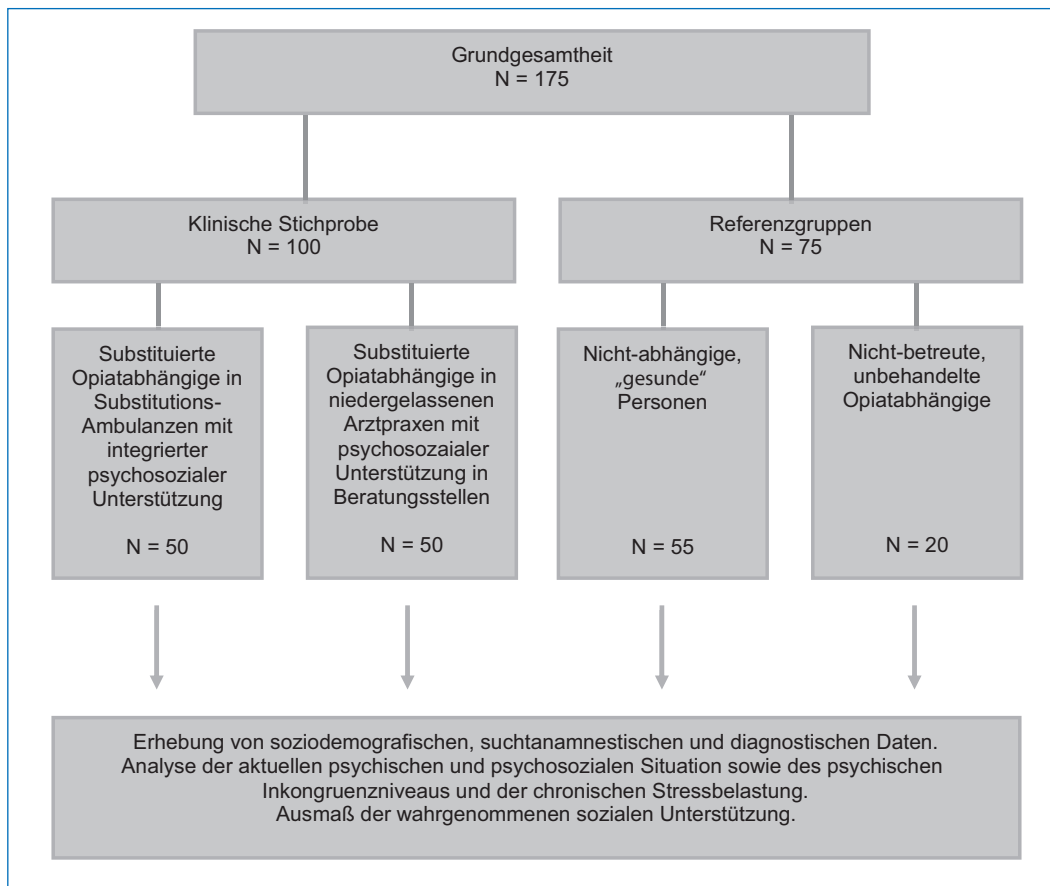
1 Ausgangslage

Die substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger besteht neben der medizinischen Behandlung durch die Vergabe eines Ersatzstoffes aus einer psychosozialen Betreuung. Seit ihrer Einführung Ende der 1990er Jahre in Deutschland hat sich dieser Behandlungsansatz als Regelbehandlung und Betreuungsleistung für dieses Klientel etabliert. Bisher liegen jedoch nur wenige Studien zur Wirksamkeit der psychosozialen Betreuung Substituierter vor (Wittchen et al., 2011). Die bestehenden Studien stammen zudem überwiegend aus dem US-amerikanischen Raum und schließen überwiegend psychotherapeutische Interventionsformen ein. Ein Transfer auf die psychosoziale Betreuungssituation in Deutschland ist daher nur sehr eingeschränkt möglich. Mit der vorliegenden Untersuchung

soll diese Forschungslücke ein Stück weit geschlossen werden.

2 Methodik

Basierend auf einem Stress- und Konsistenztheoretischen Studienkonzept (Lazarus & Launier, 1981; Lazarus & Folkmann, 1984; Grawe, 1998, 2004) wurde im Rahmen eines quasiexperimentellen Forschungsdesigns die psychosoziale Lebenssituation sowie die psychosoziale Unterstützung substituierter Opiatabhängiger analysiert. Eine detaillierte Beschreibung des theoretischen Konzeptes und des Studiendesigns ist in Deimel (2012 & 2013) zu finden. Die Studie beinhaltet vier Studienarme (vgl. Abbildung 1). Die klinische Stichprobe ($n = 100$) beinhaltet substituierte Opiatabhängige in den bei-

**Abbildung 1**

Aufbau des Studiendesigns

den unterschiedlichen Behandlungssettings integrierte medizinische und psychosoziale Versorgung bzw. separierte medizinische und psychosoziale Behandlung in unterschiedlichen Einrichtungen. Zudem wurden zwei Referenzgruppen „nicht drogenabhängige Personen“ sowie „unbehandelte Drogenabhängige“ hinzugezogen, um die Daten der klinischen Stichprobe mit diesen Gruppen in Bezug setzen zu können. Die Probanden der beiden klinischen Subgruppen wurden hinsichtlich des Alters und Geschlechts parallelisiert (matched samples), so dass 42 Paare gebildet werden konnten. Durch diesen Arbeitsschritt wurden mögliche personenbezogene Störvariablen ausgeschaltet (Bortz & Döring, 2006). Anschließend wurden diesen äquivalenten Paaren jeweils eine Person der Referenzgruppe „nicht drogenabhängige Personen“ zugewiesen. Durch diesen Arbeitsschritt wurden mögliche personenbezogene Störvariablen ausgeschaltet (Bortz & Döring, 2006). Die Gruppe der unbehandelten Drogenabhängigen fungierte als einfache Vergleichsgruppe und wurde auf Grund der kleinen Stichprobengröße ($n = 20$) nicht mehr parallelisiert.

Die Untersuchungsteilnehmer wurden anhand eines standardisierten Fragebogens hinsichtlich ihrer psychischen und psychosozialen Lebenssituation, der wahrgenommenen sozialen Unterstützung sowie ihres aktuellen Stress- und psychischen Inkongruenzniveaus befragt. Darüber hinaus wurden soziodemographische und suchtanamnestische Daten erhoben. Die klinische Stichprobe wurde darüber hinaus hinsichtlich ihrer Zufriedenheit mit der psychosozialen Betreuung im Rahmen der Substitutionsbehandlung befragt. Die Auswertung der Daten erfolgte mit der Software SPSS 20. Die Rekrutierung der Untersuchungsteilnehmer erfolgte in den Städten Köln, Bonn und Wuppertal. Die Datenerhebung fand von Januar 2010 bis Januar 2011 statt.

3 Fragestellungen

Im Rahmen der Untersuchung sollten folgende Forschungsfragen beantwortet werden:

- Inwiefern unterscheiden sich unbehandelte Drogenabhängige, substituierte Drogenabhängige und Nicht-Drogenabhängige hinsichtlich ihrer psychosozialen

und psychischen Situation sowie ihres Stress- und Inkongruenzniveaus?

- Inwiefern verändern sich die psychische und psychosoziale Situation sowie das Stress- und Inkongruenzniveau der Drogenabhängigen im Verlauf der substituionsgestützten Behandlung?
- Welche Patienten sind mit der psychosozialen Betreuung zufrieden, welche sind mit ihr nicht zufrieden?
- Welche Patientengruppen weisen hinsichtlich der psychosozialen Betreuung bessere Behandlungsergebnisse auf?
- Inwiefern unterscheiden sich die beiden Behandlungstypen, Substitution in einer Fachambulanz und Substitution bei einem niedergelassenen Arzt in Kombination mit Drogenberatung, hinsichtlich der psychischen und psychosozialen Situation sowie des Stress- und Inkongruenzniveaus der Patienten?

4 Ergebnisse

Die substituierten Opiatabhängigen der klinischen Stichprobe waren im Durchschnitt 39,4 Jahre alt ($SD = 6,9$). Der Anteil der Männer lag bei 77% und der Anteil der Frauen bei 23%. Der überwiegende Anteil (90%) der Substituierten bezog Leistungen nach dem SGB II (ALG II). Lediglich 6% der Befragten bezogen ein Einkommen aus Arbeit. Berücksichtigt man die Personen, welche sich in einer Integrationsmaßnahme befan-

den, erhöht sich der Anteil der Personen, die sich in einer geregelten Tagesstruktur befanden, auf 11%. Insgesamt waren 99% der Substituierten auf staatliche Sozialleistungen (Arbeitslosengeld I oder II, Sozialhilfe oder Rente) angewiesen.

Der Erstkonsum von Heroin wurde von den Substituierten im Durchschnitt mit 22 Jahren ($SD = 6,56$) angegeben. Somit liegt die durchschnittliche Opiatabhängigkeit bei 17,4 Jahren. Berücksichtigt man den Konsum weiterer psychotroper Substanzen, so wird deutlich, dass die Suchtkarriere bereits in der frühen Jugend begonnen hat: Der durchschnittliche Erstkonsum von Alkohol lag bei 14,1 Jahren ($SD = 5,05$), von THC bei 15,5 Jahren ($SD = 3,93$) und Amphetaminen bei 18,7 Jahren ($SD = 4,48$). Im späteren Verlauf wurden Kokain (22,1 Jahren; $SD = 6,43$) und Benzodiazepine (23,5 Jahren; $SD = 7,73$) konsumiert.

Wie aus Abbildung 3 deutlich wird, war der überwiegende Anteil der Befragten von weiteren schwerwiegenden somatischen Erkrankungen (HCV- und HIV-Infektionen, wiederholte Abszesse) betroffen.

Die Dauer der aktuellen Substitutionsbehandlung lag bei 47% der Befragten bei bis zu 12 Monaten, bei 22% zwischen 13-24 Monaten und bei 13% zwischen 25-36 Monaten. 16% der Befragten befanden sich länger als 37 Monaten in substituionsgestützter Suchtbehandlung.

