

Forschungsbrief
Ausgabe 25 / Juni 2010

Inhalt

- **Medizinische Substitutionsbehandlung
Opiatabhängiger und die psychosoziale
Betreuung: Wie eng soll die Verknüpfung
sein?**
- **Zur Integration Suchtkranker in das
Erwerbsleben – Ergebnisse einer
bundesweiten Befragung**
- **Ein psychoanalytisch orientiertes
Unterstützungsprogramm für süchtige
Mütter und ihre Kinder**

Medizinische Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger und die psychosoziale Betreuung: Wie eng soll die Verknüpfung sein?

Stöver und Gerlach (2010) setzen sich in ihrem Beitrag kritisch mit der Verkopplung von medizinischer Substitutionsbehandlung und psychosozialer Betreuung auseinander. Sie plädieren für eine rechtliche Entkoppelung der Behandlungsverfahren.

Verweis

Stöver, H. & Gerlach, R. (2010): Zur Bedeutung und zum Stellenwert der psychosozialen Betreuung in der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger. In: Suchtmedizin, 12(2): 63-73.

Bühringer, F. & Wittchen, H.-U. (2008): Vorwort in: Küfner, H. & Ridinger, M.: Psychosoziale Behandlung von Drogenabhängigen unter Substitution. (PSB-D). Lengerich: Pabst.

Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M., Vecchi, S., Ferri, M. & Mayet, S. (2008): Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatment alone for treatment of opioid dependence. In: Cochrane Database of Systematic Review 2008, Issue 4. Art. No.: CD004147.

„Nach fast 25 Jahren Substitutionsbehandlung in Deutschland ist es an der Zeit, bezüglich „PSB“ eine kritische Bestandsaufnahme vorzunehmen“. Stöver & Gerlach beginnen diese mit dem Begriff „PSB“, dem Kürzel, mit dem die nicht-medizinische Behandlung von Menschen umschrieben wird, die medizinisch wegen ihrer Opiatabhängigkeit mit einem Substitutionsmittel – am häufigsten mit Methadon – behandelt werden. Einigkeit besteht darin, dass „PS“ für psychosozial steht; Uneinigkeit darin, was mit „B“ gemeint ist. B steht für Begleitung, Betreuung, Beratung, Behandlung sowie einigen Kombinationen dieser Begriffe. Eine Einigung auf einen einzigen Begriff, der dann für die Suchthilfe verbindlich wäre, steht aus; eine Einigung zur inhaltlichen Umsetzung zum Beispiel mit den Nachbardisziplinen Psychologie und Psychiatrie ist in weiter Ferne. Es wundert also nicht, dass die psychosoziale Behandlung in jeder Einrichtung der Drogenhilfe unterschiedlich inhaltlich gefüllt und in unterschiedlicher Weise durchgeführt wird.

Bei aller Vielfalt der Vorgehensweisen gibt es immerhin Konsens hinsichtlich des Fokus der psychosozialen Behandlung: sie soll ein menschenwürdiges, selbständiges Leben bei gesundheitlicher Stabilisierung nachhaltig fördern. Dazu gehören auch die Normalisierung des Alltags, die Integration in die Gesellschaft und vor allem in das Erwerbs- und Arbeitsleben sowie die Teilhabe am gesellschaftlichen und politischen Leben. Allerdings ist bis heute völlig offen, welche Interventionen wann und bei wem in der Substitutionsbehandlung sinnvoll, notwendig und erfolgreich sind (Bühringer & Wittchen, 2008). Diese Sachlage ist erstaunlich, denn alle Personen, die mit einem Substitutionsmittel medizinisch behandelt werden, werden auch in eine psychosoziale Behandlung gezwungen. Es gäbe also genügend Gelegenheiten und genügend Patienten und Patientinnen, entsprechende Studien durchzuführen und Antworten auf diese Fragen zu finden.

Untersucht man, wer überhaupt psychosoziale Behandlung anbietet, stellt man fest, dass das nicht nur die Drogenberatungsstellen sind, sondern auch eine Reihe von weiteren Anbietern. Dazu gehören in erster Linie die Ärzte und Ärztinnen, die verantwortlich für die medikamentöse Therapie sind. Einige von ihnen arbeiten eng mit Drogenberatungsstellen zusammen, andere haben selbst psychosoziale Betreuer für ihre Klientel eingestellt. Es gibt zudem Ärzte und Ärztinnen, die sowohl die medikamentöse als auch die psychosoziale Behandlung ihrer Patienten und Patientinnen übernehmen. Auch Klinikambulanzen haben ihre eigenen psychosozialen Behandlungen eingerichtet. Die Aufzählung ist hier nicht vollständig und kann bei genauerer Untersuchung der aktuellen Praxis durch weitere Varianten ergänzt werden. Auch das trägt dazu bei, dass das Profil von psychosozialer Behandlung eher diffus ist.

