



Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger in Bremen

Ergebnis einer Patientenbefragung
in einer Bremer Schwerpunktpraxis

GBE-Praxisbericht





Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger in Bremen - Ergebnis einer PatientInnenbefragung in einer Bremer Schwerpunktpraxis

GBE-Praxisbericht

Impressum:

Herausgeber:

Gesundheitsamt Bremen
Horner Straße 60-70
28203 Bremen

Verantwortlich:

Dr. Günter Tempel (Kommunale Gesundheitsberichterstattung)
Dr. Gerd Möhlenkamp (Sozialpsychiatrische Abteilung)

Autoren:

Eva Carneiro-Alves (Ambulante Drogenhilfe Bremen gGmbH)
Frank Schmidt (Referat Drogenhilfe in der Sozialpsychiatrischen Abteilung)

Kontakt:

Telefon: 0421/361-5595
Frank.Schmidt@Gesundheitsamt.Bremen.de
Internet: www.gesundheitsamt.bremen.de

Für die umfassende Unterstützung bei der Durchführung der Patientenbefragung danken wir den Ärzten und Mitarbeitern/innen der Gemeinschaftspraxis Drs. Tietje, Heer, Koc in Bremen.

Oktober 2010

Anmerkung:

Neben den umfassenden thematischen Berichten der Kommunalen Gesundheitsberichterstattung des Gesundheitsamts Bremen erscheinen als „GBE-Praxisberichte“ in Zusammenarbeit mit der GBE auch Berichte aus anderen Fachreferaten des Gesundheitsamts. Die Praxisberichte sollen insbesondere der Fachöffentlichkeit Arbeitsansätze, Projekte und Untersuchungsergebnisse in kompakter Form vorstellen und zur Diskussion beitragen.



Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	3
2. Kurze Historie der Substitutionsbehandlung in Deutschland	3
3. Substitutionsbehandlung in Bremen.....	4
4. Ergebnisse der Befragung in der Gemeinschaftspraxis Drs. Tietje, Heer, Koc.....	7
4.1. Methodik.....	7
4.2. Allgemeine Angaben zu den befragten PatientInnen	8
4.3 Diagnosen	8
4.4 Angaben zur Substitutionsbehandlung.....	9
4.5 Weitere biographische Angaben	10
4.6 Substitutionsbegleitende Hilfen/ psychosoziale Betreuung (PSB)	11
5. Resümee	12

Anlagen:

Anlage 1: Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (Fassung vom 12.06.2010)

Anlage 2: Standards und Verfahrensregeln für substitutionsbegleitende Hilfen/ Psycho-
soziale Betreuung Substituierter in Bremen



1. Einleitung

Im Jahr 2009 wurde in Bremen durch die Gemeinschaftspraxis Drs. Tietje, Heer, Koc die bis dato größte Schwerpunktpraxis für die Substitutionsbehandlung Drogenabhängiger mit zwei Standorten in Burgdamm und Bremen-Mitte gegründet. In der Gemeinschaftspraxis mit insgesamt 7 Ärztinnen und Ärzten können nach den Vorgaben der Kassenärztlichen Vereinigung bis zu 350 Drogenabhängige behandelt werden. Obwohl die Gründung von Arztpraxen im Rahmen der Niederlassungsfreiheit grundsätzlich nicht genehmigungspflichtig ist, entwickelte sich an beiden Standorten Widerstand von Anwohnenden gegen die neuen Praxisstandorte.

In Gesprächen, die unter Vermittlung des Ortsamtsleiters stattfanden, wurde von Anwohnenden des Standorts Burgdamm, aber auch von VertreterInnen der Arztpraxis unter anderem der Wunsch geäußert, durch zusätzliche psychosoziale Betreuungsangebote vor Ort möglichen Störungen vorzubeugen, die durch drogenabhängige Patienten verursacht werden könnten.

Die Stadt Bremen verwies in den Gesprächen darauf, dass es zur psychosozialen Betreuung Substituierter in Bremen eine gültige Vereinbarung mit den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung gibt¹ und zusätzliche Mittel angesichts der Haushaltslage Bremens nicht zur Verfügung stehen. Sie erklärte sich aber gleichwohl bereit, eine Überprüfung des Bedarfs durchführen zu lassen. Diese fand mittels einer Befragung der Patientinnen und Patienten der Praxis in Burgdamm statt. Die Praxis unterstützte das Vorhaben, erlaubte die Nutzung ihrer Räumlichkeiten und stellte ihre Infrastruktur zur Verfügung. Zielsetzung war eine erste Einschätzung des Bedarfs an substitutionsbegleitenden Hilfen in der Großpraxis.

Bevor die Ergebnisse der PatientInnenbefragung vorgestellt werden, zunächst einleitend einige grundlegende Informationen zur Substitutionsbehandlung in Deutschland bzw. Bremen.

2. Kurze Historie der Substitutionsbehandlung in Deutschland

Die medikamentöse Behandlung Drogenabhängiger mit den Opiatersatzstoffen Methadon bzw. Polamidon wird in den USA bereits seit den 50er Jahren praktiziert². In Deutschland wurde die Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger erst Anfang der 90er Jahre zugelassen; vorausgegangen war eine zum Teil äußerst kontrovers geführte Debatte über den Nutzen dieser Behandlungsform.

Die Befürworter der Substitutionsbehandlung verwiesen vor allem darauf, dass durch die kontrollierte Vergabe eines Ersatzstoffs die Risiken bzw. Komplikationen des intravenösen Drogenkonsums wie Spritzenabszesse, die Übertragung von Infektionskrankheiten wie HIV-Aids und Hepatitis und Todesfälle durch versehentliche Überdosierung vermieden bzw. reduziert werden könnten. Zudem entfalle der Zwang zur Beschaffungskriminalität, was sowohl im Interesse der KonsumentInnen als auch der Gesellschaft sei. Kritik kam vor allem von Teilen der Suchtkrankenhilfe, die in der Substitutionsbehandlung eine faktische Aufgabe des Behandlungsziels Abstinenz sahen.

¹ Standards und Verfahrensregelungen für substitutionsbegleitende Hilfen/ Psychosoziale Betreuung Substituierter in Bremen vom 01.05.2007 (Anlage 2)

² Die medizinische Wirksamkeit der Substitutionsbehandlung beruht darauf, dass die eingesetzten Ersatzstoffe Opiode sind, die die sogenannten „Opiatrezeptoren“ im Gehirn besetzen bzw. blockieren. Dadurch sollen zusätzlich konsumierte Opiate (wie z.B. Heroin) keine Wirkung mehr erzielen; so werden einerseits das Substanzverlangen, andererseits aber auch körperliche Entzugssymptome unterdrückt.

Durch ihre relativ lange Wirksamkeit (24-48 Std.; Heroin: 4-6 Std.) müssen die Ersatzmedikamente lediglich einmal täglich eingenommen werden. Die Einnahme erfolgt in der Regel oral unter Aufsicht; um das Entstehen eines Schwarzhandels zu verhindern, erhalten PatientInnen nur in Ausnahmefällen Tages- oder Wochenenddosens („Take-home“) zu selbstständigen Einnahme.



Inzwischen hat sich die Substitution als zusätzliche Behandlungsform Opiatabhängiger in Deutschland etabliert. Unbestritten ist, dass sich durch die Substitutionsbehandlung die gesundheitliche Situation und die Lebensqualität verbessert haben. Grundsätzlich möglich ist unter einer Substitutionsbehandlung auch die Ausübung einer regulären Erwerbstätigkeit. Gestiegen ist die Lebenserwartung der Betroffenen. Die seit Jahren sinkende Zahl der Drogentoten in Deutschland ist sehr wahrscheinlich auch auf die zunehmende Zahl der Substitutionsbehandlungen zurückzuführen. Aktuell erhalten in Deutschland etwa 75.000 Drogenabhängige³ eine Substitutionsbehandlung - zumeist in entsprechend spezialisierten Hausarztpraxen.

Zur Substitutionsbehandlung sind verschiedene Medikamente bzw. Substanzen zugelassen. Am häufigsten angewendet werden in Deutschland Methadon/ Polamidon® und Buprenorphin/ Subutex®; relativ neu auf dem Markt ist das Kombinationspräparat Subuxone®. Im vergangenen Jahr hat der Bundestag beschlossen, in Deutschland auch die Substitutionsbehandlung von Schwerstabhängigen mit synthetisch hergestelltem Heroin (Diamorphin) zuzulassen, nachdem diese zuvor in sieben Städten über mehrere Jahre modellhaft erprobt wurde.⁴

Die Substitutionsbehandlung wird zwar nicht mehr grundsätzlich in Frage gestellt, strittig sind aber nach wie vor die Vergaberichtlinien⁵ und Fragen der Finanzierung. Die ursprünglich sehr restriktiven Vergaberichtlinien sind in den vergangenen Jahren Schritt für Schritt gelockert worden. Gleichwohl gelten für die Vergabe nach wie vor strenge – aus Sicht mancher Ärzte *zu* strenge – Richtlinien. Beschränkt ist unter anderem die maximale Patientenzahl (in Bremen 50 Substitutionspatienten pro Arzt), Ärzte unterliegen einer strengen Dokumentationspflicht und die Substitutionsbehandlung muss grundsätzlich im Rahmen eines „umfassenden Therapiekonzepts“ erfolgen, zu dem auch eine ergänzende psychosoziale Betreuung der PatientInnen gehören soll.

