

Nachzulesen: Burkhard Kastenbutt, Aldo Legnaro, Arnold Schmieder (Hrsg.) (2014): Soziale Ungleichheit und Sucht: Ursachen, Auswirkungen, Zusammenhänge. Münster, S. 114-136

### **Substitution, wo Fuchs und Hase zu Hause sind: Na dann „Gute Nacht“!**

Mehr als fünfzig Jahre internationale Erfahrungen<sup>1</sup> und mehr als zwanzig Jahre Substitutionspraxis in Deutschland machten die Substitutionsbehandlung zu einer allgemein anerkannten Therapieform, die längst zum Bereich evidenzbasierter Medizin gehört. In Deutschland nahm die Substitution allerdings einen hindernisreichen Weg, ehe sie sich von einem zunächst heftig attackierten Ansatz zu einer legitimen, erfolgreichen und heute breit durchgesetzten Behandlung entwickeln konnte. Immerhin befanden sich in Deutschland 2010 mehr als 76 000 Patienten in einer Substitutionsbehandlung (vgl. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 2010). Der Ansatz, an Abhängige eine Ersatzdroge zu vergeben, überzeugt vor allem durch den deutlich positiven Einfluss auf die Senkung der Mortalität und Morbidität unter Opiatabhängigen. Allerdings werden der Durchführung der Substitutionsbehandlung bis heute erhebliche rechtliche und formale Hürden gesetzt, die immer wieder zu Benachteiligungen in der Versorgung bestimmter Patientengruppen führen. Diese zeigen sich gegenwärtig u. a. in den subtilen Hindernissen, die sich vor Substitutionspatienten aus ländlichen Regionen auftürmen.

### **Von der Basisversorgung zur spezialisierten Therapie**

Während der vergangenen Jahre haben sich die geltenden Regelungen und Richtlinien, aber auch Umsetzung und gesellschaftliche Akzeptanz der Substitutionsbehandlung mehrfach geändert. Dabei sind nicht nur praktische Erfahrungen zur Gestaltung eines erfolgreichen Behandlungsregimes gesammelt und die Qualität der dazu notwendigen fachlichen Arbeit erhöht worden. In diesen Jahren ist die Substitution, wie kaum eine andere Behandlungsform<sup>2</sup>, zahlreichen Regelungen und gesetzlichen Vorgaben unterstellt worden, auf deren Verbindlichkeit auch mit dem Strafgesetz gedrungen wird.

Starteten die ersten Substitutionsbehandlungen in der Regel in kleinen Arztpraxen, die den drängenden Bedarf der Patienten mit der Vergabe von Medikamenten realisierten, die noch keinen speziellen Regelungen unterlagen (z. B. Codein-Präparate), ist die Substitutionsbehandlung heute zu einer voraussetzungsreichen und hochspezialisierten Behandlung geworden. Die Regelungen zur obligatorischen psycho-sozialen Hilfe, zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung und nicht zuletzt die drogenpolitischen Vorgaben, die die Ordnungsmäßigkeit des Umgangs mit Betäubungsmitteln sichern sollen, haben die Substitution verändert: Sie ist im Rahmen der ärztlichen Basisversorgung kaum noch realisierbar, sondern präsentiert sich nun als eine anforderungsreiche Behandlung, deren Realisierung und Erfolg vom Vorhandensein eines spezialisierten und ausdifferenzierten Hilfesystems abhängt.

---

<sup>1</sup> 1963 Start der ersten Programme in New York durch Vincent P. Dole und Marie Nyswander

<sup>2</sup> Auch der Schwangerschaftsabbruch ist ähnlichen gesetzlichen Hürden unterstellt.

## **Spezialisierte Therapien erfordern zentralisierte Behandlungen**

Eine chronisch rezidive Opiatabhängigkeit ist als eine komplexe biopsychosoziale Erkrankung zu verstehen, deren Bewältigung nur in wenigen Fällen durch Hilfe gelingt, die eine einzelne Dimension in den Blick nimmt (z. B. die Versorgung mit einer Substanz). Die in der Regel vorliegenden komplexen Problemlagen machen vielmehr eine auf den individuellen Bedarf zugeschnittene, ganzheitliche Substitution<sup>3</sup> notwendig, in der aufeinander bezogene medizinische, psychologische (psychoedukativ, psychotherapeutisch) und soziale Unterstützungsmaßnahmen<sup>4</sup> zu einer Gesamtintervention zusammengestellt werden.

Die bisherigen Regelungen und die sich daraus ergebende Praxis haben dazu geführt, dass die für Substitution nötigen umfangreichen Voraussetzungen heute vor allem in Metropolen und größeren Städten existieren. Deshalb haben sich entsprechende Behandlungsstrukturen auch schwerpunktmäßig in größeren Ballungsgebieten etabliert, sind zudem zentralisiert und vielfach auf diese Behandlungsform spezialisiert. Folge dieser Entwicklung ist jedoch, dass kleinere Städte, Gemeinden und flächige Versorgungsregionen mit eher ländlichem Charakter durch ihre besonderen regionalen Bedingungen von diesen Anforderungen überfordert werden. Dies hat zur Folge, dass den Patienten diese effektive Behandlungsform in ihren Wohnorten nicht zur Verfügung steht, sondern dafür in größere Städte gependelt werden muss. Schon die dafür zurückzulegenden Entfernungen zwischen Wohn- und Behandlungsort erschweren eine erfolgreiche Substitution. Unübersehbar sind zudem die sich entwickelnden Verwerfungen, die aus diesen Versorgungsdilemmata entstehen und sowohl in den Heimorten der Patienten als auch in den Städten mit Substitutionsangeboten Probleme erzeugen, die beide Regionen unter enormen Druck und kaum einlösbare Erwartungen setzen.

### **Aber: Der moderne Schwarzmarkt kommt zu jedem**

Anders als viele Jahre zuvor, sind illegalisierte Substanzen heute nicht allein in größeren Städten und Metropolen verfügbar. Neue Medien, moderne Kommunikationsmittel und gewachsene Mobilität haben längst den Schwarzmarkt verändert. Nunmehr ist auch in flächigen Regionen eine komfortable Verfügbarkeit illegalisierter Substanzen für potentielle Konsu-

---

<sup>3</sup> Der Begriff „ganzheitliche Substitution“ scheint deshalb angemessen, weil nicht nur eine illegalisierte Substanz durch ein legales Medikament ersetzt wird. Vielmehr hängen die angestrebten Veränderungen im psychischen und sozialen Bereich oft auch mit der Ablösung von Lebensroutinen und sozialen Bezügen zusammen, die sich für den Klienten als nicht gelungen/nicht passend oder sogar als unproduktiv erwiesen haben und deshalb durch neue oder veränderte soziale Strukturen, Lebensperspektiven, Alltagsgewohnheiten u. ä. ersetzt werden müssen.

<sup>4</sup> Bis heute wird in Fachkreisen in der Regel kurz über „psB“ gesprochen, wenn es um psycho-soziale Hilfestellungen geht. Damit wird jedoch nicht deutlich, was genau gemeint ist. Ohne inhaltliche Unterscheidung werden Begriffe wie Beratung, Begleitung, Betreuung und Behandlung synonym verwendet, obwohl sich wesentliche Unterschiede mit den jeweils angesprochenen Methoden psycho-sozialer und therapeutischer Arbeit verbinden. Diese begriffliche Diffusität soll hier beseitigt werden, indem von psycho-sozialen Hilfestellungen als Begriff allgemeiner Ordnung gesprochen wird, die in Form von Beratung, Begleitung, Betreuung und Behandlung erfolgen können. Mit einer solchen Unterscheidung lassen sich auch die jeweils einzubringenden Fachkompetenzen klarer benennen, so dass auch nachvollziehbar wird, welche Akteure in diesem Prozess zu beteiligen sind.

menten entstanden. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass auch in kleineren Wohnorten Menschen leben, die illegalisierte Opiate konsumieren und von einer Substitutionsbehandlung profitieren könnten. Insofern liegt auf der Hand, dass der Bedarf an Hilfe zur Bewältigung möglicher Probleme mit illegalisierten Opiaten nicht mehr nur in urbanen Zentren signalisiert wird. Diese galten bisher als wichtige Umschlagplätze für illegalisierte Drogen und als Brennpunkte einer florierenden Drogenszene. Nunmehr stehen auch Kleinstädte, Gemeinden und Landkreise vermehrt vor der Herausforderung, Versorgungsstrukturen für Substitutionspatienten zu schaffen.

Ein Blick auf die besonderen regionalen Gegebenheiten von Kleinstädten und Landkreisen unterstreicht jedoch, dass für „Substitution auf dem Lande“ nicht die Versorgungsstrukturen einer Großstadt kopiert werden können. Die bisher bewährten Behandlungsstrukturen sind in und für Großstädte entwickelt worden und können dort mit einem vertretbaren Aufwand für alle Beteiligte auch vorgehalten werden. Kleinere Städte, Landkreise und Gemeinden stehen vor der Herausforderung, für ihre Bevölkerung ebenfalls Angebote einer ganzheitlichen Substitution zu ermöglichen, ohne zugleich den Facettenreichtum spezialisierter Hilfeeinrichtungen einer Metropole vorhalten zu können. Dies stellt die gegenwärtige Substitutionspraxis unter einen enormen Modernisierungsdruck und erfordert einen Entwicklungsschub, der engagiert in Angriff genommen werden muss.