4.1 Psychosoziale Belastung

Die psychosoziale Belastung wurde mit Hilfe der Kurzversion des PREDI (Psychosoziales Ressourcenorientiertes Diagnostikinstrument) ermittelt (Küfner et al., 2006). Die substituierten Opiatabhängigen wiesen eine signifikant geringere psychosoziale Belastung als die unbehandelte Referenzgruppe auf ($p = .045$; mittlerer Rang von 57,15 zu 74,13 im Mann Whitney U-Test). Eine differenzierte Darstellung der psychosozialen Belastung wird im Vergleich der Einzelitems möglich (vgl. Abbildung 3).

So wird deutlich, dass die Substituierten einer signifikant geringeren Belastung in den Bereichen Drogenkonsum ($p = .000$), Realitätsbezug ($p = .020$) und Familie/Lebensgemeinschaft ($p = .049$) ausgesetzt waren. Zumindest auf deskriptiver Ebene wurde eine geringere Belastung in den Bereichen Alltagssituation, rechtliche Situation, Selbstwertgefühl, Selbstkontrolle sowie Partner-

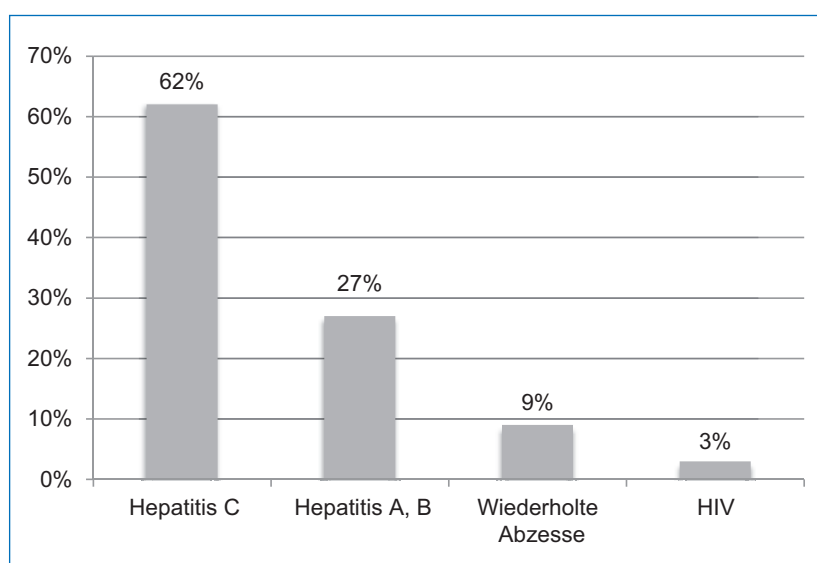
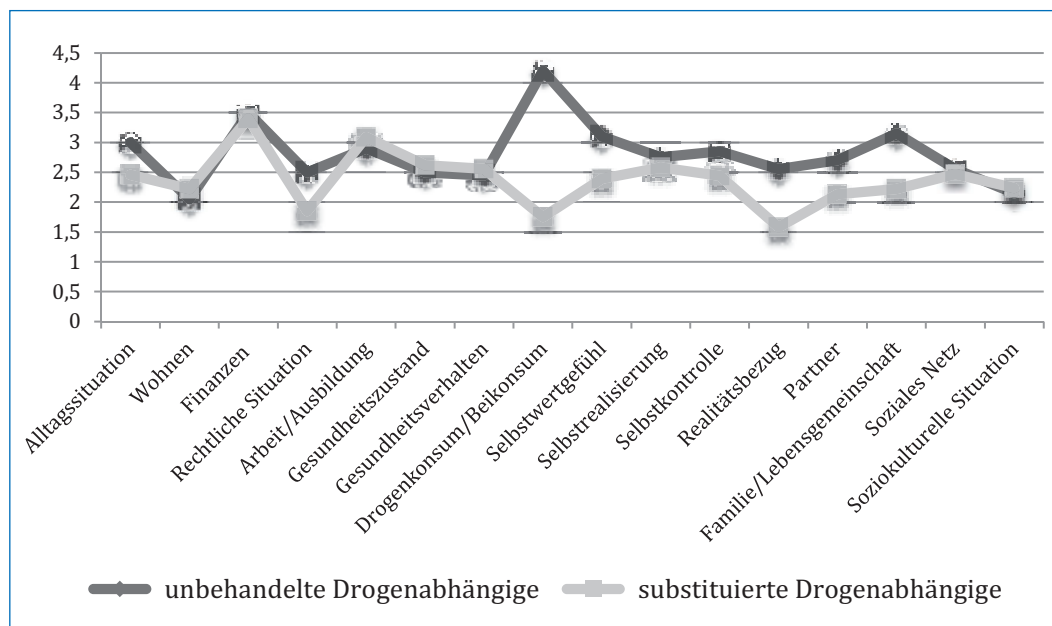


Abbildung 2

Anteil der somatischen Erkrankungen in der Stichprobe

**Abbildung 3**

Psychosoziale Belastung der unbehandelten und substituierten Opiatabhängigen

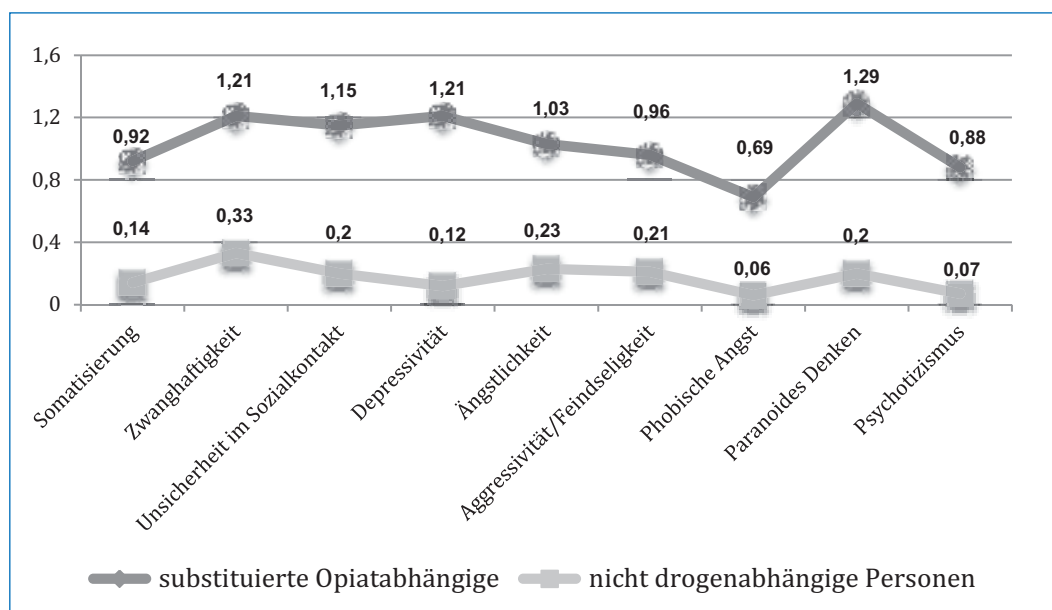
schaft benannt. Im Vergleich zu der Referenzgruppe der nicht Suchtkranken waren die substituierten Probanden im Mittel einer fast 3,5 Mal so hohen psychosozialen Belastung ausgesetzt.

4.2 Psychische Belastung

Die psychische Belastung wurde mit Hilfe der deutschen Version des Brief Symptom Inventory (BSI) von Franke (2000) ermittelt. Es zeigte sich, dass sich die substituierten Opiatabhängigen im Vergleich zu den nicht Suchtkranken einer sechs Mal stärkeren psy-

chischen Belastung ausgesetzt waren. Die Differenz im Kennwert Global Severity Index des BSI war hoch signifikant ($T = 7,529$; $df = 124$; $p = .000$) bei einer mittleren Effektstärke ($d = .72$). Abbildung 4 stellt die Mittelwerte der Subskalen des BSI bei beiden Gruppen dar. Alle Werte unterschieden sich höchst signifikant ($p = .000$) voneinander.

Jeder fünfte Substituierte (20%) gab an, mindestens einmal einen Suizidversuch unternommen zu haben. In der Gruppe der Substituierten, die bereits einen Suizidversuch unternommen haben, liegt eine erhöhte Rückfallgefahr vor. So haben 55% dieser

**Abbildung 4**

Psychische Belastung substituierter Opiatabhängiger und nicht Drogenabhängiger (Mittelwerte der BSI Subskalen)

Personen mindestens ein zweites Mal versucht, sich das Leben zu nehmen.

4.3 Stressniveau und psychische Inkonsistenz

Mit Hilfe der „Screening Scala zum chronischen Stress“ des TICS (Schulz et al., 2004) wurde das Stressniveau der Substituierten ermittelt. Es zeigte sich, dass die Probanden der klinischen Stichprobe sich von den Personen der Referenzgruppe „nicht Drogenabhängige“ höchst signifikant unterschieden ($T = 5,617$; $df = 124$; $p = .000$). Der Mittelwert lag bei den substituierten Opiatabhängigen bei 1,86 ($SD = .752$) und bei den nicht drogenabhängigen Personen bei 1,13 ($SD = .527$). Es konnte ein großer Effekt ($d = 1,12$) ermittelt werden.

Wie aus Tabelle 1 ersichtlich wird, konnte erwartungsgemäß dem theoretischen Modell der Untersuchung ein signifikant hoher positiver Zusammenhang zwischen dem chronischen Stressniveau, der psychosozialen und psychischen Belastung der Substituierten festgestellt werden.

Es zeigte sich zudem, dass die substituierten Opiatabhängigen in signifikant höherem Maße vermeidende Schemata aktiviert haben als die Referenzgruppe „nicht drogenabhängige Personen“ ($T = 7,363$; $df = 123$;

$p = .000$ $d = 1,5$). Zudem waren bei ihnen signifikant geringere Annäherungsschemata aktiviert, als bei den nicht drogenabhängigen Menschen ($T = -8,90$; $df = 123$; $p = .000$ $d = 1,78$). Dies bedeutet, dass sie sich eher vor psychischer Verletzung schützen mussten und dies mit einer schlechteren Bedürfnisbefriedigung einhergeht.

4.4 Soziale Unterstützung

Das Ausmaß der wahrgenommenen sozialen Unterstützung wurde mit Hilfe der Kurzversion des Fragebogens zur Sozialen Unterstützung (F-SozU K-22) von Fydrich et al. (2007) erhoben. Wie in Tabelle 2 dargestellt, zeigte sich, dass die substituierten Opiatabhängigen in einem geringen Ausmaß soziale Unterstützung erlebten, als dies bei den nicht drogenabhängigen Personen der Fall war.