Dass eine ergänzende psychosoziale Betreuung in aller Regel sinnvoll ist, ist angesichts der desolaten Lebensverhältnisse vieler Drogenabhängiger weitgehend unstrittig. Mangels eindeutiger Richtlinien umstritten sind dagegen Art und Umfang dieser zusätzlichen Hilfen und die Frage, ob die Inanspruchnahme der Hilfen freiwillig sein soll oder gegebenenfalls auch „erzwungen“ werden muss (und kann).

Eine nicht unwesentliche Rolle bei der Bewertung und Bemessung ergänzender psychosozialer Hilfen spielt die Frage ihrer Finanzierung. Zwar sind solche Hilfen nach den Richtlinien von Bundesärztekammer und Krankenkassen zwingender Bestandteil einer Substitutionsbehandlung, eine Beteiligung an den Kosten wird jedoch von den Krankenkassen abgelehnt und auf die Kommunen als Kostenträger verwiesen.

3. Substitutionsbehandlung in Bremen

In der Stadt Bremen wurden im vergangenen Jahr ca. 1.200 Opiatabhängige durch insgesamt 55 zugelassene ÄrztInnen bzw. Praxen substituiert.⁶ Überwiegend erfolgt die medizinische Behandlung durch niedergelassene ÄrztInnen, in der Mehrheit durch Allgemeinmedizi

³ Bei geschätzt 150.000 Opiatabhängigen in Deutschland entspricht dies einer Quote von etwa 50%

⁴ Die Diamorphinbehandlung ist aufwändiger und teurer als die bisher üblichen Substitutionsverfahren, u.a. deshalb, weil das Medikament mehrmals täglich verabreicht werden muss. Die Vergaberichtlinien und die Finanzierung durch die GKV sind derzeit noch nicht abschließend geklärt.

⁵ Seitens des Gesetzgebers definiert die „Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV)“ die Voraussetzungen, unter denen ein Arzt/eine Ärztin opiatabhängige PatientInnen mit Substitutionsmitteln behandeln darf. Für die behandelnden ÄrztInnen maßgeblich sind darüber hinaus die Richtlinien der Bundesärztekammer zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger. Schließlich gibt es gesonderte Richtlinien des „Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen“, die gelten, wenn die Substitutionsbehandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erfolgt. (Anlage 1) Zusätzliche regionale Richtlinien gibt es durch die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen.

⁶ Bremische Bürgerschaft: Antwort des Senats auf eine große Anfrage der CDU-Fraktion, 05/2010



nerInnen. Es gibt 9 „Schwerpunktpraxen“ mit jeweils mehr als 50 substituierten PatientInnen, aber auch viele ÄrztInnen, die nur in Einzelfällen Substitutionsbehandlungen durchführen. Neben den bereits erwähnten bundesweit gültigen Richtlinien haben die Bremer Ärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung Bremen in Abstimmung mit den Krankenkassen eigene Richtlinien und Empfehlungen für die Substitutionsbehandlung verabschiedet. Alle substituierenden ÄrztInnen müssen über eine suchttherapeutische Zusatzqualifikation verfügen und unterliegen der Kontrolle einer speziellen „Qualitätssicherungskommission“, die aus VertreterInnen der Ärzteschaft, der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen zusammengesetzt ist.

Etwa 100 inhaftierte Drogenabhängige werden in Bremer Haftanstalten durch AnstaltsärztInnen substituiert. Angewendet wird die Substitution auch im Rahmen des Drogenentzugs in der Klinik Dr. Heines und zur Sicherstellung von erforderlichen somatischen Behandlungen Drogenabhängiger in Allgemeinkrankenhäusern.

In Trägerschaft des Drogenhilfeträgers comeback GmbH befinden sich schließlich weitere 100 genehmigte Plätze für zwei Substitutionsprogramme für spezielle Zielgruppen (Ergänzende Methadonprogramme – EMPs) sowie 30 Plätze als „Überbrückungssubstitution“ für PatientInnen, bei denen eine Substitutionsbehandlung kurzfristig beendet wurde (z.B. durch eine Krankenhausentlassung), ohne dass eine Anschlussbehandlung organisiert war⁷. Die Ergänzenden Methadonprogramme mit je 50 Plätzen für Frauen und Männer richten sich vornehmlich an Patienten, die den Anforderungen einer niedergelassenen Arztpraxis nicht gewachsen sind und/oder einen besonders intensiven Bedarf an ergänzenden psychosozialen Hilfen haben. Für diese Hilfen stehen in den Programmen sozialpädagogische Fachkräfte zur Verfügung, die von der Kommune finanziert werden.

Substituierte Patientinnen und Patienten mit Behandlungs- und Wohnort in der Stadtgemeinde Bremen (Dokumentation der kassenärztlichen Vereinigung mit Stichtag 03.09.2009)

	gesamt	weiblich	männlich
Anzahl (N)	1152	342	810
Anzahl (%)		29,7%	70,3%
18 - 24 Jahre	4%	7%	3%
25 - 34 Jahre	23%	22%	23%
35 - 44 Jahre	40%	38%	41%
45 Jahre und älter	33%	33%	33%
Durchschnittsalter	40,4 J.	40,0 J.	40,5 J.
Summe	100%	100%	100%

Im Vergleich zur Gesamtklientel der Bremer Drogenberatungsstellen im Jahr 2009 sind die substituierten Drogenabhängigen im Durchschnitt deutlich älter (40,4 Jahre gegenüber 33,5 Jahre). Das Verhältnis zwischen Männern und Frauen entspricht mit 70 zu 30 in etwa dem, was auch aus anderen Untersuchungen über Drogenabhängige bekannt ist.

Die regionale Verteilung der Arztpraxen, in denen Drogenabhängige substituiert werden, zeigt die folgende Grafik⁸ :

⁷ Bei einer geplanten Beendigung einer Behandlung muss das Substitutionsmittel in kleinen Schritten abdosiert werden. Ein abruptes Absetzen des Substituts kann zu schweren, im Einzelfall auch lebensbedrohlichen Komplikationen führen.

⁸ In den Zahlen des Substitutionsregisters (Grafik) sind auch Substitutionsbehandlungen in Haft und privat substituierte Patientinnen und Patienten enthalten.



Auf Grund der ärztlichen Niederlassungsfreiheit ist eine regionale „Patienten-Steuerung“ etwa mittels rechtlicher oder politischer Vorgaben praktisch nicht möglich. Dennoch hat sich im Bremer Stadtgebiet eine relativ ausgewogene Verteilung der Standorte entwickelt, mit regionalen Schwerpunkten in den Stadtbezirken Mitte und Nord.

Für die psychosoziale Betreuung derjenigen Patientinnen und Patienten, die in niedergelassenen Arztpraxen substituiert werden, wurden im Jahr 2007 zwischen Vertretern der Ärzteschaft, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Drogenhilfeträger und der Stadt Bremen „Standards und Verfahrensregeln für substitutionsbegleitende Hilfen“ vereinbart (Anlage 2). Bestandteile sind ein schriftliches Überweisungsverfahren des substituierenden Arztes / der substituierenden Ärztin zur Drogenhilfeeinrichtung und eine ausführliche Ermittlung des psychosozialen Hilfebedarfs durch die Drogenhilfe, über die der behandelnde Arzt / die Ärztin ebenfalls schriftlich informiert wird. Über weitere psychosoziale Hilfen wird im Einzelfall zwischen der Drogenhilfeeinrichtung und dem Arzt / der Ärztin beraten und entschieden. Bestandteil der Vereinbarung ist darüber hinaus die regelmäßige Beteiligung von Vertretern der Drogenhilfe am monatlichen „Qualitätszirkel“ der substituierenden ÄrztInnen in Bremen.

2007 erhielten ca. 40 % der Patientinnen und Patienten substitutionsbegleitende Hilfen in einem strukturierten Kontext (Hilfeplan) über die Drogenhilfezentren, das Kontakt- und Beratungszentrum, die ergänzenden Methadonprogramme, die Straffälligenhilfe, das Betreute Wohnen oder im Rahmen der Suchtberatung nach § 16a SGB II⁹.

Aktuell ist der Anteil der betreuten Substituierten vermutlich größer, weil die substituierenden Ärzte seit etwa 2009 deutlich mehr Patientinnen und Patienten im Rahmen des vereinbarten Verfahrens zur psychosozialen Betreuung an die Einrichtungen der Drogenhilfe überweisen.

4. Ergebnisse der Befragung in der Gemeinschaftspraxis Drs. Tietje, Heer, Koc

4.1. Methodik

Für die Befragung wurde ein teilstandardisierter Fragebogen entwickelt, der überwiegend Selbstauskünfte der Patientinnen und Patienten zu substitutionsrelevanten Bereichen abfragte.

Die Befragung wurde zwischen dem 12. Oktober und dem 18. Dezember 2009 am Praxisstandort Burgdamm durchgeführt. Sie fand zu zwei bis drei Zeitpunkten pro Woche während der Substitut-Vergabezeiten statt, wobei darauf geachtet wurde, dass alle drei Vergabezeitpunkte (morgens, mittags und abends) ausreichend berücksichtigt wurden. Die Praxis übernahm die Motivierung der PatientInnen zur Teilnahme an der Befragung und die entsprechende Terminvergabe.