### **„Auf dem platten Lande“ – das Beispiel Saalekreis in Sachsen-Anhalt**

Bisher wird Opiatabhängigen in vielen ländlichen Regionen der Zugang zur Substitutionsbehandlung strukturell verweigert – „strukturell“ deshalb, weil es nicht gelingt, eine Versorgungslandschaft zu entwickeln, die diesen regionalen Rahmenbedingungen entspricht. Die Auswirkungen dieser Situation sind nicht allein für die betroffenen Klienten/Patienten katastrophal. Die negativen Folgen sorgen für erhebliche soziale und finanzielle Belastungen und bringen Einschränkungen in der Lebensqualität mit sich – dies sowohl in sozialen Bezügen der versorgenden Großstadt als auch im Heimatort, aus dem die Patienten fluktuieren. Am Beispiel des Saalekreises lässt sich dies nachvollziehbar darstellen.

Der Saalekreis ist 2007 aus der Gebietsreform der Landkreise Sachsen-Anhalts hervorgegangen. Mit dieser wurde nicht nur eine Neuordnung der zum Landkreis gehörenden Regionen vorgenommen. Auch die zuständigen Verwaltungsstrukturen wurden verschlankt, die finanzielle Ausstattung der einzelnen Landkreise neu geregelt und die Versorgungsstandards mit Hilfeeinrichtungen überarbeitet.

Der neu etablierte Saalekreis gehört mit einer Fläche von 1.433 km<sup>2</sup> und 200 227 Einwohnern (Stand Januar 2010) zu den flächenmäßig großen Landkreisen Sachsen-Anhalts. In diesem ist ein kleinerer Teil der Einwohnerschaft in wenigen Städten und Gemeinden beheimatet (vgl. Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt)<sup>5</sup>, ein größerer Teil lebt in eher ländlichen Regionen, weshalb die durchschnittliche Bevölkerungsdichte mit 139 Einwohnern je km<sup>2</sup> (ebenda) gering ist. Diese Besonderheiten des Saalekreises lassen sich regelmäßig auch in vielen anderen Regionen Deutschlands aufzeigen (u. a. Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Nieder-

---

<sup>5</sup> Sieben Städte, fünf Gemeinden, eine Verbandsgemeinde und zwei Verwaltungsgemeinden

sachsen, Thüringen), weshalb die hier dargestellten Problemlagen durchaus eine ernstzunehmende gesundheitspolitische Relevanz haben.

Der mehrheitlich ländliche Charakter des Saalekreises sorgt dafür, dass das Netz der Versorgung mit medizinischen und sozialen Hilfeangeboten weitgespannt sein muss: Die nördlichste Gemeinde ist 49 km von der südlichen Kreisgrenze entfernt, die größte Spanne der Ost-West-Achse beträgt ca. 57 km (ebenda). In diesen Landkreis eingebettet ist die kreisfreie Stadt Halle/Saale, die als eigenständiges Versorgungsgebiet gilt und nur bedingt Versorgungsaufgaben für den Landkreis übernimmt. Die Inanspruchnahme von Leistungen in der Stadt Halle ist zudem mit erheblichen Aufwendungen verbunden: Im Landkreis beträgt die durchschnittlich nach Halle zurückzulegende Wegstrecke 25,3 km. Wäre eine Versorgung nur in Halle möglich, müsste eine alternde und deshalb bedürftigere, weniger leistungsfähige und damit auch weniger mobile Bevölkerung nicht nur für die Inanspruchnahme spezialisierter Einrichtungen, sondern auch für die Basisversorgung erhebliche Wegstrecken in Kauf nehmen. Erschwerend käme in dieser Situation hinzu, dass die Patienten/Klienten mehrheitlich auf einen ausgedünnten öffentlichen Nahverkehr angewiesen sind. Diese problematischen Konstellationen ergeben sich mit gleicher Schärfe auch bei der Inanspruchnahme einer Substitution.

### **Die Situation für substituierte Klienten/Patienten: Vor der Aufnahme einer Substitution**

Wie Substituierte in allen Teilen Deutschland sind auch die Klienten im Saalekreis mit diversen Regelungen und zu erbringenden Vorleistungen konfrontiert, die die rasche Aufnahme einer Substitution behindern. Vorsprachen in der Drogenberatungsstelle, das Finden eines Substitutionsarztes mit freier Behandlungskapazität und die nötigen bürokratischen Vorarbeiten bis schließlich mit der Substitution begonnen werden kann, ziehen den Zeitraum zwischen entwickeltem Ausstiegswunsch und tatsächlich begonnener Substitution in die Länge: In Halle, der Stadt, in der die Substitution auch für den flächigen Saalekreis zentralisiert ist, beansprucht dieser Prozess im Durchschnitt 30 Tage (vgl. Jahresbericht der Drobs Halle 2009). Während dieser Zeit bleiben die Klienten weiter auf ihre Szenebezüge und ihren drogenbezogenen Alltag verwiesen. In Anbetracht der oft fragilen Motivation der Klienten, die durch den Verbleib in risikoreichen, chaotischen und immer wieder auch destruktiven Zwängen belastet wird, ist dies in Deutschland ein allgemein beklagter Zustand. Damit während dieser Zeit der Klient nicht mehr ausschließlich auf seine Szenebezüge und seinen drogenbezogenen Alltag verwiesen bleibt, beginnt die Drobs Halle sofort mit psycho-sozialen Hilfen für die Klienten und damit weit vor der medizinischen Substitution (ebenda).

Zu diesen allgemein bekannten Problemen sind Klienten, deren Heimatort weit von den handelnden Institutionen entfernt ist, mit zusätzlichen Erschwernissen belastet, die die Aufnahme einer Substitution verkomplizieren:

- *Erstens* ist für jeden Termin, der im Vorfeld des Behandlungsbeginns nötig ist – in der Regel zwischen 2-4 Termine – eine Anreise zu organisieren. Diese kann in der Mehrheit nicht mit einem privaten Fahrzeug erfolgen, sondern setzt die Nutzung des öffentlichen Nahverkehrs voraus. Der in vielen Regionen stark ausgedünnte Fahrplan sorgt dafür, dass mit dem Wahrnehmen eines ca. einstündigen Termins zur Klärung von Sachverhalten rund um die Substitution ein sich über mehrere Stunden hinziehender

Aufenthalt in der Stadt verknüpft ist, ehe mit öffentlichen Transportmitteln wieder eine Rückreise in den Heimatort möglich wird<sup>6</sup>. Diese in der Regel nicht durch andere Aktivitäten ausgefüllte Wartezeit ist schon deshalb beschwerlich, weil in den kontaktierten Institutionen ein längerer Aufenthalt oft nicht erwünscht ist (z. B. aus Angst vor Szenebildungen) und für wiederkehrende Wartezeiten in öffentlichen Einrichtungen (Café, Restaurant) nicht das nötige Geld aufgebracht werden kann. So stellt sich insbesondere bei schlechten Wetterlagen immer die Frage des Verbleibs während dieser Zeit.

- *Zweitens* gehen diese langgezogenen Zeiten des Wartens und des Leerlaufs am Ort der Substitution den Klienten für die Organisation ihres Lebens im Heimatort verloren, in welchem sie oft noch in soziale Bezüge und diverse Verantwortlichkeiten eingebunden sind. Durch die Aktivitäten in Vorbereitung einer Substitution können sie dort ihren Verpflichtungen nicht nachkommen, wodurch die ohnehin belasteten sozialen Beziehungen weiter unter Druck geraten.
- *Drittens* bieten sich die langen und nicht gebundenen Wartezeiten bei einer fragilen Motivation geradezu an, in die Beschaffungs- und Konsumstrukturen der Stadt einzutauchen, hier Kontakt zu entsprechenden Szenebezügen zu suchen/zu halten und sich weiter in die kriminelle Beschaffung finanzieller Mittel und/oder den Konsum illegalisierter Substanzen zu verstricken.

Deutlich wird, dass mit einer Substitutionsbehandlung, die in der Stadt zentralisiert ist, strukturellen Rahmenbedingungen vorgegeben werden, die für Klienten aus flächigen Versorgungsregionen Hürden erzeugen, die diese deutlich benachteiligt bzw. davon sogar ausschließt.