In der Untersuchung zeigte sich, dass Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß und der Qualität der sozialen Unterstützung auf der einen Seite und psychischer sowie psychosozialer Belastungsfaktoren auf der anderen Seite evident sind. So konnte ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen Anzahl der Häufigkeit des Aufsuchens der Drogenszene sowie psychischer Belastung (Zwanghaftigkeit, Somatisierung, Depression Aggressivität, Psychotizismus und paranoidem Den-

Tabelle 1

Zusammenhang von Stressniveau, psychosozialer und psychischer Belastung bei substituierten Opiatabhängigen

Merkmale	r	p
Chronisches Stressniveau (TICS)		
Psychosoziale Belastung (PREDI) ¹	.525	$p = .000$ ***
Psychische Belastung (BSI/GSI) ¹	.596	$p = .000$ ***
Psychosoziale Belastung (PREDI)		
Psychische Belastung (BSI/GSI) ¹	.690	$p = .000$ ***

*** = $p \leq 0,001$ = höchst signifikant 1 = Korrelation nach Pearson

Tabelle 2

Mittelwerte und Ergebnisse der t-Tests der Subskalen des Fragebogens zur sozialen Unterstützung der substituierten Opiatabhängigen und der nicht drogenabhängigen Personen

Subskala	Gruppe	MD	SD	T	df	d	p
F-SozU K-22 Summenscore	Substituierte Drogenabhängige	3,28	,86	-6,87	122	1,77	.000
	Nicht drogenabhängige Personen	4,49	,44				
Soziale Integration	Substituierte Drogenabhängige	2,97	,81	-9,01	122	1,80	.000
	Nicht drogenabhängige Personen	4,24	,58				
Emotionale soziale Unterstützung	Substituierte Drogenabhängige	3,52	1,02	-6,87	122	1,45	.000
	Nicht drogenabhängige Personen	4,65	,41				
Praktische soziale Unterstützung	Substituierte Drogenabhängige	3,20	1,01	-7,98	122	1,65	.000
	Nicht drogenabhängige Personen	4,52	,51				

ken), einem höheren Stressniveau, vermehrtem Drogenkonsum, einem schlechteren Gesundheitsverhalten sowie einer höheren Belastung im sozialen Netz und einer problematischen soziokulturellen Situation festgestellt werden. Darüber hinaus zeigten diese Abhängigen eine höhere Vermeidungskongruenz gegenüber wichtigen motivationalen Zielen (vgl. Tabelle 3). Ebenso zeigten Personen, die mit mehr drogenabhängigen Personen aus der Drogenszene Kontakt hatten, eine signifikant höhere psychische und psychosoziale Belastung (vgl. Tabelle 4). Die Drogenszene stellt somit eine pathogene Sozialstruktur dar, der eine krankheitsstabilisierende oder auch krankmachende Wirkung zugesprochen werden kann.

Dagegen zeigten die substituierten Opiatabhängigen, welche über mehr drogenfreie, sogenannte Cleankontakte verfügten, ein signifikant höheres Maß an praktischer sozialer Unterstützung. Sie waren zudem besser sozial integriert und zeigten eine signifikant geringere Belastung in den Bereichen Somati-

sierung und Depressivität. Tabelle 5 stellt diese Ergebnisse dar. Somit hat das soziokulturelle Milieu, in dem sich die Abhängigen bewegen, einen entscheidenden Einfluss auf den aktuellen Gesundheitszustand sowie den weiteren Krankheitsverlauf.

4.5 Zufriedenheit mit der psychosozialen Betreuung

Im Rahmen der Untersuchung wurde die Zufriedenheit der Klienten mit der Psychosozialen Betreuung ermittelt. Zum Einsatz kam hierbei eine modifizierte Version des Fragebogens zur Patientenzufriedenheit ZUF-8 (Kriz et al., 2008). Es zeigte sich, dass der überwiegende Teil der Substituierten mit der erhaltenen Betreuung zufrieden war und diese mit gut oder sehr gut bewertet hat (vgl. Abbildung 5). Ferner konnte ein signifikant negativer Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der Betreuung und dem Ausmaß des chronischen Stressniveaus der

Merkmal (Messinstrument)	Anzahl der Tage mit Kontakt zu anderen Abhängigen in der Drogenszene	
	r	p
Anzahl der kontaktierten drogenabhängigen Personen	,582	.000
Anzahl der drogenfreien Cleankontakte	-,072	.492
Chronisches Stressniveau (TICS)	,214	.038
Somatisierung (BSI)	,201	.049
Zwanghaftigkeit (BSI)	,347	.001
Unsicherheit im Sozialkontakt (BSI)	,315	.002
Depressivität (BSI)	,276	.007
Ängstlichkeit (BSI)	,273	.008
Aggressivität/Feindseligkeit (BSI)	,319	.002
Paranoides Denken (BSI)	,304	.003
Psychotizismus (BSI)	,266	.010
Grundsätzliche psychische Belastung (GSI im BSI)	,321	.002
Intensität der psychischen Belastung (PSDI im BSI)	,290	.005
Anzahl der Symptome (PST im BSI)	,283	.006
Drogenkonsum/Beikonsum (PREDI)	,311	.002
Realitätsbezug (PREDI)	,256	.013
Soziales Netz (PREDI)	,245	.017
Soziokulturelle Situation (PREDI)	,356	.000
Grundsätzliche psychosoziale Belastung (PREDI)	,260	.012
Inkongruenz Vermeidungsziele (INK)	,226	.030

Tabelle 3

Zusammenhang zwischen der Häufigkeit des Aufsuchens der Drogenszene und ausgewählten Belastungsfaktoren

Korrelation nach Pearson; r = Korrelationskoeffizient; p = Irrtumswahrscheinlichkeit; TICS = Trierer Inventar für chronischen Stress; BSI = Brief Symptom Inventory; PREDI = Psychosoziales Ressourcenorientiertes Diagnostikinstrument; INK = Inkongruenzfragebogen

Tab. 4

Zusammenhang zwischen der Anzahl kontaktierter Drogenabhängiger und ausgewählten Belastungsfaktoren

Merkmal (Messinstrument)	Anzahl der kontaktierten drogenabhängigen Personen	
	r	p
Anzahl der Tage mit Kontakt zu anderen Abhängigen in der Drogenszene	,582	.000
Anzahl der drogenfreien Cleankontakte	-,106	.319
Zwanghaftigkeit (BSI)	,248	.017
Depressivität (BSI)	,285	.006
Psychotizismus (BSI)	,216	.039
Grundsätzliche psychische Belastung (GSI im BSI)	,229	.028
Anzahl der Symptome (PST im BSI)	,221	.035
Gesundheitsverhalten (PREDI)	,224	.031
Drogenkonsum/Beikonsum (PREDI)	,276	.008
Realitätsbezug (PREDI)	,214	.040
Soziokulturelle Situation (PREDI)	,227	.030

Korrelation nach Pearson; r = Korrelationskoeffizient; p = Irrtumswahrscheinlichkeit; BSI = Brief Symptom Inventory; PREDI = Psychosoziales Ressourcen-orientiertes Diagnostikinstrument; INK = Inkongruenzfragebogen

Tab. 5

Zusammenhang zwischen der Anzahl an drogenfreien Kontakten, sozialer Unterstützung und ausgewählten Belastungsfaktoren

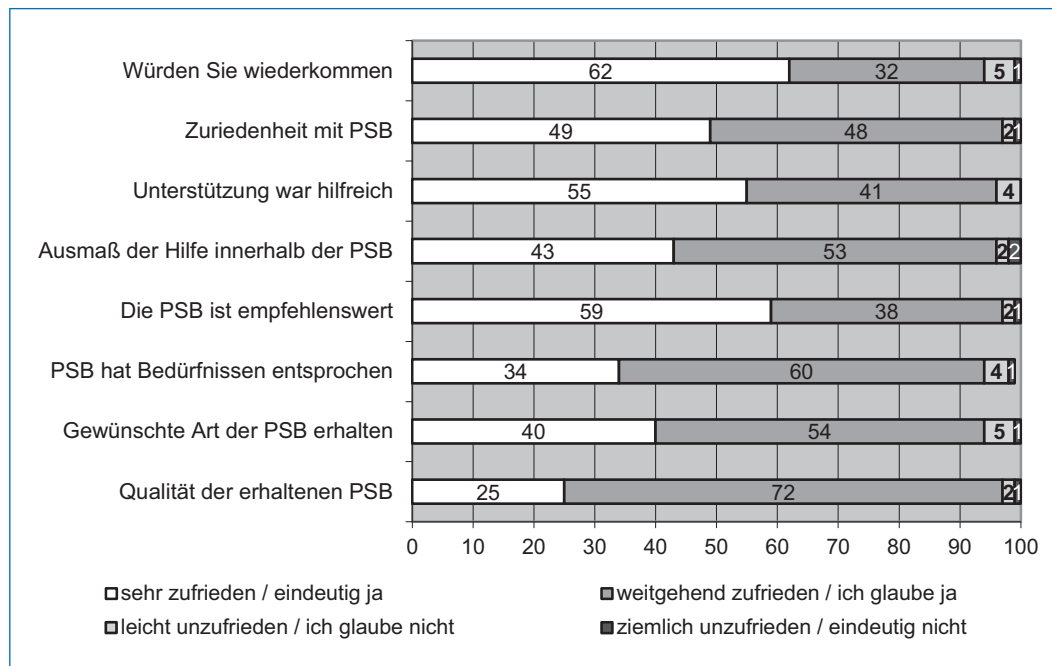
Merkmal (Messinstrument)	Anzahl der drogenfreien Cleankontakte	
	r	p
Praktische soziale Unterstützung (FSozU)	,259	.012
Soziale Integration (FSozU)	,241	.020
Grundsätzliche soziale Unterstützung (FSozU)	,234	.024
Somatisierung (BSI)	-,238	.022
Depressivität (BSI)	-,247	.017
Gesundheitsverhalten (PREDI)	-,333	.001
Drogenkonsum/Beikonsum (PREDI)	-,229	.028
Selbstwertgefühl (PREDI)	-,302	.003
Selbstrealisierung (PREDI)	-,354	.001
Selbstkontrolle (PREDI)	-,318	.002
Realitätsbezug (PREDI)	-,208	.047
Soziales Netz (PREDI)	-,206	.047
Grundsätzliche psychosoziale Belastung (PREDI)	-,298	.004
Inkongruenz Annäherungsziele (INK)	,225	.031