Zur besseren Einordnung der Ergebnisse wird an einigen Stellen Bezug genommen auf die Jahresstatistik 2009 der Bremer Drogenberatungsstellen (1.166 Klienten), die Ergebnisse einer einjährigen Dokumentation der drogenabhängigen PatientInnen der Klinik Dr. Heines (2007/2008, 527 PatientInnen)¹⁰ und die Statistik der kassenärztlichen Vereinigung über alle Substitutionsbehandlungen in Bremen (Stichtag 3.9.2009). Diese Statistiken vermitteln zusammengenommen ein weitgehend repräsentatives Bild der Gesamtgruppe der Drogenabhängigen in Bremen, deren Zahl insgesamt auf etwa 4.000 geschätzt wird.

⁹ Drucksache 17/868 der Bremischen Bürgerschaft, Kleine Anfrage der Fraktionen der SPD und Bündnis90/ Die Grünen vom 8. Juli 2009

¹⁰ Veröffentlicht im Jahr 2009 als GBE-Bericht des Gesundheitsamtes Bremen



4.2. Allgemeine Angaben zu den befragten PatientInnen

Es konnten innerhalb des Zeitraumes 162 Substituierte befragt werden, das sind mehr als 60% aller Patientinnen und Patienten der Praxis. Der Frauenanteil betrug 23%, was ungefähr dem Prozentsatz entspricht, der im gleichen Jahr bei der Klientel der Drogenberatungsstellen gemessen wurde (24,5 %).

Das Durchschnittsalter der Befragten lag bei 36 Jahren, bei den Frauen mit 34,6 Jahren knapp zwei Jahre unter dem der Männer mit 36,5 Jahren. Damit ist das Durchschnittsalter der substituierten Patientinnen und Patienten in der untersuchten Gemeinschaftspraxis deutlich niedriger als das *aller* Substituierten in Bremen (40,4 Jahre), aber höher als das der Klientel der Drogenhilfeszentren (Männer 33,8 Jahre, Frauen 32,6 Jahre, Durchschnittsalter 33,5 Jahre).

Tabelle 1: Alter und Geschlecht (N = 162)

	gesamt (N)	männlich (124)	weiblich (38)
18 - 24 Jahre	7% (12)	6%	13%
25 - 34 Jahre	36% (59)	35%	39%
35 - 44 Jahre	43% (69)	44%	39%
45 Jahre und älter	14% (22)	15%	8%
Gesamt	100% (162)	77%	23%
Durchschnittsalter	36,0 Jahre	36,5 Jahre	34,6 Jahre

68 % der Befragten hatten ihren Wohnort im regionalen Einzugsbereich der Gemeinschaftspraxis (Bremen-Nord, Gröpelingen), 15 % wohnten in anderen Bremer Stadtteilen und 8 % lebten im niedersächsischen Umland.

Ein großer Anteil der Befragten (32%) wurde schon vor mehr als 10 Jahren erstmals substituiert. 10 % der Befragten hatten erst innerhalb des letzten Jahres mit der Substitution begonnen.

Tabelle 2: Substitutionsdauer¹¹ (N = 162)

	gesamt (N)	männlich	weiblich
unter 2 Jahren	20% (33)	20%	21%
3 bis 10 Jahre	48% (78)	47%	50%
über 10 Jahren	32% (51)	33%	29%
Gesamt	100% (162)	100%	100%

38 % der Befragten wurden schon seit mehr als zwei Jahren in der Praxis Dr. Tietje substituiert, also auch schon vor dem Start der Substitutions-Großpraxis.

4.3 Diagnosen

Neben der Suchtdiagnose war bei drei Vierteln der Befragten eine Virushepatitis bekannt, bei 7 % (11 PatientInnen) eine HIV-Infektion. Bei 55 % wurde zusätzlich eine körperliche Erkrankung diagnostiziert. Mit 31% war der PatientInnenanteil mit diagnostizierten psychischen bzw. psychiatrischen Begleiterkrankungen (Komorbidität) gemessen an vergleichbaren Untersuchungen eher niedrig. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass in der ärztlichen Praxis bei der Behandlung von Suchtkranken zusätzliche psychische Erkrankungen vielfach nur dann explizit diagnostiziert und dokumentiert werden, wenn sie auch speziell behandelt werden.

¹¹ Mögliche Unterbrechungen der Substitutionsbehandlung wurden nicht erfasst.



Tabelle 3: Zusätzliche Diagnosen (Mehrfachnennungen; N = 272)

	gesamt (N)	männlich	weiblich
Hepatitis (HCV)	75% (121)	75%	74%
HIV	7% (11)	7%	5%
Psychische Erkrankungen	31% (51)	31%	34%
Körperliche Erkrankungen	55% (89)	52%	63%

Bei den psychischen Störungen wurden affektive Störungen wie Depressionen (13%) und neurotische, Belastung- und somatoforme Störungen wie die Posttraumatische Belastungsstörungen (10 %) am häufigsten benannt. Bei Frauen wurden anteilig mehr Persönlichkeitsstörungen (8% : 2%) und bei Männern anteilig mehr affektive Störungen (14% : 11%) aufgeführt.

Im Vergleich zur PatientInnendokumentation in der Klinik Dr. Heines ist der Anteil der HCV-Infektionen deutlich höher, die Anteile der HIV-infizierten und psychiatrisch komorbiden Patienten sind jedoch etwas niedriger.

4.4 Angaben zur Substitutionsbehandlung

Die am häufigsten verabreichten Substitutionsmedikamente waren L-Polamidon (51 %) und das pharmakologisch verwandte DL-Methadon (43 %) Deutlich seltener wurden die Präparate Suboxone und Subutex verabreicht (jeweils 3 % der Befragten). Gravierende geschlechtsspezifische Unterschiede waren weder bezüglich der Verschreibungspraxis noch bezüglich der Dosierung feststellbar. Drei Viertel der Befragten erhielten eine mittlere Dosierung, 19 % eine eher niedrige (bis 4 ml) und 6 % eine hohe Dosierung (über 15 ml/Tag).

Eines der größten Probleme bei der Substitutionsbehandlung ist die Reduzierung des zusätzlichen Konsums anderer Suchtmittel (Beikonsum). Zwar ist für die meisten Drogenabhängigen Heroin die Hauptdroge, der zusätzliche Konsum anderer Suchtmittel ist aber eher die Regel als die Ausnahme. So war der hohe Anteil der PatientInnen, die über Beikonsum berichteten, zunächst nicht überraschend.

Tabelle 4: Beikonsum (N = 162)

	gesamt (N)	männlich	weiblich
kein Beikonsum	14% (22)	13%	15%
gelegentlicher Beikonsum	52% (84)	52%	53%
täglicher Beikonsum	34% (56)	35%	32%
Gesamt	100% (162)	100%	100%

Schon überraschender war der Befund, dass Heroin die per Selbstauskunft meist genannte Substanz beim Beikonsum war (bei 58 % der Befragten), obwohl doch die Substitutionsbehandlung gerade das Verlangen nach Opiaten unterbinden soll. Neben Heroin wurden Cannabis (51%), Alkohol (36%), Benzodiazepine (33%) und Kokain (15%) als Beikonsumsubstanzen angegeben.

Obwohl keine Vergleichszahlen aus anderen Substitutionspraxen vorliegen, ist nicht davon auszugehen, dass die hier ermittelten Befunde zum Beikonsum eine Besonderheit der untersuchten Praxis darstellen. Bei den Bremer Substituierten hat die Praxis sogar eher den Ruf, auf Beigebrauch besonders konsequent zu reagieren.

Etwa ein Viertel der Befragten bekam zusätzlich zur Substitution noch Psychopharmaka verschrieben, vor allem Antidepressiva (17 %) und/ oder Neuroleptika (10 %).



4.5 Weitere biographische Angaben

Nach den ursprünglichen Behandlungsrichtlinien sollte eine Substitutionsbehandlung eigentlich nur dann indiziert sein, wenn zuvor abstinenzorientierte Behandlungsversuche (Entgiftungs- bzw. Entwöhnungsbehandlungen¹²) durchgeführt wurden. Zwar wurde diese Indikation zwischenzeitlich gelockert, dennoch waren die folgenden Zahlen so nicht erwartet worden:

Tabelle 5: Durchgeführte Entwöhnungsbehandlungen (N = 162)

	gesamt (N)	männlich	weiblich
keine	48% (78)	44%	63%
eine	23% (37)	20%	32%
mehr als eine	29% (47)	36%	5%
Gesamt	100% (162)	100%	100%

Fast jeder/jede zweite Substituierte hatte noch nie eine Entwöhnungsbehandlung versucht; von den Patientinnen waren es sogar beinahe zwei Drittel. Auch hatten 23 % der Befragten zum Befragungszeitpunkt noch nie eine stationäre Entgiftungsbehandlung versucht - hier lag der Anteil der Patientinnen noch höher (29 %).

Umgekehrt gab es auch eine beträchtliche Patientengruppe, die – offenbar ohne nachhaltigen Erfolg – bereits zahlreiche Entgiftungs- und Entwöhnungsversuche unternommen hatte. 47 % der Männer (Frauen: 37 %) hatten bereits drei oder mehr *Entgiftungsbehandlungen* durchgeführt, und 36 % der Männer zwei oder mehr *Entwöhnungsbehandlungen* (Frauen: 5 %).