### **Der Einstieg in die Substitution**

Wenn es nach den notwendigen organisatorischen Vorarbeiten gelungen ist, eine Substitution zu beginnen, dann stellen sich die ersten Monate in der Regel als Zeit großer Ein- und Umstellungen dar. In dieser wird behutsam zu einem geeigneten Substitutionsmittel und zu passender Dosierung gefunden, werden Folgeerkrankungen einer Behandlung zugeführt, erfolgt eine aufwendige Regelung komplex miteinander verknüpfter psycho-sozialer Probleme und wird an einer oftmals fragilen Therapiemotivation und der Ambivalenz gegenüber Drogen bzw. Drogenabstinenz gearbeitet. Diese Zeit des Einstiegs in die Substitution wird deshalb in der Regel sowohl von ärztlicher Seite als auch von Seiten psycho-sozialer Hilfen sehr intensiv begleitet. Dies erfordert vom Klienten zum einen ein tägliches Vorsprechen bei dem behandelnden Arzt, der auch das verordnete Substitutionsmittel verabreicht. Zum anderen werden gerade zu Beginn der Substitution engmaschig Termine für eine psycho-soziale Hilfe nötig. Oftmals wird in dieser Zeit sowohl von ärztlicher Seite als auch von Seiten der Drogenberatung gezielt ein Behandlungsregime geschaffen, das mit seinen wiederkehrenden festen Terminen und den an den Klienten gestellten Pflichten eine tagesstrukturierende Wirkung hat. Damit sollen grundsätzliche Änderungsprozesse initiiert und gestützt sowie das Heraus-

---

<sup>6</sup> Beispielsweise ist die Kleinstadt Querfurt von Halle ca. 42 km entfernt. Mit öffentlichen Verkehrsmitteln ist Halle in 1h 8min und mit drei Mal umsteigen erreicht. Rückfahrgelegenheiten von Halle nach Querfurt ergeben sich ca. alle zwei Stunden.

bilden notwendiger Live-Skills für die erfolgreiche Bewältigung drogenbezogener Probleme unterstützt werden.

Im Allgemeinen ist diese intensive Einstiegsphase in die Substitution für Klienten mit vielfältigen Herausforderungen verbunden. Diese werden jedoch potenziert durch die Tatsache, in Orten beheimatet zu sein, die von den zentralisierten Angeboten einer Substitution weit entfernt sind. Für diese Klienten stellt sich faktisch die Notwendigkeit eines täglichen Pendelns zwischen Heimatort und Ort der Substitution. Damit werden enorme Zeiten und finanzielle Mittel gebunden, wodurch oftmals problematische Entwicklungen angeschoben werden:

- *Erstens* stehen wichtige zeitliche und finanzielle Ressourcen für ambulante Rehabilitationsprozesse (u. a. Wohnungssuche, Wohnungseinrichtung, Kinderbetreuung, legales eigenständiges Wirtschaften, Qualifikation, Arbeitssuche) nicht mehr zur Verfügung, wodurch diese Prozesse im günstigsten Fall verkompliziert und verlangsamt, im ungünstigsten Fall sogar ganz unmöglich werden. Zwar sorgt die Übernahme der Fahrtkosten für einen gewissen finanziellen Ausgleich; das permanente Unterwegs-Sein schafft jedoch Unruhe und nötigt zu zusätzlichen Kosten, die sich aus der Reise und dem Aufenthalt vor Ort ergeben (u. a. deshalb wird in beruflichen Bezügen z. B. bei Dienstreisen Tagegeld gewährt).
- *Zweitens* handhabt eine Reihe von Klienten den aus eigenen Kräften nicht auflösbaren Konflikt zwischen nicht verfügbaren Mitteln für das tägliche Unterwegs-Sein und den notwendig einzuhaltenden Terminen am Behandlungsort, indem sie sich „Beförderung erschleichen“ und mit diesem Delikt kriminell werden. Es liegt an den Anforderungen des Behandlungsregimes, dass in der Regel „Schwarzfahren“ nicht ein einmaliges Delikt bleibt, sondern die Klienten zu Wiederholungstätern werden. Auf diese Weise summieren sich jedoch zunächst überschaubare Ordnungsstrafen zu erheblichen Beträgen, die bei Zahlungsunfähigkeit sogar über Freiheitsstrafen abzugelten sind.
- *Drittens* realisiert ein weiterer Teil der Klienten die Anforderungen der intensiven Einstiegsphase in Substitution, indem sie sich zunächst als Übergangslösung und gedacht für eine überschaubare Zeit einen privaten Wohn- und Aufenthaltsort vor Ort beschaffen – in der Regel in Form des Couch-Hoppings. Dies sind zunächst Mitwohnmöglichkeiten bei Freunden und Bekannten, die ihrerseits oft selbst Drogen problematisch konsumieren und in entsprechende Szenebezüge integriert sind. Auf diese Weise in schwierige soziale Bezüge verwiesen, gestalten sich die persönlichen Rahmenbedingungen für die erfolgreiche Bewältigung des Einstiegs in die Substitution fragil, wenig hilfreich und oft sogar kontraproduktiv.
- *Viertens* gelingt es den Klienten mit dieser Variante zwar, eine Lösung für das notwendige tägliche Pendeln zu finden und die damit verbundenen finanziellen und zeitlichen Aufwendungen zu reduzieren. Der Preis dafür ist jedoch die zeitweise Übersiedlung in eine Stadt, mit deren drogenfreien Milieus und Gegebenheiten die Klienten nicht vertraut sind, deshalb dort kaum die Chance haben, sich ein hilfreiches soziales Netzwerk aufzubauen und sich Strukturen zu erschließen, die einen Alltag mit zufriedenstellenden sozialen Kontakten, Aktivitäten, Sinnbezügen und Selbstbestäti-

gung ermöglichen. Stattdessen können Entwurzelung, soziale Isolation und Lange-  
weile zu Antrieben werden, sich wenigstens in Szenetreffs, in drogenbezogene  
Netzwerke und darauf bezogene Aktivitäten zu integrieren, auch wenn damit der Er-  
folg der begonnenen Substitution in Gefahr gebracht wird.

Deutlich wird, dass das Angebot einer in der Stadt stationierten Drogenberatung, zu der die  
Klienten aus fernerer Wohnorten pendeln müssen, insbesondere in der intensiven und fragilen  
Phase des Einstiegs in die Substitution mit Belastungen und Erschwernissen verbunden ist,  
die den Erfolg dieser ohnehin beschwerlichen Startphase gefährden. Diese Probleme lassen  
sich mit einer Take-Home-Vergabe des Substitutionsmittels nicht auffangen, solange die in  
dieser Zeit ebenso wichtigen psycho-sozialen Hilfestellungen nicht als Coming-Home prakti-  
ziert werden.

### **Der Alltag der Maintenance-Substitution**

Nach der erfolgreichen Bewältigung des Einstiegs in die Substitution ergeben sich für viele  
Klienten neue Möglichkeiten der Gestaltung des Substitutionsregimes. Take-Home-  
Verschreibungen und größere Zeitabstände zwischen Terminen beim behandelnden Arzt und  
psycho-sozialen Beratern eröffnen den Klienten neue Freiheitsgrade in der Verfügung über  
Zeit, Tagesstruktur und Ressourcen. Diese Phase der Substitution ist auch die Zeit neuer Vor-  
haben und Aufgaben, in der die Integration in ein zufriedenstellendes Leben in den Heimator-  
ten voranzutreiben ist. Es kann jedoch nicht davon ausgegangen werden, dass die notwendi-  
gen Veränderungsprozesse den Klienten in eigener Regie, problemlos und ohne Reibungsver-  
luste gelingen.

In dieser Phase der Substitution sind klärende Gespräche in der betreuenden städtischen Dro-  
genberatungsstelle und damit weit weg von den aktuellen Lebensbezügen nur begrenzt hilf-  
reich. Gefragt sind Drogenberater nunmehr vor allem als Case-Manager. Diese Funktion kann  
jedoch kaum sinnvoll aus der Distanz einer, in einer entfernten Stadt beheimateten Beratungs-  
stelle wahrgenommen werden. Sie setzt vielmehr voraus, dass Vermittlungs- und Klärungs-  
prozesse aus der unmittelbaren Kenntnis der Sachlage, in Auseinandersetzung mit den betei-  
ligten Partnern komplementärer psycho-sozialer Hilfen und mit Institutionen vor Ort erfolgen.  
Mit Blick auf diese Lebensbezüge drängt sich die Schlussfolgerung auf, dass die noch immer  
praktizierten Komm-Strukturen psycho-sozialer Hilfen zumindest in ländlichen Versorgungs-  
regionen durch Geh-Strukturen aufzulösen sind. Erst so können die Klienten aktiv unterstützt  
werden. Ohne eine eher zugehende Arbeit bleiben sie weitgehend auf sich selbst gestellt und  
können durch anstehende Anforderungen schnell überfordert werden. Dadurch wird der Er-  
folg der Substitution selbst dann in Frage gestellt, wenn der medizinische Teil ohne Komplika-  
tionen verläuft. Dies ist insofern bedauerlich, als die ländlichen Strukturen doch Vorteile  
für Entwicklungsprozesse bieten, die auf eine soziale Integration hinauslaufen.

### **Ländliche Prägung: Ein Plus für Therapien von Abhängigkeitserkrankungen!**

Die Tatsache, dass viele auf die Behandlung von Abhängigkeit spezialisierte stationäre Ein-  
richtungen traditionell auf dem „platten Lande“ arbeiten, sollte hellhörig machen. Sie unter-  
streicht, dass die strukturellen Besonderheiten ländlicher Regionen durchaus Impulse für  
Entwicklungen setzen, die von den Klienten/Patienten im Zuge der Krankheitsbewältigung zu

meistern sind. Stellt sich folgerichtig die Frage, welche regionalen Besonderheiten sich auf eine Substitutionsbehandlung positiv auswirken können?