In Deutschland liegen zurzeit nur im Rahmen der Heroinstudie Untersuchungen vor, die die Wirkung der psychosozialen Behandlung oder – darüber hinausgehend – die Wirksamkeit von unterschiedlichen Ansätzen im Kontext von medizinischen Substitutionsbehandlungen geprüft haben. In den USA wurden unter von Deutschland stark abweichenden Bedingungen und Settings sowohl die

Wirkungen als auch die Wirksamkeit von 12 unterschiedlichen Ansätzen der psychosozialen Behandlung geprüft, die im Kontext von Methadon-Erhaltungs-Behandlungen eingesetzt worden sind. Amato et al. (2008) kommen zu dem Schluss, dass die psychosozialen Behandlungen keinen ersichtlichen Beitrag leisten zu den Behandlungskriterien: Haltequote und Reduktion des Beigebrauchs. Der Beitrag der psychosozialen Behandlungen zum Beispiel zur Integration in das Erwerbsleben usw. konnte noch nicht überprüft werden, da Studien fehlen, die die Kriterien der Evidenz-Basierung erfüllen. Es bleibt also offen, in welcher Weise die psychosozialen Behandlungen einen wichtigen Beitrag zur Herstellung eines menschenwürdigen Lebens leisten und welche Verfahren dabei wirksamer sind als andere.

Angeichts der wenigen und insgesamt genommen eher bescheidenen Befunde zur Wirkung und Wirksamkeit von psychosozialen Behandlungen im Kontext von Substitutionsbehandlungen plädieren Stöver & Gerlach für eine rechtliche Entkoppelung von medizinischer Behandlung der Opiatabhängigkeit mit psychosozialer Betreuung. Sie plädieren weiterhin für die Einführung eines „Fachkundenachweises“ für Personen, die in der Suchthilfe psychosoziale Behandlung anbieten. Und schließlich plädieren sie für die Erarbeitung von bundeseinheitlichen Leitlinien für die psychosoziale Behandlung im Kontext einer Substitutionsbehandlung.

Zur Integration Suchtkranker in das Erwerbsleben – Ergebnisse einer bundesweiten Befragung

Im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums wurde untersucht, ob und wie sich die im SGB II definierten neuen Rahmenbedingungen im Umgang mit erwerbslosen Suchtkranken in der Praxis bewähren. Die Ergebnisse sind gemischt.

Verweis

Henke, J., Henkel, D., Nägele, B., Pagels, N. & Wagner, A. (2010): Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration Suchtkranker ins Erwerbsleben im Rahmen des SGB II – Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. In: Suchttherapie 11(1): 42-50.

Henkel, D. & Zemlin, U. (Hrsg.)(2008): Arbeitslosigkeit und Sucht. Frankfurt, Fachhochschulverlag.

Stopp, J. (2009): Spezifisches Therapie-Management zur beruflichen Integration Suchtkranker während und nach der medizinischen Rehabilitation – Evaluation eines Projektes des Diakonie-Kran-

Suchtprobleme sind bei Menschen, die arbeitslos sind, weit verbreitet (Henkel & Zemlin, 2008). Auch darum hat der Gesetzgeber bei der jüngsten Reform des Sozialgesetzbuches II die Suchtberatung als eine weitere Leistung zur Eingliederung in Arbeit festgeschrieben. Praktisch heißt das folgendes: Hat eine Fachkraft einer Grundsicherungsstelle (SGB II-Stelle) bei einem ihrer Klienten oder Klientinnen ein Suchtproblem festgestellt, das ein Vermittlungshemmnis in die Erwerbsarbeit sein kann, dann kann dem Hilfebedürftigen der Besuch einer Suchtberatungsstelle zur Auflage gemacht werden. Erfüllt der Klient oder die Klientin diese nicht, können Sanktionen verhängt werden.

Vier Jahre nach Einführung der Gesetzgebung wird deren Wirkung überprüft. Henke et al. (2010) haben daher im Jahr 2009 zwei Online-Befragungen durchgeführt. Sie haben 439 Grundsicherungsstellen angeschrieben, von denen 74% geantwortet haben. Sie haben in einem zweiten Schritt die 135 Suchtberatungsstellen angeschrieben, die von den Grundsicherungsstellen als Partner benannt worden waren. Die Rücklaufquote liegt hier bei 59%.