Bezüglich ihrer Sozialkontakte kann von einer ausschließlichen Orientierung der befragten PatientInnen auf die sogenannte „Drogenszene“ nicht gesprochen werden:

Tabelle 6: Soziale Beziehungen (Mehrfachnennungen; N = 440)

	gesamt (N)	männlich	weiblich
Kontakt zu Angehörigen	82% (133)	83%	79%
Freunde	62% (100)	52%	39%
Cleankontakte	77% (125)	77%	76%
Partnerschaft	51% (82)	43%	76%

Der überwiegende Anteil der Befragten gab an, Kontakt zu Angehörigen (82%) zu haben. Kontakte zu FreundInnen wurden von Männern häufiger genannt als von den Frauen (52% zu 39%); Frauen befanden sich dafür deutlich häufiger in einer Partnerschaft als Männer (76% zu 43%). Immerhin gut drei Viertel der Befragten (77%) verwiesen auch auf Kontakte außerhalb der Drogenszene (Cleankontakte). Umgekehrt hat fast ein Viertel der Untersuchten keinerlei Cleankontakte und ist damit hinsichtlich seiner sozialen Beziehungen ausschließlich auf die „Drogenszene“ orientiert.

¹² Entwöhnungsbehandlungen werden bei Drogenabhängigen überwiegend stationär in speziellen Fachkliniken durchgeführt. Die Therapiezeit beträgt in der Regel 6-10 Monate. Deutlich kürzer (2-4 Wochen) sind stationäre Entgiftungsbehandlungen, die in Bremen ausschließlich in der Klinik Dr. Heines durchgeführt werden können.



Neben ihrer Suchterkrankung weisen Drogenabhängige typischerweise eine Reihe von Merkmalen auf, die ihre gesellschaftliche Integration erschweren. Dazu gehören niedrige oder fehlende Schulabschlüsse, eine weit überdurchschnittliche Arbeitslosigkeit, mehr oder weniger hohe Schulden und laufende Gerichtsverfahren, in der Regel auf Grund von Delikten der sogenannten „Beschaffungskriminalität“. Grundsätzlich bestätigt die Erhebung dieses Bild.

Tabelle 7: Sozioökonomische Belastungen

	gesamt (N)	männlich	weiblich
arbeitslos (ALG I / ALG II) (N = 162)	76% (123)	74%	81%
Schulden (N = 161)	81% (130)	80%	84%
Laufende Justizverfahren (N = 161)	48% (77)	49%	45%

Allerdings war mit 15 % (Männer 17 %) der Anteil der Erwerbstätigen in der Untersuchungsgruppe deutlich höher als in der Gesamtgruppe aller Drogenabhängigen. Nur insgesamt 6% der Befragten waren nicht mehr arbeitsfähig (berentet oder im Sozialhilfebezug), d.h. die übergroße Mehrheit der substituierten Drogenabhängigen war bei der Arbeitsagentur bzw. der BAGIS¹³ als arbeitsfähig eingestuft.

Auf ein ganz spezifisches Problem der Substitutionsbehandlung Drogenabhängiger (nicht nur in Bremen) weisen die folgenden Zahlen hin: 15% der Männer und 32% der Frauen berichteten, ohne Monatskarte mit Bus/Bahn zur täglichen Substitutionsausgabe und dabei auch zumindest zeitweise und besonders gegen Monatsende schwarz zu fahren. Einige berichteten von erheblichen Strafverfahren wegen Schwarzfahrens.

4.6 Substitutionsbegleitende Hilfen/ psychosoziale Betreuung (PSB)

Nach den geltenden Vergaberichtlinien ist eine Substitutionsbehandlung im Prinzip nur dann zulässig, wenn neben der medizinischen Behandlung eine ergänzende psychosoziale Betreuung erfolgt, in der Regel durch Einrichtungen der Drogenhilfe. Da die bundesweiten Vorgaben eher allgemein gehalten sind, haben sich die Beteiligten in Bremen auf eigene Standards und Verfahrensregeln verständigt (Anlage 2).

Die Erhebungsergebnisse zeigen, dass in der Umsetzung der Vereinbarung noch Defizite bestehen. Nur ein knappes Drittel (29%) der Befragten gab an, über die in den Richtlinien vorgesehene ärztliche Überweisung in substitutionsbegleitende Hilfen durch die Bremer Drogenhilfe gelangt zu sein. Relativiert wird dieses Ergebnis allerdings, wenn man diejenigen Befragten hinzuzählt, die sich in einem anderen Kontext aktuell in Betreuung durch Institutionen der Drogenhilfe befinden.

Tabelle 8: Inanspruchnahme substitutionsbegleitender Hilfen/ PSB (N = 162)

	gesamt (N)	männlich	weiblich
PSB durch Drogenhilfe (mit Überweisung)	29% (47)	30%	26%
andere Betreuung durch Drogenhilfe	36% (58)	35%	40%
Keine Betreuungsmaßnahmen	35% (57)	35%	34%
<i>Gesamt</i>	<i>100% (162)</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>

Es verbleibt also ein Anteil von 35%, der nach eigenen Angaben in den letzten 12 Monaten keinerlei Beratung oder Betreuung durch die Drogenhilfe in Anspruch genommen hat.

¹³ Bremer Arbeitsgemeinschaft für Integration und Soziales.



Von den Befragten, die keine Beratung oder Betreuung in Anspruch genommen hatten, gaben 59% an, dass Hilfen nicht notwendig gewesen seien, 18% war das Angebot nicht bekannt und 14% fanden das Angebot nicht passend. 9% gaben an, „keine Zeit“ für substituitionsbegleitende Hilfen zu haben.

Eine gesonderte Auswertung der „unbetreuten“ Gruppe ergab einige interessante Befunde: Der Anteil der Erwerbstätigen lag hier mit fast 30 % deutlich höher als in der Gesamtgruppe, ein deutlich geringerer Anteil (32 %) hatte Probleme mit laufenden Justizverfahren und auch die Schuldenbelastung war etwas geringer. Diese Befunde deuten darauf hin, dass der Bedarf an zusätzlicher Unterstützung durch die Drogenhilfe zumindest bei einem Teil dieser Gruppe tatsächlich geringer ist.

Nicht auf den ersten Blick erklärbar ist dagegen, dass die „Unbetreuten“ in allen Bereichen sozialer Beziehungen (Angehörige, Freunde, Partnerschaft) signifikant isolierter leben als die Gruppe derer, die sich in Betreuung befinden. Möglicherweise zeigt sich hier eine Art „Einkämpfermentalität“, die auch den Zugang zu Betreuungsangeboten erschwert.

Keine Unterschiede zwischen Betreuten und Unbetreuten ergaben sich bei der Frage nach den Zielen der Substitutionsbehandlung. Immerhin drei Viertel aller Befragten und sogar 90 % der weiblichen Substituierten streben eine Suchtmittelabstinenz an. Etwa die Hälfte dieser Gruppe traut sich zu, dieses Ziel kurzfristig zu erreichen, während die andere Hälfte zunächst auf eine Stabilisierung bzw. Verbesserung der Lebensverhältnisse setzt und den Ausstieg aus der Sucht eher als mittel- oder langfristiges Ziel sieht.

Tabelle 9: Ziele der Substitutionsbehandlung (N = 162)

	gesamt (N)	männlich	weiblich
Abstinenz jetzt	33% (53)	29%	45%
Stabilisierung mit späterer Abstinenz	42% (69)	42%	45%
Stabilisierung	25% (40)	29%	10%
Gesamt	100% (162)	100%	100%

25 % der Substituierten strebten zum Zeitpunkt der Befragung eine Suchtmittelabstinenz nicht an oder trauten sich diese nicht zu.

5. Resümee

Die vorgestellten Untersuchungsergebnisse zeigen zunächst, dass substituierte Drogenabhängige keine homogene Gruppe sind, auf die sich einheitliche Behandlungs- oder Betreuungskonzepte anwenden ließen. Die Bandbreite der PatientInnen reicht von voll Berufstätigen, die in niedriger Dosierung substituiert werden, keinen Beigebrauch haben und sozial weitgehend integriert sind, bis hin zu Schwerstabhängigen mit einer langjährigen Drogenkarriere, massivem Beigebrauch unterschiedlichster Suchtmittel, starken gesundheitlichen und psychosozialen Beeinträchtigungen und einem entsprechend hohen Behandlungs- und Betreuungsbedarf.

Die größte Herausforderung der *medizinischen* Behandlung dürfte der Beigebrauch der PatientInnen sein. Einen problematischen Beigebrauch hatte etwa ein Drittel der untersuchten PatientInnengruppe. Vornehmlich handelt es sich bei dieser Gruppe entweder um Neufälle, die erst auf eine wirksame Substitutionsdosierung eingestellt werden müssen, oder um Patientinnen und Patienten, die nach einer mehr oder weniger langen stabilen Substitutionsphase rückfällig wurden und in alte Konsummuster zurückgefallen sind.