Die gewachsenen stärkeren informellen Kontakte in überschaubaren Wohnorten sorgen beispielsweise dafür, dass Privates und Öffentliches weniger starr voneinander abgegrenzt wird. Eine flächige ländliche Region bietet zudem Chancen, den ländlichen Raum mit seinem stärkeren Bezug zur Natur und den eher entschleunigten Lebensrhythmen als wertvolles Lebensumfeld zu entdecken, gemeinschaftliches Wirken bei der Bewältigung des Alltags anzuregen, Erwerbsarbeit und Selbstsorge kreativ in neuen Formen miteinander zu verbinden und in eigener Regie aktiv zu gestalten sowie alte und neue soziale Netzwerke zu aktivieren. Ländlichen Regionen ist mehrheitlich nicht die Anonymität einer Stadt und eine geringe soziale Kontrolle eigen – eine Besonderheit ländlicher Regionen, aus der sich ein weiterer Pluspunkt ergeben kann: Ein völlig anderer Umgang mit der Compliance substituierter Patienten/Klienten.

Im Rahmen einer Substitutionsbehandlung sind Compliance und damit auch Kontrolle ein zentrales Thema. Diese ist nicht nur in den gesetzlichen Regelungen ausdrücklich vorgeschrieben. Auch das in der Regel ambulante Substitutionsregime sowie die in vielen Fällen zunächst noch existierenden starken sozialen und emotionalen Bezüge der Klienten zur illegalisierten Drogenszene verunsichern professionelle Helfer, die mit zusätzlichen Kontrollanstrengungen um Sicherheiten bemüht sind. Notwendigkeiten und Begehrlichkeiten in Bezug auf eine umfassende Kontrolle der Klienten ergeben sich nicht zuletzt aus Fällen, in denen den Patienten/Klienten nur eingeschränkte Fähigkeiten zur eigeninitiativen Gestaltung erfolgreicher Ausstiegsprozesse aus Abhängigkeit attestiert werden müssen. Substitutionsregimes in spezialisierten Behandlungszentren größerer Städte haben deshalb vielfach Regeln entwickelt, mit denen innerhalb der geschaffenen institutionellen Zusammenhänge eine formalisierte Kontrolle erfolgt. Diese Kontrollbestrebungen können sich zwar einerseits als struktur- und haltgebend erweisen, sie untergraben aber andererseits auch Selbstbild, Selbstwert und Vorstellungen zu Selbstwirksamkeit und Eigenermächtigung der Klienten. Demgegenüber bietet das Leben im ländlichen Raum Möglichkeiten, die institutionelle Aufsicht durch eine informelle Kontrolle zu ersetzen/zu ergänzen, so dass das Spannungsverhältnis zwischen Vertrauen und Kontrolle auf neue Weise balanciert werden kann.

Für Substitutionsbehandlungen ließe sich im ländlichen Raum schließlich ein weiterer Vorteil erschließen: Eine neue Antwort auf die kritische Frage, für wen, wann und mit welchen Zielen welche Hilfestellung notwendig und sinnvoll ist? In städtischen Behandlungszentren hat sich eine Entwicklung vollzogen, durch die jede nötige Hilfestellung für substituierte Patienten/Klienten zu einer spezialisierten Leistung definiert und als solche vom ausdifferenzierten Drogenhilfesystem realisiert wird. Für die Klienten ergeben sich daraus erhebliche Schwierigkeiten, der Drogenhilfe zu entkommen und sich in Hilfebezügen zu begeben, die für die jeweiligen Fragestellungen (z. B. Schulden, soziale Sicherung, Arbeitsvermittlung) allgemein zuständig sind. Die geradezu gettoisierende Haltekraft des Drogenhilfesystems verhindert eine wichtige Signalwirkung an die Betroffenen: Die Botschaft, dass sie nunmehr in einen normalen Alltag einmünden und einen besonderen Teil ihrer Biografie – ihre Drogenbiografie – abschließen. Die enorme Bedeutung dieser Signalwirkung ist aus anderen spezialisierten

Rehabilitations-/Behandlungssettings (z. B. Krebs, Herzerkrankungen, psychische Störungen) bekannt. Hier bemüht man sich deshalb ausdrücklich um das schnelle Ankommen der Patienten in einem weitgehend normalisierten Alltag. Die Inanspruchnahme spezialisierter Hilfe signalisiert dem Einzelnen eine besondere Schwere seines Falles, die sich auch in die Selbstwahrnehmung eingräbt und im Sinne einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung langanhaltende Behinderungen anstößt. Damit liegen die Vorteile einer Normalisierung auch bei Substitutionsbehandlungen liegen auf der Hand. Insofern ist die Frage kritisch zu stellen, wie weit/wie lange im Rahmen eines ganzheitlichen Substitutionsregimes eine auf Abhängigkeit spezialisierte psycho-soziale Hilfestellung notwendig und richtig ist und wann und unter welchen Bedingungen wesentliche Aufgaben einer solchen Unterstützung durch das Regelsystem sozialer Dienste übernommen werden kann/sollte.

Für Überlegungen zur Modernisierung der Substitution bleibt festzuhalten, dass städtische Strukturen in vielerlei Hinsicht weniger günstige Rahmenbedingungen bieten, sich aus drogenbezogenen Lebensstilen zu lösen. Dagegen hat das Leben im ländlichen Raum Besonderheiten, die dem allgemeinen Ziel der Substitution – soziale Integration Abhängigkeitskranker – entgegen kommen können. Strategien, erfolgreiche städtische Versorgungsstrukturen unbeschadet auf den ländlichen Raum zu übertragen, sind deshalb zu hinterfragen. Sie erweisen sich nicht nur als unbezahlbar und legen einer erfolgreichen Behandlung zusätzliche Stolpersteine in den Weg. Sie verhindern zugleich, dass die Besonderheiten ländlicher Lebensräume zu tatsächlichen Ressourcen für die Bewältigung von Abhängigkeit werden. Deshalb müssen in ländlichen Regionen auch bei Substitutionsbehandlungen neue Wege der medizinischen und psycho-sozialen Versorgung gegangen werden. Angesichts der engen gesetzlichen Handlungsspielräume gestaltet sich dieses Unterfangen allerdings schwierig.

### **Ein Landkreis vor Herausforderungen durch Verödung gestellt**

In den meisten ländlichen Regionen des Saalekreises dominiert die landwirtschaftliche Produktion. Zusätzlich dazu gibt es in größeren Gemeinden Gewerbegebiete, in denen handwerkliche Dienstleistungsbetriebe angesiedelt sind, die oft auch überregional agieren. Sie bieten in der Regel eine überschaubare Zahl an Arbeitsplätzen, die der Nachfrage jedoch nicht gerecht wird. Junge, leistungsfähige und qualifizierte Menschen sind deshalb genötigt, aus der Region wegzuziehen. Zurück bleiben alte, weniger leistungsfähige und weniger qualifizierte Menschen, so dass sich die Bevölkerungsstruktur insgesamt problematisch verändert. Jeder junge Mensch, der in diesen Bezügen verbleibt, ist deshalb für die Region und das Zusammenleben in den Gemeinden ein Gewinn. Die Chance einer Wiederbelebung ergäbe sich nur, wenn in den oft idyllischen Landstrichen ausreichend Arbeitsplätze entstehen würden. Dies gelingt jedoch oft nur im „Speckgürtel“ einer Stadt. Mehrheitlich leiden die Gemeinden darunter, dass mehr und mehr eine alte und in ihrer Mobilität blockierte Bevölkerung zu versorgen ist, für die die größeren Städte zudem immer schwerer erreichbar werden. In der Folge sind diese Regionen zunehmend isoliert und verlieren den Anschluss an städtische Lebensstandards.

Parallel zu diesen sozialen Entwicklungen führen ökonomische Effizienzkriterien dazu, dass eine öffentliche Infrastruktur mit einer breiten Palette sozialer Dienste vor Ort kaum noch aufrechterhalten werden kann. Der Landkreis steht deshalb versorgungspolitisch vor schwierigen Herausforderungen: Es müssen insgesamt Versorgungsmodelle für medizinische und

soziale Hilfen, also auch für Substitutionsbehandlungen, entwickelt werden, mit denen weit voneinander entfernte Gemeinden mit einer geringen Bevölkerungsdichte und mit einer älteren und damit weniger gesunden, weniger leistungsfähigen und weniger mobilen Einwohnerschaft effektiv erreicht werden. Diese Herausforderung ist nur über die Entwicklung neuer Versorgungsmodelle einlösbar und gestaltet sich insbesondere bei der Modernisierung der Substitution besonders schwierig.

### **Kleine Fallzahlen und doch zu aufwendig: Der Bedarf an Substitution**

Der Bedarf an Substitution im Landkreis kann nur bedingt verlässlich festgestellt werden. Für 2009 lassen sich in den Einrichtungsstatistiken 36 Klienten mit Opiatproblemen aufzeigen, die ihren Wohnsitz im Saalekreis hatten (vgl. Jahresbericht des Gesundheitsamtes 2009). In welchem Umfang zusätzlich dazu auch ein Bedarf zu zählen ist, der auf Grund der vor Ort gegebenen Limits in den Behandlungskapazitäten (z. B. Zahl der substituierenden Ärzten, Plätze für eine psycho-soziale Hilfestellung) nicht realisiert werden konnte bzw. der durch die strukturell schwierige Versorgungssituation gar nicht erst im Hilfesystem nachgefragt wurde, kann nicht ermittelt werden.