Die Ergebnisse zeigen, dass die aktuelle Praxis der Grundsicherungsstellen nicht optimal ist. Das liegt u.a. an ungünstigen Rahmenbedingungen durch hohe Belastungsrelationen in den Grundsicherungsstellen, an Schwierigkeiten der Fachkräfte, Suchtprobleme zu erkennen sowie an Problemen in der Zusammenarbeit mit den Einrichtungen der Suchthilfe vor Ort. Letzteres zeigt sich auch darin, dass nur eine kleine Zahl von Grundsicherungsstellen (15%) berichtet, dass sie eng mit einer Suchtberatungsstelle kooperiert, also gemeinsame Fallgespräche durchführt, die Fallbetreuung abspricht, gemeinsam einen Hilfe- und Eingliederungsplan erarbeitet und umsetzt usw. Als problematisch erweist sich zudem der Datenschutz und die Schweigepflichtsbestimmungen, die sowohl von den Grundsicherungsstellen als auch von den Suchtberatungsstellen nicht immer

strikt befolgt werden. Auch der Umgang mit Sanktionen ist höchst unterschiedlich und erfolgt in einem Viertel aller Fälle ohne jede Rücksprache mit den Suchtberatungsstellen.

Die Reibungsverluste in der Zusammenarbeit der Grundsicherungsstelle und der Suchtberatung haben gravierende Folgen für die Integration der Hilfebedürftigen in den ersten Arbeitsmarkt. Die Grundsicherungs-Fachkräfte geben an, dass diese nur in Ausnahmefällen erreicht wird, und dass der wichtigste Hinderungsgrund die Suchterkrankung ist. Die Chancen werden auch dann nicht viel besser, wenn den Hilfebedürftigen als Fördermaßnahme ein Ein-Euro-Job angeboten wird. Andere Fördermaßnahmen werden kaum genutzt, z.B. der Beschäftigungszuschuss nach § 16e SGB II oder die Förderung der beruflichen Weiterbildung nach § 77 SGB II.

Da seit Inkrafttreten des Sozialgesetzbuches II die Nutzung des Instrumentariums Suchtberatung und Suchthilfe durch die Grundsicherungsstellen kontinuierlich ansteigt, ist es notwendig, eine Verbesserung der Praxis möglichst bald zu erreichen. Fortschritte sind zu erzielen durch eine bessere Betreuungsrelation, eine deutliche Erhöhung des suchtspezifischen Qualifikationsniveaus der Grundsicherungs-Fachkräfte, Nutzung eines diversifizierten Angebots an Qualifizierungs- und Beschäftigungsmaßnahmen (vgl. Stopp, 2009), die auf die Bedarfe von Suchtkranken zugeschnitten sind und vor allem durch eine enge Kooperation mit der Suchthilfe.

Ein psychoanalytisch orientiertes Unterstützungsprogramm für süchtige Mütter und ihre Kinder

Suchman und Mitarbeiter erarbeiten auf der Grundlage der Bindungstheorie das „Mothers and Toddlers Program“, das die Bindungsqualität von Müttern mit Drogenproblemen mit ihren Kindern verbessern soll.

Verweis

Suchman, N. et al.
(2008a): The Mothers
and Toddlers Program.
In: Psychoanalytic
Psychology, 25(3):
499-517.

Suchman, N. et al.
(2008b): Ego devel-
opment, psychopa-
thology, and parent-
ing problems in sub-
stance-abusing moth-
ers. In: American Jour-
nal of Orthopsychia-
try, 78(1): 20-28.

Suchman, N. et al.
(2006): Parenting
interventions for drug-
dependent mothers
and their young chil-
dren: the case for an
attachment-based
approach. In: Family
Relations, 55(2): 221-
226.

Johnson, M.A. et al.

In den USA wird der Tatsache, dass sehr viele Kinder in Familien mit einem oder gar zwei Elternteilen aufwachsen, die Substanzkonsumprobleme haben, seit Mitte der 1990er Jahre viel Aufmerksamkeit gewidmet. Daher erstaunt es auch nicht, dass es nachhaltige Anstrengungen gibt, die Lebenssituation dieser Kinder zu verbessern. Immer mehr Institutionen bieten daher Behandlungen für Mütter und ihre (kleinen) Kinder an. Das „Mothers and Toddlers Program – MTP“ das hier genauer beschrieben wird (Suchman et al., 2006, 2008a und b), ist ein Modul, das im Rahmen von breit angelegten ambulanten Abstinenzprogrammen für (junge) drogenabhängige Frauen eingesetzt werden kann.