Hinsichtlich der Bewertung des Themas Beikonsum gibt es bei Nicht-Fachleuten häufig die falsche Vorstellung, dass mit einer korrekten Substitutionsbehandlung der Beikonsum quasi von heute auf morgen „abgestellt“ werden könne. Dieser Vorstellung liegt eine Überschätzung der pharmakologischen Wirksamkeit der Substitutionsmittel und eine Unterschätzung



der komplexen Hintergründe einer Suchterkrankung zu Grunde. Neben der Tatsache, dass die meisten Drogenabhängigen neben Opiaten – auf die die Substitutionsbehandlung ausschließlich zielt – in hohem Maße auch andere Suchtmittel (Alkohol, Kokain, Benzodiazepine u.a.) konsumieren, wird noch zu häufig übersehen, dass bei einem großen Teil der Drogenabhängigen eine psychiatrische Grunderkrankung besteht (Depressionen, Angststörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen), deren psychische Auswirkungen die Betroffenen auch unter einer Substitutionsbehandlung durch den Konsum psychoaktiver Substanzen zu mindern versuchen.

Die Reduzierung des Beigegebrauchs ist vornehmlich Aufgabe der medizinischen Behandlung. Der Arzt / die Ärztin definiert die medizinischen Behandlungsziele und muss im Behandlungsvertrag mit den PatientInnen auch bestimmen, wie mit Beigebrauch umgegangen wird, wie weit dieser toleriert wird, wie intensiv die Kontrollen sind und wann gegebenenfalls ein Behandlungsausschluss erfolgt. Geprüft werden sollte, ob alternativ zum stationären Teiltzug¹⁴ intensiv begleitete ambulante Abdosierungsbehandlungen angeboten werden können oder auch tagesklinische Entzüge, die bei Alkoholabhängigen bereits erfolgreich praktiziert werden.

Eine wichtige Frage ist, ob eine ergänzende psychosoziale Betreuung einen Beitrag zur Verminderung der Beigegebrauchsproblematik leisten kann, und wenn ja, welchen.

Das Verfahren der Substitutionsbegleitung per Überweisungsschein von der Praxis zu den Drogenhilfeszentren war vielen PatientInnen der Großpraxis nicht geläufig und wurde im vergangenen Jahr bei weniger als einem Drittel der Betroffenen angewendet. Gleichwohl befand sich noch ein gutes weiteres Drittel der PatientInnen in sonstiger Betreuung durch die Drogenhilfe. Ein Problem bleiben die 36%, die angeben, keine aktuelle Anbindung an das Drogenhilfesystem zu haben.

Aus den Befragungsergebnissen lässt sich nicht schließen, dass bei einem so großen Anteil kein Beratungsbedarf besteht: die Beikonsum-Problematik, die Schulden- und Strafsituation und die Arbeitslosigkeit der meisten Betroffenen lassen eher einen höheren Beratungsbedarf vermuten.

Der von den Betroffenen selbst geschilderte Unterstützungsbedarf bezieht sich vorrangig auf die Straf- und Schuldenproblematik, selten wird Tagesstrukturierung oder das soziale Umfeld problematisiert. Diese Prioritätensetzung gehört jedoch zu den ganz „normalen“ Phänomenen in der Arbeit mit Suchtkranken und verdient aufklärende, ermutigende und motivierende Betreuung. Am ehesten erreichbar scheinen viele über die Beikonsum-Problematik: Zum einen leuchtet deren gesundheitliche Brisanz doch vielen ein, zum anderen müssen sie mit einem Ausschluss aus der Substitutionsbehandlung rechnen, wenn sie den Beigebrauch nicht in den Griff bekommen.

Eine interessante Option zur Verminderung der Beikonsum-Problematik sind strukturierte Konsumreduktionsprogramme wie KISS oder SKOLL, die in Deutschland seit einigen Jahren mit offenbar guten Erfolgen erprobt werden¹⁵. Zielgruppen dieser Programme sind Suchtgefährdete und Abhängige, die zwar ihr Konsumverhalten ändern wollen, sich aber (noch) nicht für abstinenzorientierte Behandlungen entscheiden können oder wollen.

Insgesamt unterscheiden sich die Untersuchungsergebnisse bei den männlichen und den weiblichen Patienten relativ wenig. Ein bemerkenswerter und scheinbar widersprüchlicher Befund ist allerdings, dass Frauen deutlich seltener Entgiftungs- und Entwöhnungseinrichtun-

¹⁴ Beim sogenannten „Teiltzug“ werden in einem stationären Behandlungssetting Beigebrauchsubstanzen kontrolliert entzogen. Parallel erfolgt die Einstellung auf ein Substitutionsmittel in einer möglichst wirksamen Dosierung. Im Jahr 2009 wurden von der Klinik Dr. Heines etwa 165 Teiltzüge durchgeführt.

¹⁵ Das Programm KISS (Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum) wurde von Prof. Dr. Joachim Körkel entwickelt und wird seit 2005 in verschiedenen Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe angeboten (www.kiss-heidelberg.de). Das Programm SKOLL (Selbstkontrolltraining) richtet sich bisher vorwiegend an suchtgefährdete junge Menschen und wird seit 2008 im Rahmen eines Bundesmodellprogramms erprobt (www.skoll.de). Ein SKOLL-Gruppenangebot gibt es auch in Bremen in den beiden Drogenhilfeszentren der Ambulanten Drogenhilfe Bremen gGmbH (www.adhb.de).



gen in Anspruch nahmen, obwohl sie häufiger als Männer Abstinenz als Behandlungsziel angaben. Auch wenn dieser Befund schon lange bekannt ist, ist es weiterhin notwendig, nach den Gründen dieses Phänomens zu suchen und Lösungsmöglichkeiten zu finden.

Bei der Einführung der Substitutionsbehandlung wurde vor allem von Seiten der professionellen Drogenhilfe befürchtet, dass die Nachfrage nach stationären Entwöhnungsbehandlungen drastisch sinken würde. Zumindest aus den Statistiken der Rentenversicherung¹⁶ lässt sich ein Rückgang dieser Behandlungen nicht belegen. Gleichwohl kann es nicht befriedigen, dass nur die Hälfte der befragten Substituierten bisher überhaupt eine Entwöhnungsbehandlung versucht hat. Dass auch substituierte Drogenabhängige durchaus für die Durchführung einer Entwöhnungsbehandlung motivierbar sind, belegt eine Auswertung der insgesamt etwa 250 Fälle, die im Jahr 2009 über das vereinbarte Überweisungsverfahren zur psychosozialen Betreuung an die Drogenhilfe vermittelt wurden. In einem Drittel dieser Fälle wurde im Laufe der Betreuung die Vermittlung in eine Entwöhnungsbehandlung eingeleitet.

Dieses Ergebnis zeigt, dass mit den vereinbarten Kooperations- und Verfahrensregeln zwischen substituierenden ÄrztInnen und Drogenhilfe grundsätzlich der richtige Weg beschritten wurde. Bremenweit müssen sich allerdings noch mehr ÄrztInnen an diesem Verfahren beteiligen. Auch in der konkreten Ausgestaltung des Überweisungsverfahrens gibt es noch Verbesserungsmöglichkeiten. Mit der Kassenärztlichen Vereinigung wurde bereits vereinbart, Ende dieses Jahres eine Überprüfung der Verfahrensregeln vorzunehmen.

Viele PatientInnen haben in der Befragung das Angebot einer psychosozialen Betreuung vor Ort, also in der ärztlichen Praxis, befürwortet, vorwiegend aus „praktischen“ Gründen. Auch aus fachlichen Gründen wäre ein solches Angebot zweifellos attraktiv, weil es einen täglichen Kontakt zu den Betreuten ermöglichen würde und darüber hinaus eine enge Kooperation von Arzt/Ärztin und BetreuerIn. Angesichts der begrenzten personellen Ressourcen der ausschließlich kommunal finanzierten Drogenberatung lässt sich ein in dieser Weise optimiertes Betreuungsangebot allerdings kaum umsetzen.

Gleichwohl hat die vorgestellte Untersuchung dazu geführt, dass die Drogenberatungsstellen seit Juni dieses Jahres in der betreffenden Schwerpunktpraxis eine wöchentliche Sprechstunde anbieten. Mit diesem Angebot soll der Zugang insbesondere zu den bisher nicht betreuten Patientinnen und Patienten verbessert, die Kooperation zwischen Drogenhilfe und den behandelnden ÄrztInnen intensiviert und genauer ermittelt werden, welche Hemmnisse bei der Inanspruchnahme von psychosozialer Betreuung bestehen und wie diese gegebenenfalls reduziert werden können.

¹⁶ Vorrangiger Kostenträger für Entwöhnungsbehandlungen



Anlage 1:

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I)

Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger (Stand 12. Juni 2010)

Präambel

Krankenbehandlung im Sinne des § 27 SGB V umfasst auch die Behandlung von Suchterkrankungen. Das alleinige Auswechseln des Opiats durch ein Substitutionsmittel stellt jedoch keine geeignete Behandlungsmethode dar und ist von der Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht umfasst.

Oberstes Ziel der Behandlung ist die Suchtmittelfreiheit. Ist dieses Ziel nicht unmittelbar und zeitnah erreichbar, so ist im Rahmen eines umfassenden Therapiekonzeptes, das auch, soweit erforderlich, begleitende psychiatrische und/oder psychotherapeutische Behandlungs- oder psychosoziale Betreuungs-Maßnahmen mit einbezieht, eine Substitution zulässig. Eine Leistungspflicht der Krankenkassen für die begleitende psychiatrische und/oder psychotherapeutische Betreuung besteht nur insoweit, als diese zur Krankenbehandlung erforderlich ist. Die nach der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) vorgesehene psychosoziale Betreuung fällt nicht unter die Leistungspflicht der GKV.