Grundsätzlich kann jedoch davon ausgegangen werden, dass in ländlichen Regionen eher eine kleine Zahl von Personen Substitution nachfragt. Für die beteiligten Institutionen ist dies bezogen auf zu entwickelnde Routinen und das Management in Zusammenhang mit Substitution ein Nachteil, der sich insbesondere aus den bisher geltenden bürokratischen Regelungen und penibel vorgeschriebenen Routinen und Aufwendungen ergibt. Diese kleinen Fallzahlen ließen sich jedoch in positive Effekte wenden, wenn es gelänge, dafür passende Konzepte und Routinen zu entwickeln. Immerhin unterstreichen die Erfahrungen großer zentralisierter Einrichtungen, dass eine räumliche und zeitliche Konzentration von Personen, die sich in Bezug auf ihre Substitution in sehr unterschiedlichen Motivationsphasen befinden, auch schwierige Entwicklungen anstoßen kann. Diese können sowohl den Erfolg der Behandlung für die einzelnen Patienten untergraben, als auch das Image und die soziale Akzeptanz der an der Behandlung mitwirkenden Institutionen beschädigen. Am Beispiel der Stadt Halle lässt sich dies gut nachzeichnen.

### **Die Sogwirkung der Stadt Halle/Saale für Klienten mit Substitutionswunsch**

Die Stadt Halle/Saale hat in den 90er Jahren Angebote für Substitutionsbehandlungen etabliert, wie sie in größeren deutschen Städten typischer Weise praktiziert werden. Dazu gehören vier substituierende Ärzte in zwei Gemeinschaftspraxen, zwei auf psycho-soziale Hilfestellungen spezialisierte Drogenberatungsstellen und ein Projekt für betreutes Wohnen, das mit seinen 24 Plätzen auch Substituierten offen steht. Gemessen an Metropolen wie Berlin, Hamburg und Frankfurt sind diese Angebote ausbaufähig (z. B. durch Arbeits- und Beschäftigungsprojekte). Im Vergleich zu den angrenzenden Landkreisen allerdings verfügt Halle/Saale mit seinen Zugängen zur Substitutionsbehandlung über ein Alleinstellungsmerkmal und übt deshalb eine Sogwirkung auf alle Opiatabhängigen aus, die im näheren und weiteren Umfeld leben. Diese Sachlage trägt zu verhängnisvollen Entwicklungen bei, die sich beispielsweise in Belastungen auf Seiten der an Substitution mitwirkenden Institutionen und in erheblichen Komplikationen bei der Inanspruchnahme der Substitutionsangebote auf Seiten der Patienten zeigen.

Für den zur Rede stehenden Saalekreis hat die bisher in Halle zentralisierte Substitution beispielsweise die Konsequenz, dass Klienten aus dem flächigen Versorgungsgebiet nicht nur regelmäßig nach Halle/Saale streben. Um der oft langjährigen Substitutionsbehandlung besser gerecht zu werden, verlagern sie ihren Lebensmittelpunkt zunehmend in die Stadt und versuchen schließlich, sich hier fest anzusiedeln. Eine Rückkehr in die Heimatregion nach Abschluss der Substitution ist dann jedoch wenig wahrscheinlich. Die Suche nach Wegen, den „Landeskindern“ den Zugang zur Substitution vor Ort zu ermöglichen, wird deshalb durch das Bestreben begründet, dem Landkreis die jungen und entwicklungsfähigen Substitutionspatienten zu erhalten. Dazu sind jedoch sowohl die suchtmmedizinische Versorgung als auch die Angebote psycho-sozialer Hilfen neu zu ordnen.

### **Die ärztliche Versorgung im Landkreis: Keine Chance für Substitution**

Wie viele ländliche Regionen vor allen in den Neuen Bundesländern steht auch der Saalekreis vor der Herausforderung, in der Zukunft das Niveau der haus- und fachärztlichen Versorgung zu halten. Ohne Intervention führt die Überalterung der vor Ort tätigen Ärzte dazu, dass diese innerhalb von 5-10 Jahren ihre Tätigkeit in der medizinischen Basisversorgung beenden. Die dann auftretenden Versorgungsprobleme zeichnen sich schon heute ab: Sie äußern sich auf Seiten der Ärzte sowohl in hohen Behandlungsfällen und Patientenzahlen, als auch in größer werdenden Versorgungsregionen, in denen lange Wegezeiten für Hausbesuche den Aufwand für die hausärztliche Betreuung nochmals erhöhen. Auf Seiten der Patienten verschlechtert sich die medizinische Versorgung durch lange Wegen zu den praktizierenden Ärzten und durch lange Wartezeiten, die sowohl für eine akute Behandlung als auch für reguläre Untersuchungen aufzubringen sind. Dazu kommt, dass oftmals Aufnahmestopps für neue Patienten verhindern, überhaupt im näheren Wohnumfeld ärztlich versorgt zu werden.

In einer solchen medizinischen Versorgungssituation kann den besonderen Bedürfnissen Substituierter nur wenig Aufmerksamkeit eingeräumt werden. Die von den Ärzten zu leistenden bürokratischen Regelungen in Zusammenhang mit einer Substitutionsbehandlung einerseits und die in der Regel kleinen Fallzahlen der nach Substitution Nachfragenden verquicken sich. Sie werden zu einem sich perpetuierendem Bündel, das die geringe Bereitschaft der Ärzte begründet, sich an einer Versorgung mit Substitution zu beteiligen: In Anbetracht der arbeitsmäßigen Belastungen durch die ärztliche Regelversorgung erweisen sich die umfangreichen administrativen Leistungen, die in Zusammenhang mit einer medizinischen Substitution durch die Ärzte zu erbringen sind, *erstens* als unverhältnismäßig hoch, *zweitens* durch fehlende Routinen der besonderen Gefahr hart sanktionierter Fehler ausgesetzt und *drittens* zudem finanziell nicht gedeckt. Erfahrungen substituierender Ärzte belegen, dass sich erst ab einer Patientenzahl von 25-50 Personen Routinen und Formen der Praxisorganisation entwickeln und durchsetzen lassen, die ein effizientes Substitutionsmanagement erlauben, die dann auch finanziell lukrativ werden. Deutlich wird, dass die administrativen Regelungen, die gesetzlichen Auflagen und die festgelegten finanziellen Entgelte für medizinische Leistungen eine Öffnung kleiner Hausarztpraxen für die Substitution weniger Patienten verhindern und eine Zentralisierung von Behandlungsangeboten in wenigen großen Praxen und mit großen Fallzahlen fördern. Mit moralischen Appellen<sup>7</sup> von einzelnen Ärzten zu erwarten, durch Engage-

---

<sup>7</sup> Noch immer werden in der Fachöffentlichkeit die angeblich hohen Aufwendungen für die Qualifikation „Fachkunde Sucht“ und die Befürchtung „sehr problematische Patienten in die Wartezimmer zu holen“ als Gründe für die ablehnende Haltung

ment und altruistisches Handeln diese organisatorisch vorgegebenen Versorgungsstrukturen auszuhebeln, ist weder sachgerecht noch ist damit ein gangbarer Weg gefunden, nachhaltig Lücken in der suchtmedizinischen Versorgung zu beseitigen.

Festzuhalten ist, dass die gegenwärtigen administrativen, bürokratischen und finanziellen Regelungen des medizinischen Teils der Substitution verhindern, dass sich kleinere Hausarztpraxen auch bei einer kleinen Nachfrage einer Substitutionsbehandlung öffnen und diese in ihre Regelangebote aufnehmen. Allein die mangelnde Motivation der Ärzte zu beklagen, verstellt den Blick auf die dahinter stehenden Dilemmata, die nur auf der administrativen, bürokratischen und der Ebene der Finanzierung aufgelöst werden können und müssen.

### **Entgiftungsstationen und -kliniken: Mögliche Partner für die Substitutionsbehandlung im ländlichen Raum?**

Es besteht ein fachlicher Konsens dazu, Opiatabhängigkeit als chronisch rezidive Erkrankung zu sehen und zu behandeln. Entgiftungs-/Entzugsstationen und -kliniken könnten im Rahmen einer effizienten Substitutionsbehandlung wichtige Aufgaben übernehmen und sollten deshalb in der Gesamtanlage eines Substitutionsregimes in ländlichen Regionen eine unverzichtbare Rolle spielen. Ihr Beitrag zu einer erfolgreichen Durchführung einer Substitution könnte in folgenden Aufgaben bestehen:

- Kontrollierte Dosisreduktion in Bezug auf Opiate für den Fall, die Ausgangsdosis an konsumiertem Straßenheroin ist sehr hoch und/oder der Gesundheitszustand der Klienten lässt eine ambulante Entzugsbehandlung schwierig erscheinen.
- Kontrollierte Dosisreduktion und Herstellen von Abstinenz in Bezug auf beikonsumierte Substanzen, wenn der psychische und körperliche Zustand des Klienten eine ambulante Behandlung zu riskant erscheinen lässt.
- Krisenintervention für bereits substituierte Klienten, die in eine Phase intensiven Beigebrauchs geraten sind und deren allgemeine körperliche und psychische Situation prekär ist. Die dabei anzustrebenden Ziele sollten sein:
  - Wiederherstellung der Behandlungsfähigkeit für eine Substitution durch Entzug vom Beikonsum, Erholung und/oder Wiederherstellung körperlicher Gesundheit sowie psychische Stabilisierung.
  - Problematischen Episoden einer Substitution so rasch wie möglich entgegenzuwirken, um die Ausprägung dramatischer Konsumformen zu verhindern und Resignation zu verringern.
  - Zeit für Stabilisierung und Orientierung geben.
  - Zahl der mittel- und längerfristigen Intervalle einer erfolgreichen Substitution erhöhen.