Das Modul ist auf 20 Sitzungen konzipiert. Teilnehmen können Mütter mit Kindern im Alter von 12 bis 36 Monaten, die zeitgleich an einer Erhaltungs- und Stabilisierungsbehandlung (Methadon-Erhaltungs-Therapie) oder an einer Abstinenztherapie teilnehmen. Die Teilnahme an der Behandlung ist freiwillig. Das Durchschnittsalter der Mütter in den verschiedenen Studien ist vergleichsweise jung mit 32 bis 36 Jahren. Mütter, die die Teilnahme an diesem Modul frühzeitig abbrechen, sind noch jünger (25 bis 30 Jahre). Bisher haben vor allem weisse Frauen mit kleinen Kindern, die unverheiratet und arbeitslos sind, an dem Modul teilgenommen.

Zum Modul gehören wöchentliche einstündige Einzelsitzungen mit einer Bezugspsychotherapeutin und mehrstündige Gruppensitzungen. Alle Sitzungen werden mit Video aufgezeichnet. Je nach Verlauf werden die Aufzeichnungen in den folgenden Sitzungen ausschnittsweise wiederholt und mit der Mutter besprochen oder sie werden vom Forschungsteam detailliert analysiert und kategorisiert. Die Ergebnisse gehen unmittelbar in die weitere Arbeit mit den Müttern und ihren Kindern ein.

(2008): Assessing parent education programs for families involved with Child Welfare Services. In: Journal of Evidence-Based Social Work, 5(1):191-236

Cyr, C. et al. (2010): Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: a series of meta-analyses. In: Development and Psychopathology, 22: 87-108.

In den ersten Sitzungen konzentriert sich die Therapeutin darauf, eine gute Beziehung mit der Mutter aufzubauen als Grundlage dafür, dass die affektive Beziehung von Mutter und Kind genauer erforscht werden kann. In den darauf folgenden Sitzungen werden Mutter-Kind-Interaktionen aufgenommen und besprochen. Das berührt sehr oft lebensgeschichtlich bedeutsame Ereignisse der Mütter, die in der Sitzung besprochen und auf das Verhalten der Mütter gegenüber ihren Kindern bezogen werden. Diese Arbeit ist in diesem Modul zentral, denn es zielt auf die Stärkung der Reflexivität der Mütter mit Bezug auf ihre eigene Lebensgeschichte und deren Auswirkungen auf die Interaktionen mit ihrem Kind. Die Mütter sollen letztlich dazu befähigt werden, (a) ihre inneren Bilder ihrer Kinder besser in Übereinstimmung zu bringen mit ihren Erwartungen an diese und (b) durch eine genauere Wahrnehmung ihrer eigenen Emotionen mehr Feinfühligkeit gegenüber den Bedürfnissen ihrer Kinder zu entwickeln. Erste Evaluationsstudien zeigen, dass das Modul effektiv ist (Johnson et al., 2008). Mütter, die das gesamte Modul mit seinen 20 Sitzungen absolvieren, werden gegenüber ihren Kindern feinfühlicher, gehen sensibler auf deren Bedürfnisse ein, trösten sie, wenn sie weinen und kümmern sich mehr um sie als zu Behandlungsbeginn. Die Bindungen der Kindern an ihre Mütter werden sicherer; damit verringert sich die Gefahr, dass es zu Misshandlungen kommt (Cyr et al., 2010). Darüber hinaus nehmen die psychische Belastungen der Mütter mit Depressionen oder Ängsten ab, ebenso reduziert sich der Substanzkonsum systematisch. Die vorläufigen Ergebnisse weisen darauf hin, dass Mütter und Kinder von diesem Modul profitieren. Eine endgültige Prüfung der Wirksamkeit des Moduls steht noch aus und wird gegenwärtig vorbereitet.

Impressum

Herausgeberin:

Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS) e.V., Zimmerweg 10, 60325 Frankfurt/M.,
Tel: (0 69) 71 37 67 77, Fax: (0 69) 71 37 67 78, E-Mail: hls@hls-online.org

Redaktion:

Prof. Dr. Irmgard Vogt,
Institut für Suchtforschung (ISFF), Fachbereich 4, Fachhochschule Frankfurt am Main,
Nibelungenplatz 1, 60318 Frankfurt/M.,
Tel: (0 69) 1533 3152, Fax: (0 69) 1533 3153, E-Mail: vogt@fb4.fh-frankfurt.de