§ 1 Inhalt

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

§ 2 Genehmigungspflicht für Ärzte und Einrichtungen

(1) In der vertragsärztlichen Versorgung dürfen Substitutionen nur von solchen Ärzten durchgeführt werden, die gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) ihre fachliche Befähigung gemäß § 5 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 BtMVV oder die Erfüllung der Voraussetzungen gemäß § 5 Abs. 3 BtMVV nachgewiesen haben und denen die KV eine Genehmigung zur Substitution erteilt hat. Für die Substitution mit Diamorphin gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass sich die Befähigung nach § 5 Abs. 2 Nr. 6 BtMVV auf die Behandlung mit Diamorphin erstrecken muss und diese nur durch eine mindestens sechsmonatige Tätigkeit im Rahmen des Modellprojekts „Heroingestützte Behandlung Opiatabhängiger“ ersetzt werden kann.

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



§ 3 Indikation

(1) Die Substitution kann nur als Bestandteil eines umfassenden Therapiekonzeptes durchgeführt werden zur

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

(2) Bei Vorliegen einer manifesten Opiatabhängigkeit ist eine Substitution dann indiziert, wenn die Abhängigkeit seit längerer Zeit besteht und

1. wenn Abstinenzversuche unter ärztlicher Kontrolle keinen Erfolg erbracht haben, oder
2. wenn eine drogenfreie Therapie derzeit nicht durchgeführt werden kann oder
3. wenn die substituionsgestützte Behandlung im Vergleich mit anderen Therapiemöglichkeiten die größte Chance zur Heilung oder Besserung bietet.

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

(3) Bei einer erst kürzer als zwei Jahre bestehenden Opiatabhängigkeit sowie bei Opiatabhängigen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erfolgt eine Überprüfung nach § 9 Abs.4. In diesen Fällen ist die Substitution in der Regel nur als zeitlich begrenzte Maßnahme zum Übergang in eine drogenfreie Therapie zulässig.

(3a) Für die Substitution mit Diamorphin gelten folgende Voraussetzungen (§ 5 Abs. 9a Satz 2 Nr. 2 bis 4 BtMVV):

1. Bei dem Patienten liegt eine seit mindestens fünf Jahren bestehende Opiatabhängigkeit, verbunden mit schwerwiegenden somatischen und psychischen Störungen bei derzeit überwiegend intravenösem Konsum vor.
2. Es liegt ein Nachweis über zwei erfolglos beendete Behandlungen der Opiatabhängigkeit vor, davon eine mindestens sechsmonatige Behandlung gemäß § 5 Abs. 2, 6 und 7 BtMVV einschließlich psychosozialer Betreuungsmaßnahmen.
3. Der Patient hat das 23. Lebensjahr vollendet.

(4) Das umfassende Therapiekonzept beinhaltet:

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



- c) ein Dosierungsschema, das ggf. auch die Art der Reduktion und den Zeitraum des allmählichen Absetzens des Substitutionsmittels festlegt,
 - d) sowie die im Einzelfall erforderlichen psychosozialen Betreuungsmaßnahmen und/oder ggf. psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen,
8. Verlaufs- und Ergebniskontrollen einschließlich unangekündigter Beigebrauchskontrollen,
 9. den Abschluss einer Behandlungsvereinbarung mit dem Patienten.

(5) Der substituierende Arzt überprüft und dokumentiert regelmäßig die Fortschritte des Patienten hinsichtlich der Ziele der Substitutionsbehandlung sowie der weiteren medizinischen Maßnahmen des vorgesehenen Therapiekonzeptes und nimmt ggf. erforderliche Anpassungen vor. Insbesondere ist kritisch zwischen den Vor- und Nachteilen einer Fortführung der Substitution gegenüber dem Übergang in eine drogenfreie Behandlung abzuwägen. Bei Beigebrauch ist wegen der damit möglicherweise verbundenen lebensbedrohlichen Gefährdung eine sorgfältige individuelle Risikoabwägung zwischen Fortführung und Beendigung der Substitution vorzunehmen.

(6) Die Substitution mit Diamorphin ist nach jeweils spätestens zwei Jahren Behandlungsdauer daraufhin zu überprüfen, ob die Voraussetzungen für die Behandlung noch gegeben sind und ob die Behandlung fortzusetzen ist. Die Überprüfung erfolgt durch Einholung einer Zweitmeinung durch einen Arzt, der die Qualifikation gemäß § 5 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 BtMVV besitzt und der nicht der Einrichtung angehört. Ergibt diese Überprüfung, dass die Voraussetzungen für die Behandlung nicht mehr gegeben sind, ist die diamorphingestützte Behandlung zu beenden.

§ 4 Ausschlussgründe

Eine Substitution darf nicht durchgeführt werden, wenn und solange

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

§ 5 Meldeverfahren zur Vermeidung von Mehrfachsubstitutionen

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

§ 6 Zugelassene Substitutionsmittel

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

§ 7 Dokumentation, Anzeigeverfahren

(1) Bei Einleitung einer Substitution dokumentiert und begründet der Arzt die festgestellte medizinische Indikation und die im Rahmen des umfassenden Therapiekonzeptes vorgesehenen weiteren medizinischen Behandlungsmaßnahmen gemäß § 3. Darüber hinaus ist in der Dokumentation anzugeben, durch welche Stelle die begleitende psychosoziale Betreuung durchgeführt wird. Eine aktuelle schriftliche Bestätigung der psychosozialen Beratungsstelle über die Aufnahme oder die Fortführung einer psychosozialen Betreuung ist der Dokumenta-



tion beizufügen. Ist ausnahmsweise keine psychosoziale Betreuung erforderlich, ist dies durch die psychosoziale Beratungsstelle schriftlich zu bestätigen. Bei der Substitution mit Diamorphin ist eine Ausnahme nach Satz 4 während der ersten 6 Monate unzulässig.

(2) Beginn und Beendigung einer Substitution hat der Arzt unverzüglich der zuständigen KV und der leistungspflichtigen Krankenkasse anzuzeigen. Hierzu hat der Arzt zu Beginn der Behandlung eine schriftliche Einverständniserklärung des Patienten einzuholen.

(3) Liegen einer Krankenkasse oder einer KV Informationen vor, dass ein Patient durch mehrere Ärzte substituiert wird, so benachrichtigen sie alle beteiligten Ärzte sowie die Qualitätssicherungskommission, um eine Mehrfachsubstitution zu verhindern. Die Ärzte legen unter Beteiligung des Patienten schriftlich fest, welcher Arzt die Substitution durchführt. Die leistungspflichtige Krankenkasse und die Beratungskommission der KV sind entsprechend zu benachrichtigen.

§ 8 Abbruchkriterien zur Substitution

Bei Vorliegen folgender Voraussetzungen ist die Substitution zu beenden:

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

§ 9 Qualitätssicherung

(1) Die KVen richten fachkundige Kommissionen zur Beratung bei der Erteilung von Genehmigungen für Substitutionsbehandlungen nach § 2 sowie für die Qualitätssicherung und die Überprüfung der Indikation nach § 3 durch Stichproben im Einzelfall (Qualitätssicherungskommissionen) ein. Die Kommissionen bestehen aus sechs Mitgliedern. Drei in Fragen der Opiatabhängigkeit fachkundige Mitglieder werden von der KV benannt, darunter sollen zwei Ärzte mit besonderer Erfahrung in der Behandlung von Suchtkranken sein. Zwei in Drogenproblemen fachkundige Mitglieder werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und ein in Drogenproblemen fachkundiges Mitglied von den Verbänden der Ersatzkassen benannt. Die Krankenkassen können sich in den Kommissionen auch durch Ärzte des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen vertreten lassen.

(2) Die Qualitätssicherungskommission kann von Vertragsärzten zu allen Problemen der qualifizierten substitutionsgestützten Behandlung (z. B. Indikationsstellung, notwendige Begleitmaßnahmen, Beigebrauchsprobleme, Indikation zum Abbruch) mit der Bitte um Beratung angerufen werden.

(3) Die Kommissionen nach Abs. 1 haben die Qualität der vertragsärztlichen Substitution und das Vorliegen der Voraussetzungen des § 3 durch Stichproben im Einzelfall zu überprüfen. Pro Quartal sind mindestens 2% der abgerechneten Behandlungsfälle im Rahmen einer Zufallsauswahl zu prüfen. Auf Beschluss der Kommission können zusätzlich einzelne Ärzte für eine umfangreichere Prüfung ausgewählt werden. Zum Zweck der Prüfung der Qualität der substitutionsgestützten Behandlung haben die substituierenden Ärzte auf Verlangen der KV die patientenbezogenen Dokumentationen gem. § 7 mit den jeweiligen umfassenden Therapiekonzepten und den Behandlungsdokumentationen mit Zwischenergebnissen der Qualitätssicherungskommission vorzulegen.

(4) Bei allen Substitutionsbehandlungen gemäß § 3 Abs. 3 sowie bei allen Substitutionsbehandlungen mit Diamorphin, Codein oder Dihydrocodein hat der Arzt unverzüglich mit der Aufnahme der Substitutionsbehandlung die patientenbezogenen Dokumentationen gem. § 7



mit den jeweiligen umfassenden Therapiekonzepten sowie den Behandlungsdokumentationen an die Qualitätssicherungskommission zur Prüfung zu übermitteln.