---

der Ärzte gegenüber Substitutionsbehandlungen genannt. Deshalb wird regelmäßig allein an den guten Willen der Ärzte appelliert. Diese Argumentationslinien erscheinen jedoch kontraproduktiv, geraten doch auf diese Weise die weit komplexeren Hintergründe für das mangelnde Engagement der Ärzte für eine Substitutionsbehandlung aus den Augen.

- Herstellen absoluter Abstinenz von allen Substitutionsmitteln bei Abbruch oder Beendigung einer Substitution, wenn sich diese Prozesse auf Grund der Lebenslage der Klienten als zu problematisch bzw. zu riskant darstellen.

Deutlich wird, dass Fachkliniken und auf Entzug/Entgiftung spezialisierte Stationen nicht nur wichtige Aufgaben übernehmen könnten, die bei der Behandlung einer chronisch rezidiven Erkrankung immer wieder nachgefragt werden. Sie könnten auch als fachkundige Partner eines regionalen Substitutions-Netzwerkes gesehen werden, die auf Grund ihrer Kompetenz Aufgaben sowohl in der Zusammenarbeit mit den niedergelassenen substituierenden Ärzten (Konsiliarius, Wochenendvergabe, Urlaubsvertretung) als auch als regional gut erreichbare Anlaufstellen für die Klienten (Vergabe der Substitutionsmittel) fungieren könnten. Leider werden diese Chancen in der Regel nicht genutzt. Widerstand ergibt sich oft einerseits aus dem konzeptionellen Festhalten der Entzugsklinik am Abstinenzgebot. Andererseits verhindern auch die Festlegungen zu den finanziellen Entgelten, dass die Kapazitäten von Fachkliniken und auf Entzug/Entgiftung spezialisierte Stationen für Interventionen und Behandlungsepisoden in Zusammenhang mit einer Substitution genutzt werden.

### **Psycho-soziale Hilfeangebote: Ein Mix aus spezialisierter Drogenhilfe und komplementären psycho-sozialen Hilfen**

Zu den zentralen und auch obligatorisch vorgeschriebenen Bestandteilen einer ganzheitlichen Substitution gehören psycho-soziale Hilfeangebote: Ohne die Inanspruchnahme einer entsprechenden Hilfe darf auch der medizinische Teil der Behandlung nicht durchgeführt werden. Anders als der medizinische Teil der Substitution, der von den Krankenkassen finanziert wird, wird die psycho-soziale Hilfeleistung im Rahmen von Eingliederungsmaßnahmen nach §§ 53/54 SGB XII erbracht.

Hintergrund für die auch gesetzlich festgelegte besondere Rolle der psycho-sozialen Hilfeleistung ist die Erfahrung, dass sich Drogenkonsum und psycho-soziale Probleme und Konflikte gegenseitig und in zirkulärer Weise beeinflussen: Während die Einnahme des Substitutionsmittels den Drogenkonsum unterbrechen oder reduzieren soll und auf diese Weise auch zu einer Minimierung bereits bestehender psycho-sozialer Probleme beitragen kann, kommt der psycho-sozialen Hilfe die Aufgabe zu, zum einen direkt die Compliance der Klienten zu beeinflussen (z. B. Motivieren zur Beikonsumfreiheit, Rückfallprävention) und zum anderen vorliegende psychische und soziale Probleme sowie Defizite in verschiedenen Lebensbereichen bearbeiten zu helfen, wenn dies nicht aus eigener Kraft gelingt. Auf diese Weise sollen Auslöser für einen erneuten Drogenkonsum ausgeschaltet werden und sozial integrierte Lebensmuster Stabilität erhalten (vgl. Küfner, Ridinger 2008, S. 20f).

Damit beinhalten psycho-soziale Hilfestellungen für Substituierte zum einen sehr spezifische Maßnahmen, die unmittelbar auf die Auseinandersetzung mit dem Drogenkonsum zielen und mit hohen suchtherapeutischen Anteilen umzusetzen sind. Diese können als drogenbezogene psycho-soziale Basisintervention gelten – „Basis“ deshalb, weil die Bewältigung der Abhängigkeit das primäre Ziel der Substitutionsbehandlung ist. Zum anderen müssen vor oder gleichzeitig häufig akute Probleme der Existenzsicherung, später auch Maßnahmen in Zusammenhang mit der Gestaltung einer sozialen und beruflichen Integration der Klienten in zufriedenstellende neue Lebensbezüge gelöst werden. Diese können als komplementäre

psycho-soziale Hilfestellung gelten, die ein weniger spezialisiertes Agieren voraussetzen – komplementär deshalb, weil sich die Notwendigkeit der jeweiligen Hilfen aus dem Ziel ergibt, durch eine gelungene soziale Integration den Erfolg der Behandlung nachhaltig zu sichern.

Gegenwärtig werden sowohl drogenbezogene Basisinterventionen als auch komplementäre psycho-soziale Hilfen in der Regel durch spezialisierte Angebote des Drogenhilfesystems umgesetzt. Nicht nur in flächigen Versorgungsregionen stellt sich jedoch die Frage, welche Hilfen tatsächlich ein spezialisiertes Agieren notwendig machen und welche Leistungen unter welchen Voraussetzungen auch von den vorhandenen Regeldiensten übernommen werden können. Dazu ist eine Auseinandersetzung mit den genauen Anforderungen der jeweiligen psycho-sozialen Hilfen unumgänglich.

### **Die drogenbezogene Basisintervention bei Substitution: Inhalte**

Vielfach wird zu den Kernaufgaben der psycho-sozialen Hilfestellung ein umfangreiches Bündel drogenbezogener und komplementärer psycho-sozialer Angebote gezählt (vgl. Küfner, Ridinger 2008, S. 103):

- Überblicksdiagnostik, Zielklärung und Motivierung,
- Drogenmanagement (Verhaltensanalyse, Risikosituationen, Drogenverlangen),
- Soziale Situation (Alltag, Wohnung, finanzielle Situation, Arbeit und Beschäftigung),
- Psychische Situation (Affektregulation, Realitätsbezug, Realisierung eigener Ziele),
- Soziale Beziehungen (Kommunikation, Rollenwechsel, nähere soziale Beziehungen, Bezugspersonen, Konflikte).

Bei einer kritischen Auseinandersetzung mit den oben angeführten „Kernaufgaben einer psycho-sozialen Hilfestellung“ ergeben sich jedoch Einwände gegen die Zuweisung all dieser Aufgaben an ein spezialisiertes Drogenhilfesystem: Während Überblicksdiagnostik, Zielklärung und Motivierung sowie Hilfestellungen beim Drogenmanagement fachspezifische Kompetenzen erfordern, zielen die aufgeführten weiteren Hilfebereiche auf die nachhaltige Bearbeitung sozialer Probleme, die allgemein oder als Folge des Drogenkonsums entstanden sind. Diese ähneln in vielen Facetten Hilfe- und Unterstützungsangeboten, die auch bei anderen biopsychosozialen Störungen und Erkrankungen empfohlen und praktiziert werden. Insofern liegt auf der Hand, dass die professionellen Kompetenzen bereits existierender allgemeiner sozialer Dienste rechtfertigen, im Zuge einer Neuordnung auch komplementäre Hilfen im Rahmen einer Substitution übertragen zu bekommen. Wichtig sind dafür klare Abgrenzungen und das Management von Schnittstellen zwischen drogenbezogener Basisintervention und komplementärer psycho-sozialer Hilfe<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Diese ließe sich dahin vornehmen, als zentrale Schnittstelle zwischen drogenbezogenen Basisintervention und komplementärer psycho-sozialer Hilfe die diagnostische Klärung dazu festzulegen, wieweit sich Unterstützungsbedarf in welchen Bereichen des Lebens der Klienten andeutet und welche Methoden dazu jeweils angezeigt sind. Dazu gehört u. a.:

- Klärung, wieweit äußerliche Bedrohungssituationen vorliegen (z. B. eine drohende Haftstrafe, Gewalt durch andere Personen z. B. den Partner, eine drohende Kündigung der Wohnung). Gelingt eine Bewältigung der Schwierigkeiten mit Hilfe personaler und sozialer Ressourcen des Klienten oder ist das Hilfesystem einzuschalten?