Korrelation nach Pearson; r = Korrelationskoeffizient; p = Irrtumswahrscheinlichkeit; FSozU = Fragebogen für Soziale Unterstützung; BSI = Brief Symptom Inventory; PREDI = Psychosoziales Ressourcenorientiertes Diagnostikinstrument; INK = Inkongruenzfragebogen

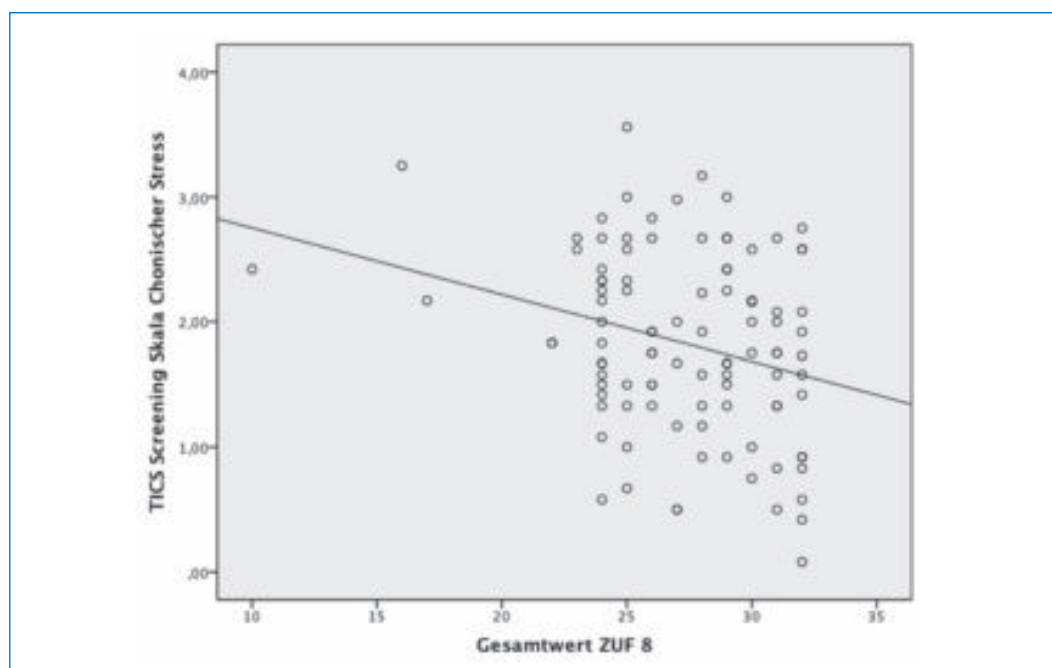
Klienten festgestellt werden ($r = -,276$; $p = .005$). Ebenso korreliert negativ die psychische Belastung (Kennwert GSI im BSI) der Klienten mit ihrer Zufriedenheit mit der Betreuung ($r = -,204$; $p = .042$).

In einem weiteren Analyseschritt wurden mit Hilfe einer bivariaten logistischen Regression die Prädiktoren der Zufriedenheit mit der psychosozialen Betreuung ermittelt. Hierzu wurden alle Variablen in das Modell einge-

schlossen, die aus einer sachlogischen theoretischen Sicht die Zufriedenheit mit der psychosozialen Betreuung beeinflussen können. Dies sind patientenspezifische Faktoren (Alter und Geschlecht), Variablen, welche die Pathologie der Klienten (Stressniveau, psychische Belastung) und die soziale Situation der Patienten widerspiegeln, sowie Parameter, die die Behandlung abbilden (Dauer der Behandlung, Behandlungstyp).

**Abbildung 5**

Zufriedenheit mit der psychosozialen Betreuung in den ZUF 8 Einzelitems (Angaben in Prozent)

**Abbildung 6**

Negativer Zusammenhang von chronischem Stress und der Zufriedenheit mit der psychosozialen Betreuung

Die Ergebnisse in Tabelle 6 deuten darauf hin, dass die Zufriedenheit mit der psychosozialen Betreuung bei Männern im Vergleich zu Frauen stark erhöht ist ($OR = 10,519$; $p = ,039$). Allerdings ist an dieser Stelle auf den hohen Anteil an Männern in der Stichprobe hinzuweisen. Als Anzeichen hierfür können die hohen Werte des Konfidenzintervalls gelten. Die Wahrscheinlichkeit einer positiv bewerteten Betreuung reduziert sich mit zunehmendem Alter ($OR = ,827$; $p = ,069$). Das bedeutet, dass ältere Patienten mit der Betreuung unzufriedener sind als

jüngere Patienten. Einen negativen Einfluss auf die Zufriedenheit mit der Betreuung haben das chronische Stressniveau des Patienten ($OR = ,109$; $p = ,045$) sowie seine Gedanken an den Tod und das Sterben ($OR = ,297$; $p = ,064$). Diese beiden Einflussvariablen verringern die Wahrscheinlichkeit, dass die Patienten mit der psychosozialen Betreuung zufrieden sind. Ebenso beeinflusst die soziale Integration der Patienten ihre Zufriedenheit mit der Betreuung negativ ($OR = ,036$; $p = ,028$). Das heißt, dass Patienten, die sozial weniger integriert sind,

Tabelle 6

Ergebnisse der binären logistischen Regression.
Abhängige Variable:
Zufriedenheit mit der psychosozialen Betreuung

Merkmale	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	p	Odds ratio OR	95% Konfidenzintervall (CI) für EXP(B)	
					Unterer Wert	Oberer Wert
Geschlecht: Männer	2,353	1,140	,039	10,519	1,125	98,322
Alter der Patienten	-,190	,105	,069	,827	,673	1,015
Chronisches Stressniveau	-2,218	1,106	,045	,109	,012	,952
Gedanken an den Tod und das Sterben	-1,214	,657	,064	,297	,082	1,075
Soziale Integration der Patienten	-3,319	1,515	,028	,036	,002	,704
PSB Typ: Beratung & BeWo	2,210	1,339	,099	9,113	,661	125,717
Substitutionsdauer	-,009	,012	,429	,991	,968	1,014

mit der psychosozialen Betreuung zufriedener sind als Patienten mit einer besseren sozialen Eingebundenheit. Auf der Strukturebene konnte gezeigt werden, dass eine Betreuung außerhalb einer integrierten medizinischen Versorgung einen positiven Effekt hat. Bei Patienten, die ihre Betreuung in Beratungsstellen und im Rahmen von Betreutem Wohnen erhielten, ist die Wahrscheinlichkeit um ein Vielfaches erhöht, dass sie mit der Behandlung zufrieden sind – im Gegensatz zu den Substituierten in den integrierten Ambulanzen (OR = 9,113; $p = 0,99$). Die Dauer der Substitutionsbehandlung zeigte hingegen keine signifikante Wirkung ($p = 429$).

5 Folgerungen für die Klinische Sozialarbeit

Die Befunde machen deutlich, dass es sich bei substituierten Opiatabhängigen um langjährig chronisch erkrankte Menschen mit einer hochgeradigen Belastung auf der somatischen, psychischen und sozialen Ebene handelt. Die Problemlagen stehen nicht lose nebeneinander, sondern greifen ineinander, interagieren und verstärken sich. Diesen komplexen Multiproblemlagen sollte durch interdisziplinäre Zugänge begegnet werden. Eine reine klassische medizinische und psychotherapeutische Behandlung entspricht nicht dem Krankheitsbild und der Lebenslage der Patienten. Bei diesen Personen handelt es sich um „hard to reach“ Klienten und somit um eine primäre Klientengruppe der Klinischen Sozialarbeit.

Klinische Sozialarbeit muss sich im konkreten Handeln an der Lebenswelt der Klienten orientieren. Interventionen, welche an den konkreten psychosozialen Belastungssituationen ansetzen, sollen zu einer verbesserten Passung der Klienten mit ihrer Umwelt führen. Hierfür bedarf es einer erweiterten Perspektive, welche neben der Fokussierung auf das Individuum auch seine soziale Umwelt wahrnimmt und hier interveniert. Eine intensive Beziehungsarbeit stellt hier die Basis dar. Die Arbeit am Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung und die Arbeit mit der Beziehung selbst bedarf personeller Kontinuität und Zeit als bedeutsamer Ressource. Diese muss im ausreichenden Maße durch entsprechende Kostenträger in Form von Fachleistungsstunden bereitgestellt werden.

Soziale Arbeit muss in der Arbeit mit diesem Klientel in mehrfacher Hinsicht vernetzt arbeiten: Die psychosozialen Interventionen beziehen sich im Sinne einer egozentrierten Perspektive auf den sozialen Nahbereich des Klienten (Netzwerkarbeit auf der Mikroebene). Darüber hinaus bedürfen die komplexen Problemlagen der Klienten häufig der Einbindung von weiteren Fachdiensten (vgl. den Artikel von Pin in diesem Heft). Im Sinne des Case Managements muss psychosoziale Betreuung diese einzelnen Dienste und Angebote koordinieren und steuern (Netzwerkarbeit auf der Mesoebene). Die betreuenden Sozialarbeiter sollten über hinreichende Feldkenntnis bezüglich der unterschiedlichen Unterstützungssysteme verfügen. Darüber hinaus arbeitet Soziale Arbeit unter der Perspektive des Sozialraums im Gemeinwesen und versucht Einfluss auf die Lebensbedingungen im Gemeinwesen zu

nehmen (Netzwerkarbeit auf der Makroebene).

Die Fachkräfte der psychosozialen Betreuung substituierter Opiatabhängiger können auf lange Betreuungserfahrungen, etablierte Konzepte und Methoden zurückgreifen. Dennoch bedarf es einer Weiterentwicklung der bestehenden Angebote, welche sich an einer Evidenzbasierung orientiert. Hierzu sind weitere Forschungsarbeiten dringend erforderlich. Zudem sollten sich die Anbieter psychosozialer Betreuungsleistungen stärker an den unterschiedlichen Bedarfen und Lebenssituationen der Klienten (ältere Klienten, Migranten, Genderaspekte, berufstätige Substituierte, Klienten mit Pflegebedarf. etc.) orientieren und ihre Angebote flexibilisieren.