(5) Bei allen Substitutionsbehandlungen gemäß diesen Richtlinien hat der Arzt mit Ablauf von jeweils 5 Behandlungsjahren die patientenbezogenen Dokumentationen gem. § 7 mit den jeweiligen umfassenden Therapiekonzepten und den Behandlungsdokumentationen an die Qualitätssicherungskommission zur Prüfung zu übermitteln.

(6) Die Qualitätsprüfungen nach Abs. 3 bis 5 umfassen die Einhaltung aller Bestimmungen dieser Richtlinien.

(7) Das Ergebnis der Überprüfung ist dem substituierenden Arzt schriftlich mitzuteilen, er ist ggf. auf Qualitätsmängel in der Substitution hinzuweisen. In gemeinsamer Beratung ist darauf hinzuwirken, dass diese Mängel behoben werden. Gelingt es trotz wiederholter Anhörung und Beratung des Arztes nicht, eine richtliniengemäße Substitutionsbehandlung zu erreichen, kann dem Arzt die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Substitution durch die KV entzogen werden.

(8) Die Qualitätssicherungskommission erstattet alle zwei Jahre der KV und den Landesverbänden der Krankenkassen einen zusammenfassenden Bericht über die Ergebnisse ihrer Arbeit und die bisherigen Erfahrungen mit der Substitutionsbehandlung in ihrem Zuständigkeitsbereich.

§ 10 Anforderungen an Einrichtungen zur Substitution mit Diamorphin

Einrichtungen, in denen Substitutionen mit Diamorphin durchgeführt werden, haben folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

(1) Die Substitution mit Diamorphin erfolgt in der Einrichtung durch ein multidisziplinäres Team, das von einem ärztlichen Teammitglied verantwortlich geleitet wird. In der Einrichtung ist die ärztliche substitutionsgestützte Behandlung über einen täglichen Zeitraum von 12 Stunden sicherzustellen. Hierfür sind Arztstellen in Voll- oder Teilzeit im Umfang von grundsätzlich 3 Vollzeitstellen und eine angemessene Anzahl qualifizierter nichtärztlicher Vollzeitstellen vorzuhalten. Die Möglichkeit einer kurzfristigen konsiliarischen Hinzuziehung fachärztlich-psychiatrischer Kompetenz ist sicherzustellen.

(2) In der Regel soll die außerhalb der Leistungspflicht der GKV liegende psychosoziale Betreuung der Patienten in der substituierenden Einrichtung stattfinden. In Ausnahmefällen kann die psychosoziale Betreuung der Patienten unter Koordination durch die substituierende Einrichtung auch im Rahmen einer engen Kooperation mit entsprechenden externen Institutionen erfolgen.

(3) Zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages verfügt die Einrichtung zur Betreuung der Patienten wenigstens über drei separate Räume (insbesondere zur Trennung von Wartebereich, Ausgabebereich und Überwachungsbereich nach erfolgter Substitution). Des Weiteren stehen in der Einrichtung für Notfälle die notwendige Ausstattung zur Durchführung einer kardiopulmonalen Reanimation sowie Pulsoxymetrie und Sauerstoffversorgung zur Verfügung.

(4) Soweit in der Einrichtung auch Substitutionen stattfinden, die ausschließlich nicht diamorphingestützt sind, ist die Substitution dieser Patienten organisatorisch von der diamorphingestützten Substitution zu trennen.

(5) Die Einrichtung hat die Substitution dreimal täglich, auch an Wochenenden und Feiertagen, sicherzustellen.

(6) Auf Verlangen der KV hat die Einrichtung nachzuweisen, dass alle ärztlichen Mitglieder des multidisziplinären Teams regelmäßig, wenigstens zweimal jährlich, an suchtmmedizinischen Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen, die durch eine Ärztekammer anerkannt sind. An diesen Fortbildungen sollen nach Möglichkeit auch die nichtärztlichen Mitarbeiter teil-



nehmen. Alle Mitarbeiter sind außerdem wenigstens einmal jährlich zu drogenspezifischen Notfallmaßnahmen (insbesondere kardiopulmonale Reanimation) und zur Notfallbehandlung von zerebralen Krampfanfällen zu schulen.

§ 11 Genehmigung der Leistungserbringung, Genehmigungsumfang

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

(2) Der Antrag des Arztes oder der Einrichtung auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Substitution ist an die zuständige KV zu stellen. Die erforderlichen Nachweise (z.B. Zeugnisse und Bescheinigungen) über die fachliche Befähigung gemäß § 2 sind dem Antrag beizufügen. Dem Antrag einer Einrichtung zur Substitution mit Diamorphin sind außerdem die Erlaubnis der Landesbehörde gemäß § 5 BtMVV sowie eine Erklärung beizufügen, dass sie die Anforderungen gemäß § 10 dieser Richtlinie vollständig erfüllt. Über den Antrag entscheidet die KV.

(3) Die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Substitution ist einem Arzt zu erteilen, wenn aus den vorgelegten Zeugnissen und Bescheinigungen hervorgeht, dass die in § 2 genannten Voraussetzungen an die fachliche Befähigung erfüllt sind. Die Genehmigung ist einer Einrichtung zur Substitution mit Diamorphin zu erteilen, wenn die in § 2 genannten Voraussetzungen an die fachliche Befähigung den gemäß § 10 Nr. 1 an der Substitution beteiligten Ärzten, sowie die Anforderungen gemäß § 10 erfüllt werden und die Erlaubnis der Landesbehörde gemäß § 5 BtMVV vorliegt.

(4) Die Anzahl der vertragsärztlich durchzuführenden Substitutionsbehandlungen sind je Arzt begrenzt. Ein Arzt soll in der Regel nicht mehr als fünfzig Opiatabhängige gleichzeitig substituieren. Die KV kann in geeigneten Fällen zur Sicherstellung der Versorgung den Genehmigungsumfang erweitern.

(5) Die Kassenärztlichen Vereinigungen können die zuständigen Kommissionen gemäß § 9 dieser Richtlinie beauftragen, die apparativen, räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten in der substituierenden Praxis bzw. Einrichtung daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen dieser Richtlinie entsprechen. Die Genehmigung zur Substitution in der vertragsärztlichen Versorgung wird nur erteilt, wenn der Arzt bzw. die Einrichtung im Antrag sein Einverständnis zur Durchführung einer solchen Überprüfung erteilt.

§ 12 Übergangsregelung

Einrichtungen, die am bundesdeutschen Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger teilgenommen und fortgesetzt bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Richtlinie die Substitutionsbehandlung mit Diamorphin durchgeführt haben, erhalten im Rahmen dieser Übergangsregelung auf Antrag von den regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen für 36 Monate ab Inkrafttreten die Genehmigung gemäß § 11 Absatz 3 dieser Richtlinie zur Erbringung der Substitutionsbehandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, auch wenn die Anforderungen des § 10 nicht vollständig erfüllt werden. Für Genehmigungen über 36 Monate hinaus gelten – wie für neu hinzukommende Einrichtungen – uneingeschränkt alle Bestimmungen dieser Richtlinie.



Anlage 2:

Standards und Verfahrensregelungen für substitutionsbegleitende Hilfen/ Psychosoziale Betreuung Substituierter in Bremen

Grundsätze:

Die Begriffe „substitutionsbegleitende Hilfen (SBH)“, „Psychosoziale Begleitung Substituierter“ und „psychosoziale Betreuung Substituierter (PSB)“ werden synonym benutzt. Auf Wunsch des SfAFGJS soll in Bremen der Begriff „Substitutionsbegleitende Hilfen (SBH)“ verwendet werden.¹⁷

Zentrales Merkmal dieses Leistungstyps ist die Kombination und Koordination von ärztlicher Substitutionsbehandlung und ergänzender, in der Regel sozialpädagogischer Betreuung.¹⁸

Im Regelfall erfolgt in Bremen die Substitutionsbehandlung durch einen niedergelassenen Arzt und die SBH/ PSB durch Mitarbeiter/innen der Drogenberatungsstellen Mitte/Ost und Nord (Ambulante Drogenhilfe Bremen gGmbH). Wenn der Patient bereits durch das Kontakt und Beratungszentrum Tivoli (comeback gmbh) betreut wird, kann die SBH/ PSB auch durch die dortigen Mitarbeiter erfolgen.

Für Klienten in den EMP's, im „Betreuten Wohnen“ und in den teilstationären Einrichtungen der Straffälligenhilfe (Hoppenbank, Rembertistr.) sind SBH/ PSB bereits Bestandteil der Betreuung. Zusätzliche SBH/ PSB durch Beratungsstellen sind deshalb nicht erforderlich.

Bei Kooperations- und Koordinationsproblemen zwischen Ärzten und SBH/ PSB-Betreuern ist vorrangig der Koordinator für substitutionsbegleitende Hilfen anzusprechen. Darüber hinaus nehmen je 1 Vertreter der ADhB und der comeback (SBH/ PSB - Leistungserbringer) am monatlichen Qualitätszirkel „Suchterkrankungen“ (substituierende Ärzte der KV Bremen) teil, um eine verbesserte Information, Koordination und Kooperation zu gewährleisten.