Die Vielfalt der Faktoren, die auf die psychische und soziale Situation des Klienten Einfluss nimmt, bringt einen sehr unterschiedlichen inhaltliche und zeitlichen Bedarf<sup>9</sup> an drogenbezogener Basisintervention hervor. Oft wird erst im Therapieverlauf deutlich, ob und wieweit auch andere Professionen in die ganzheitlichen psycho-sozialen Hilfeangebote einbezogen werden müssen (z. B. medikamentöse Behandlung bei psychotischen Störungen durch einen Psychiater, akut beeinträchtigende Angststörungen mit starkem Leidensdruck durch einen Psychotherapeuten, soziale Folgen des Drogenkonsums durch Institutionen mit Auftrag der Wiedereingliederung wie z. B. ARGE).

Deutlich wird, dass die sogenannte „psycho-soziale Begleitung bei Substitution“ eine Form von Hilfe und Unterstützung ist, die sich in Abhängigkeit von den Behandlungsnotwendigkeiten und -wünschen der Klienten bezogen auf Inhalte, Umfang, Zeit und Intensität stark unterscheiden muss. Es gehört zu den zentralen Aufgaben der drogenbezogenen Basisintervention,

- 
- Abgleich der Kriterien für psychische Defizite (z. B. depressive Störungen, soziale Ängste, Impulsivitätsstörungen) und Persönlichkeitsstörungen (Borderline-Persönlichkeit, narzisstische Persönlichkeit, antisoziale Persönlichkeit). Kann eine Bewältigung der Schwierigkeiten ohne spezifische Hilfe gelingen oder gibt es einen Therapiebedarf?
  - Kann die Ambivalenz des Klienten gegenüber Verhaltensänderungen in eine stabile Motivationslage überführt werden, so dass sich realistische Veränderungsziele erarbeiten lassen und gelingt es, Änderungsziele in der Vorstellung und der Realität zu erproben?
  - Interpersonelle Probleme und Störungen (z. B. Trennung von einer Bezugsperson, Einsamkeit, zwischenmenschliche Konflikte, sozialer Rollenwechsel). Gelingt eine Bewältigung der Schwierigkeiten oder ist das Hilfesystem einzuschalten?

<sup>9</sup> **Beratung:** Die psycho-soziale Beratung ist einmalig bzw. kurz befristet und richtet sich an Klienten, die relativ stabil und noch/schon gut in soziale Bezüge eingegliedert sind. Für diese Klientengruppe erweist sich in der Regel als ausreichend, den kontinuierlichen Kontakt einmal im Monat herzustellen, die aktuelle Situation zu reflektieren und Lösungen für noch bestehende Problemlagen zu beraten.

**Begleitung:** In diesem Fall ist der Hilfebedarf höher als bei der Beratung. Erforderlich ist ein strafferer kontinuierlicher Kontakt, in dem beständig Zuwendung und Unterstützung in einer Vielzahl von Lebensbereichen (bedrohliche, defizitäre Lebenssituationen, psychische Defizite, interpersonelle Probleme, Schwierigkeiten bei der Alltagsgestaltung) zu leisten sind. Notwendig ist die Vereinbarung regelmäßiger Termine in kurzen Abständen und die Befähigung der Klienten zu deren Einhaltung durch die Aufarbeitung ambivalenter und gegensätzlicher Motivationslagen und widersprüchlicher Seiten der Persönlichkeit. Die Entwicklung von Selbstwirksamkeit und die Befähigung zu eigener Hilfe werden auch durch das Begleiten zu Ämtern und Behörden gefördert.

**Betreuung:** Dies ist eine sehr umfangreiche Form der psycho-sozialen Basisintervention. Sie ist dadurch gekennzeichnet, dass der/die Betroffene in fast allen Lebenslagen eine intensive Unterstützung braucht, in seiner Therapiemotivation eher labil und widersprüchlich ist, weil ein Bündel an psychischen und interpersonellen Problemen vorliegt, das komplex miteinander verwoben ist und zudem weiterhin starke Bezüge zum Szeneleben vorliegen. Dazu zählen u. a. direkte Hilfen bei der Alltagsbewältigung, Bearbeitung der Suchthematik, Aktivierung individueller Ressourcen, Entwicklung von Selbstbewusstsein, Tagesstrukturierung etc.

**Therapie/Behandlung:** Eine gesonderte Stellung unter den psycho-sozialen Hilfen nehmen Angebote ein, die therapeutisch angelegt sind. Diese zielen darauf, gestützt auf therapeutische Kompetenzen sowohl in Bezug auf den Drogenkonsum und/oder den psycho-sozialen Bereich zeitweise oder dauerhafte Einschränkungen in der Handlungsfähigkeit zu lindern, zu beseitigen oder zumindest eine Verschlimmerung zu verhindern oder einzudämmen. Dazu wird an ursächlich auslösenden Faktoren gearbeitet, die sich aus der individuellen Sozialisation, der körperlichen Situation, den Möglichkeiten der psychischen Verarbeitung und/oder dem sozialen Umfeld ergeben. Bei Substitution wird wesentlich auf Therapien in Zusammenhang mit dem Befähigen zu einem selbstkontrollierten Konsum, Anti-Craving-Therapien (z. B. mit Akupunktur) sowie auf komplementäre psycho-soziale Therapien, die zu den Bereichen Arbeit, Freizeit und soziale Integration gehören (z. B. Soziotherapie) zurückgegriffen. Diese werden in der Mehrheit im ambulanten Setting durch Sozio-, Sucht- oder Psychotherapeuten durchgeführt.

gemeinsam mit dem Klienten einen detaillierten Überblick über die Veränderungsbereiche, -ziele und -strategien zu erarbeiten. Dies ist Voraussetzung eines individuell passenden Hilfeplanes. Hilfe- und Unterstützungsangebote, die für eine erfolgreiche Umsetzung dieses Hilfeplanes angezeigt und nötig sind, sind jedoch nicht den Drogenberatungsstellen allein zu überantworten. In vielen Bereichen kann dazu auf komplementäre psycho-soziale Hilfeangebote der Regelversorgung zurückgegriffen werden. Dies kommt nicht nur dem Anliegen einer Normalisierung entgegen, sondern entlastet auch die Kapazitäten einer Drogenberatung, die in der Regel in größeren Städten residiert, deshalb für Klienten aus flächigen Versorgungsregionen oft schwer erreichbar ist und sich zudem oft als Nadelöhr für die Inanspruchnahme von Substitution erweist.

### **Die komplementäre psycho-soziale Hilfe: Inhalte**

Substitutionspatienten sind eine sehr heterogene Gruppe. Sie unterscheiden sich in ihren Problemlagen, Kontextvariablen sowie in ihren persönlichen und sozialen Bewältigungsfähigkeiten oft sehr voneinander. Deshalb ist die drogenbezogene Basisintervention durch weitere, auf den individuellen Fall bezogene Hilfen zu ergänzen. Die Inhalte dieser komplementären psycho-sozialen Hilfestellung ergeben sich in erster Linie aus der nachhaltigen Bearbeitung sozialer Probleme und Defizite, die biografisch angelegt oder in der Regel durch den bereits lange bestehenden Drogenkonsum entstanden sind. Diese haben eine gewisse perpetuierende eigene Dynamik erreicht, der aus eigener Kraft nur schwer entkommen werden kann. Vielmehr ergeben sich daraus ernstzunehmende Behinderungen für eine gelungene und zufriedenstellende soziale Integration in die verschiedenen Lebensbereiche.

Viele dieser Folgen sind jedoch kein Alleinstellungsmerkmal einer Drogenabhängigkeit, sondern treten auch im Gefolge anderer Erkrankungen auf, wenn auch auf andere Weise verursacht (z. B. psychiatrische Erkrankungen, psychische Störungen, geistige Behinderungen, Störungen der Persönlichkeit, chronische Erkrankungen). Folgerichtig sind auch die Bausteine, aus denen sich komplementäre psycho-soziale Hilfen zusammensetzen, ähnlich denen, die auch bei anderen Störungen und Erkrankungen als Hilfe und Unterstützung angeboten werden. Dazu können gehören: Hilfestellung bei der Strukturierung des Tages, Tagesplanung, Regelung der finanziellen Situation, Freizeitaktivitäten, Training gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen, Lösung zwischenmenschlicher Konflikte, Analyse von Kommunikationsmustern, Rollenspiele, Strategien zur Bewältigung zwischenmenschlicher Konflikte, Beschäftigungsangebote, Arbeitstrainings, Praktika, Jobangebote, Bewerbungstraining, Aus- und Weiterbildung, Integration in Erwerbstätigkeit u. ä.

Schon heute bieten soziale Regeldienste ein breites Spektrum psycho-sozialer Hilfestellungen an, von dem auch substituierte Klienten profitieren können. In ländlichen Regionen haben sich dafür auch bereits Komm-Strukturen bewährt und weitgehend durchgesetzt. Insofern liegt der Gewinn für Substitutionspatienten aus ländlichen Regionen auf der Hand, wenn sie über diese Regeldienste ihre Hilfebedarfe ebenfalls abdecken könnten. Die motivierende Rückmeldung an die Betroffenen, damit auch Normalisierung zugebilligt zu bekommen, ist dabei nur ein Effekt unter vielen.

### **Drogenberatungsstellen im Rahmen einer Substitution: Wichtig, aber nicht für alles**

Auch in der Zukunft kommt den Drogenberatungsstellen der jeweiligen Regionen eine besondere Rolle zu. Mit den in dieser Institution vertretenen fachspezifischen Erfahrungen und Kompetenzen bei der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen sind Drogenberatungsstellen für eine ganzheitliche Substitution unverzichtbar: Hier können insbesondere die drogenbezogene Basisintervention geleistet und das Case-Management für komplementäre psychosoziale Hilfen koordiniert werden, die andere Partnern in der Region erbringen.