6 Literatur

- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.
- Deimel, D. (2012). Die Versorgungspraxis der psychosozialen Betreuung substituierter Opiatabhängiger – die PSB-Studie. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 25 (90), 88-97.
- Deimel, D. (2013). *Psychosoziale Behandlung in der Substitutionstherapie*. Praxis Klinischer Sozialarbeit. Marburg: Tectum.
- Franke, G. H. (2000). *Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis*. Manual. Deutsche Version. Göttingen: Beltz.
- Fydrich, T., Sommer, G. & Brähler, E. (2007). *Fragebogen zur Sozialen Unterstützung*. Manual. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Kriz, D., Nübling, R., Steffanowski, A., Wittmann, W. & Schmidt, J. (2008). Patientenzufriedenheit in der stationären Rehabilitation: Psychometrische Reanalyse des ZUF-8 auf der Basis multizentrischer Stichproben verschiedener Indikatoren. *Zeitschrift für medizinische Psychologie*, 17 (2-3), 67-79.
- Küfner, H., Coenen, M. & Indlekofer, W. (2006). *PREDI – Psychosoziale Ressourcenorientierte Diagnostik. Ein problem- und lösungsorientierter Ansatz*. Version 3.0. Lengerich: Pabst.
- Lazarus, R. S. & Launier (1981). Stressbezogene Transaktion zwischen Person und Umwelt. In J. R. Nitsch (Hrsg.), *Stress: Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen* (S. 213-259). Bern: Hans Huber.
- Lazarus, R. S. & Folkmann, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Schulz, P., Schlotz, W. & Becker, P. (2004). *Trierer Inventar zum chronischen Stress*. Göttingen: Hogrefe.
- Wittchen, H.-U., Träder, A., Klotsche, J., Backmund, M., Bühringer, G. & Rehm, J. T. (2011). Die Rolle der psychosozialen Begleitung in der langfristigen Substitutionsbehandlung. In: *Suchtmedizin*, 13 (5), 258-262.



Prof. Dr. Daniel Deimel

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Abteilung Aachen
Robert-Schuman-Str. 25
52066 Aachen
d.deimel@katho-nrw.de

Badeschluss. Die Wiener Freibäder im Winter

Fotografien von Sonja Bachmayer

Die Wiener Fotografin Sonja Bachmayer hat das Fotoprojekt *Badeschluss – Die Wiener Familienbäder im Winter* von Oktober 2011 bis Februar 2012 fotografiert. Sie will damit auf die historische Bedeutung und die charakteristische Architektur dieser, fast in Vergessenheit geratenen, sozialen Institution des „Roten Wien“ erinnern.

Die Kinderfreibäder waren ein neuer und bis dahin unbekannter Bädertyp und bildeten einen Eckpfeiler im Bäderkonzept des „Roten Wien“. Sie wurden auf Initiative Julius Tandlers als ein Mittel zur Vorbeugung gegen Lungenkrankheiten und Rachitis in Parkanlagen innerhalb des Stadtgebietes angelegt und sollten den Großstadtjugendlichen im Alter von 6 bis 14 Jahren ohne gesellschaftlichen Unterschied eine unentgeltliche Bademöglichkeit verschaffen.

Das erste Kinderfreibad entstand bereits 1917, als die Kinder im Hütteldorfer Staubecken des Wienflusses umsonst baden durften. 1919 wurde im heutigen Auer-Welsbach-Park das erste richtige Kinderfreibad errichtet; zwei weitere folgten im Schweizergarten (1923) und im Währinger Türkenschanzpark (1926).

Aus dem Wasserbehälter Steinhof der Hochquellenwasserleitung entstand 1923 außerdem das Kinderfreibad Gallitzinberg. Weitere Kinderfreibäder folgten in den nächsten Jahren und 1928 gab es bereits 18 solcher Freizeiteinrichtungen, die in diesem Sommer von über 1,2 Millionen Kindern besucht wurden.

Die Becken waren höchstens 60 cm tief und fast durchwegs mit Hochquellwasser gefüllt. Die Finanzierung dieser und anderer weltweit einmaliger Errungenschaften des „Roten Wien“ erläuterte Finanzstadtrat Hugo Breitner in seiner unnachahmlich pointierten Art:

„Die Betriebskosten der Schulzahnkliniken liefern die vier größten Wiener Konditoreien [...] Die Schulärzte zahlt die Nahrungsmittelabgabe des Sacher. Die gleiche Abgabe vom Grand-Hotel, Hotel Bristol und Imperial liefert die Aufwendungen für die Kinderfreibäder. Das städtische Entbindungsheim wurde aus den Steuern der Stundenhotels erbaut und seine Betriebskosten deckt der Jockey-Klub mit den Steuern aus den Pferderennen.“

Bei Ausbruch des Zweiten Weltkriegs verfügte die Gemeinde Wien über 23 Kinderfreibäder. Anfang der fünfziger Jahre nahmen die meisten Anlagen ihren Betrieb wieder auf, und bis zum Beginn der siebziger Jahre wurden noch zehn weitere Bäder errichtet, sodass 1972 der Höchststand mit 32 Kinderfreibädern erreicht war.

Zusätzlich zu den alten Planschbecken wurden in einigen Kinderfreibädern nun auch Schwimmbecken für Jugendliche errichtet. Mit den veränderten Freizeitgewohnheiten verloren die Kinderfreibäder jedoch an Attraktivität, außerdem wiesen einige Anlagen bereits große bauliche und technische Mängel auf, weshalb die Stadt Wien sich entschloss, einige Bäder aufzulassen.

Der Besuch der bestehenden und inzwischen renovierten Kinderfreibäder ist nach wie vor gratis. Seit kurzem sind die Bäder auch für erwachsene Begleitpersonen zugänglich und heißen Familienbäder.

Literatur: Helfried Seemann und Christian Lunzer, Wiener Bäder, 2004.

*Quelle:
<http://www.dasrotewien.at/kinderfreibaeder.html>
(Weblexikon der Wiener Sozialdemokratie)*



Sonja Bachmayer

Info zur Person: <http://www.somoflo.at/>
oder
<http://ikarus711.wordpress.com>
E-Mail: ikarus711@hotmail.com



Bildstrecke

Badeschluss. Die Wiener Freibäder im Winter



Augarten

Eingang Karl-Meißl-Straße



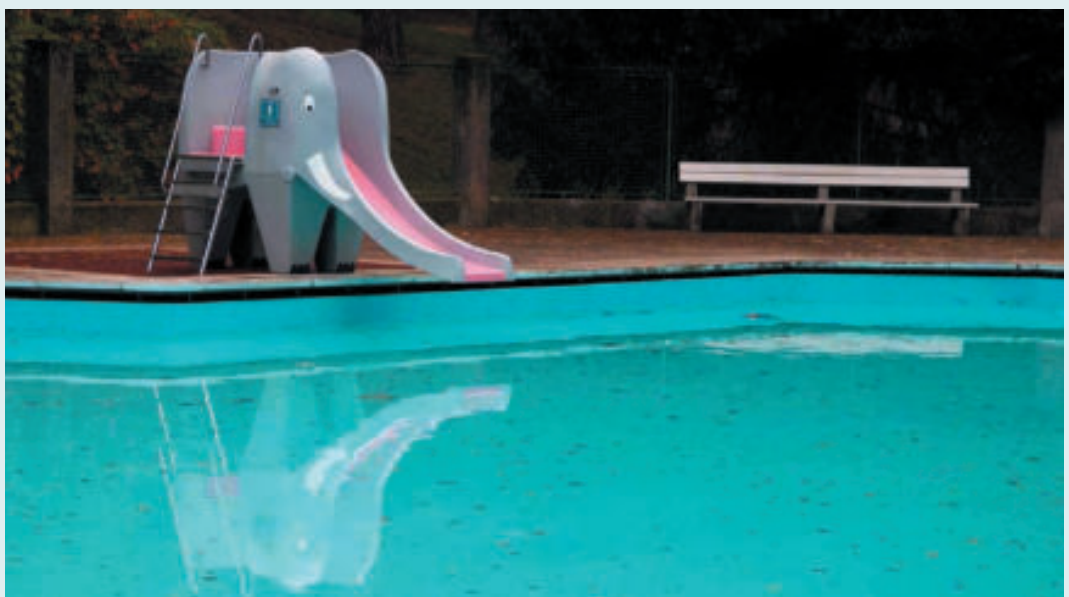
Gudrunstraße
Ecke Absberggasse





Reinlgasse
Ecke Märzstraße

Hugo-Wolf-Park
Eingang Dänenstraße



Psycho-soziale Betreuung von Menschen in Substitutionsbehandlung – Welchen Stellenwert hat die sozialpädagogische Arbeit in Aus- und Fortbildungscurricula?

Heino Stöver¹, Ralf Gerlach², Daniel Deimel³

¹ University of Applied Sciences, Frankfurt

² INDRO e.V., Münster

³ Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Aachen

Kurzfassung

In diesem Beitrag werden die Problematiken der „Psycho-sozialen Betreuung von Menschen in Substitutionsbehandlung“ herausgearbeitet, dabei wird schwerpunktmäßig der Fragestellung nachgegangen, welchen Stellenwert die sozialpädagogische Arbeit in Aus- und Fortbildungscurricula einnimmt.

Während die substituierenden Ärzte einen Fachkundenachweis benötigen, um in der Suchtmedizin und der Substitutionsbehandlung tätig werden zu können, besteht diese Verpflichtung für die psycho-sozialen Professionen nicht.

Obwohl ein großer Teil der opioidabhängigen Menschen in Substitutionsbehandlung psycho-sozial betreut wird, besteht nach wie vor eine unklare Definition des Begriffs und des Konzeptes von „psycho-sozialer Betreuung“: Je näher man die Betreuungspraxis untersucht, desto mehr stellt man fest, wie unterschiedlich die Arbeit vor Ort ausgeführt wird und welche unterschiedlichen Haltungen, Erwartungen, Methoden und Zielperspektiven eine Rolle spielen. Vor diesem Hintergrund wird die Notwendigkeit einer Fortbildung umso dringlicher, Fachkräfte darin fortzubilden, psycho-soziale Betreuungen entlang den individuellen Bedürfnissen, Ressourcen und Teilhabemöglichkeiten der Klienten auszurichten.