Verfahren:

SBH/ PSB beginnen mit der schriftlichen Überweisung¹⁹ eines Patienten/ Klienten durch den substituierenden Arzt zur Beratungsstelle. Dort wird eine erste Einschätzung zum Hilfebedarf sowie zu Art und Umfang von SBH/ PSB vorgenommen und im Formular „Stellungnahme: Substitutionsbegleitende Hilfen“ (Anlage) dokumentiert. Zur qualifizierten Erstellung der Stellungnahme ist (mindestens) 1 ausführliches Beratungsgespräch (i.d.R. nach Terminvereinbarung) erforderlich.

Die Stellungnahme wird dem Arzt per Post/ FAX zugeschickt. Der Klient erhält eine Kopie.²⁰

Bei Klienten im Betreuten Wohnen oder in den teilstationären Einrichtungen der Straffälligenhilfe sind zwar die SBH/ PSB in der Regel bereits Bestandteil der Betreuung, das Case-Management inkl. der Erstellung der o.g. Bescheinigung verbleibt jedoch bei den Beratungsstellen (in der Regel bei dem/ der Mitarbeiter/ in, die auch für die Gesamtplanung/ Begutachtung der jeweiligen Klienten zuständig ist).

In den Fällen, in denen laut Stellungnahme zunächst keine weitere Betreuung vereinbart wurde (kein aktueller Bedarf) oder der Patient aktuell für Hilfeleistungen nicht zugänglich

¹⁷ Die Teilnehmer der Arbeitsgruppe sprechen sich dafür aus, auch in Bremen den bundesweit üblichen und in allen maßgeblichen Richtlinien verwendeten Begriff „Psychosoziale Betreuung (PSB)“ zu verwenden.

¹⁸ für SBH/ PSB können auch entsprechend qualifizierte Mitarbeiter aus anderen Berufsgruppen eingesetzt werden.

¹⁹ Es wird das im ärztlichen Bereich übliche Überweisungsformular verwendet.

²⁰ Bei Prüffällen durch die Qualitätssicherungskommission der KV soll die „Stellungnahme“ mit den anderen Unterlagen des Substitutionsarztes mit eingereicht werden.



war, wird seitens der Beratungsstelle grundsätzlich ein weiteres Gespräch innerhalb von spätestens 6 Monaten angeboten. Darüber hinaus hat der substituierende Arzt jederzeit die Möglichkeit, eine erneute Vorstellung des Klienten in der Beratungsstelle zu initiieren. In diesen Fällen sollte vor einem neuen Beratungstermin eine telefonische Absprache zwischen dem Arzt und dem Berater/Betreuer erfolgen.

In den Fällen, in denen über das Erstgespräch hinaus eine weitere Betreuung vereinbart wurde, wird der substituierende Arzt spätestens nach 6 Monaten über den Betreuungsverlauf informiert. Die Information kann telefonisch (Vermerk anlegen) oder schriftlich erfolgen.

Bei Behandlungs- / bzw. Betreuungsabbrüchen sowie anderen wichtigen Vorkommnissen sind Arzt und Betreuer zur gegenseitigen Information verpflichtet.

Die Betreuungsintensität/ Häufigkeit der Betreuungskontakte wird zwischen dem Berater/ Betreuer und dem Klient vereinbart und soll sich nach den Erfordernissen des Einzelfalls richten. Die Vorstellungen und Einschätzungen des behandelnden Arztes sollen berücksichtigt werden, sind jedoch für die betreuende Institution nicht verbindlich.

Als durchschnittlicher Richtwert für Betreuungen im Rahmen von SBH/ PSB in Drogenberatungsstellen gelten 18 Fachkraftstunden pro Klient/ Jahr (analog Hamburger Richtlinien von 2004). Dies entspricht rechnerisch einem Beratungsgespräch (max. 60 Min.) pro Monat (übriges Stundenkontingent für klientenbezogene Vor- und Nachbereitung inkl. Kooperation und Dokumentation). Der Richtwert bezieht sich als Durchschnittswert auf die Summe aller SBH/ PSB- Betreuungen und kann nach den Erfordernissen des Einzelfalls über- oder unterschritten werden.

Als Element der internen Qualitätssicherung wird in der Drogenhilfe bei kontinuierlichen Betreuungen im Rahmen von SBH/ PSB das entsprechende Hilfeplanformular (BHP für substituitionsbegleitende Hilfen; Anlage) verwendet.

Die Beratungsstellen sind zur Durchführung von SBH/ PSB verpflichtet. Die Ablehnung einer Betreuung unter Verweis auf mangelnde Personalkapazitäten ist unzulässig.

Dokumentation:

SBH/ PSB-Betreuungen werden beginnend mit dem Erstgespräch (nach ärztlicher Überweisung) in HORIZONT unter dem Leistungsmerkmal „PSB/ SHB“ dokumentiert. Dadurch sind jederzeit abrufbar:

- die Zahl der im Rahmen von SBH/ PSB betreuten Klienten
- die Anzahl der Betreuungskontakte im Rahmen von SBH/ PSB

Voraussetzung für die Dokumentation einer Betreuung unter diesem Leistungstyp ist das Vorliegen einer ärztlichen Überweisung und einer PSB/SHB-Stellungnahme.

Eine detailliertere Auswertung der Formulare (PSB/ SBH-Stellungnahme, BHP für substituitionsbegleitende Hilfen) über HORIZONT wird angestrebt. Bis dahin werden die Formulare gesammelt (Handakte), um eine Auswertung zu ermöglichen.

Gültigkeit

Sofern diese Verfahrensregelungen nicht bereits praktiziert werden, gelten sie verbindlich ab dem 01.05.2007. Der Qualitätszirkel „Suchterkrankungen“ wird in seiner Sitzung im Juli 2007 eine erste Überprüfung vornehmen und dazu auch die Steuerungsstelle Drogenhilfe des Gesundheitsamtes und einen Vertreter des Ressorts SfAFGJS einladen.

Stand: 30.04.2007



Stellungnahme: „Substitutionsbegleitende Hilfen“ für den behandelnden Arzt

Patientin/Patient (Name, Vorname)	Geburtsdatum
--	---------------------

Überweisung durch _____ am _____

Die/ der o.g. Patientin/Patient hat sich heute vorgestellt.
Sie/er ist über Substitutionsbegleitende Hilfen beraten und informiert worden und
einem/er Betreuer/-in (Casemanager/-in) zugeordnet worden:

Institution	Betreuer/-in (Name, Adresse, Telefonnummer)
--------------------	---

Es werden gegenwärtig folgende weitergehende Hilfebedarfe gesehen:

- Unterstützung in der Tagesstrukturierung
 - Unterstützung im Bereich Konsumverhalten/ Hygiene/ Ernährung
 - Unterstützung im Bereich Wohnen
 - Unterstützung bei der Schuldenregulierung/ Umgang mit Geld
 - Unterstützung im Bereich Ausbildung/ Beschäftigung/Arbeit
 - Vorbereitung einer Rehabilitationsbehandlung
 - Unterstützung bei der Klärung juristischer Probleme
- aktuell kein weiterer Hilfebedarf
- aktuell ist der/die Patient /-in für Hilfeleistungen nicht zugänglich.

ein erneuter Beratungstermin wurde inWochen/Monaten vereinbart/ angeboten.
(nicht Zutreffendes streichen)

- Der Patient erhält bereits substitutionsbegleitende Hilfen durch:

Institution	Betreuer/-in (Name, Adresse, Telefonnummer)
--------------------	--

Ort, Datum

Unterschrift

Schweigepflichtsentbindung:

Ich entbinde meine/n oben genannten Betreuer/in von der Schweigepflicht gegenüber
meinem substituierenden Arzt _____

Datum: _____

Unterschrift des Klienten: _____



Bedarfs- und Hilfeplan (BHP) für

- substitutionsbegleitende Hilfen/ PSB¹
- andere kontinuierliche ambulante Betreuungen

Hilfe-/Leistungsempfänger:		geb:
Betreuer /Casemanager:		
Zeitraum von:	bis:	Einrichtung:

A) Aktueller Hilfebedarf der Klientin/ des Klienten

Hilfebedarf bezogen auf Beeinträchtigungen bzw. Fähigkeiten: kein Hilfebedarf=0,geringer HB=1,wesentlicher HB=2,intensiver HB=3	1. Hilfeplan	2. Hilfeplan	3. Hilfeplan	4. Hilfeplan
1) körperlicher Gesundheitszustand				
2) psychischer Gesundheitszustand				
3) Suchtmittelkonsum				
4) selbständiges Wohnen				
5) soziale Beziehungen / Sozialverhalten				
6) Alltagsbewältigung (z.B. pers. Hygiene, Ernährung, Mobilität etc.)				
7) Umgang mit Geld				
8) Beschäftigung, Arbeit, Ausbildung				
9) Delinquenz, strafrechtliche Belastung				
10) Selbst- und Fremdgefährdung				
11) Nutzung sozialer, therap. und medizinischer Hilfen				
Datum Hilfeplan:				

A 1) Aktuelle Problemlage - ergänzende Hinweise:

--

B) Veränderungen gegenüber vorherigem Hilfeplan / Zielerreichung

--

C) Zielvereinbarung / Vorgehensweise für aktuellen Betreuungszeitraum

--

¹ entsprechend der „Standards und Verfahrensregeln für substitutionsbegleitende Hilfen“ (2007) wird der BHP dann eingesetzt, wenn im Rahmen der „Stellungnahme: Substitutionsbegleitende Hilfen“ eine kontinuierliche Betreuung vereinbart wurde.