Insbesondere zu Beginn einer Substitution hat die drogenbezogene Basisintervention einen besonderen Stellenwert. Hier wird zunächst die Überblicksdiagnostik erarbeitet, werden mit dem Klienten Ziele ausgehandelt, Probleme bearbeitet, die sich in Zusammenhang mit dem durch Substitution zu verändernden Drogenmanagement ergeben, Kontakte zu komplementären psycho-sozialen Hilfen hergestellt und für all diese in der Regel schwierigen Einstiegsprozesse Motivationen erarbeitet, stabilisiert und durch Krisen geführt. In Anbetracht der vielfältigen Aufgaben der drogenbezogenen Basisintervention zu Beginn einer Substitution ergibt sich eine besondere Notwendigkeit, die Anlaufstellen einer Basisintervention in vielen Fällen, häufig und in kurzen Abständen frequentieren zu können. Deshalb werden in dieser Phase eine gute Erreichbarkeit und eine unkomplizierte und schnelle Kontaktaufnahme zu Drogenberatern wichtig – eine Voraussetzung, die für Klienten in ländlichen Regionen in der Regel nicht gegeben ist.

In darauf folgenden Phasen einer Substitution, insbesondere, wenn erste Schritte einer psycho-sozialen Stabilisierung und für eine soziale Integration getan sind, verschiebt sich die Nachfrage nach psycho-sozialen Hilfen eher auf Partner, die komplementäre Hilfen anbieten (z. B. Arbeitstraining). Diese sind in diesen Zusammenhängen auch mit aktuellen sozialen und psychischen Problemlagen der Klienten konfrontiert und reagieren auf diese mit ihrem professionellen Knowhow. Insofern benötigt der unmittelbare Kontakt zwischen Drogenberater und Klient, abgesehen von krisenhaften Episoden, nicht mehr die anfänglich hohe Intensität. In dieser Phase kommt den Mitarbeitern der Drogenberatung eher die Funktion eines Case-Managers und eines Kompetenzzentrums zu, das den Partnern komplementärer Hilfen bei Bedarf mit Fachberatung und Fallbesprechung zur Seite und dem einzelnen Klienten als vermittelnde Instanz im Fall von Schnittstellenproblemen und Komplikationen zur Verfügung steht. Auch für diese Arbeitsphase ist eine unkomplizierte Erreichbarkeit und Kontaktaufnahme wichtig und mit langen Anreisen unvereinbar.

Für Überlegungen zu einer Neuordnung der Substitution in ländlichen Regionen ist festzuhalten, dass Drogenberatungsstellen innerhalb der Substitution unverzichtbare Funktionen übernehmen: Sie erbringen zunächst die drogenbezogene Basisintervention, die fachspezifische Erfahrungen und Kompetenzen erfordert und insbesondere mit Aufnahme einer Substitution in der Regel einen intensiven Begleitungs- und Betreuungsprozess voraussetzt. Im weiteren Verlauf fungieren Drogenberatungsstellen für die Klienten eher in der Funktion eines Case-Managers, der Schnittstellen und Kooperationsprozesse zwischen den Partnern komplementärer psycho-sozialer Hilfen vermittelt und für die darin eingebundenen Partner als Kompetenzzentrum mit Fachberatung und Fallbesprechung zur Verfügung steht. Für beide Tätigkeitsbereiche ist eine gute Zugänglichkeit und unkomplizierte Kontaktaufnahme von zentraler Bedeutung. Angebote einer Drogenberatungsstelle, die an einem bestimmten Ort innerhalb einer flächigen Versorgungsregion stationiert sind, können allerdings nur durch einen kleinen

Teil der Nachfragenden genutzt werden. Die Einschränkungen in der Zugänglichkeit ergeben sich nicht nur aus langen und schwierig zu bewältigenden Wegen, sondern auch aus den Ängsten vor Stigmatisierung, die mit der Inanspruchnahme einer Drogenberatung verbunden sind. Diese wird insbesondere in kleinen und überschaubaren Versorgungsregionen besonders gefürchtet. Filiallösungen können zwar Probleme in Zusammenhang mit langen Wegezeiten entschärfen – je dichter sie jedoch an den Wohnort der Klienten rücken, umso stärker werden Ängste vor Ausgrenzung und Stigmatisierung zu Gründen für eine Nicht-Inanspruchnahme. Insofern sind die traditionellen Komm-Strukturen in Zusammenhang mit der Gewährung psycho-sozialer Hilfen durch andere Modelle zu ersetzen, die eher in Richtung von Coming-Home-Strukturen verweisen, wie sie ansatzweise beispielsweise in anderen Ländern praktiziert werden (z. B. im Rahmen der Home-Detoxification-Projekte in Australien).

### **Resümee**

Heute kann davon ausgegangen werden, dass Substitution keine Ausnahmebehandlung für ausgewählte Klienten in ausgewählten Behandlungssettings mehr ist, sondern eine Standardbehandlung, auf die Betroffene einen Rechtsanspruch haben. Folgerichtig müssen Opiatabhängige, die von einer Substitution profitieren können, eine Chance haben, diese für sie adäquate biopsychosoziale Hilfe auch in Anspruch zu nehmen. Dieses Recht darf ihnen nicht durch schwierige Umstände und den Verweis auf schlecht entwickelte Versorgungsbedingungen versagt oder durch unzumutbare Bedingungen bei der praktischen Umsetzung verunmöglicht werden. Während die Zugänglichkeit zu diesem Hilfeangebot in vielen größeren Städten Deutschlands gewährleistet werden kann, sorgen viele Faktoren dafür, dass diese Forderung in flächigen Versorgungsregionen kaum zu realisieren ist. Schon das Nachzeichnen eines Ausschnittes dessen, was an Hilfestellungen für eine gelingende Substitution notwendig ist, und ein Blick auf die gegenwärtig beteiligten Partner eines ganzheitlichen Hilfeprozesses im Rahmen von Substitution unterstreicht, dass die Entwicklung der Substitution zu einem hochspezialisierten Angebot dafür sorgt, dass strukturelle Hürden entstehen, durch die Klienten in kleineren Städten, Gemeinden und flächigen Versorgungsregionen von dieser Behandlung ausgeschlossen werden. Insofern haben die Prozesse der Spezialisierung und Segmentierung, die einerseits durch die Regelungen der Substitution vorangetrieben werden, und die andererseits die an der Substitution beteiligten Institutionen und Leistungsträger seit längerem auch selbst vollziehen, ein Ausmaß angenommen, das nunmehr in seiner inhaltlichen Berechtigung zu hinterfragen ist. Spezialisierung läuft immer auf Sonderbehandlungen hinaus, durch die einerseits der Zugang zu Regeldiensten der psycho-sozialen Versorgung erschwert oder sogar ausgeschlossen wird und andererseits Klienten länger als nötig in einem spezialisierten Hilfesystem gehalten werden. Zu bedenken ist zudem, dass ein spezialisiertes Hilfeangebot immer auch auf eine zentralisierte Versorgungslandschaft verweist, die nur in größeren Wohnorten vorgehalten werden kann. Tragische Konsequenz ist folgerichtig, dass Klienten aus kleineren Wohnorten und flächigen Versorgungsregionen von einer Inanspruchnahme dieser Behandlungsform ausgeschlossen werden. Hierin zeichnen sich wesentliche Modernisierungserfordernisse ab, die an die Weiterentwicklung der Substitution gestellt sind. Dabei ist zu beachten, dass die Fragestellungen, Problembestände und Sichtweisen nicht allein durch die sehr verschiedenen Perspektiven der an einer Substitution beteiligten Institutionen und Personen äußerst unterschiedlich sind. Unterschiedliche Handlungsmöglichkeiten ergeben sich auch aus

den divergierenden (berufsständischen) Interessenlagen und dem Ausmaß, mit dem die jeweils Beteiligten von Gesetzen und Regelungen tangiert werden. Insofern gilt es, diese Unterschiede aufzublenden, aber auch darzustellen, wo Unterschiede überbrückbar sind und wo sie sich zu Konflikten aufstauen, wenn nicht besondere Regelungen getroffen werden. Es liegt auf der Hand, dass Substitution nur dann erfolgreich ist, wenn die beteiligten Institutionen und zukünftig einzubeziehenden Partner zu einem gemeinsamen Arbeitsprozess befähigt werden. Es sind also keineswegs leicht zu bewältigende Anforderungen und Modernisierungserfordernisse, unter denen die Substitution steht, wenn sie als Standardangebot auch in einer flächigen Versorgungsregion verfügbar werden soll.

### **Quellen:**

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Berlin 2010

Jahresbericht des Gesundheitsamtes des Saalekreises, Merseburg 2009

Jahresbericht der Drobs Halle, Halle 2009

Küfner, H., Ridinger, M. (2008): Psychosoziale Behandlung von Drogenabhängigen unter Substitution (PSB-D) – Manual 2.0. Lengerich

Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt 2011, <http://www.saalekreis.de> (letzter Zugriff 29.03.2011)