Schlüsselwörter

Psychosoziale Betreuung

Substitutionsbehandlung

Klinische Sozialarbeit

Fortbildung

Behandlungspraxis

1 Einleitung

Die Opioid-Substitutionstherapie (OST) ist heute – mit nur noch wenigen Ausnahmen – weltweit die Methode der Wahl in der Behandlung opioidabhängiger Menschen. Ihre Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit ist auch in Deutschland wissenschaftlich belegt. Die Kombination von medizinischer und pharmakologischer Behandlung mit psychosozialer Unterstützung erhöht nach aktuellem Wissensstand ihren Wirkungsgrad. Ein im internationalen Vergleich vorwiegend deutsches Spezifikum stellt jedoch die rechtsverbindliche Verknüpfung des medizinischen Teils der Behandlung mit psychosozialen Interventionsformen dar, die gemeinhin unter dem Titel „Psychosoziale Betreuung“ (PSB) geführt werden. In der Praxis erweist sich

dieses rechtsverankerte Koppelungsmodell allerdings nicht selten als Hemmnis zur Behandlungsaufnahme oder -fortführung einer zum Teil lebensrettenden Therapie.

2 Unklare Definition von „PSB“

PSB ist ein Sammelbegriff für eine breite Palette möglicher psychologischer und sozialpädagogischer Maßnahmen, die idealiter am individuellen Patientenbedürfnis ressourcenorientiert ausgerichtet werden. Obwohl rechtlich und fachlich eingefordert, fehlt eine klare Definition dessen, wie dieses für den nicht-medizinischen Teil der Behandlung verwendete Standardkürzel arbeitsinhaltlich und methodisch ausgestaltet werden soll: Bundeseinheitlich akzeptierte fachliche Leitlinien seitens der Leistungserbringer feh-

len. So konnten sich auch die in der DHS zusammengeschlossenen Verbände nicht auf die Verabschiedung eines gemeinsamen Konsenspapiers zur PSB einigen. Es bestehen lediglich ältere Versionen von Leitlinien von Fachverbänden (akzept e.V.; FDR) oder eher regional ausgerichtete Empfehlungen: So hat die Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen Empfehlungen für die psychosoziale Betreuung substituierter opiatabhängiger Frauen und Männer vorgelegt (Resing et al. 2014).

Allgemein gilt, dass im Zielfokus psychosozialer Unterstützungsangebote die Förderung eines menschenwürdigen, selbständigen Lebens unter psychosozialer und gesundheitlicher Stabilisierung steht (Normalisierung, Wiedereingliederung und Teilhabe).

3 Heterogene Versorgungslage

Zwar heißt es in den Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger vom 19.02.2010: *„Gegenstand der psychosozialen Maßnahmen ist es, die Erreichung der individuellen 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.“* (Bundesärztekammer, 2010, S. 512)

Die konkrete Praxisumsetzung von PSB (Organisation und Finanzierung) gestaltet sich jedoch äußerst heterogen und ist durch eine Vielzahl an konzeptionellen Ansätzen gekennzeichnet, die sich bezüglich Inhalt, Zielfokus, Bedeutung, Stellenwert, Organisation, aber auch Finanzierung teils sehr deutlich voneinander unterscheiden. Menschenbild, Suchtverständnis und therapeutische Haltung der einzelnen Träger und Mitarbeiter führen zu unterschiedlichen Angeboten. Daneben haben sich differierende Organisationsformen entwickelt, in denen die Substitution und PSB angeboten wird (Schwerpunktpraxen, Hausarztpraxen, Substitutionsambulanzen, einzelfallfinanzierte aufsuchende PSB, pauschalfinanzierte Suchtberatungsstellen in Kooperation mit Ärzten etc.). Die psychosoziale Betreuung – in ihrer spezifischen Organisationsform in Deutschland

– wurde jedoch nie umfassend auf ihre Effizienz und Nachhaltigkeit hin überprüft. Die Versorgungslage reicht von niedrigschwelligen an Harm Reduction orientierten bis zu hochschwelligen an Abstinenz orientierten Betreuungsangeboten. Auch die Handhabung des Nachweises einer PSB zu Beginn und im Verlauf einer OST variiert regional, aber auch oft innerhalb einer Stadt erheblich und hängt maßgeblich von der Einstellung des substituierenden Arztes und der örtlichen Drogenhilfeträger ab, was in einer großen Variationsbreite der Versorgungsqualität resultiert. Versorgungsdiskrepanzen bestehen insbesondere zwischen urbanem und ländlichem Raum sowie zwischen Freiheit und Haft.

4 Stand der Forschung

Der überwiegende Teil der Studien zur Evidenz-Basierung von PSB stammt aus dem US-amerikanischen Raum. Eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse für die Bedingungen in Deutschland unterliegt daher erheblichen Einschränkungen. Unter diesem Vorbehalt lässt sich zusammenfassen, dass eine Kombination von pharmakologischer Behandlung mit psychosozialen Interventionen, vor allem Beratungsangeboten, Verhaltenstherapie und Contingency Management, bessere Ergebnisse in Bezug auf Haltequote, Compliance, Reduktion des primären Substanzgebrauches, psychiatrischer Symptomatik und der Schwere der Abhängigkeit aufweist, als eine pharmakologische Behandlung allein. In Deutschland liegt bisher allerdings keine differenzierte Forschungsarbeit vor, die für Ausgestaltung, Zeitpunkt, Zeitdauer und Intensität der PSB realistische Planungsgrößen liefern könnte.

Die deutsche Heroinstudie zeigt, dass die Nutzer der PSB günstigere Behandlungsergebnisse zeigen als Nichtnutzer. Das Problem bei einer heterogenen Patientenschaft ist, dass es keine Hinweise darauf gibt, welche Betreuungsformen und psychosoziale Interventionen für welche Klientengruppen wann indiziert sind und wie lange durchgeführt werden müssen (vgl. weiterführend Deimel 2009, 2012).

5 GBA-Richtlinie

Gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur substitutionsgestütz-

ten Behandlung Opiatabhängiger (GBA-Richtlinie) hat der Arzt ein Therapiekonzept zu erstellen, das die Ermittlung des Hilfebedarfs an PSB durch eine psychosoziale Drogenberatungsstelle beinhalten muss. Der Dokumentation des Arztes muss darüber hinaus eine aktuelle schriftliche Bestätigung der psychosozialen Beratungsstelle über die Aufnahme, die Fortführung oder die Nichterforderlichkeit einer PSB beigefügt werden. In vielen Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen ist es mittlerweile aber Routinevorgehen, einer OST zu Lasten der GKV nur dann durch die zuständige KV-Kommission zustimmen zu lassen, wenn der Nachweis einer *stattfindenden* PSB erfolgt.

6 Praxisproblem Therapiezugang

Der Zugang zu einer OST wird oftmals allein schon deshalb erschwert, weil in vielen Regionen Deutschlands (z. B. in den neuen Bundesländern und in ländlichen Bereichen) PSB gar nicht in Anspruch genommen werden kann, da entweder keine Unterstützungsstellen existieren oder weil diese z.T. lange Wartelisten führen. Darüber hinaus geschieht es nicht selten – im krassen Gegensatz zu Patienten mit anderen Krankheitsbildern –, dass Patienten von der OST ausgeschlossen werden, wenn sie keine PSB in Anspruch nehmen wollen. Mit dem Junktim („Nur-wenn-dann...“) bzw. der Kopplung oder mit der Vorschaltung eines psychosozialen Filters in Form von Clearingverfahren vor Behandlungseintritt wird Opioidabhängigen der ohnehin schwierige Zugang zu einer international anerkannten medizinischen Behandlung ihrer Krankheit oftmals verwehrt bzw. er verzögert sich krankheitsunangemessen lang. Die OST ist z.T. (über-)lebenswichtig; sie sollte deshalb begonnen werden, wenn die ärztliche Indikation gestellt und die medizinischen Voraussetzungen erfüllt sind, und nicht verschoben werden auf einen Zeitpunkt der Klärung des psychosozialen Betreuungsbedarfs. Diese Klärung kann später erfolgen, sie ist nicht lebensnotwendig.

7 Praxisproblem Kooperation

Die gezielte Koordinierung unterschiedlicher fachlicher Kompetenzen ist die zentrale Aufgabe von PSB-Fachkraft und Arzt in der OST. Beide müssen die sozialen und die medizinischen Krankheitsfaktoren in ihr Be-

handlungskonzept integrieren, sie müssen die zersplitterte Zuständigkeit verschiedener Institutionen, Organisationen und Ämter für den Klienten/Patienten überbrücken und jeweils die Aspekte der anderen Profession im Auge behalten. Zwar existieren mancherorts gut funktionierende interdisziplinäre multiprofessionelle Kooperationsformen zwischen Drogenhilfe und substituierenden Ärzten unter gegenseitiger Respektierung der jeweiligen Profession und fachlichen Kompetenz, doch sind diese positiven Erfahrungen keineswegs generalisierbar, denn nach wie vor gibt es vielerorts noch gravierende Kooperationsmängel. Mögliche Gründe sind u.a. fehlende zeitliche Ressourcen, mangelndes Interesse, Überforderung und fachliche Konflikte. Tatsächlich treten nicht selten schwerwiegende Kompetenz-Konflikte auf, die sich sogar gelegentlich quasi zu einer „Zero-Kooperation“ ausprägen, wobei entweder Drogenberatungsstellen von bestimmten Ärzten prinzipiell keine Klienten mehr übernehmen oder Ärzte zu bestimmten Beratungseinrichtungen strikt keine Patienten mehr vermitteln. Omnipotenzgehebe auf beiden Seiten ist jedoch wenig hilfreich.

8 WHO-Guidelines

Die neueste internationale Richtlinie der Weltgesundheits-Organisation aus 2009 für Substitutionsbehandlungen legt zwar ein besonderes Gewicht auf die Kombination pharmakologischer Behandlungen mit psychosozialen Unterstützungsangeboten, da sich dies als den Behandlungserfolg fördernd erwiesen hat, allerdings wird mit Nachdruck hervorgehoben, dass die Hilfsangebote auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten zugeschnitten und die Teilnahme daran *freiwillig* sein soll. Die Nicht-Teilnahme an PSB darf demnach keinen Behandlungsabbruch bedingen oder die Therapieaufnahme verhindern (WHO 2009).

9 Aktuelle Richtlinien der Bundesärztekammer

Auch die neuen Bundesärztekammer-Richtlinien aus 2010 gehen auf den Stellenwert der PSB in der OST ein: „Eine Opiatabhängigkeit wird in der Regel von psychischen und somatischen Erkrankungen sowie psychosozialen Problemlagen begleitet. Sie erfordert daher für ihre Behandlung die Vorhaltung so-

wie Einbeziehung entsprechender Maßnahmen.“ Und folgerichtig: „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.“ Und schließlich: „Zur Abwehr akuter gesundheitlicher Gefahren kann die Substitution ausnahmsweise auch dann erfolgen, wenn und solange eine psychosoziale Betreuung nicht möglich ist.“ Wenn diese Richtlinien zwar nur bedingt den WHO-Guidelines folgen, so ist mit dieser Neubewertung dennoch ein erster wichtiger Schritt zum Verlassen der deutschen Sonderposition unternommen worden, wird doch zumindest der Druck aus der nach wie vor als notwendig erachteten Verquickung von PSB und OST entschärft (Gerlach/Stöver 2014).

10 Fachkunde für die PSB – aber wie?

Zielgruppe MedizinerInnen

Seit mehreren Jahren wird – gemäß Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV), den Richtlinien der Bundesärztekammer und des Gemeinsamen Bundesausschusses – von SuchtmedizinerInnen eine Fachkunde/Qualifikationsnachweis „Suchtmedizinische Grundversorgung“ als Voraussetzung für die Substitutionsbehandlung ver-

langt (50 Stunden auf der Basis des entsprechenden Kursbuches der Bundesärztekammer). Die Kurse sind in fünf thematische Module strukturiert (s. Abb. 1).

Für die Substitution mit Diamorphin bedarf es einer zusätzlichen Qualifikation im Umfang von 6 Stunden, die über eigens von den Landesärztekammern angebotene Fortbildungsveranstaltungen erworben werden kann oder integriert im Rahmen der 50-Stunden Zusatz-Weiterbildung angeboten wird. In ihr werden folgende Themen vermittelt:

- Pharmakologie des Diamorphins (DAM)
- Ergebnisse der Evaluationsstudie zu den Modellprojekten „Heroingestützte Behandlung Opiatabhängiger“
- Besonderheiten der Substitution mit DAM auf Grundlage des BtMVV, der Richtlinien der BÄK und der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung
- Besonderheiten des Beigebrauchs bei einer Substitution mit DAM
- Besonderheiten in der Patientenaufklärung und Dokumentation
- Notfälle in der Substitution
- Begleitende Hilfen
- Erfordernisse an Einrichtungen zur Substitution mit Diamorphin

Es wird deutlich, dass diese Zusatz-Weiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ sich auf die medizinisch-pharmakologischen Aspekte von Suchterkrankungen

Abbildung 1

Übersichtliche Darstellung der Zusatz-Weiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“

Baustein I 10 Std.		
<i>Grundlagen 1</i> (4 Std.)		<i>Grundlagen 2</i> (6 Std.)
Baustein II 8 Std. <i>Alkohol</i> <i>Tabak</i>	Baustein III 4 Std. <i>Medikamente</i>	Baustein IV 8 Std. <i>Illegale Drogen</i>
Wahlthema (Substitution mit Diamorphin oder Vertiefung Baustein II, III oder IV je nach regionalem Problemschwerpunkt) 6 Std.		
Baustein V 14 Std. Motivierende Gesprächsführung <i>Praktische Realisierung</i>		

<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.9147.9194.9200.9202.9210>

konzentriert/konzentrieren muss. Sie kann den Bereich Psychosoziale Betreuung Substituierter nicht ansatzweise abdecken.

Zielgruppe SozialarbeiterInnen

Für die Zielgruppe der SozialarbeiterInnen/ SozialpädagogInnen und PsychologInnen bestehen keine vergleichbaren Voraussetzungen für die Durchführung einer Psychosozialen Betreuung. Es wird implizit angenommen, dass die Fachkunde durch Studium und Praxis allein gegeben ist. Allerdings lässt die unkommentierte Vielfalt (s.o.) der Methoden, Ziele und Inhalte der PSB nicht darauf schließen, als gebe es auch nur eine Übereinkunft dessen, wie und wann, mit welchen Methoden und wie lange Opiatsubstituierte mit einer PSB zu begleiten sind. Dies wurde auf mehreren Fachtagungen und Expertengesprächen festgestellt¹.

Die Heterogenität der Angebote legt den Schluss nahe, dass es noch nicht mal einen Konsens darüber gibt, wie eine optimale Versorgung der Zielgruppe mit psycho-sozialen Angeboten aussehen muss.

Die Ausbildungen in (Fach-)Hochschulen, Universitäten und auch die Weiterbildungen bzw. Masterstudiengänge zum Sucht-/Sozialtherapeuten sehen eine Vertiefung in psychosozialen Methoden der Betreuung Opioidsubstituierter nicht explizit vor (Stöver 2014). Aus diesem Grund haben akzept (Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik), Deutsche AIDS-Hilfe und der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) – Koordinationsstelle Sucht ein Curriculum zur Ausbildung der psycho-sozialen Professionen im Bereich der PSB entwickelt. Eine Arbeitsgruppe² hat gemeinsam die Eckpunkte des Kurses festgelegt. Die „Fachkunde Psychosoziale Betreuung für Substituierte“ richtet sich an MitarbeiterInnen, die bereits in der praktischen Arbeit stehen, und an diejenigen, die beabsichtigen in Zukunft in diesem Bereich zu arbeiten (Drogenhilfe, AIDS-Hilfen, Sozialarbeiter aus Ämtern, Krankenpflegepersonal etc.).

Der Fortbildungskurs umfasst 60 Stunden und wird in 3 Zweieinhalb-Tages-Blöcken durchgeführt. Die Teilnahme wird zertifiziert.

Im Zielfokus psychosozialer Unterstützungsmaßnahmen steht die Förderung/Ermöglichung eines menschenwürdigen, selbständigen Lebens unter psychosozialer und gesundheitlicher Stabilisierung (Normalisierung, Wiedereingliederung und gesellschaftliche Teilhabe). Zum Angebotskatalog, dessen inhaltliche Ausgestaltung bzw. praktische Umsetzung auch zielgruppenspezifisch und lebensweltnah ausgerichtet werden muss (z.B. für Minderjährige, Migranten, ältere Patienten, Patienten mit physischer und/oder psychischer Komorbidität) zählen (ohne Anspruch auf Vollständigkeit):

- Aktivierung/Förderung von Selbsthilfepotentialen/-ressourcen (Coping-Strategien und Stärkung der Handlungsautonomie) im Sinne von Empowerment,
- Sicherung finanzieller (Basis-) Versorgung (Schuldnerberatung, Abklärung sozialrechtlicher Möglichkeiten: Arbeitslosenhilfe/Sozialhilfe, Wohngeld, Krankenkassenleistungen inkl. Krankengeld, Rentengelder bei Erwerbsunfähigkeit,
- Lebensunterhalt bei Pflegebedürftigkeit Klärung juristischer Situationen (z.B. offene Strafverfahren, drohende Inhaftierung, Fragen zu Führerschein und Fahreignung) und Entwicklung von Haftvermeidungsstrategien,
- Hilfe bei Arbeitsplatzsuche und Wohnraumbeschaffung (inkl. betreute Wohnformen) und bei Problemen mit Arbeitgebern und Vermietern,
- Klärung von Problemen mit substituierenden Ärzten,
- Unterstützung bei der Aufnahme schulischer und beruflicher Qualifizierungs- und Rehabilitationsmaßnahmen,
- Hilfe bei der Tagesstrukturierung und bei der Entwicklung subjektiv sinnvoller Freizeitgestaltung,
- Beratung bei geplanten Inlands- und Auslandsreisen,
- Ausstiegshilfe: Reduzierung, Eigenkontrolle oder Aufgabe von Parallelgebrauch psychotroper Substanzen wie etwa Kokain, Benzodiazepine, Cannabis, aber auch Alkohol,
- Vermittlung (Case-Referral) in ambulante/stationäre („Beigebruchs“-) Entgiftung, Psychotherapie, oder ambulante/stationäre Abstinenztherapien,

¹ Fachtage und Expertengespräche 2007; 2009; 2010; 2010

² An der Arbeitsgruppe haben teilgenommen: Prof. Dr. Heino Stöver, FH Frankfurt, Urs Köthner, Visionen e.V. Köln; Ulli Merle, Krisenhilfe, Bochum; Annika Groth, Vista, Berlin; Dirk Schäffer, Deutsche Aids-Hilfe, Berlin; Doris Sarrazin, LWL-Koordinationsstelle Sucht, Münster

- Safer-Use-, Safer-Sex-, Safer-Work- und Ernährungsberatung,
- Beratung bei Problemen mit Beziehungspartnern, Eltern oder Angehörigen der Drogenszene,
- Unterstützung bei Therapieentscheidungen (HIV, HBV, HCV)
- Schwangerschaftsberatung,
- Beratung hinsichtlich Kindererziehung und -betreuung (Elternschaft und Kindeswohl),
- Auslotung von Koordinierungspartnern und Kostenträgern bei externem Hilfebedarf (Case-Referral-Management),
- (therapeutische) Gruppenarbeit,
- Krisenintervention in physisch und psychisch belastenden Lebenssituationen/-phasen

Neben konkreter Hilfeplanung geht es v.a. um angewandte Methoden und Programme:

- Case Management
- Psychoedukation
- Motivierende Gesprächsführung am Beispiel des Programms „Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum (KISS)“
- Klientenzentrierte Beratung
- Peer-driven interventions
- Empowerment

Weiterhin sind folgenden Themen von erheblicher Wichtigkeit:

- Umgang mit Beikonsum
- Teilhabe Substituierter an Arbeit und Qualifizierung
- Kooperation zwischen substituierenden Ärzten und Drogenhilfe
- Krisenintervention
- Qualitätssicherung/Dokumentation

Mittlerweile sind drei Kurse durchgeführt worden. Die Erfahrungen mit jeweils ca. 20 TeilnehmerInnen sind durchweg positiv und ermutigend für weitere Durchläufe.

Die Fortbildung ist ein weiterer Beleg dafür, zielgruppenspezifische und lebensweltnahe Aus- und Fortbildungen durchzuführen, z.T. mit Betroffenen, jedenfalls ganz nah an ihren vielfältigen Versorgungswünschen und -möglichkeiten.

11 Literatur

Bundesärztekammer (2010). Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger

ger vom 19.02.2010. Deutsches Ärzteblatt, 107 (11), 511-516.

Deimel, D. (2009). Die psychosoziale Situation und Behandlung substituierter Opiatabhängiger. Eine Analyse der psychosozialen Betreuung Substituierter. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 22 (85), 207-211.

Deimel, D. (2013). Psychosoziale Behandlung in der Substitutionstherapie. Praxis Klinischer Sozialarbeit. Marburg: Tectum.

Gerlach, R. & Stöver, H. (2014). „Psychosoziale Betreuung“ in der Opioid-Substitutionsbehandlung“. In akzept, DAH, JES (Hrsg.), Alternativer Sucht und Drogenbericht. Berlin: Selbstverlag

Resing M., Stürmer M., Steininger S. & Wiggenhauser K. (2014). Empfehlungen für die psychosoziale Betreuung substituierter opiatabhängiger Frauen und Männer. Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen. 5. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage 2014. http://www.bas-muenchen.de/fileadmin/documents/pdf/Publikationen/BAS_EmpfehlungenPSB_2014.pdf

Stöver, H. (2014). „Aspekte beruflicher und sozialer Teilhabeförderung in Ausbildungscurricula für Suchtfachleute“, Forum 6: „Ziele und Methoden beruflicher und sozialer Teilhabeförderung – die beständige Herausforderung“. Fachverband Sucht e.V., Heidelberg, 26.06.2014

WHO (2009). Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence. Geneva/Switzerland. http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence_guidelines.pdf

Prof. Dr. Heino Stöver

Frankfurt University of Applied Sciences
Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit
Nibelungenplatz 1
60318 Frankfurt
hstoeve@fb4.fh-frankfurt.de

Ralf Gerlach

INDRO e.V.
Bremer Platz 18-20
48155 Münster

Prof. Dr. Daniel Deimel

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Abteilung Aachen
Robert-Schuman-Str. 25
52066 Aachen
d.deimel@katho-nrw.de

Deutsche Hauptstelle für
Suchtfragen e.V. (Hrsg.)

Jahrbuch Sucht 2015



328 Seiten, ISBN 978-3-95853-043-0,
Hardcover, Preis: 20,- €

eBook: ISBN 978-3-95853-044-7,
Preis: 15,- € (www.ciando.com)



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28
D-49525 Lengerich
Tel. ++ 49 (0) 5484-308
Fax ++ 49 (0) 5484-550
pabst.publishers@t-online.de
www.psychologie-aktuell.com
www.pabst-publishers.de

Daten, Zahlen und Fakten

Birgit Lehner, Jolante Kepp

Suchtstoffe, Suchtformen und ihre Auswirkungen

Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum

*Beate Gaertner, Jenni Freyer-Adam, Christian Meyer,
Ulrich John*

Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum

Thomas Lampert, Benjamin Kuntz

Medikamente 2013 – Psychotrope und andere Arzneimittel
mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial

Gerd Glaeske

Illegale Drogen – Zahlen und Fakten zum Konsum

Boris Orth, Daniela Piontek, Ludwig Kraus

Glücksspiel – Zahlen und Fakten

Gerhard Meyer

Rauschgiftlage 2013

Michael Hoffmann

Delikte unter Alkoholeinfluss

Rudolf Egg

Suchtmittel im Straßenverkehr 2013 – Zahlen und Fakten

Martina Albrecht, Christine Leipnitz

Suchtkrankenhilfe in Deutschland

Einführung von Katamnesen in der Ambulanten Rehabilitation
Sucht – Ausgewählte Ergebnisse der ersten Entlass-Jahr-
gänge 2011 und 2012

Renate Walter-Hamann, Theo Wessel

Jahresstatistik 2013 der professionellen Suchtkrankenhilfe

Barbara Braun, Jutta Künzel, Hanna Brand

Suchtrehabilitation durch die Rentenversicherung

Barbara Naumann

Aktuelle Themen

Drug-Checking – ein sicheres Verfahren für Harm-
Reduction und Monitoring?

Artur Schroers

Stigmatisierung Alkoholabhängiger

Christina Rummel

Was Sie außerirdischen Besuchern besser nicht zu erklären
versuchen...

Teil 6: Glauben

Raphael Gaßmann

*Renate Mathesius,
Wolf-Ulrich Scholz*

Multimodale Stresskompetenz (MMSK)

Handbuch mit CD-ROM ·
Konzept, Didaktik/Methodik,
Übungsmaterial



**400 Seiten + CD-ROM,
ISBN 978-3-89967-917-5, Preis: 40,- €**

eBook: ISBN 978-3-89967-919-9,
Preis: 30,- € (www.ciando.com)



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28
D-49525 Lengerich
Tel. ++ 49 (0) 5484-308
Fax ++ 49 (0) 5484-550
pabst.publishers@t-online.de
www.psychologie-aktuell.com
www.pabst-publishers.de

Das Handbuch beschreibt die konzeptionellen Grundlagen, Inhalte und didaktisch-methodischen Lösungsansätze des multimodalen Stresskompetenz-Trainings (MMSK). Das Baukastenprinzip des Trainingskonzeptes ermöglicht einen variablen person-, gruppen- und settingbezogenen Einsatz und gibt Anwendern/Anwenderinnen Raum für die Nutzung eigener Erfahrungen und Vorstellungen im Stressbewältigungstraining.

Konzeptkonformität und Struktur des Trainings sichern übergeordnete Leitprinzipien, die auf unterschiedliche Ziel- und Aufgabenstellungen anwendbar sind und die Grundlage für die Planung und Gestaltung des Stresskompetenz-Trainings in Gruppen sowie bei Einzelpersonen bilden.

Stresskompetenz-Training ist sowohl auf die Unterstützung entwicklungsfördernder, gelingender Anpassungsvorgänge als auch auf das Vermeiden, Einschränken und Bewältigen gesundheitsschädigender bzw. -beeinträchtigender Stresswirkungen gerichtet. Das MMSK-Konzept dient vor allem vorausschauend- und präventivorientierten Aufgabenstellungen, lässt sich aber auch in psychotherapeutische Interventionsprozesse integrieren.

Das Handbuch richtet sich an Psychologen/Psychologinnen, Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen, Ärzte/Ärztinnen, psychologisch ausgebildete Personen in Beratung und Coaching sowie Absolventen gesundheits-, betriebs- und sportwissenschaftlicher sowie sozialpädagogischer Studiengänge, die auf den verschiedensten Gebieten der Gesundheitsförderung, Gesunderhaltung und Rehabilitation tätig sind. Stresskompetenz-Training erlangt im betrieblichen bzw. beruflichen Kontext, bei der Behandlung psychosomatischer Störungen (z.B. Rückenleiden) und im Gesundheitssport zunehmend an Bedeutung.

Leser und Leserinnen finden in diesem Handbuch theoretische Grundlagen zum Stressbegriff, Information über neue Ansätze und Zugänge zur Stressproblematik und weiterführende Literatur sowie ein theoriegeleitetes Interventionskonzept mit einer Vielzahl praktisch-methodischer Anregungen und Übungsmaterialien (auch auf CD). Beispielprogramme zur Gestaltung eines Stresskompetenz-Trainings und Fragebogen zur Veränderungs- und Zustandsmessung ergänzen dies.

H.-P. Steingass (Hrsg.)

Aspekte der Soziotherapie chronisch mehrfach beeinträchtigter Abhängiger



**276 Seiten, ISBN 978-3-95853-037-9,
Preis: 25,- €**

eBook: ISBN 978-3-95853-038-6,
Preis: 15,- € (www.ciando.com)



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28
D-49525 Lengerich
Tel. ++ 49 (0) 5484-308
Fax ++ 49 (0) 5484-550
pabst.publishers@t-online.de
www.psychologie-aktuell.com
www.pabst-publishers.de

Hans-Peter Steingass: Vorwort

Michael Broda: Salutogenese und Prävention

Petra Schuhler: Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankung

Thomas Kuhlmann: Ambivalenz? Ganz normal! Widerstand? Ein Problem des Therapeuten! – Über das Konzept des Motivational Interviewing (MI)

Nossrat Peseschkian[†]: Die Anwendung der Positiven Psychotherapie im Rahmen der Suchtbehandlung unter Einbeziehung von Geschichten und Lebensweisheiten

Hans-Peter Steingass, Nadine Thams, Andrea Quaß: PLOP – Ein verhaltenstherapeutisches Gruppen- und Spielprogramm für Alkoholabhängige mit exekutiven Störungen

Johannes Lindenmeyer: Gibt es eine neuropsychologische Rückfallprävention bei Alkoholabhängigen?

Peter Summa-Lehmann: Ohrakupunktur in der Suchtbehandlung

Eckhard Schiffer: Warum Tausendfüßler keine Vorschriften brauchen – reflektierte Intuition als therapeutische Ressource

Monika Vogelgesang: Sucht und Anorexia/Bulimia nervosa

Hans-Peter Steingass: Sucht und was im Gehirn passiert – Was Suchttherapeutinnen und Suchttherapeuten von den Neurowissenschaften lernen können

Jörg Petry: „Pathologisches Glücksspielen“ – das Störungsbild und seine Behandlung

Heinz-Werner Schuster: Wohnen in und Teilhabe an der Gesellschaft – Aspekte des Wohn- und Teilhabegesetzes (WTG) in Einrichtungen der Eingliederungshilfe

Rolf Keller: Zwänge und Zwangslagen – Wege in die Freiheit

Felix Tretter: Freier Wille und Abhängigkeitsentwicklung – Klinische und theoretische Aspekte

Oliver Kreh: Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention – Mindfulness-Based Relapse Prevention for Addictive Behaviors (MBRP)



**Sigmund Freud
PrivatUniversität**

Wien Linz Paris Berlin
Ljubljana Milano

Das Seelenleben studieren

www.sfu.ac.at | www.sfu-linz.ac.at | www.sfu-berlin.de



Detailinformationen finden Sie unter: www.sfu.ac.at